

**T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**(YÜKSEK LİSANS TEZİ)**

**SAĞLIK KURUMLARINDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERE  
YÖNELİK ŞİDDETİN BELİRLENMESİ**

**NEVİN ALTINTAŞ**

**DANIŞMAN  
YRD. DOÇ. DR. YASEMİN KUTLU**

**PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**İSTANBUL-2006**

**TEZ ONAYI**

Aşağıda tanıtımı yapılan tez, jüri tarafından başarılı bulunarak tezi olarak kabul edilmiştir.

/ /

Prof.Dr.Emine Kökoğlu

Enstitü Müdürü

Kurum : İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
 Program Adı : Psikiyatri  
 Programın seviyesi : Yüksek Lisans  Doktora   
 Anabilim Dalı : Psikiyatri Anabilim Dalı  
 Tez Sahibi : Nevin Altıntaş  
 Tez Başlığı : Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddetin Belirlenmesi  
 Sınav Yeri : İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu  
 Sınav Tarihi : 20 / 07 / 2006

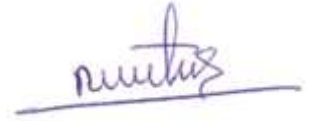
Tez Sınav JürisiÜnvanı Adı Soyadı Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı

- 1.Prof. Dr. Neşe Kocabaşoğlu, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı
- 2.Yrd.Doç.Dr.Yasemin Kutlu (Danışman) / İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
- 3.Doç.Dr. Sevim Buzlu / İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
- 4.Doç.Dr. Aytolon Yıldırım / İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı
- 5.Yrd.Doç.Dr. Hülya Bilgin / İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Nevin Altıntaş



**İTHAF**

Araştırmanın gerçekleştirilmesi sürecinde yardımını ve desteğini esirgemeyen hocam Yrd. Doç. Dr. Yasemin Kutlu'ya,

Araştırmanın gerçekleştirilmesi sürecinde yardımcı olan hastane yetkililerine,

Maddi ve manevi destekleriyle her zaman yanımda olan anneme, babama ve biricik kardeşime.

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
İÇİNDEKİLER .....	V
TABLolar LİSTESİ.....	Vİ
ÖZET .....	Vİİ
ABSTRACT.....	Vİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	38
4. BULGULAR.....	40
5. TARTIŞMA .....	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	76
KAYNAKLAR .....	81
FORMLAR .....	90
ETİK KURUL KARARI .....	95
ÖZGEÇMİŞ .....	96

## TABLOLAR LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Hemşireye ait demografik veriler.....	40
<b>Tablo 2.</b> Saldırı olayına ait veriler.....	44
<b>Tablo 3.</b> Eğitim durumuna göre şiddet yaşama durumunun karşılaştırılması.....	54
<b>Tablo 4.</b> Çalıştığı kuruma göre şiddet yaşama durumunun karşılaştırılması.....	55
<b>Tablo 5.</b> Çalıştığı klinik bölüme göre şiddet yaşama durumunun karşılaştırılması.....	55
<b>Tablo 6.</b> Çalışma yılına göre şiddet yaşama durumunun karşılaştırılması.....	56
<b>Tablo 7.</b> Çalışma biçimine göre şiddet yaşama durumunun karşılaştırılması.....	56
<b>Tablo 8.</b> Çalışma Pozisyonuna göre şiddet yaşama durumunun karşılaştırılması.....	56
<b>Tablo 9.</b> Eğitim durumuna göre sözel şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması.....	57
<b>Tablo 10.</b> Eğitim durumuna göre fiziksel şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması.....	57
<b>Tablo 11.</b> Eğitim durumuna göre seksüel şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması.....	58
<b>Tablo 12.</b> Çalıştığı kurum ile sözel şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması.....	58
<b>Tablo 13.</b> Çalıştığı kurum ile fiziksel şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması.....	58
<b>Tablo 14.</b> Çalıştığı kurum ile psikolojik şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması.....	59
<b>Tablo 15.</b> Çalıştığı kurum ile seksüel şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması.....	59
<b>Tablo 16.</b> Çalışılan klinik ile sözel şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması.....	60
<b>Tablo 17.</b> Çalışılan klinik ile fiziksel şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması.....	60
<b>Tablo 18.</b> Çalışılan klinik ile psikolojik şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması.....	61
<b>Tablo 19.</b> Çalışılan klinik ile seksüel şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması.....	61
<b>Tablo 20.</b> Çalışma yılı ile sözel şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması.....	62
<b>Tablo 21.</b> Çalışma yılı ile şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması.....	62
<b>Tablo 22.</b> Çalışma biçimi ile sözel şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması.....	63
<b>Tablo 23.</b> Çalışma pozisyonu ile sözel şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması.....	63

## ÖZET

Altıntaş, N. Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddetin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Ab.D. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. 2006.

Amaç: Bu araştırma sağlık kurumlarında çalışan hemşirelerin hasta, hasta yakınları, çalışma arkadaşları ve dışarıdan biri tarafından uğradıkları şiddet sıklığını ve şiddetle ilgili risk etkenlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Materyal ve Metod: Araştırma İstanbul'da 6'sı Sağlık Bakanlığı, 3'ü üniversite hastanesi olmak üzere toplam 9 hastanede, Haziran 2005 ile Haziran 2006 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini bu hastanelerde farklı statülerde çalışan 3087 hemşire; örneklemini ise olasılıksız yöntem ile seçilen 868 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın gerçekleştirilmesi için etik kurul ve hastane yetkililerinden gerekli izinler alınmıştır.

Veri Toplama Aracı Olarak: Araştırmanın yapıldığı hastanelerde çalışan hemşirelerin bireysel, mesleki, kurumsal özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından literatür bilgisinden yararlanarak hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Elde edilen veriler İstanbul Üniversitesi Rektörlük Bilişim Ofisi tarafından lisansı alınan SPSS paket programında bir uzman istatistikçi tarafından değerlendirilmiştir. İstatistik değerlendirmede yüzdeleme Ki-Kare ( $\chi^2$ ) testinden yararlanılmıştır. Anlamlılık  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamındaki hemşirelerin %64,1'i en az bir kez ya da daha fazla sayıda şiddete uğramışlardır. Şiddete maruz kalma durumu ile eğitim durumu, çalıştığı kurum, çalışma yılı, çalıştığı klinik, çalışma biçimi, çalışma pozisyonu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Sonuç: Sağlık kurumlarında çalışan hemşirelerin büyük kısmı şiddetle karşılaşmakta ve en fazla da sözel şiddetle karşı karşıya kalmaktadırlar. Daha çok genç, çalışma deneyimi az olan, psikiyatri ve acil servislerde, özellikle servis hemşiresi olarak çalışanların şiddete maruz kaldıkları ancak şiddet olaylarını belirleme ve engellemeye yönelik oluşturulmuş düzenlemelerin olmadığı belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Şiddet, hemşirelik, sağlık kurumlarında şiddet

## ABSTRACT

Altıntaş, N. Determination Violence Towards Nurses in Health Care Settings. Istanbul University, Institute of Health Science, Department Of Psychiatry Nursing. Master Thesis. Istanbul. 2006.

Aims: The purpose of this descriptive study are to determine frequency of violence towards nurses and risk factors related to violence by patients/patient's relatives, colleagues and strangers at healthcare settings.

Material and Method: This research was conducted in 9 hospitals (3 are university hospitals and 6 are public hospitals) in Istanbul for 12 months between June 2005 and June 2006. 3087 nurses were taken for the cosmos of this research but data were collected from 868 nurses working in various clinical settings and various positions. Wanted permissions were taken from ethic committee and hospital authorities.

Data Collecting Tool: The instrument was 44-items questionnaire form. Investigator used it for assigning individual, occupational, organizational factors by using literature formation. Acquiring information's was evaluated with SPSS package programme by Professional statistician. In statistical evaluation was used Chi-Square test Meaningfulness was accepted like  $p < 0.05$ .

Findings: 64.1% of the nurses were attacked at least once in this research. Being attacking between educational condition, working organization, working years, working clinics, working styles, working positions were compared and were found meaningful difference.

Results: The majority of the nurses experienced violence in healthcare settings and the most of the respondents had encountered several episodes of verbal aggression. The most of the victims of the violence were young, little working experience, working in psychiatry, emergency services and working as a service nurse. But there is no any procedure, arrangement for assessing and preventing violent incidents.

**Key words:** Nursing, violence, violence in healthcare settings.



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

“Şiddet, bir kişilik özelliği midir, yoksa topluma kişi üzerinden mi yansır? Hayvanları öldürmeyi bir tür yamyamlık sayan Amazon’daki Piarolar insanları büyü yoluyla öldürmeyi yeğliyorlar. Avustralya’daki yerliler bir hayat tarzı olarak sık sık meydan kavgasına karışmadan edemiyorlar. Japonya’da aşıkların birlikte ölmesi cinsel doyumun en üst biçimi sayılıyor. Ünlü İspanyol Şairi Lorca “İspanya, ölümün ulus bayramı olduğu tek ülkedir” diyerek boğa güreşinin şiddet içerdiği suçlamasına “en medeni seyir” diye şiddetle karşı çıkıyor. Uğruna şiddete başvurulmaktan hiç çekinilmeyen “şeref” ise bütün Akdeniz ülkelerinin ortak özelliğidir. Batı merkezli uygarlığın kavramları arasında çoktan mahkum edilen şiddet, neden siyasi muhalefet hareketlerinin başvurduğu vazgeçilmez bir araç durumunda? Avrupalı için otomobilden bir şey çalmak, birini dua ederken ya da sanat eseri seyrederken rahatsız etmekten daha ağır bir suç. Afrikalı için ise tersine. Neden?” (36).

Şiddet, bütün ulusların yaşamında olan, bütün sosyal meslekleri, yaş ve etnik grupları etkileyen çağımız toplumunun en kontrol dışı sosyal olgularından biridir. Sosyal bir kazanım aracıdır. Gerek verdiği zarar bakımından gerekse şiddet edimlerinin hangi seyri izleyebileceğinin önceden tahmin edilememesi kavramı daha dikkate değer kılmaktadır. Kökeninde saldırganlık davranışı rol oynayan şiddet, yıkıcı bir davranıştır. Günümüzde bu davranış sorgulanmaktadır. Pek çok sorunun, çatışmanın nedeni ya da sonucu olarak gelişen, olumsuz bir sosyal olay olarak ortaya çıkan bu kavram bir insanlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Maslow’un ihtiyaçlar hiyerarşisi (1971) kuramına göre, güvenlik gereksinimi temel insan gereksinimlerinden biridir ve daha öncelikli olduğu düşünülen beslenme, uyku gibi gereksinimlerden önce gelmektedir. Bu yüzden, güvenlik gereksinimini tehdit eden şiddet son yıllarda giderek önem kazanmıştır (9, 44).

İş Kazaları ve İş Hastalıklarıyla İlgili Bilgi Sistemi (Information System for Occupational Accidents and Work Related Diseases-ISA) ve İsveç İş Çevresi Otoritesi (Swedish Work Environment Authority-SWEA)’ne göre 1993’ten sonra şiddete bağlı mesleki yaralanmalarda belirgin bir artış olmuştur. İşyerlerinde şiddet ve şiddet tehdidi, hem işyeri personelinin memnuniyetsizliğini, hem de organizasyonların yapısını

etkileyen önemli bir etkiye sahiptir. ABD’de taksi sürücülüğü, polislik, şiddet sonucu meydana gelen ölümler yönünden yüksek risk taşıyan mesleklerdendir (2, 25, 46).

Sağlık bakım kurumlarında şiddet yeni bir fenomen olmamasına rağmen, son 10 yıldır toplumdaki değişimlerin bir yansıması olarak görülme sıklığındaki artış nedeni ile hakkında pek çok kitap ve makalenin yazıldığı, araştırmaların yapıldığı, üzerinde dikkatle durulan önemli bir konu haline gelmiştir. Bunlara bağlı olarak da şiddet/saldırganlığın, daha çok müşteri/hasta odaklı çalışan mesleklerde meydana geldiği görülmüştür. 1998’de Nüfus Sayımı Bürosu (Bureau of Census), sağlık bakım sektörünün ABD’deki sekiz major sektörden biri olduğu, 11 milyon çalışmanı ile sağlık çalışanlarının ABD’de çalışanlar içinde üçüncü en büyük grup olduğu ve %50’ye yakınının işyerinde şiddete maruz kaldığını bildirilmiştir (16, 31).

Sorunun önemi ve konuya yönelik gereksinimler hem akademik çalışmalarda hem de sistemli perspektiften bakan makalelerde gösterilmiştir. Avustralya’da Alexander (2)’in yaptığı çalışmada genel uygulayıcıların şiddete maruz kalma oranı profesyonel kariyerleri boyunca %68 iken, hemşirelerin %85 olarak bulunmuştur. Hastalara bağlı yaşanan saldırganlık/şiddet, sağlık bakım vericilerinin %25,5’ini etkilemiştir. Bütün yaşanan saldırganlık olaylarının %91,3’ü sözel taciz ya da tehdit şeklindedir. Yine hemşirelerin 12 ay boyunca şiddete maruz kalması (2) ortalama olarak %68 olarak verilmiştir (12, 16).

Sağlık bakım profesyonellerine yönelik şiddetin; ziyaretçiler, hastalar/hasta yakınları, çalışma arkadaşları ve izinsiz girenleri içeren çok çeşitli kaynakları vardır. Özellikle hasta yakınlarının bir an önce kendileriyle ilgilenilmesini istemesi, kendi hastalarının daha acil olduğunu düşünmeleri, bekleme odalarının düzensiz ve kalabalık olması, hasta ve hasta yakınlarının işlerin düzenli yürümediği veya içeri almada adil davranılmadığı hakkındaki şüphelerinin olması, sağlık çalışanlarının güvenlik ile ilgili işlerle ilgilenmesi (güvenlik görevlilerinin yetersiz olmasından dolayı) risk faktörleri olarak karşımıza çıkmaktadır (1).

Ortaya konan bu görünüm, hemşirelerin çalışma saatleri içinde şiddete maruz kaldığını bize göstermektedir. Hemşirelerin şiddete daha çok maruz kalması ise bazı psikolojik ve fiziksel sorunları da beraberinde getirmektedir. Wallis (1987)’in şematik

modelinde sağlık kurumlarında yaşanan stresin olumsuz etkileri üzerine odaklanılmıştır. Bu etkiler; fiziksel/duygusal patlama, olumsuz kendilik kavramı, olumsuz meslek davranışları, üretkenlikte ve kontrol duygusunda azalma olarak karşımıza çıkmıştır. Bunun yanında stresli çalışma koşullarında yaşadığı stresle baş edemeyen hemşirelerde psikososyal açıdan mesleki tükenmişlik kaçınılmaz olmaktadır. Tükenmişlik sendromu ile karşı karşıya kalan hemşirelerde ise, olumsuz/düşük benlik kavramı gelişmekte kronik yorgunluk, işe geç gelme eğilimi, hasta bakımına ilginin azalması, fiziksel tükenme yaşanmaktadır. Ayrıca benlik kavramının düşüklüğü; onları daha öfkeli yapmakta, öfkelerini yönetmede başarısız kılmaktadır. Bu da hemşirelere şiddet uygulanmasına zemin hazırlamaktadır (4, 8, 11).

Hemşireler için bu kadar önemli, çok yönlü bir sorun olmasına karşılık şiddet olaylarının yeterli derecede bildirim yapılmamaktadır. ICN (International Council of Nurses)'a göre hemşirelere yönelik şiddetin yalnızca %20'si bildirilmektedir. Kronik olarak bildirilmeyen şiddet olaylarının bildirim yapılmamasının altında; daha çok hemşirelerin şiddeti işlerinin bir parçası olarak algılaması, suçlanmaktan korkması, şiddeti raporlandırma sistemlerinin olmaması, bildirmeye yönelik uzun prosedür sürecinin olması gibi nedenler yatmaktadır (16, 31).

**Bu çalışma**, sağlık kurumlarında çalışan hemşirelerin hasta, hasta yakınları, çalışma arkadaşları ya da dışarıdan biri tarafından uğradıkları şiddet olaylarının sıklığını ve şiddetle ilgili risk etkenlerini belirlemek amacı ile planlanmıştır.

Araştırma soruları:

- Hemşireler hangi tür şiddete, hangi sıklıkta maruz kalmaktadır?
- Hemşirelere yönelik şiddet kimden gelmektedir?
- Hemşirelere yönelik şiddeti etkileyen faktörler nelerdir?

## 2. GENEL BİLGİLER

Şiddet son yıllarda, günümüzün politik, sosyal, psikolojik gündeminde en önemli sorun olarak görülen bir insanlık durumu haline gelmiştir. Gelişmiş ülkelerde devam eden çalışmalar problemin önemini ortaya koymakta; fakat var olan bilgi, konunun tümü ile ilgili aydınlatıcı bilgi vermekten oldukça uzak kalmaktadır. Yani konuyla ilgili araştırmalar, var olan bilgi birikiminin buzdağının yalnızca görünen kısmını ortaya koyduğunu göstermektedir. Günümüz koşullarında insanın kendisi ve çevresi arasındaki ilişkilerinde ortaya çıkan ve giderek artmakta olan şiddet, toplumsal hayatta mücadele edilmesi gereken önemli bir sorundur. 2000’li yıllarda teknoloji ve bilimsel gelişmenin hızına paralel olarak şiddetin de hızlı yol kat ettiği gözlenmektedir. Şiddet, kesinlikle bireysel bir sorun değildir. Biyolojik, psikolojik, sosyal, çevresel kökleri olan çok yönlü bir sorundur (16, 26, 45).

Sosyal yapıdaki değişimler, bireysel farklılıklar, silahların artık kolay bulunuyor olması şiddetin sıklığının artmasında etkili olmuştur. Şiddet görülme sıklığı ile ilgili doğru bir veri vermek olanaklı değildir. Farklı alanlar için farklı bilgi birikimini içeren farklı istatistikler verilmiştir. Araştırmalar baskın ve birincil olarak Kuzey Avrupa, İngiltere, İrlanda, Kuzey Amerika, Almanya, Avustralya’dan gelmektedir. Avrupalı araştırmacılar şiddeti, daha çok İngilizce “bullying” ve “mobbing” olarak ifade edilen kavramları birleştirerek incelerken, Kuzey Amerikalı araştırmacılar ise, işyerinde anti-sosyal, saldırgan, sivil olmayan, kişilerarası davranışlar üzerine kaydırarak incelemişlerdir. Genel tanım olarak şiddet “daha güçlü pozisyonda olanın güç kullandığı” şeklinde olmasına rağmen sağlık kurumlarında tam tersini gözlemliyor, daha güçsüz pozisyonda olan hastanın güç kullandığını görüyoruz. Örneğin psikiyatri klinikleri ve yaşlı bakım evlerinde tasarlanmamış, sağlık durumlarının bozukluğundan kaynaklanan saldırılar olabilmektedir ve sağlık bakım endüstrisi ile ilgili veriye yönelik bilgilerin derlenip toplanması gerekmektedir. ABD’de İş İstatistikleri Dairesi (Department of Occupational Statistics), Öldürücü Mesleki Yaralanmalar Birimini (Census of Fatal Occupational Injuries-CFOI) işyerinde meydana gelen ölüm olaylarını incelemesi için görevlendirmiştir. Bu doğrultuda tıbbi kayıtları, ölüm kayıtlarını, çalışanların dosyalarını, gazete haberlerini inceleyen çok yönlü bir araştırma yapılmıştır. Bunun sonucunda beş yıllık dönemde ortalama ölüm olayını CFOI yedi olarak

bulmuştur. 1998’de işyerinde her 10 çalışandan biri (%8,5) fiziksel saldırıya uğramıştır. Fiziksel saldırıların %5’i silahlı saldırı olarak gerçekleşmiş, %10’u da major yaralanmalar şeklinde olmuştur. Sağlık ve Güvenlik Komisyonu (The Health and Safety Commission,1987), sağlık servisleri çalışanlarının 12 aylık süre içinde %1’inin major olarak yaralandığını, %11’inin birinci dereceden yaralandığını, %18’den fazlasının sözel olarak tehdit edildiğini, %18,7’sinin de sağlık kurumundaki diğer çalışanlar tarafından sözel olarak tehdit edildiğini bildirmiştir (7, 9, 10, 38, 48, 49).

Ulusal Suç Kurbanları Araştırması (National Crime Victimization Survey-NCVS)’nın, 1993’ten 1999’a kadar olan zaman dilimini kapsayan araştırması sonucunda şiddet kurbanı sayısını 1,7 milyon olarak kaydedilmiştir. Çalışma İstatistikleri Bürosu (Bureau of Labour Statistics-BLS)’da, yaralanmalardan dolayı kaybedilen zamanı rapor etmiştir. Buna göre, saldırılar sonucu işten uzaklaşan gün sayısı ortalama olarak beş gündür. Yaralanmaların ¼’ü 20 günden daha fazla işten ayrılmaya neden olmuştur. Aynı zamanda ABD’de Yargı İstatistikleri Bürosu (Bureau of Justice Statistics-BJS, 2000) şiddet olayları nedeniyle yıllık 1,75 milyon gün (ortalama 3,5 gün), yıllık 55 milyon dolardan fazla parasal kayıp, yine şiddet olayları yüzünden yıllık 1,2 milyon dolar kayıp kaydetmiştir (16, 31).

## **2.1.Şiddet Tanımları**

Şiddet, özgül sosyal süreç ve anlamları ortaya koyan kapsayıcı bir kavramdır. Şiddetin kapsamının genişliği, değişik ortam ve toplumlarda uğruna kullanıldığı özgün amaçların sayısal zenginliğinden bellidir. Şiddet, en iyi şekilde kültürel ortamlar üzerinde ve sosyal durumlar dizisi içinde anlaşılabilir bir kavramdır. Bu özelliği nedeniyle halk sağlığı alanlarına da yansımaları vardır. Kaplan (1964), bu konuda kavramsallaştırmadaki çelişkilere işaret etmiştir: “tam bir kavram oluşturma, iyi bir teorinin formüle edilmesine gereksinim duyar” şeklinde ifade etmiştir (36, 43).

Hiçbir ülkede tutarlı, ulusal, geniş kapsamlı bir tanımlama, kapsamlı bir bilgi mevcut değildir. Tanımlamalarda görüş birliğinin olmayışı, kavramsallaştırmanın eksikliği konuya yaklaşımları etkilemektedir. Araştırmacılar hala şiddeti tanımlama sorunuyla uğraşmaktadırlar. Arnetz, şiddeti tanımlamamış, sadece ayrılmış bireysel sağduyu ile yorumlamıştır. Poster (1996), şiddeti farklı ülkelerde, farklı sosyo-politik

çevrelerde tanımlamış, şiddetin doğasını ve karakteristiğini farklı biçimlerde vermiştir. Yassi (1994) ise, tanımlama için sosyo-ekonomik/kültürel koşulları karşılaştırmıştır. Konuyla ilgili odak gruplarının tanımlamaları belli bir prensip içindedir ve fiziksel şiddete daha yakındır (4, 16, 24, 37).

Şiddet (violence) kelimesinin İngilizcedeki ve Fransızcadaki anlamlarını karşılaştırdığımızda kavramsal olarak çift anlamlı ve göreliliğini görürüz. İngilizcedeki anlamı; fiziksel saldırganlıktır. Fransızcada ise, iki anlamı vardır; biri, İngilizcedeki anlamı daha yakındır, öteki ise dolaylı olarak psikolojik şiddete atıfta bulunur ve rıza göstermesini sağlamak için birine baskı uygulama fikrini ifade eder (36).

Macquanne sözlüğünde ise, “diğerinin haklarına saldırı, sinsice tecavüz etme, herhangi bir savunma aktivitesi/prosedürü” şeklinde geniş bir tanımlama yer almaktadır. Bu tanımlama açık bir şekilde şiddeti tanımlamanın zorluğunu göstermiştir. Özellikle de hemşire araştırmacılar için büyük bir problemdir (37, 46).

Oxford sözlüğü ise, “tartışmaya ya da savaşa başlama aktivitesi, provoke olmamış saldırı, psikolojik olarak düşmanca ya da yıkıcı duyarlı davranış” olarak tanımlamıştır (37).

Şiddet, Webster Sözlüğü’nün 1994 yılındaki dokuzuncu basımında 1) fiziksel güç kullanarak yaralamak, 2) ilişkilerde çarpıklık, zulmetme, 3) diğerine karşı yaralayıcı öfkeli, yıkıcı aktivite, 4) şiddetli duygu ya da açıklama şeklinde tanımlanmaktadır (37).

Şiddet Tanımlama Komitesi (Centers for Disease Control and Prevention-CDC, 1997) tarafından ise, üç çeşit şiddet tanımlanmıştır. Bunlar fiziksel şiddet, psikolojik şiddet ve evsel şiddettir. Evsel şiddet; ortak yaşam içinde bulunan kişiyle ilgilidir. Fiziksel şiddet, fiziksel güç kullanarak potansiyel olarak yaralama, ölüm, zarar vermedir. Sınırı olmayan kesme, itme, atma, sıkma, ısırma, saç çekme, vurma, yakma, bir kişiye karşı silah kullanma gibi eylemleri içerir. Psikolojik şiddet ise, diğerinin kişiselliğini kontrol etmek, alçaltmak, korku vermek, utandırmak amacıyla yapılan sıklıkla sözel şekilde olan davranışları içerir. Genellikle bunlar; taciz, zarar verme, fiziksel ve sosyal izolasyon, saldırma, ayıplama, eleştirme şeklindedir (9, 14).

WHO (1996)'ya göre ise şiddet, “sahip olunan güç ve kudretin, yaralanma ve kayıpla sonlanan veya sonlanma olasılığı yüksek bir biçimde bir başka insana, kendine, bir gruba veya bir topluma karşı tehdit yoluyla ya da bizzat uygulanmasıdır”. Kişinin bireyselliğine, insan haklarına yapılmış bir saldırıdır. Şiddetin fiziksel saldırı, tehdit, istenmeyen seksüel tacize kadar giden birçok çeşidi ve ölüme kadar giden birçok boyutu vardır. Bu doğrultuda kişinin sağlıklı yaşama, saygı ile yaşama gibi bireysel insan hakkını tehlikeye atan bir tehdit unsurudur. Çünkü şiddeti yaşayan kişi olay sonucunda yaralanma, travma ya da şiddetin kişisel olarak içselleştirilmiş durumunun her ikisini birden yaşamaktadır (12, 16, 43).

Avrupa Komisyonu'nun yaptığı tanım, “kişinin saldırıya uğradığı, tehdit edildiği, iş ile ilişkili, kişinin sağlığına, güvenliğine, iyilik haline yönelik içsel ya da dışsal değişime neden olan ima edilen açık olaylar” şeklindedir (42).

Brezilya'da sosyal bilimciler açısından şiddetin görünümü “sosyo-ekonomik, politik, kültürel ilişkiler üzerine temellenen, saldırganlık tiplerine göre farklı sınıflandırmaları olan, sosyal toleransın bölünmesini içeren, soyut kavramla somut gerçek arasındaki etkileşimin yansıması” şeklindedir. Diğer Brezilyalı otoritelerden olan Zaluar ve Leal'a göre şiddet, “insan haklarının ihlali, gücün aşırı olması, diğerine saygı duymadan bütünlüğüne saldırı” olarak tanımlanmıştır. Bu tanımlamalar kapsamlı gibi görünse de diğer tanımlamalar gibi bazı boşlukları vardır (35).

OSHA'nın tanımlaması sözel tehdit/saldırıları içerirken, İş İstatistikleri Bürosu (Bureau of Labor Statistics)'nin tanımı diğer şiddet türlerini de içermiştir. Tüm bu tanımlamalar aynı zamanda şiddetin saldırganlık ile eşanlamı olarak kullanılabildiğini de göstermektedir. Şiddet genelde “tek bir saldırı aktivitesi” içerirken, saldırganlık “tekrarlanmış baskı, işkence aktivitesi”dir (16).

Şiddetin tanımı bilim dallarına, felsefi akımlara, kuramlara ve kişilere göre çeşitlilik kazanmıştır. Şiddet, saldırganlığın en uç noktasıdır (26).

Psikoanalitik kurama göre, “doğuştan gelen, bütün canlılarda ortak olan, öğrenmeyle değişmeyen evrensel bir içgüdüdür” şeklinde tanımlanmıştır. Canlının kendini koruması, kollaması, uyum sağlayabilmesi için evrensel ve doğal bir güçtür. Kendi görüş noktasının doğru olduğu mesajını iletmek için bir insan/objeye zarar verme

niyetinde olan fiziksel güç hareketidir. Gücün kötüye kullanılması, karşı tarafın istismar edilmesi şeklindedir (26).

Etiyolojistlere göre “türün içindeki kavgadır”,

Siyaset bilimcilere göre, “çoğunluğun azınlığa baskısıdır” (26).

Psikoloji bilim dalına göre, “açık bir şekilde kazaya bağlı olmaksızın gerçekleşen, bireyin kendisine, objelere ve başkalarına yönelik uygun olmayan ve zarar verici uyarıları içeren, sözel/sözel olmayan olarak kendini gösteren psikomotor davranış şeklidir”. Şiddet, psikolojide en sık iki temel görüşle açıklanır: davranışsallık, niteliksellik (26, 44).

Şiddeti davranışsal temelle açıklayan Buss (1961), psikologların görüş birliğine vardığı bir tanımlama yapılmıştır: “Diğer organizmaların uyarıcı davranışlarına karşı amaca yönelik tepki vermektir”. Buss şiddeti, güçlü bir duygusal temelle işlemiştir. Egonun yaralanması söz konusudur. Ayrıca şiddeti sekiz farklı (fiziksel-aktif-direkt, fiziksel-aktif-indirekt...) çeşide ve üç farklı (aktif-pasif, direkt-indirekt, fiziksel-sözel) temele oturtmuştur. Buss 1971’de ise, davranışsal bu tanımın eksikliğini yeniden gözden geçirip: ”amaca ulaşmada başarılı olmak için herhangi bir zararlı uyarının etkisiyle harekete geçmek” olarak tanımlamıştır (28, 37, 44).

Spielberger ve Sydeman, Buss (1961) gibi “düşmanlık” ile “instrumental saldırganlık” arasında kullanışlı bir tanımlama yapmıştır: “Saldırgan ve amacı arasında engele yönelik, kızgınlıkla motive olarak doğrudan instrumental saldırganlıkla hareket etme”dir. Kızgınlığın ve düşmanlığın davranışsal olarak yıkıcı şekilde açıklanmasıdır (37).

Niteliksel temele dayanarak şiddeti açıklayan Dollard (1939) ise “amaç-tepki aktivitesi içinde belirgin olarak diğer organizmayı yaralama” olarak tanımlamıştır. Bu tanım; saldırgan davranışın motive olmasına ve kavgayı kazanmaya odaklanmıştır. Kasıtlı olmayan tepkileri kapsar (20).

Einarsen ve Skogstad (1996) ve Vartia (1996)’ya göre şiddet, çatışmadan farklı olarak sıklığı ve uzunluğu dikkate alındığında “kişide stres oluşturan, tekrarlanan, devam eden davranıştır ve tipik olarak olumsuz aktiviteler”dir (38).



Dublin ve Lion (1992) şiddeti, orta düzeyde sözel saldırılardan ağır bedensel zararlara doğru değişen davranışlar olarak tanımlamış, benzer şekilde Morrison da, sözlü tehditten fiziksel zarar verici saldırganlığa varan şiddet derecelemesi geliştirerek, önemli olanın şiddetin tipi değil, derecesi olduğunu belirtmiştir (9, 26).

Tedeschi (1983) şiddeti “instrumental saldırganlık” üzerine temellendirirken; Berkowitz (1989) “kasıtlı olarak birini fiziksel/psikolojik olarak yaralama aktivitesi” olarak tanımlamıştır ve daha çok tepkisel saldırganlığa odaklıdır. Ayrıca Berkowitz (1993)’te niyet/kasıt kavramını temel öge olarak ele almıştır. Otomatik olarak gerçekleşen kurbanı zarar vermede kızgın saldırganlığın amacını ele alır (36, 42, 44).

Steinmetz ve Lystadad’a göre ise, diğer kişiyi fiziksel olarak yaralama niyetini taşımaktadır. Bu tanımlama ufak yaralanmaları kapsamaktadır (22).

## **2.2.Şiddet Çeşitleri**

Eski Roma’da erkekler eşlerini dövebilir; zina, toplum içinde sarhoşluk gibi bazı durumlarda öldürebilirdi. 1700’lü yıllarda ise, İngiltere’de yasalar erkeklere doğru yoldan ayrılan karısını fiziksel olarak cezalandırma hakkını vermektedir. Bu uygulama 19.yy da ABD’de de yapılmıştır. Kadının aşağılanması, güçler arasındaki eşitsizlik, kadının mal olarak görülmesi, erkeğin saldırgan davranışlarına onay verilmesi, kadının ikinci sınıf olarak görülmesi dominant olan erkeğe bağımlılığı sağlamıştır ve 1960’lı yıllara kadar kadına yönelik şiddet görmezden gelinmiştir. 1970’li yıllardaki kadın hareketi kadının toplumda yaşadığı her türlü şiddete dikkat çekilmesini sağlamıştır. Bu tarihten sonra şiddet kavramının terminolojisini oluşturma ve şiddetin çeşitlerini ayırmaya dair gereksinim artmıştır. Sadece olayların sayısı değil, çeşitlerinin ve bunların birincil, ikincil, çok derin travmatik etkilerinin tanımlanmasına gerek duyulmuştur. Birçok biçimde sınıflandırılmasına karşın genel olarak fiziksel şiddet, sözel şiddet, psikolojik şiddet, seksüel şiddet olarak sınıflandırılmıştır (12, 24, 43).

*1) Fiziksel şiddet:* fiziksel güç kullanarak (vurma, tekmeleme, itme, zorlama...) birine kasıtlı olarak zarar vermeyi içeren eylemdir. Sınırı olmayan kesme, itme, atma, sıkma, ısırma, saç çekme, vurma, yakma, bir kişiye karşı silah kullanma gibi eylemleri içerir. O’Leary (1993)’den modifiye edilen modele göre; şiddeti bir kontrol yöntemi

olarak benimseme, fiziksel şiddeti model olarak alma, çocukken istismar edilmiş olma, aşırı alkol kullanımı; fiziksel şiddetin nedenleri arasındadır (27, 43).

2) Sözel şiddet: Bireyin kişiselliğine sözel olarak zarar vermedir. Küfür etme, aşağılama v.b. davranışları içerir, her yerdedir ve zarar vericidir. O’Leary (1993)’den modifiye edilen modele göre; kontrol gereksinimi, gücün kötüye kullanımı, taraflar arasındaki uyumsuzluk; sözel şiddetin nedenleri arasındadır (27, 43).

3) Psikolojik şiddet: Sık sık korku, çaresizliği gösteren sözel taciz şeklindedir. Bu taciz; zarar verme, fiziksel ve sosyal izolasyon, saldırma, ayıplama, eleştirme şeklindedir. Çoğunlukla sözel olarak diğerinin bireyselliğini kontrol etmek, alçaltmak, korku vermek, utandırmak için yapılır. Genelde sağlık bakım sektöründe dikey şiddet biçiminde görülür (12).

4) Seksüel şiddet: “Karşı tarafın isteği dışında fiziksel gücü kullanarak cinsel etkileşimde bulunma”dır. Seksüel taciz, endişe verici konudur. Yasal, organizasyonel, psikolojik olarak meydan okunması gereken; sosyal, kanuni, akıl sağlığı problemidir. Yüksek prevalansı, olumsuz sonuçları vardır. Araştırmalar içinde önemli ve acil başlık maddelerindedir (12).

Literatürde seksüel tacizin tanımı “hoş olmayan, istenmeyen fiziksel temas, sözel olmayan davranış, kişinin mesleki güvenliğini tehdit eden, doğrudan olmayan saldırıyı içeren seksüel etkileşim” şeklindedir. Kişiyi iş performansı, azalmış üretkenlik, meslek kaybı, azalmış kazanç, bozulmuş psikolojik ve bozulmuş iyilik hali gibi daha birçok yönden etkilemektedir. Çoğu yayın seksüel (cinsel) tacizi sağlık bakım çalışanlarının performansını, motivasyonunu etkileyen major işyeri sorunu olarak göstermiştir. Kinross (1992), hemşirelerin %17’sine seksüel olarak saldırıldığını bildirmiştir. Ulusal Kadın Organizasyonu (National Organization for Women, 1997)’na göre kadınların %50-75’i cinsel tacize maruz kalmışlardır. Cinsel taciz sonrasında ilk önce öfkelenen (literatürde algılanmış güç dengesizliği öfkeyi doğurmaktadır) hemşire olay sonrasında post-travmatik stres bozukluğu (PTSD)’nu yaşamaktadır. Diğer şiddet türlerine göre kadının cinsel tacizi açısından dört kat daha fazla PTSD’ye neden olur (16, 37, 46).

Bunun yanında toplumsal alanda yaşanan şiddet çeşitleri:

- *kendine dönük şiddet*: intihar, bedenine zarar verici yaralanmalar
- *kişiler arası şiddet (evsel şiddet)*: erkek/kadın/çocuk/yaşlıya yönelik fiziksel/duygusal/ psikolojik şiddeti içerir. Ortak yaşamın paylaşıldığı bireylere yöneliktir. Tıbbi, sosyal, adli servislerin işbirliğini gerektirir. Karmaşık, sosyal bir problemdir. Her yıl iki milyon kişi bu anlamda mağdur olmaktadır. Ciddi bir halk sağlığı problemidir.
- *Çalışma hayatında şiddet (işyerinde şiddet)*: kişinin çalışma esnasında fiziksel saldırı, tehdit ve var olan durumunu kötüye kullanmaya yönelik davranışlara maruz kaldığı durumlardır. Gücün kullanımını, işyerinde yaralanma, yüksek derecede psikolojik yıkıma neden olan, ölümlerle sonuçlanan, insanın pozitif gelişimine ters düşen davranış/sözler dizgesidir. Bedensel bütünlüğüne, sağlığına ve güvenliğine açık veya üstü kapalı bir tehdit içerir.
- *Organize şiddet*: uluslar arası şiddet, politik şiddet...
- *Medya şiddeti*: yazılı/görsel basında şiddet içeren görüntü, ses, yazı...
- *Diğer şiddet çeşitleri*: sokak şiddeti, çete şiddeti...

Bu şiddet çeşitleri içinde en sık görülen kişilerarası şiddet (evsel şiddet) ten kadına yönelik şiddettir (6,16, 28, 43).

Şiddetin Gelişim Basamakları

Smith'in stres modeline göre saldırganlık süreci beş aşamada yaşanır.

1. Tetikleme Basamağı: Kişinin tehdit olarak algıladığı durumlarda, genel uyarılmışlık düzeyi artar.
2. Şiddetlenme Basamağı: Etkileyici faktörlere bağlı olarak fiziksel ve emosyonel gerilim artar.
3. Kriz Basamağı: Kontrol kaybı meydana gelir ve şiddet ortaya çıkar. Saldırganın beden dili, davranışları ve iletişim şekli tümüyle değişir. Olumlu baş etme yeteneklerinin kaybolması söz konusudur.
4. İyileşme Basamağı: Fiziksel hareketlilik ve emosyonel hareketlilik azalır. Normal yanıtlara dönüldüğü yatışma basamağıdır.

5. Kriz Sonrası Depresyon Basamağı: Başkaları ile olumlu iletişim, barışçıl tutum gelişir (9, 26).

Düzeyine göre şiddetin sınıflandırılması;

1. Hafif Düzeyde Şiddet: Memnuniyetsizlik ifadeleri, gerginlik, huzursuzluk görülür.
2. Orta Düzeyde Şiddet: Öfke, düşmanlık ifadesi çok açıktır. Kapıları çarpma, nesnelere fırlatma görülür.
3. Ağır ve Şiddetli Düzeyde Şiddet: Son düzeydir. Fiziksel zarar verici davranışlar görülür (26).

OSHA'nın işyeri şiddetini sınıflandırması;

-Tip 1 (suç kasıtlı), işyeriyle yasal ilişkisi olmayan, kişi tarafından olaya neden olan kişiye yönelik gerçekleşir.

-Tip 2 (orta dereceli olayların olduğu) (müşteri/hasta odaklı), saldırganın işyerinde bir müşteri ya da hasta olduğunda oluşan saldırı tipidir. Genelde çalışan ona hizmet ederken saldırı olabilir.

-Tip 3 (çalışanın çalışan üzerinde), (küçük olayların olduğu ya da hiç olmadığı ortamlar), İşyerinin çalışanları ya da geçmişte çalışmış olanlar saldırgan olabilir (16).

Eliot, şiddet riski açısından üç dereceli bir sınıflandırma yapmıştır.

1. Derece: Acil servis, ambulans, radyoloji, ayaktan tedavi merkezlerindeki eczaneler, kafeterya, psikiyatri servisi gibi ortamlarda görülen suç tipidir.
2. Derece: Tıbbi-cerrahi alanlar, ayaktan tedavi kliniklerinde görülen suç tipidir.
3. Derece: Hastaneler, sınıflar, eğitim ofislerinde görülen suç tipidir (16).

Sağlık bakım çalışanlarına yönelik şiddet genelde “Tip 2”dir. Ancak çalışma ortamlarında bu üç tipten herhangi birine de maruz kalınabilir. Zaten hastalarla fiziksel ilişkinin olduğu sağlık profesyonelleri için bütün şiddet tipleri kaçınılmaz olmaktadır (16, 29, 31, 49).

### **2.3.Siddetin Etivolojisi**

Cüceloğlu'na göre engellenme, bireyin elde etmek istediği bir nesneye, ulaşmak istediği belirli bir amaca varmasında veya ihtiyaçların giderilmesi önlenmediği zaman ortaya çıkan olumsuz bir duygudur. Bunun sonucunda şiddet ortaya çıkmaktadır. Bilişsel kuramcılardan Beck'e göre ise, kışkırtma ve tehdit öfke duygusunun, buna bağlı olarak da şiddet davranışının ortaya çıkmasını zorlayan uyarımlardır. Bunlardan insanların neden şiddete başvurdukları; saldırganlık ve şiddet davranışlarının oluşumunu hazırlayan ve arttıran faktörlerin neler olduğu ortaya konmaya çalışılmıştır. Ancak literatürde ne psikolojik, ne fizyolojik, ne de patolojik olarak tam olarak tanımlanmış değildir (12, 20, 26).

*A) Biyolojik kuramlar:* Ünlü İngiliz filozof Thomas Hobbes (1909), insanları vahşi hayvanlara benzer şekilde toplumla birlikte biçimlendirmiştir. İnsanların bencil olduğunu ve ne olursa olsun kavga etme eğiliminde olduklarını söyler. Hobbes'a göre, insanların hayvansal doğası doğrudan sosyal davranışı açıklar. Biyolojik kuramlar saldırgan davranışı; evrim, genetik kuramlar (içgüdü, genler...) kavga etme refleksi, hormonlar, beyin yapıları, doğuştan saldırgan olma, ilaçlar, çeşitli nörotransmitterler (serotonin aktivitesi intihar yanında saldırgan davranışın da ortaya çıkmasında rol oynar), alkol ve uyuşturucular (alkol, dürtü kontrolünde inhibisyon ve muhakeme yeteneğinde azalmaya neden olduğu için alkol intoksikasyonu ile şiddet davranışı arasında açık bir ilişki vardır) fiziksel duruma bağlı etkenler şeklinde sınıflandırmaktadır. Garza-Trevino (1994)'na göre, saldırgan davranışların genel olarak limbik sistemle, beynin temporal ve frontal lobları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (44).

#### **A.1.Psikobiyolojik Kuramlar**

*A.1.1.Evrimsel Kuramlar:* Evrimsel biyolojik temelli görüşe göre, kalıtım şiddette önemlidir. Darwin (1859)'in evrimsel teorisine göre, tüm organizmalar için sosyal davranışın nedenleri evrimsel gelişimle açıklanabilir (44).

*A.1.2.Genetik Kuramlar:* Davranışsal genetik; davranış, huy gibi kişisel özellikleri kalıtsal olarak inceler. Saldırganlık içinde cinsiyet farklılıklarını da inceler. Davranışsal genetikle ilgili yapılan son araştırmalar, insanların çeşitli karakteristiklerini

açık olarak ortaya koymaktadır. Genetik faktörler içinde; genel zeka, alkolizm, şizofreni de önemlidir. İçgüdü ise, insanların davranışlarını şekillendiren genetik olarak programlanmış bir öğedir. Esnektir ve herhangi bir uyarıcıyla harekete geçebilir (44).

A.1.3.Kavga Etme Refleksi: Bir hayvan şiddetli bir acı yaşadığında hemen saldırır. Kavga etme refleksi, vahşi bir şok durumudur. Saldırganlık da acı çektiren, stereotip bir davranış kalıbıdır (44).

A.1.4. Hormonlar: Saldırganlık içinde cinsiyet farklılıkları önemlidir. Cinsiyetle ilişkili hormonlar, kimlik, seksüelliği, menstrüel siklusu (testosteron premenstrüel gerilim sendromu (PMTS) oluşturur; intihar gibi bir dizi davranış kalıbı bu sendromla ilişkilendirilir), aktivite derecesini ve saldırganlığı etkiler. Cinsiyetle ilgili biyokimyasal faktörler, androjenlerdir. Androjenlerden en önemlileri de testosteronlardır. Beach (1974)'e göre, hormonlar bireyselliği üç yolla etkiler: 1) spesifik davranışların performansını, 2) uyarılma algısını, duyarlı sistemleri, 3) organizmanın psikolojik yapısını etkilemektedir. Hormonal uyarılma memeliler grubunda saldırganlığı artırır. Buna bağlı olarak yüksek dereceli testosteron aktivitesi, hem seksüellik, hem de saldırganlık derecesini etkiler. Bu durum endokrin hastalıklarda (Cushing, hipertiroidi, hipoglisemi...) daha belirgin olarak görülmektedir. Kendini fiziksel olarak ifade etme ile testosteron arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda hormon aktivitesinin şiddet davranışını provoke eden bir durum olduğu ve testosteron derecesinin de steroidlerle arttığı gözlenmiştir (44).

“İnsan davranışının karmaşıklığı, daha düşük organizmalarla tanınmalıdır” görüşünden hareketle oluşturulan bu kuramlar; buna göre birleştirilmiş çevresel koşullar, sınırlı psikolojik mekanizmaların kontrolü altında ele alınmalıdır (44).

B) Psikolojik kuramlar: Saldırganlığı evrensel bir içgüdü olarak ele alır. Psikodinamik, engellenme-saldırganlık ve bilişsel kuramlarla açıklanmaya çalışılmıştır. Saldırganlığın psikodinamik açıklamasını yapan, bu konuda ilk ve en popüler isim olan Freud (1950), engellenmenin saldırgan davranışa neden olduğunu ileri sürer. Buna göre engellenme negatif enerji oluşturur ve engellenme insanı tüketir (26, 44).

## B.1.Psikososyal Kuramlar

B.1.1.Engellenme–Saldırganlık Kuramı: Yale psikolojistleri (Dolard (1939)) tarafından önerilen bir kuramdır. Bu kurama göre, engellenme daima saldırganlık davranışına neden olur. Berkowitz (1989), daima engellenmeyle saldırganlığı birleştirerek ele almış, tepkisel ve instrumental saldırganlığı bir arada kullanmıştır. Tepkisel saldırganlık, diğer insanı yaralamak için itici bir tepki iken instrumental saldırganlık öğrenilen bir davranıştır. Burada bir kışkırtıcı, bir yasak saldırgan davranışa neden olabilir (44).

B.1.2.Dürtü Kuramı: Freud (1950), içgüdüsel enerjiden gelen psikolojik süreçler ve organizmanın genetik özelliklerinin saldırgan davranışa neden olduğunu söyler. Freud saldırganlığın altında, “yaşam (Eros: yapıcı dürtü) ve ölüm (thantonos: yıkıcı dürtü) olan iki tür içgüdünün olduğunu ve sürekli etkileşim içinde olduklarını belirtir. Şiddet, kişinin kendisine zarar verici bu dürtülerin yönünü kendisinden uzaklaştırarak başka kişilere yöneltmesinden kaynaklanır (9, 44).

B.1.3.Davranış Kuramı: Skine ve Watson’a göre, sonradan kazanılan toplumsal koşulların biçimlendirdiği bir davranıştır. Edimsel koşullanma (ödül-ceza) taklit ve özdeşleşme (öğrenme kavramları) saldırganlık davranışını biçimlendirir (26).

B.1.4.Varoluş Kuramı: Saldırganlık davranışı ve şiddet, ölüm anksiyetesi ile açıklanır (26).

B.1.5.Bilişsel Kuram: Davranış kuramcılarına benzer düşünürler. Fakat içine zihinsel süreçleri de katarlar. İnsanların karşılaştığı olaylara karşı gösterdiği davranışları; inançları, yargıları, istem dışı düşünceleri etkilemektedir. Tüm bunların etkisi, olayların olumsuz yorum ve beklentileri, saldırgan eylem ve davranışları ortaya çıkarmaktadır (9, 26).

B.1.6.Hümanistler: Eric Fromm “insan içindeki agresyonun bastırılabilirdiğini; bastırılamazsa bunun bir sistem sorunu olduğunu” söylemiştir (9, 26).

B.1.7.Nesne İlişkileri Kuramı: Dürtü teorisini kabul etmezler. İnsanda agresyonun var olan bir duygu olduğunu söyler. Buna göre insanda saldırganlık olması,

erken dönemdeki nesne ilişkilerinin bozulmasından kaynaklanır. Adler'e göre, aşağılık duygusu doğuştan vardır. Önlemek ve dengeleri tekrar düzene sokmak için fiziksel bir eyleme ya da saldırganlığa başvurulabilir. Kernberg'e göre kendilik değeri aniden kritik bir noktaya gelir veya tehdit altında kalırsa çocuklukta yaşanmış çatışmalar tekrar canlanır (26).

C) Sosyal kuramlar: Bu kuramın en baskın psikolojistleri; Ivan Pavlov, Edward Thorndike, B.F.Skinner, Kenneth Spence'dir. Davranışı açıklamada major teori olan bu teorinin gelişimi saldırgan davranışı açıklamada Albert Bandura ve Arnold Buss'a rehberlik etmiştir. Algılanan öfkenin kişinin kendi içinde yorumlanmış biçimini ve nasıl şiddete dönüştüğünü açıklar. Çevresel faktörlerle ilişkili olarak davranıştaki değişimi inceler. Saldırganlık için üç major sınıflandırma yapmıştır: 1) klasik durum, 2) instrumental öğrenme teorisi, 3) bilişsel öğrenme teorisi. Bu kurama göre saldırganlık ve şiddet, gözlemsel öğrenme, taklit, özdeşleşme, kopyalama, rol alma yoluyla öğrenilir. Sosyal ilişkilerden olduğu kadar bireyin bilgi sürecinden de etkilenir. Kişinin saldırgan davranışlarda bulunmasında geçmiş deneyimler, sosyal çevre, kişilik, saldırganlıkla ilgili düşünce ve algıların etkili olduğu söylenir (44).

C.1.Sosyal Öğrenme Kuramı: Bandura (1973) sosyal öğrenme teorisini, sosyal faktörler ve kişilik üzerine odaklanmıştır. Bireyselliğe önem verir, geleceğe yöneliktir ve onun teorisi, sosyal öğrenme teorisinde merkezi rol oynar. En önemli etkisi televizyondan şiddet davranışlarını edinmede görülür (44).

#### D.Psikososyal Faktörler:

D.1.Gelişimsel faktörler: Çocukluğunda şiddet gören kişi yetişkinliğinde şiddet uygulama açısından risk altındadır (43).

D.2.Silahlar: Silahlara bağlı ölüm ve yaralanma giderek artmaktadır. ABD'de silahlara bağlı ölüm riski 15-19 yaş grubunda 1985-1990 yılları arasında %77 artış göstermiştir (43).

#### D.3.Çevre:

D.3.1.Kalabalık: Şiddet açısından potansiyel risk taşır.



D.3.2. Hava Durumu: şiddet üzerinde etkilidir. Rahatsızlık oluşturacak şekilde ortam sıcaklığının artması, saldırganlığı arttırıcı etki yapar.

D.4.Sosyoekonomik Faktörler:

Beyazlar dışındaki ırklarda şiddet olaylarının hızı, kurban ve saldırgan sayısı daha yüksektir. Ayrıca ağır yoksulluk ve evlilikte yaşanan sorunlar şiddetle ilişkilidir (43).

D.5.Şiddetle ilgili Psikiyatrik Bozukluklar:

D.5.1.Psikotik Bozukluklar: manik tip bipolar bozuklukta, şizofreni, paranoid bozukluklarda çevreye yada kendine yönelik saldırgan davranışlar görülmektedir (43).

D.5.2.Non-psikotik bozukluklardan olan PTSD olan kişilerde, borderline, anti-sosyal ve paranoid kişilik bozukluklarında şiddet içeren davranışlar sık görülmektedir (43).

**2.4.Şiddetin Epidemiyolojisi**

21. yüzyılın başında dünyada meydana gelen ölümlerin %4'ünün nedeni intihar veya cinayettir. Yapılan tahminlere göre, 1998 yılında yaralanmalara bağlı meydana gelen 5.8 milyon ölüm olayının 2.3 milyonu şiddete bağlıdır. Cinayet ve şiddet tüm yaralanmaya bağlı ölümlerin %13'ünü, intiharlar %16'sını, savaşlara bağlı ölümler ise %10'unu oluşturmaktadır. Cinayet ve şiddet olayları 1998'de tüm dünyada prematür ölümler ve özürllülüğe bağlı sağlık kayıpları (The Disability Adjusted Life Year-DALY) %10, intiharlar %10, savaşlar ise yine %10'undan sorumludur. Toplumların daha iyi bir sağlık düzeyine ulaşmasını ve sürdürülebilir bir sosyal gelişmeyi engelleyen şiddet giderek tırmanan bir sağlık sorunudur. 1990'da tüm dünyada prematür ölümler ve özürllülüğe bağlı sağlık kayıplarına (The Disability Adjusted Life Year-DALY) bağlı kayıplar içinde cinayet, intihar ve savaşlar 16, 17, 18. sıralarda yer alırken, 2020'de savaşların 8. sıraya, kişilerarası şiddetin 12.sıraya, kendine yönelik şiddetin ise, 14.sıraya yükseleceği tahmin edilmektedir (43).

Suç ve Yargı Araştırması (2003) (Crime and Justice System-C&JS) İngiltere'de yayınladığı raporda, 10-65 yaş arasındaki popülasyondaki şiddet oranlarını belirlemiştir:

Büyük bir grubun incelenmesi sonucu elde edilen bulguya göre herkes hayatında en az bir kere (%41 oranında) şiddetle karşılaşmıştır. Bu oran, erkekler için %52, kadınlar için %30'dur. Erkeklerin %13'ü, kadınların %7'si saldırgandır. Erkekler normal popülasyonda kadınlara göre 10 kat daha fazla şiddet davranışında bulunmaktadır. İşledikleri suç oranı da daha fazladır. Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO)'nün istatistiklerine göre erkeklerin %14'ü ve kadınların da %7'si şiddet sonucu ölmektedir (2, 6, 16).

1998 ABD Ulusal Kadına Yönelik Şiddet Araştırması (National Violence Against Women Study-NVAW)'na göre, kadınların %52'si çocuklukları boyunca en az bir kez fiziksel saldırıya, %2'si son 12 ay içinde fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Bu araştırmaya göre ABD'de her yıl 1.9 milyon kadın şiddetle karşılaşmaktadır. ABD'de kadına yönelik şiddetin maliyeti doğrudan 3-5 milyar dolar iken, dolaylı olarak 100 milyar dolarlık bir yük oluşturmaktadır. Türkiye'de ise, bu alandaki çalışmaların geçmişi kısadır. İlk olarak bir kamuoyu şirketi olan PİAR (Platforma de Informaçao Atreves de RDS) tarafından kadına yönelik şiddet oranı %75 olarak bulunmuştur. Esmer ve ark. (1991) ise, kadınlara yönelik şiddeti %30, erkeklere yönelik şiddeti ise %34 olarak bulmuştur. Sözel şiddet sıklığı kentsel bölgede %62, kırsal alanda %49 olarak saptanmıştır. Aile Araştırma Kurumu (1997), fiziksel şiddet sıklığını %16,5, sözel şiddet sıklığını %12,3 olarak vermiştir. Ayrıca damgalanma, dışlanma korkusuyla bildirimlerin az olduğunu belirtmiştir (43).

İsveç'te sağlık kurumları ile ilgili yapılan çalışmada, katılımcıların %13,5'i bir kere, %62,4'ü birçok kere, %9'u sık olarak şiddetle karşılaştıklarını rapor etmişlerdir. Yine genel olarak %57'si şiddet kurbanı olmuş, saldırı tehdidinin %97'sinin hastalardan, %12,5'inin hasta yakınlarından, %5'inin çalışma arkadaşlarından geldiği belirlenmiştir. Saldırı olaylarının %58'i yumruklama, %25'i tekmeleme, %6'sı silahla vurma şeklinde gerçekleşmiştir. Şiddet olaylarının ölçümünde; çalışma koşulları, fiziksel ortam, psikososyal iş çevresi, bakımın kalitesi, iş çevresi, organizasyon, sosyal destek, değişimler ve gelecek, sağlık koşulları gibi etkenler göz önüne alınmıştır (27, 37, 42).

Toufexis'in yaptığı (1993) bir çalışmada Amerika'da sadece iki milyondan daha fazla insanın her yıl bıçaklandığı, kurşunlandığı ve bu saldırılar sonucunda %0,23'ünün

öldüğü belirtilmektedir. NCVS ise, 1992-96 arasında işyerinde görevini yaparken ABD’de yılda iki milyon kişinin işyeri şiddetinden mağdur olduğunu bildirmiştir (16, 26).

Ülkelere göre sözel şiddetin Kanada’da %81 (Wyne ve ark., 1996), Avustralya’da %57 olduğu; fiziksel şiddetin ABD’de %56 (Errickson, 2000), Kanada’da %54 (Wyne ve ark., 1996), İsveç’te %19-31 (Arnetz ve Soderman, 1998) ve Avustralya’da %17 olduğu bulunmuştur (2).

Şiddet riskini arttıran ipuçlarına karşı uyanık olmak gerekir. Bireyin geçmişteki disiplin ölçüleri, terhis olma biçimi, iş değiştirme sıklığı, işten ayrılma nedenleri gözden geçirilmelidir. Bu etkenlere bağlı olarak güvenlik derecesi ve kontrolün eksikliği nedeniyle %40, hastaların kişilik ve davranışı nedeniyle %39,6, sosyo-ekonomik durum nedeniyle %15,1 oranında şiddet olayıyla karşılaşmıştır. Yapılan birçok araştırma, sosyoekonomik durumun şiddetin ortaya çıkışında etkili olduğunu göstermiştir (45).

### **2.5.İşyerinde Şiddet**

İşyerinde şiddet, ciddi evrensel, çok yönlü bir fenomendir. Bilimsel ve teknolojik gelişmeler, çalışan birey sayısının artmasına neden olmuştur. Kuzey Amerika, Avrupa ve Avustralya’da 1980 ve 1990’larda konuyla ilgili basılmış yayınlar hızlı artış göstermiştir. İnsanlar güvenli oldukları yerde daha üretici olurlar. Çalışan bireyin sağlığı, genel faktörlerden etkilendiği gibi daha fazla oranda çalışma ortamından ve ilişkilerinden kaynaklanan risklerden de etkilenmektedir. Bu yüzden işyeri ortamının tipi, iş yükü v.b. özellikler çok önemlidir ve işyerinde çalışanın biyo-psiko-sosyo-kültürel bütünlüğüne zarar verici etkenleri tanımak, çalışanın sağlığını korumak, en üst düzeye çıkarmak ve iş verimini arttırmak amaçlanmalıdır. Brezilya’da yapılan bir çalışmada (Palacious ve ark. 2003) işyerinde şiddetin çalışanların üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu bulundu. İş hayatındaki şiddet ve saldırganlık; bütün meslekleri etkileyen ciddi bir durumdur. Kontrol altına alınması için güçlü bir motivasyon gerekmektedir. İş Kazaları ve İş Hastalıklarıyla İlgili Bilgi Sistemi (Information System for Occupational Accidents and Work Related Diseases-ISA) ve İsveç İş Çevresi Otoritesi (Swedish Work Environment Authority-SWEA)’ne göre 1993’ten sonra şiddete bağlı mesleki yaralanmalarda belirgin bir artış olmuştur. İşyerlerinde şiddet ve şiddet tehdidi, hem

işyeri personelinin memnuniyetsizliğini, hem de organizasyonların yapısını etkileyen önemli bir etkiye sahiptir (2, 4, 8, 16, 35).

ABD Mesleki Güvenlik ve Sağlık Dairesi (Occupational Safety and Health Administration-OSHA) ve ABD Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü/Hastalık Kontrolü ve Önlenmesi Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention/National Institute for Occupational Safety and Health-CDC/NIOSH) işyeri şiddetini “işyerinde doğrudan diğer kişiye karşı olan aktiviteler” olarak tanımlamıştır (14, 18, 31).

Avrupa Komisyonu işyeri şiddetini “bireyin işyerinde ya da işiyle ilgili bir görevi yaparken saldırıya uğraması, tehdit edilmesi, herhangi bir şekilde zarar görmesi, güvenliğinin, iyilik halinin bozulması” olarak tanımlamıştır (16, 28).

İşyeri Şiddeti Araştırma Enstitüsü (Workplace Violence Research Institute-WPV)’ne göre işyerinde şiddet, “çalışanlarda düşmanlık oluşturan, fiziksel ve psikolojik olarak negatif etkileri olan herhangi bir aktivite” olarak tanımlanır (16).

İngiliz Suç Araştırması (British Crime Survey-BCS) şiddeti, “kurbanın çalıştığı yerde, çalıştığı sırada halktan kişiler tarafından gerçekleşen tüm saldırı ve tehditler” olarak tanımlar (16).

Kraliyet Hemşirelik Fakültesi (Royal College of Nursing-RCN), işyerinde şiddete büyük önem vermiş ve işyerinde şiddeti “profesyonel çalışanın saldırı, tehdit, korku şeklinde yaşadığı ya da güç kullanımına başvurularak zarar görmeye sonuçlanan işyerinde görülen normal olmayan davranışsal süreç” olarak tanımlamıştır (7, 48).

Chappell ve Di Martino (2001) “İşyerinde şiddetin çeşitli formlarda görülen evrensel bir sağlık problemi” olduğuna işaret etmişlerdir (2, 28, 46).

İşyerinde şiddet; sessiz, yıkıcı bir deneyimdir ve bazı profesyoneller (polis, güvenlik görevlileri...) şiddetle diğerlerinden daha fazla karşılaşabilirler. ABD’de her yıl bir milyon kişi işyerinde şiddete maruz kalmaktadır ve taksit sürücülüğü, polislik gibi meslekler; meydana gelen ölümler yönünden yüksek risk taşımaktadır (2, 14, 17).

İşyerinde şiddetle ilgili olarak 1999’da ABD’de yaklaşık 25 milyon insan mağdur olmuş, bu şiddete yönelik yasal ve tıbbi harcamalar (tazminat ödemeleri,

üretkenlikte azalma, güvenlik önlemlerini arttırma gibi giderler tıbbi harcamalar hariç) 250.000 doları bulmuştur. ABD’de Ulusal İş Yeri Güvenliği Enstitüsü (National Safe Workplace Institute-NSWI) (1992)’ne göre; işten ayrılma, şiddetten dolayı hasta olma, azalmış üretkenlik, olayların kontrolü için her yıl milyarlarca dolar harcanmaktadır (28, 42).

ABD’de 2001 yılı boyunca işyerinde 639 ölüm meydana gelmiştir. Ulusal Suç Kurbanları Araştırması (National Crime Victimization Survey-NCVS) 1993 ile 1999 arasında yıllık olarak 1.7 milyon ölümlerle sonuçlanmayan saldırı meydana gelmiştir. Yine Kaliforniya çalışanları araştırmasında, yılda her 100.000 kişiden 465’i (tüm çalışanların %82,5) ölümlerle sonuçlanmayan saldırıya maruz kaldığı bulunmuştur. 1988’de Ulusal Mesleki Güvenlik ve Sağlık Enstitüsü (National Institute for Occupational Safety and Health-NOISH), ölümü mesleki ölümlerin üçüncü nedeni olarak tanımlamıştır (21, 31).

İşle ilgili Hastalıklar ve İşyeri Kazaları İle ilgili Bilgi Sistemi (Information System for Occupational Accidents and Work Related Diseases-ISA), İsveç İş Çevresi Otoritesi (Swedish Work Environment Authority-SWEA), 12 ay boyunca şiddet ve şiddet tehdidi yaşayanların çoğunluğunu kadınların oluşturduğunu bildirmiştir (45).

Buna göre, güvenli bir işyerini oluşturmak için adımlar şunlar olmalıdır: Güvenli çalışma alanı oluşturmak, düzenli olarak işyerinde hangi bölümlerde şiddet olabileceğini kontrol etmek, güvenlik birimleri gibi diğer şiddetten korunmaya yardımcı olacak gruplarla işbirliği içinde çalışmak, olayları işyerinde bulunan polise haber vermek, kontrol mekanizması oluşturmak, gerekiyorsa bağlı olunan kurum, mesleki örgütten yardım istemektir (22, 25).

UNISON (2000)’un araştırması da, İsveç hastanelerinde son yıllarda şiddet olaylarında %200 artış olduğunu göstermiştir (46).

## **2.6.Sağlık Kurumlarında Şiddet**

Sağlık bakım kurumlarında şiddet giderek büyüyen ve yeni olmayan psikososyal bir sorundur. Sadece konuya ilginin derecesi artmıştır. Son 15 yıldır toplumdaki değişimlerin bir yansıması olarak görülme sıklığındaki artış nedeni ile şiddet ve önleme stratejileri artarak işlenen bir konudur. 1988’de konuyla ilgili sadece 32 makale varken

bugün yüzlerce makale yayınlanmıştır. ABD’ de 1990-1996 döneminde temel sağlık hizmetleri, kadın-doğum hastalıklarıyla ilgili çıkan kaynaklar incelendiğinde; kadın-doğum kaynaklarının %38’inde, temel sağlık hizmetleri kaynaklarının %35’inde, acil tıp kitaplarının ise %29’unda şiddetle ilgili bölümlerin olduğu görülmüştür. Sağlık çalışanları hizmet verirken sıklıkla şiddet kurbanı olmaktadır. Kanada’da yapılan bir çalışmaya göre; kadın-doğum servisinde çalışan hemşirelerin %15’i birlikte çalıştıkları kişilerden fiziksel şiddet gördüklerini belirtmişlerdir. WorkCover NSW (1997)’ye göre, 1992-1995 arasında sağlık bakım endüstrisinde görülen şiddet olaylarında %6,8 artış olmuştur (9, 17, 24, 40, 43, 49).

Sağlık bakımında şiddet, Lipscomb ve Love (1992) tarafından “acil tehlikeli durum” olarak tanımlanmıştır. Breakwell (1997), sağlık kurumlarında şiddeti, diğer alanlardan 26 kez daha riskli bulmuştur. Bugün beş milyon ABD çalışanı diğer mesleklerden gelen birçok güvenlik ve sağlık tehlikesi yaşamaktadır. Sağlık kurumları, geleneksel olarak yüksek riskli alanlardır ve hastanelerdeki şiddete duyarlı bakım alanlarında son yıllarda büyük bir patlama vardır. Ulusal İşyeri Güvenliği Enstitüsü (National Safe Workplace Institute-NSWI)’ne göre, sağlık kurumlarında şiddet olayları artmakla birlikte “bir işyeri tehlikesi” olarak kabul edilmiştir ve Endüstriyel İlişkiler Servisi (Industrial Community Service-ICS, 1998)’ne göre, sağlık bakım çalışanları diğer çalışanlara göre dört kez daha fazla şiddet olayı yaşamaktadırlar (7, 15, 16, 31, 37).

Arnetz (2001)’in resmi kayıtlı Amerikan hemşireler üzerinde yaptığı çalışmaya göre en azından bir kez fiziksel saldırıya uğrama oranını %35-80 arasında bulmuştur. ABD’nde ölümcül olmayan saldırı oranı %85, İngiltere’de %40 olarak bildirilmiştir (15, 16).

Sağlık bakım kurumlarında şiddet riskini arttıran değişik faktörler bulunmaktadır. Bunlar; 24 saat kesintisiz hizmet verilmesi, stresli aile üyelerinin varlığı, hastaların uzun süre beklemesi ve bakım hizmetlerinden yeterince yararlanılmaması gibi durumlar da bunlar arasında yer almaktadır. Ayrıca işlerin yoğun olduğu dönemlerde personel sayısının az olması, aşırı kalabalık/rahatsız ortamlarda çalışma, vardiya halinde veya tek çalışma, sağlık bakım endüstrisinde maliyeti azaltma girişimleri, saldırgan davranışla baş etme konularında sağlık bakım personelinde eğitim yetersizliği, bekleme

salonlarının aşırı kalabalık olması, çevresel ortamın kötü olması (koridor/odalar/ servislerin/diğer ilgili alanların kötü ışıklandırılmış olması), yeterli düzeyde güvenlik elemanı olmaması, şiddet durumları ile baş etmede hastalarla ilişkide krizi yönetmede çalışan personelin deneyim eksikliğinin olması, halkın bu şekilde hareketinin yasalarla sınırlanmamış olması, hasta yakınlarının bir an önce kendileri ile ilgilenilmesini istemesi, kendi hastalarının daha acil olduğunun düşünmesi, hasta ve hasta yakınları tarafından işlerin düzenli yürümediği veya içeri almada adil davranılmadığı hakkında şüphelerinin olması, şiddet riskini arttıran faktörler arasında yer almaktadır.İşyeri Güvenliği ve Sağlığı Enstitüsü'nün raporunda Bulato ve Van Den Boston'dan ifade ettiğine göre, uzun süre bekleme, rahat olmayan çevresel koşullar ortamın gerilimini arttırmakta, bu gerilim önyargı oluşmasına veya aleyhte tavır almaya neden olmaktadır (1, 9, 16, 45).

Kaliforniya İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetimi (California Occupational Safety and Health Administration-OSHA) tarafından sağlık bakım endüstrisinin birincil sorununun %69,1 oranıyla Tip II şeklindeki şiddet olayları olduğu ortaya koymuştur (16, 29, 31).

ABD'de yapılan ulusal araştırmada, bütün mesleklerde ortalama şiddet riski %1,2 iken bakım işçileri için %2,8, diğer sağlık profesyonelleri için %4, hemşireler için %5 olarak bulunmuştur. Ortalama şiddet tehdidi, tüm meslekler için %1,5 olarak kaydedilmiştir. Finlandiya'da ise İş Sağlığı Enstitüsü (Finland Workplace Health Institute) sosyal servis çalışanları ve sağlık bakım kurumlarında çalışanlar için şiddet oranını %10,5 olarak bulmuştur. Grenade ve McDonald (1995), olayların sıklığını günde %2, haftada %12, ayda %51 olarak belirlenmiştir. ABD İş Sağlığı Enstitüsü'ne göre ise her yıl sağlık çalışanlarının %13,8'i saldırıya uğramakta, %41,5'i saldırıya karşılık vermekte, %73'ü de hafif derecede yaralanmaktadır. Acil servislerde günde en az iki kere, gece vardiyasında %32 oranında şiddet yaşanmaktadır (10, 25, 30, 37, 40, 47).

Yapılan çalışmalar sağlık görevlilerinin yarısından fazlasının en az bir kere fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kaldıklarını ortaya koymuştur. Güney Afrika'da bu (20002) oran %61'e, Tayland'da %54'e ulaşmıştır. Hobbs'un (1991) verdiği değerlere göre, genel uygulayıcıların %63'ü geçen bir yıl boyunca şiddetten söz etmiş, %3'ü

fiziksel saldırıya uğramıştır. Portekiz’de Büyük Kent Sağlık Merkezi’nde çalışan 212 kişinin (2002) katıldığı anket, son 12 ay içinde bu kişilerin en az bir kere şiddete maruz kaldıklarını göstermiştir. Bulgaristan’da ankete katılanların %37’si, Lübnan’da ankete katılanların %41’i psikolojik saldırı şeklindeki sözel şiddet eylemleri yaşadığı görülmüştür. Psikolojik şiddet, özellikle de yatay ilişkileri içine alan sağlık bakım sektöründe yaygındır (6, 45).

Yine Avustralya’da (2005) sağlık bakım çalışanlarının %72’sinin, hemşirelerin ve genel uygulayıcıların %62’sinin işyerinde şiddeti yaşadığı belirlenmiştir. 12 ay boyunca hemşirelerin %68’i, sağlık koruyucularının %47’si, genel uygulayıcıların %48’i şiddeti rapor etmiştir. Avustralya’da ise, doktorların %73’ü şiddete maruz kalmıştır. Bu üç profesyonel meslek grubu da hasta/hasta yakınlarınca şiddete maruz kalmıştır. Şiddet türü olarak büyük çoğunluğu sözel şiddetten söz etmiş, sözel şiddeti fiziksel şiddet, tehditkâr davranışlar izlemiştir (2).

Sağlık bakım profesyonellerine yönelik şiddet; ziyaretçiler, hastalar/hasta yakınları, çalışma arkadaşları ve yöneticilerden kaynaklanmaktadır (16, 46).

### **2.6.1. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Oluşumunu Etkileyen Faktörler**

Sağlık bakım kurumlarında şiddetin farklı tipleri, farklı sosyal, psikolojik faktörlerden etkilenmektedir. Sosyolojik ve antropolojik literatürde ulusal, mesleki, profesyonel kültürün şiddet davranışının ortaya çıkmasında önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir. Hoel ve Cooper (2001) ise, birçok derece üzerinde sosyal faktörler, kişisel faktörler ve kurumsal faktörlerin şiddet davranışında etkili olduğunu ifade etmiş ve bunlar üzerinde olası açıklamalar yapmıştır (24, 38).

#### **2.6.1.1.1.Sosyal Faktörler**

Einarsen ve ark. (1994) ve Vartia (1996) işyerinde sosyal koşullarla düşük memnuniyet arasında ilişki bulmuştur (bilgilendirmenin kötü olması, görevler ve amaçlar hakkında karşılıklı iletişimin eksikliği) (38).



### **2.6.1.1.2. Durumsal Faktörler**

Toplumun değişken oluşu çeşitli yollarla sağlık bakım kurumlarına da yansır. Yasadışı madde kullanımı (genelde silah/bıçak kullanan hastalardır), çete oluşturan kişiler tedavi edilen hasta tipini de etkiler. Küçük kültürel faktörler (güven eksikliği, düşük tolerans...) de saldırgan-kurban arasındaki ilişkiyi dolayısıyla şiddetin ortaya çıkmasını etkiler. Toplumsal kaynakların yetersizliği, bakımın kalitesini, herkese eşit hizmet sunmayı etkiler. Durumsal faktör olarak işyeri şiddetinde cinsiyet farklılıkları da mesleği riskli hale getirebilmektedir (16, 22, 49).

### **2.6.1.2. Kişisel Faktörler**

İşyerinde hasta tarafından şiddete maruz kalma, 1/3 oranında kişisel faktörlerden kaynaklanmaktadır. Kişinin çevresini nasıl algıladığı, çevresel değişimlere, etkilere gösterdiği tepki onun kişiliğiyle ilgilidir. Kişilik analizinde ilk ciddi çalışma 1974 yılında Rosenman ve Friedman tarafından ortaya konmuştur (8).

Fiziksel şiddetin birincil kaynağının hastalar olduğuna inanılmıştır. Avrupa ve Amerika'da Shuttleworth ve Hill (1996), sağlık kurumlarında özellikle de acil, psikiyatri ve yoğun bakım ünitelerinde hasta saldırganlığında normalden farklı olarak sürpriz şekilde artışlar olduğunu bildirmişlerdir. Sağlık kurumlarında saldırıların %86'sı hastalar tarafından işlenmektedir. Brezilya'da yapılan çalışmaya göre de hastalar, saldırıların %73,4'ünden sorumludur. Hasta kaynaklı şiddet oluşumunu etkileyen faktörler; erkek cinsiyet özellikle 16-25 yaş arası, düşük sosyo-ekonomik durum, düşük düzeyli eğitim, beyaz olmayan ırk, travmatik yaşam olayları (ebeveyn kaybı), psikolojik, davranışsal bozukluklar olarak sıralanabilir (1, 10, 13, 48, 50, 51, 52).

Sağlık personelinin hastaların davranışlarına sabır göstermeyişi (A tipi kişilik yapısı), ailevi problemlerini çalıştıkları ortama taşımaları, eğitim düzeyi, ayrıca organizasyon içinde çalışanlar arasında yüksek içsel yarışma ve politize edilmiş ortam, ödül sistemi, derece ve rütbeye yönelik ilişki, fiziksel, psikolojik şiddeti hazırlayan şiddetin sıklığını ve derecesini etkileyen diğer bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Leiter'in organizasyonel modeline göre ise şiddet karşısında duygusal patlamanın ortaya çıkmasında stresli iş koşulları, kişiler arası çatışma ve artmış depersonalizasyonun etkisi vardır. Kaplan (1993) ise, hasta – hemşire algılarını yüksek güvenli adli hastanelerde

karşılaştırmıştır. Hem hastayı hem de çalışanları şiddet için potansiyel tehlike olarak bulmuştur. Fakat bunların hiçbiri terapötik atmosferde pozitif değildir (4, 8, 24, 38, 50).

Finlandiya’da Kivimaki’nin yaptığı çalışmada hastane personeline yönelik şiddet arasındaki farklılıklar demografik özelliklerden kaynaklandığı ortaya konmuştur. Diğer mesleklerde genelde erkekler şiddet açısından risk altındadır ya da cinsiyet farklılığı yoktur. Sağlık bakım ortamlarında ise, hemşirelerin demografik özelliklerinden dolayı şiddet kurbanı olması olasılığı yüksektir. Hemşirelerin rol belirsizlikleri, iş yükünün fazla olması, kadın ağırlıklı meslek olması şiddete maruz kalmalarında önemli rol oynamaktadır (11, 16).

İngiliz Sağlık Bölümü (British Health Department), 2000 yılında şiddetin ortaya çıkma oranını azaltacak kişisel özellikleri iyileştirmeye dayanan koşulları şöyle sıralamıştır:

- Ekip çalışması, iş görenlerin sahip olduğu yeteneklerini en iyi şekilde kullanabilecekleri esnek çalışma koşullarının sağlanması,
- Elverişli iş yükü planı oluşturulması, mesleki engelleri kaldırarak çalışana yardımın en üst düzeye getirilmesi,
- Gereksinim duyulan yetenekler doğrultusunda eğitim ihtiyacının belirlenmesi,
- Çalışanlar için daha esnek, daha yeni kariyer planı yapılması,
- Gereksinimleri karşılayacak iş gücünün genişletilmesi.

Bu koşulların sağlanması bakımın gerçekleşmesinde ve devamlılığında önemli bir yere sahiptir (39).

### **2.6.1.3.Kurumsal Faktörler**

Kurumsal kurallar ve sınırlılıklar şiddetin ortaya çıkmasında bir risk faktörüdür. Yüksek içsel çatışma ve politize edilmiş iş ortamı organizasyonu birincil olarak etkilemektedir. Bunun yanında, şiddetin meydana gelmesi; kurumda işlerin monoton olması, çalışma ortamının olumsuz olması, iş yükünün fazla olması, zaman baskısı, duygu derecesi yüksek ortamda çalışma, bireyin çalıştığı alanda -özellikle de yatay şiddette- (vardiyalı çalışma, eğitim ve gelişim olanakları, düşük ücretlendirme, ödüllendirmenin olmaması, işe devam, izin olanakları, denetim sistemleri, değişimlere

yetersizlik...) yetersiz olması, iş güvenliği, yükselme dengesizliği, algılanmış güç dengesizliği, kurum içindeki gruplarda birliğin olmaması v.b. etkenlerden etkilenmektedir. Tüm bunlar Klein (1996)'e göre, kurumlarda iş kalitesinin temel öğelerinden biri olan iş performansını olumsuz etkileyen, kurumlarda grup birliği üzerinde olumsuz etki yapabilen içsel yarışma algılarını arttıran bir olgudur (8, 38, 45).

Pearson ve ark. (2000), kurumlarda uygun olmayan ve artan bu davranışı incelemişler ve “profesyonel” ile “normal” olarak yaşanan şiddeti birbirinden ayırmışlardır. Şiddetin, olayları yargılamadan ve düşmanca algılama sonucu ortaya çıkan ve karşılık verme isteği doğuran kurumsal daire içinde gerçekleşen bir aktivite olduğunu bulmuşlardır. Kurumlarda düşük ücretlendirmenin artmasına da bağlı olarak iş ortamında şiddetin giderek doğallaştığını ve çalışanlar tarafından çok kolay affedildiğini ifade etmişlerdir. Bunlarla ilişkili olarak kurumlarda görülen şiddetin yönetimi, kurumsal kültürle de karakterizedir (38).

### **2.7.Hemşirelere Yönelik Şiddet**

Sağlık kurumlarında şiddete maruz kalan hemşireler için şiddet, -olayın büyüklüğünü ve kendilerini yardımsız hissettiren- yönünü görmedikleri “fiziksel, ruhsal, sosyal iyilik halini” tehdit eden bir durumdur (7, 23).

Hemşireler hastaların gereksinim duyduğu bakımı verirken sözel/fiziksel şiddet ve saldırılardan mağdur olmaktadır. Yapılan son geniş çalışma göstermiştir ki, NHS staff diğer çalışanlardan dört kez daha fazla işyeri şiddetine maruz kalmaktadır (Industrial Relations Services 1998). Clements (1992), Carter (2000), Schnieden ve Marren (1995) hemşireleri işyerinde şiddet açısından yüksek risk altında olan grup olarak bulmuşlardır. Perrone (1999), hemşirelerin şiddet yönünden polis ve hapisane görevlilerinden daha fazla risk taşıdığını bildirmiştir (7, 17, 22, 27).

İngiltere’de hemşirelere yönelik şiddetin sıklığı %66, hemşire öğrencilere yönelik şiddetin sıklığı %35 (Finnis ve Robins, 1994), ABD’de ise, %76 (Grieco, 1987) olarak verilmiştir. Yine Finnis ve Robins (1994), Williams (1996) hemşirelere yönelik şiddetin sıklığını %91 (diğer gruplarda %30-60) olarak vermişler ve bunun %52’sinin şiddetli, %35’inin orta derecede şiddet şeklinde gerçekleştiğini bildirmişlerdir. Belli bir şeklinin olmaması nedeniyle ayrı olarak incelenmiştir. 1970’lerde hemşireliğin en

önemli sorunu haline gelmiş, konuyla ilgili yasalar çıkarılmıştır. ABD Ulusal Yargı Bölümü (National Justice Department) şiddetin, her yıl 429.100 hemşirenin şikâyet ettiği ana konulardan biri olduğunu bildirmiştir. Minnesota’da yapılan araştırmada 711 fiziksel saldırı olayından 476’sının hemşirelere yönelik yapıldığı belirlenmiştir. Çalışma İstatistikleri Bürosu (Bureau of Labor Statistics-BLS) veri bankasına göre, 1995 yılında 27.800 hemşirenin izin almalarını gerektirecek ciddiyette yaralanma yaşadıkları, 1997’ye gelindiğinde ise yaralanan hemşire oranının %55’e ulaştığı bildirilmiştir. Dört ülkede yapılan çalışmalarda (Kanada, İngiltere, Güney Afrika, ABD) 12 ay içinde hemşirelerin %50’sinin sözel tacizi, %22’sinin fiziksel tacizi yaşadığı rapor edilmiştir. O’Connell ve ark. (2000), genel hastanelerde hemşirelik personelinin uğradığı şiddet yapısı ile ilgili olarak, son bir yıl içinde hemşirelerin %95’inin sözel, %80’inin fiziksel saldırı olayları ile karşılaştıklarını belirlemiştir. Türkiye’de ise, Uzun (2003)’un yaptığı çalışmada 12 ay içinde hemşirelerin %86’sının sözel tacizi yaşadığı bildirilmiştir. Hemşirelik mesleği, literatürde de tamamen şiddete maruz kalma açısından tehlikeli bir meslek olarak tanımlanmıştır. Bu yüzden 2004 yılında Avustralya Hemşirelik Federasyonu (Australian Nursing Federation-ANF) Tazmanya Hükümetini hemşirelere yönelik artan şiddete karşı duyarsızlıkla suçlamıştır. Ayrıca parlamentoda bu yüzden 2002’de 109 işgünü kaybı, 2003-2004’te ise 505 işgünü kaybı ve aynı yıl içinde 253 rapor edilmiş olay olduğu açıklanmıştır. Ayrıca ANF, hükümeti şiddete maruz kalma açısından, 1999’da başlatılan “şiddete sıfır tolerans” kampanyasına katılması için zorlamıştır. Hemşireleri şiddetten dolayı mağdur olmalarını etkileyen en önemli risk faktörleri şunlardır: Kadın ağırlıklı meslek olması, insana doğrudan hizmet vermesi, toplumda bakım veren kişi olarak görülmesi, insanların duygusal ve fiziksel gereksinimlerini karşılaması, 24 saat hizmet vermesi, sağlık ekibi içinde hastayla en uzun süre bir arada bulunan meslek grubu olması, hasta/hasta yakınıyla oluşturulan duygu yükü ağır iletişimler yaşaması, vardiyalar şeklinde çalışılması, uygulamalarda yalnız çalışılması, farklı sağlık şikâyetleri olan hasta ve hasta yakınları ile doğrudan temas kurulmasıdır (1, 2, 9, 12, 18, 21, 23, 32, 42).

ABD’deki istatistiklere göre ise, hemşireler diğer sağlık çalışanlarına oranla 16 kat daha fazla risk altındadır. Bensley ve ark. ise, sağlık çalışanları arasında yaptığı çalışmada şiddetin hemşireler için büyük mesleki bir sorun ve zaman kaybına neden bir olgu olduğunu söylemişlerdir. 1992’de Minnesota çalışanları ile ilgili yapılan

araştırmada hemşirelerin karşılaştığı işyeri saldırılarındaki ölüm oranı %7 olarak bulunmuş ve en azından üç günlük iş kaybına neden olduğu belirlenmiştir (21, 31).

Sağlık ve Güvenlik İdaresi (Health and Safety Executive-HSE 1998), tüm çalışanların %7'sinin, hemşirelerin ise %34'ünün saldırıya uğradığını ortaya koymuştur. Yine İngiliz Sağlık Bölümü (The Department of Health, 1999)'ne göre, İngiltere'de her ay 13 şiddet olayı meydana gelmekte bu olayların %64'ü hemşirelere yönelik olarak gerçekleşmektedir. Sağlık çalışanlarının doğrudan ilişki kurması, saldırıya uğrama riskini arttırmaktadır. Asırlardır “bakım verici” konumunda bulunan hemşirelik, bakımın alıcısı konumundaki “hasta” ile yakın kişisel ilişkiler içindedir ve sağlık ekibi içinde hastayla en uzun süre bir arada olan meslek grubudur. ICN'in bildirdiğine göre çalışma koşulları hemşireleri daha büyük bir risk altında bırakmaktadır: yetersiz çalışan/yönetici sayısı, vardiyalı/gece çalışma, sağlık bakım kurumlarında kötü güvenlik değerleri, yakın fiziksel ilişki, duygusal değeri yüksek olan çevrede ağır iş yükü, birleştirilmiş izolasyon risk faktörleri arasındadır (7, 28, 47).

Avustralya'da yapılan karşılaştırmalı çalışmada hemşireler profesyonel kariyerlerinde herhangi bir şiddete %85, yıllık %68, dört haftalık %33 oranında maruz kalmaktadırlar. Hasta kaynaklı şiddeti %79, hasta yakınları kaynaklı şiddeti %55, çalışma arkadaşları kaynaklı şiddeti %41 oranında yaşarlarken, sözel şiddeti %82, tehdit edici davranışı %61, fiziksel şiddeti %34 oranlarında yaşamışlardır. Yine Kanada, İngiltere, Güney Afrika ve ABD'nde 12 ay içinde yapılan bir çalışmaya göre hemşirelerin %50'sinin sözel taciz, %22'sinin fiziksel taciz yaşadığı rapor edilmiştir (Hemşirelik Taciz Raporu, 2001) (2, 23, 52).

Yapılan çalışmalar; genç, deneyimsiz ve eğitim düzeyi daha düşük olan hemşirelerin hasta şiddetinden daha çok etkilendiğini ortaya koymaktadır. Brezilya'da yapılan çalışmada (2003) sözel şiddet en fazla karşılaşılan (%39,5) şiddet türü olarak bulunmuştur. Portekiz Tıp Konseyi de sağlık kurumlarında şiddet türleri içinde en genel olarak karşılaşılan şiddet türünün sözel şiddet olduğunu bildirmiştir. Sözel şiddet, psikolojik baskı altında maskelenerek çalışma arkadaşları tarafından birbirlerine sıkça uygulanmaktadır (35).

Amsterdam ve Tel Aviv'deki hastanelerde oran %15-45 arasında çıkmıştır. Bjorkly ise Norveç'te bulunan psikiyatri servisinde bir yıldaki sözel tehdit oranını %13,5, fiziksel tehdit oranını %6,5, fiziksel saldırı oranını ise %5,9 olarak bildirmiştir. Whittington ve Shuttleworth (1996), psikiyatri ve acil servislerdeki hemşirelerin %90 oranında fiziksel şiddete uğradıklarını söylemişlerdir. Sjöstrom (41)'un yaptığı bir çalışmaya göre psikiyatri servislerinde görülen şiddet, şizofreni (%27-36), diğer psikotik bozukluklar (%24-29), alkol bağımlılığı (%16-17), depresyon (%12-16) ve kişilik bozukluğu (%3) olan hastalardan kaynaklanmaktadır. Rippon (2000)'un araştırması da hemşirelere yönelik sözel şiddeti, %65 ile %82 arasında bulmuştur. Yine aynı araştırma hemşirelerin %30'unun bir ay boyunca üç ya da beş kez, aynı dönemde %47'sinin bir ya da iki kez saldırıya uğradığını bulmuştur. Bunların %30'unun hastalar, %19'unun hasta aileleri tarafından gerçekleştirildiği belirlenmiştir. Hemşirelere yönelik şiddetin %44,2'si zorlama, %41'i itme, %38,1'i tekmeleme, %35,5'i çimdikleme, %26,8'i gözünü korkutma, %22,3'ü ısırma, %21'i vurma, %12,9'u itme şeklinde gerçekleşmiştir (2, 12, 16, 27, 46, 48).

Hastalar tarafından gerçekleştirilen bu saldırganlık olaylarının %80'i kronik olarak hemşireler tarafından bildirilmemektedir. Yine Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nurses-ICN, 1999)'e göre şiddet olaylarının yalnızca %20'si bildirilmiştir. Mc Phaul ve Kathleen M. (31)'nin çalışmasında da hemşirelerin %70'inin şiddet olaylarının bildirmediği ortaya konmuştur. Saldırı olaylarının bildirilmemesinin altında ise; şiddet olaylarının sıklığı (şiddetin artık rutin olarak meydana gelmesi), geçmişte raporlandırılan olaylardan sonuç alınmaması, raporlandırma prosedürlerinin zaman kaybına neden olması, şiddet tanımlamalarında görüş birliğinin eksikliği (neyin şiddet sayıldığı...), raporlandırmaya farkındalığın eksikliği, olayın bildirilecek kadar ciddi olmadığı inancı, hemşirelerin şiddete karşı duyarlılığının yetersiz olması, işin bir parçası olarak düşünülmesi, aşırı iş yükü, hemşirenin arkadaş/yöneticilerinden utanması ve bunlardan destek görmemesi, saldırganın kurban (hemşire) tarafından provoke edildiği inancı, hemşirelerin şiddetle pasif olarak başa çıkma etiğini uygulaması, kişisel olarak sıkıntı duyma, hastaları hastalıklarından dolayı mazur görme, yasal sistemin şiddetin pek çok formunu tanımaması, rehabilitasyon ölçülerinin olmaması, uzmanlarla işbirliği yapılmaması, kurumsal bildirme politikalarının yetersizliği, yöneticilerin şiddet prevelansını ortaya çıkarmak istememesi yer almaktadır (19, 24).

Raporlandırmanın artması, hemşirelerin bilinçlendirilmesini, eğitim düzeylerinin artırılmasını gerektirmektedir. Shouksmith ve Wallis (1988) ve Sommargen (1994), hemşirelerin saldırgan davranışı bildirmesi ile mesleki benlik imajları arasında çatışma yaratabilen hiddet ve utanma gibi duygular yaşadıklarını belirtmişlerdir (24, 34).

Sağlık bakım profesyonellerinin genel olarak çalıştıkları yerlerde şiddete daha çok maruz kalması; bazı psikolojik sorunları da beraberinde getirmektedir. Şiddet olayı sonrasında şok, inanamama, suçluluk, kızgınlık, depresyon, kendinden utanma, güçsüzlük duyguları yaşamakta; stres ve anksiyetesi artmakta, profesyonel bütünlük içinde kendilik değerinde azalma olmakta, devamsızlıklar artmakta, iş performansı olumsuz etkilenmektedir. Bunların devamında da hemşirede Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Post-Traumatic Stress Disorder-PTSD) meydana geldiği, düşünce/hafıza bozukluğu yaptığı, her olayı saldırı ile ilişkilendirdiği, “süper-alarm” durumuna geçtiği görülmektedir. Toplumda travmatik ve stresli yaşam deneyimi olan erkeklerin %8’i, kadınların %20’si PTSD’yi yaşamaktadır. Yine yaşamları boyunca Amerikalıların %7.8’i, erkeklerin %5’i, kadınların %10,4’ü PTSD’yi yaşamışlardır. Bunun yanında yaşamları boyunca en azından bir travmatik olay yaşamış olan erkeklerin %60,7’si ile kadınların 51,2’si, bir yıl içinde 18-54 yaş arası Amerikalıların %3,6 (5.2 milyon)’sı PTSD’yi yaşamışlardır. Önemli bir stresör/yoğunluk içinde bulunma, seksüel tacize maruz kalma, kontrol edilemeyen durum içinde bulunma, gerçek ya da algılanmış aşırı sorumluluk içinde olma, fonksiyonel sosyal desteğin eksikliği durumunda, çocukluk döneminde uzun süreli bir travma geçirme durumunda, stresli yaşam olayları, tehdit/tehlikenin olduğundan daha büyük algılanması, sosyal çevrenin ürettiği utanma, suçluluk, stigmatizasyona maruz kalma PTSD gelişimini arttıran durumlardır. Ayrıca PTSD, bir dizi baskıcı nörobiyolojik ve psikolojik değişimleri de beraberinde getirir. PTSD ile birlikte hem merkezi, hem de otonom sinir sisteminde değişimler olur. Amigdalanın ve hipokampusun anormal aktivasyonu, hafızanın entegre olma sürecinde bozulma söz konusudur (25, 33, 38, 43).

## **2.8.Siddetten Korunma**

*2.9.1.Birincil Korunma:* İlk başta şiddetin hoş görülmediği bir ortam oluşturulmalı, yapılacak bilgilendirme kampanyaları ile hemşirelere sahip oldukları haklar, var olan kanunlar anlatılmalıdır. Sağlık kurumlarının şiddete yaklaşım

konusunda donanımlı hale gelmesinin sağlanması, hemşirelerin kendi yaşamlarını şiddet açısından değerlendirmelerinin sağlanması, yazılı/görsel basınla bireysel ve toplumsal şiddete duyarlılığın artırılmasının sağlanması, sorunun önlenmesine yönelik eylemlerin ve sivil toplum örgütlerinin desteklenmesinin sağlanması bu önlemler arasındadır (43).

2.9.2.İkincil ve Üçüncül Korunma: Şiddet kurbanı olan hemşirelerin erken dönemde saptanmasının sağlanarak komplikasyonların gelişmesinin ve şiddet olaylarının tekrarlanmasının önlenmesi, şiddet olaylarının meydana geliş nedeni araştırılarak girişimde bulunulması, şiddet durumlarının erken tanınmasına yönelik rehberlerin hazırlanması bu önlemler arasındadır (43).

Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses of Association-ANA) Şiddetle ilgili Paneli'nde hemşireleri işyerindeki şiddetten korumak için bir dizi önlem önermiştir. Bunlar:

- Hemşirelerin çalıştığı ortamı mesleki tehlikelerden koruyacak şekilde düzenlemek,
- Sağlık kurumlarındaki şiddeti önleme, azaltmaya yönelik eğitimsel programlar düzenlemek,
- Sağlık bakım çalışanlarının ölüm, yaralanmaya neden olan koşullarını azaltmak.
- Politik önlemler almak,
- Fiziksel, duygusal, saldırı sonrası gelişen durumları düzeltmek için hemşirelere yardım etmek (15).

Şiddetten korunmada güçlü bir kararlılık gerekir. Meslek güvenliği ve korunmaya yönelik yazılmış bir program olmalıdır. İşyeri şiddetinin tanımını “sıfır tolerans” üzerine yapılmalıdır. Çalışanın güvenliği ve şiddetin rapor edilmesi sağlanmalıdır (2, 27, 39, 51).

Şiddet rapor edildiğinde kişi yeniden bir şiddet durumu ile karşı karşıya kalmamalıdır. Güvenlik önlemleri için bir plan olmalıdır:

- Birimler arası multidisipliner anti-şiddet ekipleri oluşturulmalı,
- Tüm çalışanlar için eğitim programları düzenlenmeli,
- Hastanın durumu ve sağlık bakım ortamının durumu birlikte değerlendirilmeli,



- Şiddet için fiziksel risk faktörlerini tanımlamalı ve düzeltilmeli,
- Mesleksel stresörler azaltılmalı,
- Çalışma arkadaşını şiddetten korumak için ekip anlayışı geliştirilmelidir (2,7,16).

Ayrıca personel derecelendirilmesini düzenlemek, her vardiyada deneyimli bir klinisyenin olması, şiddetle mücadele eğitimi verilmesi, kontrol sistemlerinin kullanıma hazır hale getirilmesi, metal dedektörler kullanılması gerekmektedir. Ayrıca ışık ve video sistemlerinin düzenlenmesi, kullanıma hazır olan panik/acil durum düğmelerinin olması, fiziksel saldırıya karşı polisle birlikte çalışılması, potansiyel şiddet ve şüpheli davranışın rapor edilmesi, çalışma arkadaşları ile işbirliği içinde olunması alınması gereken önlemler arasındadır (1, 7).

NIOSH (2003), OSHA (2004) saldırıların sıklığını, potansiyel yaralanmaları azaltmak için kapsamlı bir program oluşturmuştur. Bu program raporlandırma, dokümantasyon sistemi, işyeri şiddetini önleme, personelin yeterli eğitimi, olay öncesi ve sonrası yönetim, şiddet olaylarını tanımlama ve soruna yönelik girişim stratejilerini kapsamaktadır. Ayrıca OSHA, sağlık bakım çalışanları ve sosyal servislere çalışanlar için şiddetten korunmaya yönelik beş başlıklı (1996) bir rehber hazırlamıştır: çalışmanı kapsayan şiddet yönetimi kararı, işyerinin risk açısından değerlendirilmesi, tehlikenin önlenmesi ve kontrolü, güvenlik ve sağlık eğitimi, programın değerlendirilmesi ve kayıtların saklanması şeklindedir(15, 18, 31).

## **2.9.Şiddetin Yönetimi**

ICN (1999) ve Rippon (2000), şiddetin sağlık kurumlarında yapılan işin bir parçası olarak görüldüğünden; yöneticilerin şiddet olaylarının sayısını doğru olarak bilmediklerini belirlemişlerdir. İşyeri ile ilgili şiddeti azaltmak etkin olarak mümkün değildir. Saldırganlık ve şiddetin yönetiminde en önemli adım, zarar verme olasılığı en az iken tanımlanması, davranışsal ve çevresel değişikliklerin oluşturarak önlenebilmesidir. Wilson ve Kneial'e göre, bütün hemşireler hasta saldırılarına karşı hazırlıklı olmalıdır. Hemşireler, hemşirelik tanımlaması kapsamında şiddet davranışlarını tanımlamalı ve uygun girişimler planlanmalıdır. Şiddet hakkında üç problem çözülmek zorundadır. Bunlar; sağlık çalışanının özelliklerinin değerlendirilmesi, çevresel özelliklerin değerlendirilmesi, hastanın özelliklerinin değerlendirilmesidir (2, 26, 51).

Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü (Health and Safety Executive-HSE), şiddet riskini azaltmada eğitimin en uygun yol olduğunu belirtmiştir ve sağlık kurumları yöneticileri öncelikli olarak soruna bu açıdan yaklaşmalıdırlar (16, 29).

Uzmanlar şiddetin yönetiminde sekiz adımlı ilkeler dizisini uygulamayı önermektedir:

- Çalışanı koruyacak polisiye önlemleri almak, rehberlik edecek süreçler oluşturmak,
- Hemşirelerin kriz durumlarını yönetmesini sağlayacak eğitim seminerleri düzenlemek,
- Kişinin gelişimini desteklemek,
- Hastanede kalınan süre içinde hastaneye uyum hakkında hasta ve aileyi bilgilendirmek,
- Hasta ile ilişkiler ve hasta/hasta yakınının tehditlerine karşı yardım istemek,
- Hasta yakınlarının ziyaretlerine sınırlama getirmek,
- Hasta/hasta yakınları/sağlık personellerinin sorunlarını düzenli olarak yapılan toplantılarla tartışmak,
- Ekip toplantılarını (özellikle de zor hasta grubuyla karşılaşıncı) organize etmek.

İngiltere’de Kriz Önleme Enstitüsü (The Crisis Prevention Institute-CPI) tarafından bu gibi kriz durumlarında gereksinim duyulan yardımı sağlamak için ulusal bir organizasyon kurulmuştur (16, 29).

Şiddetin yönetiminde; yönetimi destekleyecek şiddete yönelik düzenlenmiş yasal bir düzenleme yoktur. Ayrıca raporlandırılmada standart bir format, güvenlik önlemlerini içeren bir kontrol listesi geliştirilmemiştir (36, 51).

### **2.10.Konuyla ilgili Yasal Düzenlemeler**

Şiddet, sadece sağlık kurumlarının üstesinden gelebileceği bir sorun değildir. Bu yüzden şiddet, başta yasalar olmak üzere diğer düzenlemelerin de yapılmasını gerektirmektedir. Ayrıca yasa çıkarılmasının tek başına yeterli olmayacağı yasaların yaşama geçirebilmesi için gerekli mekanizmaların kurulması ve ilgili sektörlerin işbirliği içinde çalışması gerektiği bilinmelidir. Birleşmiş Milletler bünyesinde 1946

yılında Kadının Statüsü Komisyonu (Committee for Status of Woman:CSW) oluşturulmuştur. Bu komisyonun hazırladığı ”kadınlara karşı her türlü ayrımcılığın önlenmesi bildirgesi” 1979 yılında üye ülkelerce onaylanmıştır. Bu bildirden yola çıkılarak 1981 yılında 20 ülkenin imzaladığı sözleşme, 14 Ekim 1985 ve 18898 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanarak Türkiye tarafından da kabul edilmiştir. Ayrıca Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal Konsey Kadının Statüsü Komisyonu, Kadına Yönelik Şiddet Çalışma Grubu 4 Eylül 1992’de “Kadına Yönelik Şiddetin Engellenmesi Bildirisi”ni yayınlamıştır (43).

Şiddet; maddi ve manevi bütünlük hakkı, kişi özgürlüğü ve bütünlüğü hakkı, ifade özgürlüğü ve yaşam hakkını tehdit eden/engellenen bir durumdur. Ayrıca sağlık ve çalışma hakkı gibi temel hak ve özgürlüklerden tam olarak yararlanmayı engeller (43).

Türkiye Cumhuriyeti anayasasına göre, ülke sınırları içinde yaşayan herkesin, sağlıklı bir çevrede yaşayabilmesi bir devlet görevidir. Biyolojik ve fiziksel çevrenin yanında sosyal çevrenin de sağlıklı olması bireyin en temel anayasal hakkıdır. Sağlıklı bir anayasal çevrenin oluşması ve sürdürülmesinin önündeki en büyük engellerden biri bireysel ve toplumsal şiddettir. “*Herkesin Sağlık Türkiye Hedefleri*” ne göre 2020 yılında şiddete bağlı yaralanma, sakatlık ve ölümlerin en az %25 azaltılması planlanmıştır (1).

Ayrıca var oluş amacı sağlık sorunu olan bireylere yardım etmek ve tedavi vermek olan hemşirelerin yasalarla da korunması gerekmektedir. Anayasa’nın 12. maddesi şöyle der: ”kişi kişiliğine bağlı, dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmez, temel hak ve hürriyetlere sahiptir”. Anayasanın 49. maddesine göre, “çalışma herkesin hakkı ve ödevidir”. Madde 19’a göre ise; “herkes kişi hürriyeti ve güvenliğine sahiptir. Bu esaslar dışında işleme tabi tutulan kişilerin uğradıkları zarar tazminat hükümlerinin genel prensiplerine göre, devletçe ödenir”. Yine madde 51’e göre; çalışanlar ve işverenler, üyelerinin çalışma ilişkilerinde, ekonomik sosyal hak ve menfaatlerini korumak için önceden izin almaksızın sendikalar ve üst kuruluşlar kurma hakkına sahiptir” (43).

Hemşirelere yönelik şiddet, T.C.K (Türk Ceza Kanunu)’nın “hükümete karşı şiddet ve mukavemet” başlıklı 8. bölümü içinde ele alınabilir. Bu bölümde kamu

yönetimine yönelik suçlar incelenmektedir. Kamu yönetimine karşı şiddetin mağduru çalışandır. Bunlar; kamu görevlisine karşı şiddet (254.m), adli, siyasi ya da idari bir heyete karşı şiddet (255.m), şiddet eylemlerini işlemek üzere oluşturulan birleşmelere katılma (256.m), kamu görevlisine karşı gelme (258.m), memura olumsuz direnme (260.m) olarak düzenlenmiştir (1).

T.C.K'nın 254. maddesinde memura karşı zor kullanmanın yanı sıra, herhangi bir amaçla görev yaptığı yeri işgal ederek, görev yapmalarına engel olunması olarak da ele alınmıştır. Bu madde fıkraları bir ile beş yıl hapis cezası öngörmektedir. Eylem müessir fiil (darp) ile işlenmiş ise, 254. ve 271. maddelerin birlikte uygulanması söz konusudur. Eylem, silahla ya da beş ya da daha üzeri kişilerce işlenirse cezada artırım söz konusudur. Kişi sayısı on ya da daha fazla ise, T.C.K 256'ya göre, ayrı bir suç sayılır. Bu suç silahla işlenirse, cezayı arttırma nedenidir. T.C.K 258. madde eylem memurun görevini yaptığı sırada işlenirse, uygulanır. 260. madde, olumsuz direnmeyi kapsar. Bu memurun görevini yapmasına engel olması demektir (1).

Dokuzuncu bölüm, resmi sıfatı olanlara karşı cürümleri inceler. Resmi sıfatı olanlara karşı saldırı; görevlerinden dolayı hakaret ve sövme (T.C.K 266), görevleri sırasında hakaret ve sövme (T.C.K.268), resmi sıfatı olanlara karşı şiddet ya da tehdit ile cürüm (T.C.K.273) niteliğinde fiillerdir. Burada amaç; kamusal görevi, memurun kişiliğinde korumaktır. Müessir fiil (darp) suçunda, cezalarda artış söz konusudur. 273. madde de resmi sıfatlı kişilere karşı her türlü genel cürümlerde verilecek cezada artış olacağı hükme bağlanmıştır. Görevleri sırasında, bu görevinden dolayı memurun öldürülmesi cezayı ağırlaştıran bir durumdur ve idam cezasını gerektirir (1).

Yine yeni T.C.K “Cinsel Dokunulmazlığı” kişilerin vücudu üzerinde, rızaları dışında cinsel davranışlarda bulunularak beden bütünlüklerinin ihlali olarak tanımlamaktadır. “Cinsel Dokunulmazlığa Karşı Suçlar” T.C.K'nın 102, 103, 104,105. maddelerinde yer almıştır. Ayrıca “cinsel taciz” eylemini, bu eylemin nitelikli hali olarak tanımlamıştır. Yasamız, çalışma yaşamı içinde bulunan bir kişinin işyerinde hiyerarşi ve hizmet ilişkisinin yarattığı güçten ya da aynı işyerinde çalışmanın sağladığı kolaylıktan yararlanarak, diğer çalışana cinsel tacizde bulunması halinde verilecek cezanın yarı oranında arttırılmasını emretmektedir (TCK 105/2) (1,43).

Ülkemizde çok sayıda araştırma yapılmasına karşılık, Türk toplumunun erkek egemen yapısı nedeni ile kadına ve kadın ağırlıklı mesleklere yönelik şiddet davranışları giderek artmıştır. Çıkarılan kanunlar sadece şiddet sonrası dönemde yapılan başvurulara yöneliktir. Bu anlamda yazılı, görsel basının desteğini sağlayıcı çalışmalar yapılamamış, diğer disiplinlerin de katılımı sağlanamamıştır. Şiddetin birincil, ikincil, üçüncül korunma aşamalarında son derece önemli görevleri bulunan Sağlık Bakanlığı'nın "Sağlık 21" dökümanlarından söz edilmesinin dışında şiddetin önlenmesine yönelik herhangi bir politika yoktur. Sağlık sistemi içinde şiddet mağdurlarını korumak adına sistemi harekete geçirebilecek bir mekanizma oluşturulmamıştır. Bu nedenle sağlık personeli sadece güvenlik görevlilerini yaşanan şiddet olayı ile ilgili bilgilendirmekte, istendiğinde bir rapor hazırlamanın ötesinde herhangi bir işlem yapılmamaktadır. Hatta çoğu zaman sağlık çalışanları kendi güvenliğinin tehlikeye gireceği düşüncesiyle konunun üzerine gitmemektedir. Yazılı ve görsel basında da şiddet çok sıkı kullanılmakta; bu da sorunun kökleşmesine ve sanki doğal bir olaymış gibi kabullenilmesine neden olmaktadır (43).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün 2003 Yılı Dünya Sağlık Raporu'nun ana temasını şiddet oluşturmaktadır. Bu anlamda bireysel ve toplumsal şiddetin izlerini derinden yaşayan bir ülkede şiddet konusunda yapılacak daha çok iş vardır (43).

Şiddet hemşirelerin iş performansını, üretkenliğini, fiziksel/psikolojik iyilik halini etkilediği, iş gücü kaybına neden olduğu için hemşireliğin en önemli sorunu haline gelmiştir. Kavramla ilgili literatürde tatmin edici bir tanımın, ortak görüşe varılan kapsamlı bir sınıflandırmanın yapılamaması ve sağlık kurumlarında şiddetle mücadelede yeterince önem verilmemesi, etkin önlemlerin alınmaması, sorunu daha da karmaşıktır. Bu yüzden konuya ilişkin bilincin arttırılması, eğitim düzeyinin yükseltilmesi ve şiddet olaylarının bildirimini uygun ve doğru şekilde yapılması, etkili önlemlerin zamanında alınması büyük önem taşımaktadır.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

**3.1.Amacı:** Bu araştırma sağlık kurumlarında çalışan hemşirelerin hasta, hasta yakınları, çalışma arkadaşları, dışarıdan biri tarafından uğradıkları şiddet ve şiddetle ilgili risk etkenlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış ve Haziran 2005 ile Haziran 2006 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

**3.2.Araştırmanın Türü:** Araştırma tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

**3.3.Araştırmanın Evreni:** Araştırmanın evrenini İstanbul'da 6'sı Sağlık Bakanlığı, 3'ü üniversite hastanesi olmak üzere toplam 9 hastanede çalışan, 3087 hemşire oluşturmuştur.

**3.4.Araştırmanın Örnekleme:** Araştırmanın örnekleme İstanbul'da farklı statülerde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Evrendeki birey sayısı bilindiği için örneklem büyüklüğünün saptanması  $n = Nt^2pq/d^2 (N-1) + t^2pq$  formülü kullanılarak %95 güven düzeyinde  $\alpha=0,05$   $p=0,20$  alınarak her statüdeki hastane farklı değerlendirilerek belirlenmiştir. Buna göre, minimum örneklem büyüklüğü 226 kişi, maksimum örneklem büyüklüğü ise 315 kişi olarak bulunmuştur. Örneklem seçiminde olasılıksız örneklem yöntemi kullanılmıştır. Yükler çerçevesinde üniversite hastanelerinden 366, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerden 502 olmak üzere araştırmaya toplam 868 hemşire alınmıştır.

**3.5.Verilerin Toplanması:** Araştırmacı kurumların hemşirelik hizmetleri yöneticileri ile görüşerek uygulamaya başlamıştır. Araştırmanın gerçekleştirilmesinde İl Sağlık Müdürlüğü, etik kurul ve hastane yetkililerinden gerekli izinler alınmıştır.

Araştırmayla ilgili veriler Haziran 2005 ile Haziran 2006 arasında toplanmıştır. Verilerin toplanması sırasında araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen bir anket formu kullanılmıştır (3, 5, 27, 28, 34, 35, 42). Anket formunun 1. bölümünde hemşireye ait özellikler adı altında katılımcıların yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, çalıştığı kurum, mesleki çalışma süresi, hastanedeki görev süresi, hemşireye ait ve çalışma kurumuna ait tanımlayıcı bilgiler yer almaktadır. Tanımlayıcı bilgiler içinde 2. bölümde yer alan saldırı olayına ait özellikler adı altında; saldırı olayını gerçekleştiren bireye ait özellikler, şiddet türü, saldırı olayını yaşayan hemşirenin saldırı sırasında ve

sonrasındaki tutumu, saldırı olayının gerçekleştiği çevresel koşulları içeren sorular yer almaktadır. Son bölümde ise, kurumun saldırı olayına yaklaşımını gösteren kurumsal önlemler, olası/gerçek şiddet olayı ile ilgili görüşlere yönelik sorular yer almıştır. Ayrıca anket formu oluşturulurken uzman görüşüne başvurulmuştur (Ek-1).

**3.6.Verilerin Değerlendirilmesi:** Elde edilen veriler İstanbul Üniversitesi Rektörlük Bilişim Ofisi tarafından lisansı alınan SPSS paket programında bir uzman istatistikçi tarafından değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede değişkenlerin karşılaştırılmasında yüzdeleme Ki-Kare ( $\chi^2$ ) testinden yararlanılmıştır. Anlamlılık  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

**3.7.Araştırmanın sınırlılıkları:** Tanımlayıcı olan bu çalışma, işyeri şiddetinin görünümünü ve türlerini belirlemeye yöneliktir. Anket formunu doldururken; katılımcıların şiddet türlerini ayırt etmesi güç olmuştur, açıklama yapmaya gereksinim duyulmuştur. Araştırmaya katılan hemşireler; hatırlamanın zor olduğunu ifade etmişlerdir, yine düşük dereceli şiddeti bildirmekte isteksiz görünmüşler ve işlerinin bir parçası olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca hemşirelerin standart çalışma saatleri dışında çalışması (vardiyalı, nöbet...); onlara tekrar ulaşmakta zorluk yaşatmıştır. Araştırma, hemşirelerin çalışma saatlerinin uzunluğu (aylık, nöbet uzunluğu...) ya da çalıştıkları hasta sayısı dikkate alınmadan gerçekleştirilmiştir.

#### 4. BULGULAR

Bu araştırma sağlık kurumlarında çalışan hemşirelerin hasta, hasta yakınları, çalışma arkadaşları ya da dışarıdan biri tarafından uğradıkları şiddet olaylarının sıklığını ve şiddetle ilgili risk etkenlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmanın sonunda elde edilen bulgular aşağıdaki şekildedir.

**Tablo 1. Hemşireye ait demografik veriler**

Özellikler	n	%
<b>Yaş</b>		
19-29	430	49,5
30-39	293	33,8
40-49	112	12,9
50-58	31	3,6
60-62	2	0,2
Toplam	868	100,0
<b>Medeni durum</b>		
Evli	473	54,5
Bekar	365	42,1
Dul	12	1,4
Boşanmış	18	2,1
Toplam	868	100
<b>Eğitim durumu</b>		
Sağlık meslek lisesi	258	29,7
Ön Lisans	332	38,2
Lisans	227	26,2
Lisansüstü	51	5,9
Toplam	868	100
<b>Çalışılan kurum</b>		
Üniversite hastanesi	366	42,2
Sağlık Bakanlığı hastanesi	502	57,8
Toplam	868	100
<b>Çalışılan bölüm/klinik</b>		
Dâhiliye	260	30,0
Cerrahi	142	16,4
Acil	127	14,6
Psikiyatri	169	19,5
Onkoloji	43	5,0
Çocuk klinikleri	82	9,4
Yoğun bakım	45	5,2
Toplam	868	100



**Tablo 1. Devam**

<b>Hemşirelikte çalışma yılı</b>		
1-5 yıl	266	30,6
6-10 yıl	224	25,8
11-15 yıl	114	13,1
16-20 yıl	157	18,1
21 yıl ve üzeri	107	12,4
<b>Toplam</b>	<b>868</b>	<b>100</b>
<b>Bölümde/kliniğe çalışma yılı</b>		
1-5 yıl	527	60,7
6-10 yıl	156	18,0
11-15 yıl	80	9,2
16-20 yıl	84	9,7
21 yıl ve üzeri	21	2,4
<b>Toplam</b>	<b>868</b>	<b>100</b>
<b>Çalışma biçimi</b>		
Gündüz	194	22,4
Nöbet	77	8,9
Vardiya	151	17,4
Gündüz+nöbet	378	43,5
Gündüz+vardiya	68	7,8
<b>Toplam</b>	<b>868</b>	<b>100</b>
<b>Çalışma Pozisyonu</b>		
Servis hemşiresi	711	81,9
Sorumlu hemşire	112	12,9
Başhemşire ve başhemşire yardımcısı	16	1,8
Diğer (poliklinik...)	29	3,3
<b>Toplam</b>	<b>868</b>	<b>100,0</b>

**Tablo 1. Devam**

<b>Vardiyada çalışan hemşire sayısı</b>		
1 kişi	352	40,6
2-5 kişi	465	53,6
6-9 kişi	39	4,5
10 ve üzeri	12	1,4
<b>Toplam</b>	<b>868</b>	<b>100,0</b>
<b>Vardiyada çalışan hekim sayısı</b>		
Hiç yok	415	47,8
1 kişi	222	25,6
2-9 kişi	204	23,5
10 ve üzeri	27	3,1
<b>Toplam</b>	<b>868</b>	<b>100,0</b>
<b>Vardiyada çalışan yardımcı personel sayısı</b>		
Hiç yok	272	31,3
1 kişi	409	47,1
2-7 kişi	187	21,5
<b>Toplam</b>	<b>868</b>	<b>100,0</b>
<b>Vardiyada çalışan diğer (sağlık ekibi dışındaki çalışan) sayısı</b>		
Hiç yok	829	95,5
1 kişi	22	2,5
2-7 kişi	17	2,0
<b>Toplam</b>	<b>868</b>	<b>100,0</b>

#### **4.1.Hemşireye Ait Demografik Veriler**

Katılımcıların yaş ortalamasına bakıldığında %49,5 (430) ve %33,8 (293) gibi büyük çoğunluğunun genç yaştaki (19-29 yaş ve 30-39 yaş) hemşirelerden %12,9 (112)'unun 40-49 yaş, %3,6 (31)'sının 50-58 yaş, %0,2 (2)'sinin ise 60-62 yaş arası hemşirelerden oluştuğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %54,5 (473)'ünün evli, %42,1 (365)'i bekar, %1,4 (12)'ü dul, %2,1 (18)'i ise boşanmıştır.

Bu hemşireler eğitim durumlarına göre gruplandırıldığında, %29,7 (258)'sinin sağlık meslek lisesi, %38,2 (332)'sinin ön lisans, %26,2 (227)'sinin lisans, %5,9 (51)'unun ise lisansüstü mezunu olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %57,8 (502)'i Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, %42,2 (366)'si üniversite hastanesilerinde çalışmaktadır.

Hemşirelerin %30 (260)'u dahiliye, %19,5 (169)'i psikiyatri, %16,4 (142)'ü cerrahi, %14,6 (127)'si acil, %9,4 (82)'ü çocuk klinikleri, %5,2 (45)'si ise yoğun bakım, %5 (43)'i onkolojide çalışmaktadır.

Hemşireler meslekte çalışma yılına göre değerlendirildiğinde, 1-5 yıl deneyimi olanların %30,6 (266), 6-10 yıl deneyimi olanların %25,8 (224), 16-20 yıl deneyimi olanların %18,1 (157), 11-15 yıl deneyimi olanların %13,1 (114), 21 yıl ve üzeri deneyimi olanların %12,4 (107) oranında olduğu bulunmuştur.

Aynı şekilde katılımcılar çalıştıkları kliniğe göre değerlendirildiğinde ise, çalıştıkları birimde %60,7 (527) gibi büyük çoğunluğunun 1-5 yıl, %18 (156)'inin 6-10 yıl, %9,7 (84)'sinin 16-20 yıl, %9,2 (80)'sinin 11-15 yıl, %2,4 (21)'ünün ise 21 yıl ve üzeri çalıştıkları görülmüştür.

Hemşirelerin %43,5 (378) gibi büyük kısmı gündüz+nöbet, %22,4 (194)'ü gündüz, %17,4 (151)'ü vardiya, %8,9 (77)'u nöbet, %7,8 (68)'i gündüz+vardiya şeklinde çalışmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %81,9 (711)'u servis hemşiresi olarak, %12,9 (112)'u sorumlu hemşire olarak, %3,3 (29)'ü diğer (poliklinik vb.), %1,8 (16)'i başhemşire ya da yardımcısı olarak görev yapmaktadır.

Vardiyalarda 2-5 kişi çalışan hemşire oranı %53,6 (465), tek kişi çalışan %40,6 (352), 6-9 kişi çalışan %4,5 (39), 10 kişi ve üzeri çalışan %1,4 (12)'dir.

Vardiyalarda hiç hekimin olmadığı klinik oranı %47,8 (415), 1 hekimin olduğu %25,6 (222), 2-9 hekimin olduğu %23,5 (204), 10 ve üzeri çalışan hekimin olduğu klinik oranı %3,1 (27)'dir.

Vardiyalarda tek yardımcı personelin olduğu klinik %47,1 (409), yardımcı personelin olmadığı klinik oranı %31,3 (272), (409), 2-7 personelin olduğu klinik oranı %21,5 (187)'tir.

Araştırmanın yapıldığı kliniklerde hemşire, hekim, yardımcı personel dışında %95,5 (829) oranında çalışan bulunmamakta, %2,5 (22) oranında tek çalışan bulunmakta, 2-7 kişi arasında çalışan bulundurma oranı ise %2 (187)'dir.

#### **4.2.Saldırı Olayına Ait Özellikler**

**Tablo 2. Saldırı olayına ait veriler**

<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Şiddet deneyimi</b>		
Hayır, şiddet olayı yaşamadım	312	35,9
Evet, bir kez yaşadım	237	27,3
Evet, birçok kere yaşadım	319	36,8
Toplam	868	100,0
<b>Saldırgan</b>		
Hasta	208	37,4
Hasta yakını	315	56,7
Hekim	18	3,2
Hemşire	6	1,1
Hizmetli personel	2	0,4
Teknik personel	5	0,9
Dışarıdan biri	1	0,2
Yanıt vermeyenler	312	35,9
<b>Saldırganın cinsiyeti</b>		
Kadın	177	31,8
Erkek	379	68,2
<b>Saldırganın tahmini yaşı</b>		
15-18 yaş	6	0,6
20-35 yaş	317	36,4
36-45 yaş	163	18,7
46-55 yaş	58	6,8
56 ve üzeri	12	1,6
Yanıt vermeyenler	312	35,9

**Tablo 2. Devam**

<b>Saldırmanın klinik durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Akıl/ruh hastası	161	18,5
Mental olarak geri	26	3,1
Demanslı	13	1,5
Alkol/maddenin etkisinde	41	4,7
Tıbbi tedavinin etkisinde	39	4,5
Diğer	44	5,1
Bilmiyorum	232	26,7
Yanıt vermeyenler	312	35,9
<b>Maruz kalınan şiddet türleri (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)</b>		
Sözel şiddet	524	60,4
Fiziksel şiddet	225	25,9
Psikolojik şiddet	222	25,6
Seksüel şiddet	23	2,6
<b>Maruz kalınan fiziksel şiddet türü (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)</b>		
Isırma	43	5
Vurma/tokat atma	157	18,1
İtme	160	18,4
Nesneleri kullanmak/silah kullanmak	74	8,5
Tükürmek	99	11,4
Tırmalama/çimdikleme	64	7,4
Yumruklama	103	11,9
Tekmeleme	103	11,9
Diğer	10	1,2
<b>Maruz kalınan sözel şiddet türü (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)</b>		
Ağız dalaşı yapma	377	43,4
Küfretme	271	31,2
Tehdit etme	336	38,7
Aşağılama	187	21,5
Küçük düşürme	123	14,2
Diğer	5	0,6
<b>Şiddet olayının yaşandığı yer (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)</b>		
Bekleme odası	52	6
Hemşire bankosu	336	38,7
WC/banyo	22	2,5
Muayene odası	114	13,1
Koridor	269	31
Hastane dışı bir yer	15	1,7
Diğer	13	1,4

**Tablo 2. Devam**

<b>Saldırı olayının olduğu saatler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
08-16/07-15 vardiyası	202	36,3
16-24/15-23 vardiyası	51	9,2
24-08/23-07 vardiyası	51	9,2
16-08/15-09 vardiyası	107	19,2
08-20/07-19 vardiyası	16	2,9
20-08 /19-07 vardiyası	21	3,8
08-08 vardiyası	80	14,4
Hafta sonu nöbeti	28	5,0
<b>Saldırı olayının meydana geldiği durumlar (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)</b>		
Yalnız çalışırken	240	27,6
Hasta ziyaretleri sırasında	156	18
Taburculuk işlemleri sırasında	74	8,5
Kontrol edilemeyen kalabalığın arttığı sırada	184	21,2
Kötü çevresel koşullar	80	9,2
Diğer	15	1,7
<b>Şiddet olayı sırasında yapılan aktivite (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)</b>		
Muayene/tedavi	341	39,3
Fiziksel bakım	75	8,6
Hasta transferi	96	11,1
Hemşire odasında dinlenme sırasında	72	8,3
Aktivite yoktu	100	11,5
Diğer	20	2,3
<b>Saldırının kuruma gelişile saldırı olayına kadar geçen süre (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)</b>		
1 saatten az	121	21,8
1-3 saat	81	14,6
3-24 saat	48	8,6
1-7 gün	103	18,5
1-2 hafta	26	4,7
Bilmiyorum	167	30
Diğer	10	1,8

**Tablo 2. Devam**

<b>Saldırı olayının nedenleri (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
İyi düzenlenmemiş kötü çevresel ortam	181	20,9
Hasta yakınları içeri alınmadığı için	143	16,5
Müdahale geciktiği için	95	10,9
Yeterli bilgilendirilme yapılmadığı için	173	19,9
Deneyimli personelin eksikliğinden	116	13,4
Güvenlik önlemlerinin yetersizliğinden	335	38,6
Diğer	52	6
<b>Fiziksel yaralanmadan dolayı acı çekme durumu</b>		
Hayır	409	73,6
Evet, hafif bir yaralanmaydı	127	22,8
Evet, ciddi bir yaralanma	16	2,9
Diğer	4	0,7
<b>Şiddet olayı sırasında verilen tepki (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)</b>		
Tepki vermedim	52	6
Üzgün hissettim	137	15,8
Kızgın hissettim	173	19,9
Hayal kırıklığına uğradım	122	14,1
Korktum	160	18,4
Öfkelendim	272	31,3
Saldırgana saldırı ile karşılık verdim	22	2,5
Diğer	2	0,2
<b>Saldırı olayı sonrasında hissedilen duygu (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)</b>		
Endişe	127	14,6
Korku	148	17,1
Tedirginlik	188	21,7
Öfke	275	31,7
Hayal kırıklığı	61	7
Diğer	128	14,7
<b>Şiddet olayından sonra yardım alma durumu (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)</b>		
Hayır	293	52,7
Evet	180	32,4
Yardıma gereksinim duymadım	83	14,9

**Tablo 2. Devam**

<b>Yardım alınan kişiler (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sorumlu hemşire	43	5
Çalışma arkadaşları	100	11,5
Kurum yöneticileri	17	2
Diğer sağlık ekibi üyeleri	58	6,7
Arkadaşlar	37	4,3
Eş/aile	22	2,5
Bir profesyonel kişi	9	1
Diğer	13	1,5
<b>Saldırı olayından sonra işini bırakmayı düşünme oranı</b>		
Evet, düşündüm	190	21,9
Hayır düşünmedim	366	42,2
Yanıt vermeyenler	312	35,9
<b>İşinden ayrı kalınan süre</b>		
Hiç izin almadım	819	94,4
1 gün	15	1,7
2 gün	19	2,2
3 gün	9	1,2
7 gün	1	0,1
10 gün	1	0,1
15 gün	2	0,2
20 gün	2	0,2
<b>İzin almama nedenleri</b>		
İşimi kaybetmemek için	68	12,2
Gerekli olduğunu düşünmediğim için	381	68,5
Tepki görmekten korktuğum için	31	5,6
İşyerim izin vermediği için	76	13,7
<b>Şiddet olayının hastalarla ilişkileri etkileme durumu</b>		
Etkilemedi	195	35,1
Artık çok dikkatliyim ve kendimi koruyorum	198	35,6
Korkmuş hissediyorum	29	5,2
İşimi eskisi kadar sevmiyorum	134	24,1



**Tablo 2. Devam**

<b>Olay sonunda işyerini değiştirme durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet, birimimi değiştirdim	23	4,1
Hayır, değiştirmedim	533	95,9
<b>Polis raporu doldurma durumu</b>		
Evet	19	3,4
Hayır	537	96,6
<b>İş kazası raporu doldurma durumu</b>		
Evet	19	3,4
Hayır	537	96,6
<b>Şiddet olayı bildirimini yapılmama nedenleri</b>		
Belli bir yanıt alamayacağımı düşündüm	201	23,2
Önemsiz geldi, işimin bir parçası olduğunu düşündüm	243	28
İşimi kaybedeceğimi düşündüm	10	1,2
Suçlanmaktan korktum	21	2,4
Yasal işlemler olur diye çekindim	30	3,5
Yanıt vermeyenler	363	41,8
<b>Şiddet olayının bildirimini sonucu</b>		
Yanıt alamadım	18	2,1
Bir şey değişmedi	2	0,2
İşten ayrılmak zorunda kaldım	2	0,2
Suçlu bulundum	2	0,2
Yasal işlemler yapıldı	16	1,8
Yanıt vermeyenler	830	95,6
<b>Şiddet olayının sıklığı</b>		
Günde bir	255	29,4
Haftada bir	197	22,7
Ayda bir	218	25,1
Yılda bir	198	22,8
<b>Şiddet konusunda eğitim alma durumu</b>		
Hayır, eğitim almadım	779	89,7
Evet, bir kez aldım	56	6,5
Evet, birçok kez aldım	33	3,8
<b>Eğitim alınan yer</b>		
Okuldayken	23	2,6
Hizmet içi eğitimler sırasında	66	7,7
Yanıt vermeyenler	779	89,7

**Tablo 2. Devam**

<b>Kurumun şiddet konusundaki amaçlarının açık olup/olmadığı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet, yeterince açık	70	8,1
Hayır, açık değil	798	91,9
<b>Şiddeti raporlandırmaya yönelik kurumda bir uygulama olup/olmadığı</b>		
Evet	216	24,9
Hayır	652	75,1
<b>Kurumda şiddeti azaltmaya yönelik önlemler (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)</b>		
Güvenlik görevlisi	785	90,4
Polis bürosu	237	27,3
Ziyaretçileri kontrol eden dedektörler	22	2,5
Saldırı olasılığına karşı panik düğmeleri	7	0,8
Güvenlik kameraları	19	2,2

Katılımcı hemşirelerin %36,8 (319)'i birden fazla şiddet olayıyla karşı karşıya kalırken, %35,9 (312)'u hiç şiddet olayına/şiddet tehdidine maruz kalmamıştır. %27,3 (237)'ü ise şiddetle bir kez karşılaşmıştır. Yani hemşirelerin %64,1 (556)'i şiddet olayına maruz kalmıştır.

Saldırganların %56,7 (315) gibi büyük kısmı hasta yakını iken, %37,4 (208)'ü hastadır. %3,2 (18)'si hekim, %1,1 (6)'i çalışma arkadaşından, %0,9 (5)'u teknik personel, %0,4 (2)'ü hizmetli personel, %0,2 (1)'si dışarıdan biri tarafından gerçekleşmiştir.

Saldırıların %68,2 (379)'si erkekler tarafından, %31,8 (177)'i ise kadınlar tarafından gerçekleştirilmiştir (30).

Saldırganların %36,4 (317)'ü, 20-35 yaşlar arasında, %18,7 (163)'si 36-45 yaşları arasında, %6,8 (58)'i 46-55 yaşları arasında, %1,6 (12)'si 56 yaş ve üzerinde, %0,6 (6)'sı ise 15-18 yaşları arasındadır.

Saldırıyı gerçekleştiren kişinin tıbbi durumu hakkında katılımcıların %26,7 (232)'si "bilmiyorum" yanıtını vermiştir. Yanıt verenlerin %18,5 (161)'i ise saldırganların akıl/ruh hastası olduğunu ifade etmişlerdir. %5,1 (44)'i diğer, %4,7 (41)'i alkol/maddenin etkisinde, %4,5 (39)'i tıbbi tedavinin etkisinde, %3,1 (26)'i mental olarak geri, %1,5 (13)'i demanslı oldukları yanıtlarını vermişlerdir.

Saldırıların %60,4 (524)'ü sözel şiddet şeklinde gerçekleşirken, %25,9 (225)'u oranında fiziksel şiddet şeklinde gerçekleşmiştir. Katılımcıların psikolojik şiddetle karşılaşma oranı %25,6 (222) iken, seksüel şiddetle karşılaşma oranları %2,6 (23)'dür.

Fiziksel saldırıya uğrayanların büyük kısmı, %18,4 (160)'ü itilmiş, %18,1 (157)'i tokatlanmış, %11,9 (103)'u yumruklanmış, %11,9 (103)'u tekmelenmiştir. %11,4 (99)'üne tükürülmüş, %8,5 (74)'ine nesnelere kullanarak saldırılmış, %7,4 (64)'ü tırmalanmış, %5 (43)'i ise ısırılmıştır.

Sözel şiddetle karşılaşanların %43,4 (377)'ü sözel şiddeti ağız dalaşı şeklinde yaşarken, %38,7 (336)'si tehdit etme, %31,2 (271)'si küfür etme, %21,5 (187)'i aşağılama, %14,2 (123)'si küçük düşürme, %0,6 (5)'sı diğer şekillerde yaşanmıştır.

Şiddet olaylarının %38,7 (336)'si hemşire bankosunda, %31 (269)'i koridorda, %13,1 (114)'i muayene odasında, %6 (52)'sı bekleme odasında, %2,5 (22)'i WC/banyoda, %1,7 (15)'si hastane dışında bir yerde, %1,4 (13)'ü diğer yerlerde meydana gelmiştir.

Saldırıların %36,3 (202)'ü 08-16/07-15 vardiyasında, %19,2 (107)'si 16-08/15-09, %14,4 (80)'ü 08-08 vardiyasında, %9,2 (51)'si 16-24/15-23 vardiyasında, %9,2 (51)'si 24-08/23-07 vardiyasında, %5 (28)'i hafta sonu nöbetinde, %3,8 (21)'i 20-08/19-07 vardiyasında, %2,9 (16)'u ise 08-20/07-19 vardiyasında meydana gelmiştir.

Saldırıları daha çok %27,6 (240) oranında yalnız çalışırken, %21,2 (184) oranında kontrol edilemeyen kalabalığın arttığı sırada, %18 (156) oranında hasta ziyaretleri sırasında, %9,2 (80) oranında kötü çevresel koşullarda, %8,5 (74) oranında taburculuk işlemleri sırasında, %1,7 (15) oranında diğer koşullarda gerçekleşmiştir.

Şiddet olaylarının, %39,3 (341)'ü muayene sırasında, %11,5 (100)'i hiçbir aktivite yokken, %11,1 (96)'i hasta transfer edilirken, %8,6 (75)'sı fiziksel bakım sırasında, %8,3 (72)'ü hemşire odasında dinlenme sırasında, %2,3 (20)'ü diğer koşullarda meydana gelmiştir.

Saldırı olayı ile saldırganın kuruma gelmesi arasında geçen süre için hemşireler %30 (167) oranında "bilmiyorum" yanıtını verirken, %21,8 (121)'i bir saatten daha az süre geçtiğini, %18,5 (103)'i 1-7 gün geçtiği, %14,6 (81)'sı 1-3 saat geçtiği, %4,7 (26)'si 1-2 hafta geçtiği, %1,8 (10)'i diğer yanıtını vermişlerdir.

Olgular şiddet olaylarının %38,6 (335) gibi büyük kısmı güvenlik önlemlerinin eksikliğinden, %20,9 (181)'u iyi düzenlenmemiş kötü bir çevresel ortam nedeni ile, %19,9 (173)'u yeterli bilgilendirme yapılmadığı için, %16,5 (143)'i hasta yakınları içeri alınmadığı için, %13,4 (116)'ü deneyimli personel eksikliğinden, %10,9 (95)'u müdahale geciktiği için, %6 (52)'si diğer olarak meydana geldiğini ifade etmiştir.

Katılımcıların %73,6 (409)'sı fiziksel şiddetten dolayı acı çekmemişler, %22,8 (127)'i fiziksel şiddet sonrasında hafif olarak yaralandıklarını belirtmişlerdir. %2,9 (16)'u ciddi bir yaralanmışlardır. %0,7 (4)'si ise diğer şekilde yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Şiddet olaylarını yaşayan hemşirelerin %31,3 (272)'ü öfkelenirken, %19,9 (173)'u kızgınlık hissetmiş, %18,4 (160)'ü korkmuş, %15,8 (137)'i üzgün hissetmiş, %14,1 (122)'i hayal kırıklığına uğramış, %6 (52)'si tepki vermemiş, %2,5 (22)'i saldırganla saldırı ile karşılık vermiştir. %0,2 (2)'si de bunların dışındaki diğer tepkileri vermişlerdir. Şiddet olayı sonrasında ise, hemşirelerin %31,7 (275)'si öfkelenmiş, %21,7 (188)'si tedirginlik yaşamış, %17,1 (148)'i korku hissetmiştir. %14,7 (128)'si bunlardan başka tepkiler vermiş, %14,6 (127)'si endişe yaşamış, %7 (61)'si ise hayal kırıklığına uğramıştır.

Katılımcıların %52,7 (293)'si hiç kimseden yardım almamış, %32,4 (180)'ü ise yardım almıştır. %14,9 (83)'u ise yardıma gereksinim duymadığını belirtmiştir.

Yardım alanların %11,5 (100)'i çalışma arkadaşlarından, %6,7 (58)'si diğer sağlık ekibi üyelerinden, %5 (43)'i sorumlu hemşireden, %4,3 (37)'ü arkadaşlarından, %2,5 (22)'i eş/aileden, %1,5 (13)'i diğer kişilerden, %1 (9)'i bir profesyonel kişiden destek aldıklarını belirtmişlerdir.

Şiddet olayı yaşayanların %42,2 (366)'si işini bırakmayı hiç düşünmediğini, %21,9 (190)'u ise şiddet olayı sonrası işini bırakmayı düşündüğünü belirtmişlerdir.

Şiddet olayı sonrasında hemşirelerin %94,4 (819)'ü işyerinden yaşanan şiddet olayı nedeniyle izin almazken, %2,2 (19)'si iki gün, %1,7 (15)'si bir gün, %1,2 (9)'si üç gün, %0,2 (2)'si 15 gün, %0,2 (2)'si 20 gün, %0,1 (1)'i yedi gün, %1 (1)'i 10 gün işlerinden izin almışlardır.

İzin almayanların %68,5 (381)'i izin almaya gerek olduğunu düşünmediği için, %13,7 (76)'si işyeri izin vermediği için, %12,2 (68)'si işini kaybetmemek için, %5,6 (31)'si tepki görmekten korktuğu için izin almadıklarını belirtmişlerdir.

Katılımcıların %35,6 (198)'sı şiddet olayından sonra hastalarla ilişkilerinde artık çok dikkatli olduğunu, %35,1 (195)'i ise şiddet olayının hastalarla ilişkilerini etkilemediğini, %24,1 (134)'i de işini eskisi kadar sevmediklerini ifade etmişlerdir. %5,2 (29)'si de korkmuş hissettiklerini belirtmişlerdir.

Şiddet olayı sonrasında hemşirelerin %95,9 (533)'u şiddet olayı nedeniyle çalıştığı birimi değiştirmezken, %4,1 (23)'i değiştirmiştir.

Şiddet olayı sonrasında hemşirelerin %96,6 (537)'sı polis raporu doldurmazken, %3,4 (19)'ü doldurmuştur.

Olay sonrasında olguların %96,6 (537)'sı iş kazası raporu doldurmazken, %3,4 (19)'ü doldurmuştur.

Rapor doldurmayanların %41,8 (363)'i herhangi bir yanıt vermezken, %28 (243)'i işinin bir parçası olduğunu düşündüğü için doldurmadığını söylemiştir. %23,2 (201)'i ise hiçbir yanıt alamayacağını düşündüğü için doldurmadıklarını ifade etmişlerdir. %3,5 (30)'i yasal işlemler olur diye çekindiğini, %2,4 (21)'ü suçlanmaktan korktuğunu, %1,2 (10)'si işini kaybedeceğini düşündüğünü ifade etmişlerdir.

Rapor dolduranların %2,1 (18)'i ilgili yerlerden hiçbir yanıt alamadığını söylerken, %1,8 (16)'i yeni işlemler yapıldığını, %0,2 (2)'si bir şey değişmediğini, %0,2 (2)'si işten ayrılmak zorunda kaldığını, %0,2 (2)'si suçlu bulduklarını bildirmişlerdir.

Katılımcıların %29,4 (255)'ü günde, %25,1 (218)'i ayda bir, %22,8 (198)'i yılda bir, %22,7 (197)'si haftada bir defa birimlerinde şiddet olayı yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Katılımcıların %89,7 (779)'si şiddet konusuna eğitim almazken, %6,5 (56)'i bir kez eğitim almıştır. %3,8 (33)'i ise birçok kez şiddet konusunda eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir.

Eğitim alanların %89,7 (779)'si eğitim aldıkları yer konusunda yanıt vermezken, %7,7 (66)'si aldığı eğitimi çalıştığı kurumda hizmet içi eğitim sırasında aldığını, %2,6 (23)'sı ise okuldayken aldıklarını belirtmişlerdir.

Katılımcıların %91,9 (798)'u kurumunun şiddet konusundaki amaçlarını açık bulmazken, %8,1 (70)'i yeterince açık bulmuştur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %75,1 (652)'i kurumlarında şiddeti raporlandırmaya dair bir uygulama olmadığını, %24,9 (216)'u ise şiddet olaylarının raporlandırılmasının yapıldığını bildirmişlerdir.

Katılımcıların %90,4 (785)'ü kurumlarında güvenlik görevlisi olduğunu, %27,3 (237)'ü polis bürosu olduğunu, %2,5 (22)'i ziyaretçileri kontrol eden dedektörler olduğunu %2,2 (19)'si güvenlik kameralarının olduğunu, %0,8 (7)'inin saldırı olasılığına karşı panik düğmelerinin olduğunu bildirmişlerdir.

**Bu bulgular;** hemşirelere yönelik işyeri şiddetinin önlem alınması gereken bir durum olduğunu, sağlık kurumlarını ve bu sağlık kurumlarında 24 saat hizmet veren hemşireleri psikolojik, kişisel, kurumsal olarak derinden etkilediğini, iş performansının ve bakımın kalitesini düşürdüğünü ortaya koymaktadır. Ayrıca içerdiği farklılıklar nedeniyle araştırılmaya, keşfedilmeye gereksinim duyulduğunu ve spesifik alanlar için önleme stratejilerinin bulunması gerektiğini göstermektedir. Ayrıca sağlık kurumlarında şiddetten korunmaya yönelik sınırlı olan kontrolün yetersizliğini ortaya koymaktadır.

#### **4.3. Şiddet Yaşama Durumu ile Diğer Değişkenlerin Karşılaştırılması**

**Tablo 3. Eğitim durumuna göre şiddet yaşama durumunun karşılaştırılması**

Eğitim	Şiddet deneyimi						$\chi^2=45,333$ p=0,000
	Hayır		Evet, bir kez yaşadım		Evet, birçok kere yaşadım		
	n	%	n	%	n	%	
SML	56	17,9	80	33,8	122	38,2	
Önlisans	125	40,1	80	33,8	127	39,8	
Lisans	108	34,6	63	26,6	56	17,6	
Lisansüstü	23	7,4	14	5,8	14	4,4	
Toplam	312	100	237	100	319	100	

Eğitim durumuna göre Şiddet deneyimi dağılımları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bir ve birden fazla Şiddet deneyimi yaşayanlar SML ve nlisans grubunda, lisans ve lisansüstü grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $\chi^2=45,333$ ,  $p=0,000$ ).

**Tablo 4. Çalıştığı kuruma göre Şiddet yaşama durumunun karşılaştırılması**

Çalıştığı kurum	Şiddet deneyimi						$\chi^2=86,004$ $p=0,000$
	Hayır		Evet, bir kez yaşadım		Evet, birçok kere yaşadım		
	n	%	n	%	n	%	
Üniversite hastaneleri	190	60,90	98	41,40	78	24,50	
Sağlık Bakanlığı hastaneleri	122	39,10	139	58,60	241	75,50	
Toplam	312	100	237	100	319	100	

Çalıştığı kuruma göre Şiddet deneyimi yaşayanlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışan hemşirelerin bir ve birden fazla Şiddet deneyimi yaşaması niversite hastanelerinde çalışan hemşirelere göre daha yüksektir ( $\chi^2=86,004$ ,  $p=0,000$ ).

**Tablo 5. Çalıştığı klinik bölüme göre Şiddet yaşama durumunun karşılaştırılması**

Çalışılan klinik	Şiddet deneyimi						$\chi^2=101,963$ $p=0,000$
	Hayır		Evet, bir kez yaşadım		Evet, birçok kere yaşadım		
	n	%	n	%	n	%	
Dahiliye	108	34,60	74	31,20	78	24,50	
Cerrahi	76	24,40	39	16,50	27	8,50	
Acil	24	7,70	35	14,80	68	21,30	
Psikiyatri	33	10,60	35	14,80	101	31,70	
Onkoloji	14	4,50	14	5,90	15	4,70	
ocuk klinikleri	40	12,80	26	11	16	5	
Yoğun bakım	17	5,40	14	5,80	14	4,30	
Toplam	312	100	237	100	319	100	

Çalıştığı klinik bölüme göre Şiddet deneyimi yaşayanlar istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur. Psikiyatri klinikleri ve acil servislerde çalışan hemşirelerin Şiddet olaylarını yaşama oranı diğer bölümlere oranla daha yüksek bulunmuştur ( $\chi^2=101,963$ ,  $p=0,000$ ).

**Tablo 6. Çalışma yılına göre şiddet yaşama durumunun karşılaştırılması**

Çalışma yılı	Şiddet deneyimi						
	Hayır		Evet, bir kez yaşadım		Evet, birçok kere yaşadım		
	n	%	n	%	n	%	
1-5 yıl	108	34,6	69	29,1	89	27,9	$\chi^2=16,617$ $p<0,0001$
6-10 yıl	64	20,50	65	27,4	95	29,8	
11-15 yıl	35	11,20	33	13,9	46	14,4	
16-20 yıl	69	22,10	34	14,3	54	16,9	
21 yıl ve üzeri	36	11,6	36	15,3	35	11	
Toplam	312	100	237	100	319	100	

Çalışma yılına göre şiddet yaşama oranının dağılımı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Şiddet olaylarıyla karşı karşıya kalan hemşirelerin çoğu 1-5 yıl arası ve 6-10 yıl arası çalışan hemşireler olarak bulunmuştur ( $\chi^2=16,617$ ,  $p<0,001$ ).

**Tablo 7. Çalışma biçimine göre şiddet yaşama durumunun karşılaştırılması**

Çalışma biçiminiz	Şiddet deneyimi						
	Hayır		Evet, bir kez yaşadım		Evet, birçok kere yaşadım		
	n	%	n	%	n	%	
Gündüz	78	25	51	21,50	65	20,40	$\chi^2=18,270$ $p=0,019$
Nöbet	28	9	21	8,90	28	8,80	
Vardiya	71	22,80	35	14,80	45	14,10	
Gündüz+nöbet	109	34,90	113	47,70	156	48,90	
Gündüz+vardiya	26	8,30	17	7,10	25	7,80	
Toplam	312	100	237	100	319	100	

Çalışma biçimine göre şiddet olaylarını bir veya birden fazla yaşama istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Gündüz+nöbet çalışanların şiddet olaylarını yaşama oranları yalnız nöbet ile çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur ( $\chi^2=18,270$ ,  $p=0,0019$ ).

**Tablo 8. Çalışma Pozisyonuna göre şiddet yaşama durumunun karşılaştırılması**

Çalışma pozisyonunuz	Şiddet deneyimi						
	Hayır		Evet, bir kez yaşadım		Evet, birçok kere yaşadım		
	n	%	n	%	n	%	
Servis hemşiresi	244	78,20	197	83,10	270	84,60	$\chi^2=14,823$ $p=0,022$
Sorumlu hemşire	42	13,50	27	11,40	43	13,60	
Başhemşire	8	2,60	5	2,10	3	0,90	
Diğer (poliklinik)	18	5,70	8	3,40	3	0,90	
Toplam	312	100	237	100	319	100	



Çalışma pozisyonu ile şiddet yaşama düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre servis hemşirelerinin bir veya birden fazla şiddet yaşama düzeyi diğer farklı çalışma pozisyonundaki kişilere göre yüksek düzeyde bulunmuştur ( $\chi^2=14,823$ ,  $p=0,022$ ).

**Tablo 9. Eğitim durumuna göre sözel şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması**

Eğitim	Sözel şiddet						
	Var		Yok		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
SML	190	73,60	68	26,40	258	100	$\chi^2=35,381$ $p<0,0001$
Önlisans	199	59,90	133	40,10	332	100	
Lisans	109	48	118	52	227	100	
Lisansüstü	26	51	25	49	51	100	

Eğitim düzeyi ile sözel şiddete maruz kalma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $\chi^2=35,381$ ,  $p<0,0001$ ) Eğitim durumu SML, önlisans mezunu olanların sözlü şiddete uğramaları lisansüstü eğitimlilere göre daha yüksek bulunmuştur.

**Tablo 10. Eğitim durumuna göre fiziksel şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması**

Eğitim	Fiziksel şiddet						
	Var		Yok		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
SML	97	37,60	161	62,40	258	100	$\chi^2=28,786$ $p=0,000$
Önlisans	77	23,20	255	76,80	332	100	
Lisans	39	17,20	188	82,80	227	100	
Lisansüstü	12	23,50	39	76,50	51	100	

Eğitim düzeyi ile fiziksel şiddete maruz kalma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $\chi^2=28,786$ ,  $p=0,000$ ). Eğitim durumu SML, önlisans mezunu olanların fiziksel şiddete uğramaları lisansüstü eğitimli olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

**Tablo 11. Eğitim durumuna göre seksüel şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması**

Eğitim	Seksüel şiddet						
	Var		Yok		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
SML	13	5	245	95,0	258	100	$\chi^2=8,932$ p=0,0030
Önlisans	7	2,10	325	97,90	332	100	
Lisans	2	0,90	225	99,10	227	100	
Lisansüstü	1	2	50	98	51	100	

Eğitim düzeyi ile seksüel şiddete maruz kalma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $\chi^2=8,932$ , p=0,0030). Eğitim durumu SML, önlisans mezunu olanların seksüel şiddete maruz kalmaları lisansüstü eğitilmiş olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

**Tablo12. Çalıştığı kurum ile sözel şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması**

Çalıştığı kurum	Sözel şiddet						
	Var		Yok		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Üniversite hastaneleri	165	45,10	201	54,90	366	100	$\chi^2=61,812$ p=0,000
Sağlık Bakanlığı hastaneleri	359	71,50	143	28,50	502	100	

Çalıştığı kurum ile sözel şiddet yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $\chi^2=61,812$ , p=0,000). Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışan hemşireler, üniversite hastanelerinde çalışanlara göre sözel şiddete daha fazla maruz kalmaktadır.

**Tablo 13. Çalıştığı kurum ile fiziksel şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması**

Çalıştığı kurum	Fiziksel şiddet						
	Var		Yok		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Üniversite hastaneleri	38	10,40	328	89,60	366	100	$\chi^2=79,579$ p=0,000
Sağlık Bakanlığı hastaneleri	187	37,30	315	62,70	502	100	

Çalıştığı kurum ile fiziksel şiddet yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $\chi^2=79,579$ ,  $p=0,000$ ). Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışan hemşireler, üniversite hastanelerinde çalışanlara göre fiziksel şiddete daha fazla maruz kalmaktadır.

**Tablo14. Çalıştığı kurum ile psikolojik şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması**

Çalıştığı kurum	Psikolojik şiddet						$\chi^2=20,313$ $p=0,000$
	Var		Yok		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Üniversite hastaneleri	65	17,80	301	82,20	366	100	
Sağlık Bakanlığı hastaneleri	157	31,30	345	68,70	502	100	

Çalıştığı kurum ile psikolojik şiddet yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $\chi^2=20,313$ ,  $p=0,000$ ). Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışan hemşireler, üniversite hastanelerinde çalışanlara göre psikolojik şiddete daha fazla maruz kalmaktadır.

**Tablo15. Çalıştığı kurum ile seksüel şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması**

Çalıştığı kurum	Seksüel şiddet						$\chi^2=8,217$ $p=0,004$
	Var		Yok		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Üniversite hastaneleri	3	0,80	363	99,20	366	100	
Sağlık Bakanlığı hastaneleri	20	4,0	363	96,0	502	100	

Çalıştığı kurum ile seksüel şiddet yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $\chi^2=8,217$ ,  $p=0,004$ ). Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışan hemşireler, üniversite hastanelerinde çalışanlara göre seksüel şiddete daha fazla maruz kalmaktadır.

**Tablo 16. Çalışılan klinik ile sözel şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması**

Çalışılan klinik	Sözel şiddet					
	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Dahiliye	143	55	117	45	260	100
Cerrahi	63	44,40	79	55,60	142	100
Acil	93	73,20	34	26,80	127	100
Psikiyatri	130	76,90	39	23,10	169	100
Onkoloji	27	62,80	16	37,20	43	100
Çocuk klinikleri	42	51,20	40	48,80	82	100
Yoğun bakım	26	57,80	19	42,20	45	100

$\chi^2=49,568$   
p=0,000

Çalışılan klinik ile sözel şiddet yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $\chi^2=49,568$ , p=0,000). Acil ve psikiyatri birimlerinde çalışanlar, diğer dahili ve cerrahi birimlerinde çalışanlara göre daha yüksek oranda sözel şiddet yaşamaktadırlar.

**Tablo 17. Çalışılan klinik ile fiziksel şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması**

Çalışılan klinik	Fiziksel şiddet					
	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Dahiliye	47	18,10	213	81,90	260	100
Cerrahi	13	9,20	129	90,80	142	100
Acil	38	29,90	89	70,10	127	100
Psikiyatri	101	59,80	68	40,20	169	100
Onkoloji	51	25,60	32	74,40	43	100
Çocuk klinikleri	5	6,10	77	93,90	82	100
Yoğun bakım	10	22,20	35	77,80	45	100

$\chi^2=148,079$   
p=0,000

Çalışılan klinik ile fiziksel şiddet yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $\chi^2=148,079$ , p=0,000). Acil ve psikiyatri birimlerinde çalışanlar, dahili ve cerrahi birimlerinde çalışanlara göre daha yüksek oranda fiziksel şiddet yaşamaktadırlar.

**Tablo 18. Çalışılan klinik ile psikolojik şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması**

Çalışılan klinik	Psikolojik şiddet					
	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Dahiliye	51	19,60	209	80,40	260	100
Cerrahi	22	15,50	120	84,50	142	100
Acil	53	41,70	74	58,30	127	100
Psikiyatri	60	35,50	109	64,50	169	100
Onkoloji	10	23,30	33	76,70	43	100
Çocuk klinikleri	12	14,60	70	85,40	82	100
Yoğun bakım	14	31,10	31	68,90	45	100

$\chi^2=44,606$   
p=0,000

Çalışılan klinik ile psikolojik şiddet yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $\chi^2=44,606$ , p=0,000). Acil ve psikiyatri birimlerinde çalışanlar, dahili ve cerrahi birimlerinde çalışanlara göre daha yüksek oranda psikolojik şiddete maruz kalmaktadır.

**Tablo 19. Çalışılan klinik ile seksüel şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması**

Çalışılan klinik	Seksüel şiddet					
	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Dahiliye	0	0	260	100	260	100
Cerrahi	1	0,70	141	99,30	142	100
Acil	2	1,60	125	98,40	127	100
Psikiyatri	18	10,70	151	89,30	169	100
Onkoloji	0	0,00	43	100	43	100
Çocuk klinikleri	2	2,40	80	97,60	82	100
Yoğun bakım	0	0,00	45	100	45	100

$\chi^2=54,080$   
p=0,000

Çalışılan klinik ile seksüel şiddet yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $\chi^2=54,080$ , p=0,000). Psikiyatri birimlerinde çalışanlar, diğer birimlere göre daha yüksek oranda seksüel şiddete maruz kalmaktadır.

**Tablo 20. Çalışma yılı ile sözel şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması**

Çalışma yılı	Sözel şiddet				
	Var		Yok		
	n	%	n	%	
1-5 yıl	145	27,7	121	35,20	$\chi^2=13,709$ p<0,001
6-10 yıl	151	28,80	73	21,20	
11-15 yıl	75	14,30	39	11,30	
16-20 yıl	84	16,00	73	21,20	
21 yıl ve üzeri	69	13,20	38	11,10	
Toplam	524	100	344	100	

Çalışma yılı ile sözel şiddet yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $\chi^2=13,890$ , p<0,001). 1-5 yıl ile 6-10 yıl arasında çalışma deneyimi olan hemşirelerin diğer gruplara göre daha fazla sözel şiddet yaşadıkları bulunmuştur.

**Tablo 21. Çalışma yılı ile fiziksel şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması**

Çalışma yılı	Şiddet deneyimi				
	Var		Yok		
	n	%	n	%	
1-5 yıl	70	31,1	196	30,50	$\chi^2=24,350$ p<0,001
6-10 yıl	63	28	161	25	
11-15 yıl	28	12,4	86	13,4	
16-20 yıl	34	15,1	123	19,1	
21 yıl ve üzeri	30	13,3	77	12	
Toplam	225	100	643	100	

Çalışma yılı ile fiziksel şiddet yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $\chi^2=24,350$ , p<0,001). 1-5 yıl ile 6-10 yıl arasında çalışma deneyimi olan hemşirelerin, diğer çalışma yılı gruplarındaki hemşirelere göre daha fazla şiddet yaşadıkları bulunmuştur.

**Tablo 22. Çalışma biçimi ile sözel şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması**

Çalışma biçiminiz	Sözel şiddet						$\chi^2=17,640$ p=0,001
	Var		Yok		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Gündüz	112	57,70	82	42,30	194	100	
Nöbet	47	61	30	39	77	100	
Vardiya	73	48,30	78	51,70	151	100	
Gündüz+nöbet	254	67,20	124	32,80	378	100	
Gündüz+vardiya	38	55,90	30	44,10	68	100	

Çalışma biçimi ile sözel şiddet yaşama arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $\chi^2=17,640$ , p=0,001). Gündüz+nöbet, nöbet çalışanların, yalnız gündüz ya da vardiya çalışanlara göre daha fazla oranda sözel şiddetle karşılaştıkları bulunmuştur.

**Tablo 23. Çalışma pozisyonu ile sözel şiddeti yaşama durumunun karşılaştırılması**

Çalışma pozisyonunuz	Sözel şiddet						$\chi^2=9,300$ p=0,026
	Var		Yok		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Servis hemşiresi	438	61,60	273	38,40	711	100	
Sorumlu hemşire	68	60,70	44	39,30	112	100	
Başhemşire	8	50	8	50	16	100	
Diğer (poliklinik)	10	34,50	19	65,50	29	100	

Hemşirelerin çalışma pozisyonu ile sözel şiddeti yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $\chi^2=9,300$ , p=0,026). Servis hemşirelerinin, yönetici olarak çalışan hemşirelere göre daha yüksek oranda sözel şiddetle karşılaştıkları bulunmuştur.

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışma, sağlık kurumlarında çalışan hemşirelerin hasta, hasta yakınları, çalışma arkadaşları ya da dışarıdan biri tarafından uğradıkları şiddet olaylarının sıklığını ve şiddetle ilgili risk etkenlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Elde edilen bulgular, literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

### **5.1.Demografik verilerin Tartışılması**

Araştırmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğu yaş ortalaması genç (30 yaş ve altı %49,5 ve 30-39 yaş %33,8) hemşirelerden oluşmaktadır (Tablo 1). McKenna yaptığı çalışmada, hemşirelerin %46'sını 30 yaşın altı, %25'inin 30-39 yaş, %24'ünü 40-49 yaş, %5'ini ise %50 yaş ve üzeri olduğunu bulmuştur. Yine, Ayrancı (5)'nin 18 acil serviste yaptığı çalışmada hemşirelerin %82,1'inin 30-39 yaş grubundan olduğunu görülmüştür. Yine bir başka çalışmaya göre hemşirelerin %62'sinin yaş ortalaması 30-49 yaşdır (19, 48).

Katılımcıların %54,5'inin evli, %42,1'inin bekar olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların %38,2'sinin ön lisans, %29,7'sinin sağlık meslek lisesi mezunu olduğu, lisans mezunlarının ise %26,2 oranında olduğu belirlenmiştir. Lisansüstü mezunu ise, %5,9'dur (Tablo 1). Yapılan çalışmalarda sağlık bakım alanında çalışan hemşirelerin %77'si meslek lisesi düzeyinde okuldan mezundur. Çalışmamızda ön lisans mezununun daha fazla oranda olması sağlık meslek liselerine ön lisans hakkı tanınmasının da bir sonucu da olabilir. Eğitim durumuna göre şiddet deneyimi karşılaştırıldığında ise, (şiddete uğrama oranının yüksek olduğunu da dikkate alırsak) eğitim düzeyi yükseldikçe şiddete uğrama oranının düştüğünü düşündürmektedir. Ayrıca eğitim düzeyi düşük hemşirelerin çoğunlukta olması, şiddetle mücadeleyi güçleştirdiğini düşündürmektedir.

Katılımcıların %57,8'i Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde %42,2'si ise üniversite hastanelerinde çalışmaktadır (Tablo 1).

Katılımcıların %30'u dahiliye, %19,5'i psikiyatri, %16,4'ü cerrahi, %14,6'sı ise acil servislerde çalışmaktadır (Tablo 1). Bölümlerle ilgili yapılan bir çalışmada şiddete



uğrama oranları şu şekildedir: %21 tıbbi, %26 cerrahi, %30 yataksız servisler, %13 psikiyatri, %6 halk sağlığı alanları olarak bulunmuştur. Yine başka bir çalışmaya göre şiddet olaylarının %36'sı dahili birimlerde, %24'ü cerrahi birimlerde meydana gelmektedir. Bu durum, bizim araştırma grubumuzda yataklı servislerde ve psikiyatri servislerinde ve büyük oranda şiddetle karşılaştığı sonucuyla benzerlik göstermektedir (30, 50).

Hemşirelerin çalışma yılına bakıldığında, hemşirelerin çoğu beş yıldan az deneyime sahiptir (1-5 yıl %30,6 ve 6-10 yıl %25,8) (Tablo 1). İzmir'de dört hastanede yapılan çalışmada hemşirelerin %34,8'inin 1-5 yıllık deneyime sahip olduğu bulunmuştur. Avustralya'da yapılan bir çalışmaya göre hemşirelerin %40'ının beş yıldan daha az, %13'ünün beş yıl ve daha fazla deneyime sahip olduğu bulunmuştur (22, 40).

Olguları klinikte buldukları süreyi dikkate alarak değerlendirdiğimizde, büyük bölümünün klinikte 1-5 yıl arasında çalıştığını görmekteyiz (Tablo 1). Acil servislerle ilgili yapılan bir çalışmada (5), bu birimlerde çalışan hemşirelerin %71,2'sinin beş yıldan daha az acil servis deneyimine sahip oldukları görülmüştür. Yaş ortalamalarının da oldukça genç olduğunu dikkate aldığımızda bu durum bize çalışmanın yapıldığı kurumlarda deneyimli personel yetersizliğini düşündürmektedir (40).

Hemşirelerimizin, %43,5'i gündüz+nöbet, %22,4'ü gündüz, %17,4'ü vardiyalı şekilde çalışmaktadır (Tablo 1). Crilly ve ark. (2004), yarı zamanlı çalışma (part-time) düzeninde şiddet oranını %64, tam zamanlı (full-time) çalışma sisteminde şiddet oranını %30 olarak vermişlerdir. Bu durum bize, hem gündüz çalışıp, hem de uzun saatler nöbet tutmak zorunda olan hemşirelerimizin düzensiz bir iş yaşamının olduğunu, fiziksel/psikolojik açıdan yıprandığını göstermektedir. Ayrıca sağlık sorunları nedeniyle iletişim kurmanın güç olduğu hasta/hasta yakınlarına karşı (bu yoğun çalışma temposu nedeniyle) yeterince hoşgörülü davranamayabileceklerini, sıklıkla şiddet tehditleri ya da şiddet olaylarına maruz kalabileceklerini düşündürmektedir.

Hemşirelerimizin %81,9'u servis hemşiresi, %12,9'u sorumlu hemşire olarak çalışmaktadır (Tablo 1).

Vardiyalarda 2-5 kişi çalışan %53,6, tek çalışan hemşire oranı %40,6'dır (Tablo 1). Vardiyalarda tek kişi olarak çalışma oranının yüksek olması, şiddet oluşumuna uygun bir zemin hazırlamaktadır. Hekimin hiç olmadığı vardiya %47,8, tek hekimin olduğu vardiya %25,6'dır. Yardımcı personelin olmadığı vardiya %31,3, tek kişi olduğu %47,1'dir (Tablo 1).

## **5.2. Saldırı Olayına Ait Verilerin Tartışılması**

Araştırmaya katılan hemşirelerin %36,8'i birden fazla şiddet olayıyla karşı karşıya kalırken, %27,3'ü bir kez şiddet olayı ile karşılaşmıştır. Yani, %64,1 (556)'i şiddet olayına maruz kalmıştır (Tablo 2). DSÖ'nün verdiği bilgiye göre hemşirelerin şiddete uğrama oranı, Güney Afrika'da %61, Tayland'da %54, Portekiz'de %60, Bulgaristan'da %37'dir. İsveç'te yapılan çalışmaya göre hemşirelerin %57'si şiddete maruz kalmıştır. Zernike (51) ise, Avustralya'da yaptığı çalışmada, devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerin şiddete uğrama oranını %85 olarak bulmuştur. Yine başka bir çalışmaya göre hemşirelerin şiddete uğrama oranı %43,4'dir. Rippon ise, hemşirelerin şiddete uğrama oranını %65-82 arasında bulmuştur. Elde edilen bu veriler bize, hemşirelerin şiddetin türü ve şekli değişse de, her koşulda şiddete maruz kaldığını, adeta profesyonel iş yaşamının bir parçası olduğunu ve sağlık kurumlarının güvenli çalışma koşulları sağlamaktan uzak olduğunu göstermektedir (6, 7, 27, 37, 42, 45, 47, 52).

Çalışmamızda saldırganların %56,7 gibi büyük kısmı hasta yakını iken, %37,4'ü hastadır (Tablo 2). Yapılan çalışmalara göre, hemşirelere yönelik şiddet çok çeşitli kaynaklardan gelmektedir. Bulgaristan'daki bir araştırmaya göre, fiziksel şiddetin %97,4'ü hasta kaynaklıdır. Avustralya'da yapılan bir çalışmada ise sağlık profesyonellerinin üç grubu da (hemşireler, sağlık koruyucular, pratisyenler) en çok hasta yakınlarından (%55) şiddet görmüşlerdir. Ayrancı (5)'nin yaptığı çalışmaya göre şiddet olaylarının %72,3'ü hasta yakınlarından kaynaklanmıştır. Bu verilerin de ışığı altında hasta ve hasta yakınlarının sağlık kurumlarında potansiyel şiddet grupları oldukları ortaya çıkmaktadır. Yapılan bir diğer çalışmada (21) fiziksel şiddetin %90'ının hasta ve hasta yakınlarından kaynaklandığı, fiziksel olmayan şiddetin %67'sinin ise doktorlar, hasta yakınları, ziyaretçiler, yöneticilerden kaynaklandığı bulunmuştur (2, 15, 45).

Hemşirelere yönelik saldırıların %68,2'si erkekler tarafından, %31,8'i ise kadınlar tarafından gerçekleştirilmiştir (Tablo 2). Yapılan araştırmalara göre, erkeklerin %35'i, kadınların %26'sı saldırgandır. Yine 2002'de Sivarajasingam ve arkadaşaları, acilde şiddete bağlı yaralanmalarla ilgili beş yıllık periyot (1995-2000) için yaptıkları çalışmayı İngiltere'de yayınlamışlardır. Buna göre, saldırganların 1/3'ü erkektir. Hormonları temel alan görüşe göre, androjenik hormonlar (testosteron) saldırganlığı etkiler. Yani, testosteron aktivitesi yüksekse, o kişi daha kavgacı, daha saldırgandır. Şiddet davranışının kadınlarda belirginleşmesinin nedeni ise, premenstrüel sendromda görülen hormonsal aktivitenin artmasından kaynaklanmaktadır (9, 12, 17, 26).

Örnekleminizde saldırganların %36,4'ü, 20-35 yaşlar arasındadır (Tablo 2). Ayrancı (5)'nin yaptığı çalışmada saldırganların %82,1'i 30-39 yaş grubundandır. Sivarajasingam ve arkadaşaları (2002), beş yıllık periyot (1995-2000) için saldırganların yaş aralığını 18-30 yaş olarak vermişlerdir. Bu da saldırganların genelde genç yaş grubundan oluştuğunu göstermektedir. Yapılan bir diğer çalışmada (21), saldırganların yaş aralığı 35-65 yaş arası olarak verilmiştir (17).

Araştırmaya katılan hemşirelerimizin %26,7'si saldırıyı gerçekleştirenlerin durumu hakkında "bilmiyorum" yanıtını vermişlerdir. Yanıt veren hemşirelerin %18,5'i saldırıda bulunanların akıl/ruh hastası olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 2). Katılımcılar oranında, Crilly ve ark. (2004) (17), birleştirilmiş akıl sağlığı karakteristiklerinin hasta saldırganlığında rol oynadığını söyler. Lyneham (2000)'a göre de, saldırgan hastaların %40'ının akıl sağlığı sorunları vardır. Ayrıca uluslararası çalışmalarda (Levin ve ark. 1998, Brayley ve ark. 1994, Keep ve Glibert, 1992, Pane ve ark. 1991) psikiyatrik hastalıkların şiddetle karşılaşmada önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte, çalışmamızda alkol etkisinde olan hasta oranı düşük çıkmasına rağmen, uluslararası yayınlarda (Steedman ve Morgen, 1985, Jenkins ve ark. 1998, Mahoney, 1991) alkol en tehlikeli tetikleyici, alkol intoksikasyonu da en tehdit edici faktör olarak gösterilmiştir. Crilly ve ark. (2004) (17), şiddetin alkolün etkisindeyken %27, madde etkisindeyken %25, psikiyatrik bozukluk nedeniyle %38 oranlarında meydana geldiğini bildirmişlerdir ve bu çalışmada hemşirelerin %88'i alkolün, %79'u da madde kullanımının tetikleyici faktör olduğuna inanmıştır. Bunun yanında; biyolojik kuramlar, bireyin beyin yapısının ve genetiğinin şiddet davranışının oluşumunda rol oynadığını belirtmişlerdir. Ayrıca Lorenz şiddet eğiliminin "saldırı enerjisinin toplandığı kişide

uyarılması” ile ortaya çıktığını, insanlarla olan mücadele içgüdüsünden kaynaklandığını söylemiştir. Bu da bize, saldırganın kişisel özelliklerinin ve tıbbi durumunun şiddet olayının ortaya çıkmasında önemli rol oynadığını düşündürmektedir. Ancak çalışmamızda saldırganın kişisel özellikleri incelenmediğinden kesin bir sonuca varmak mümkün değildir. Yapılan bir diğer çalışmada (21), fiziksel olmayan şiddetin %41’inin hastalıktan dolayı %12’sinin tedavinin etkisiyle meydana geldiği bildirilmiştir (17, 19, 26).

Örnekleminizde hemşirelerin %60,4’ü sözel şiddete uğrarken, %25,9’u fiziksel şiddete uğramıştır (Tablo 2). ICN (1999), hemşirelerin %18’inin sözel şiddet yaşadığını bildirmiştir. 10 yıllık periyot için yapılan bir çalışmada fiziksel şiddete uğrama %73, sözel şiddete uğrama %63’tür. Başka bir çalışmada ise, %19 oranında fiziksel şiddete uğrama görülmüştür. Henderson’ın çalışmasında (23), Uzun’un Türkiye’de sözel şiddet oranını %86 olarak bulduğunu bildirilmiştir. Brezilya’da yapılan en genel çalışmada sözel şiddet oranı %39,5 olarak bulunmuştur. Bir yıl içinde İngiliz hemşirelerin fiziksel şiddet sıklığı %10’dur. Minnesota Çalışanları çalışmasında (21) fiziksel şiddet %96, fiziksel olmayan şiddet %67 olarak bildirilmiştir. Yine acil servislerde yapılan bir çalışmada (17), hemşirelerin %53’ü sözel şiddeti, %26’sı ise, hem sözel hem de fiziksel şiddeti yaşamışlardır (2, 10, 35).

Katılımcıların psikolojik şiddete uğrama oranı, %25,6 iken, seksüel şiddetle karşılaşma oranı %2,6’dır (Tablo 2). Birçok hemşireye göre, işyeri şiddetinin en önemli özelliklerini kabul edilemeyen davranışlar, istenmeyen fiziksel dokunma, saldırganın seksüel ifadeleri içerir. Saldırganın gözlenemeyen, gizli, hoş olmayan niyeti söz konusudur. Konuyla ilgili yapılan bir çalışmaya göre, %34 oranında psikolojik şiddet saptanmıştır. Pensilvanya’da yapılan çalışmada ise, seksüel şiddet oranı %40 olarak verilmiştir. Şiddet türlerinin bizim çalışmamızda da olduğu gibi ayrılarak, oranlarının bulunması hemşirelerin karşı karşıya oldukları şiddet tehlikesinin boyutlarını göstermesi açısından önemlidir (2, 12).

Fiziksel saldırıya uğrayanların, %18,4’ü itilmiş, %18,1’i tokatlanmıştır. %8,5’ine nesnelere kullanılarak saldırılmış, %5’i ısırılmıştır (Tablo 2). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin, %10’una vurulmuş, %3’ü itilmiş, %3’ü tekmelenmiştir. Yine bir diğer çalışmada hemşirelerin %65’i tırmalanmış, %30’u itilmiş, %29’u

tekmelenmiştir (46). Bir başka kaynakta hemşirelere yönelik şiddetin %44,2'sinin zorlama, %41'inin itme, %38,1'inin tekmeleme, %35,5'inin çimdikleme, %26,8'inin gözünü korkutma, %22,3'ünün ısırma, %21'inin vurma, %12,9'unun itme şeklinde gerçekleştiği bildirilmiştir. Crilly ve ark. (2004), %10 itilme, %3 vurma, %3 tekmeleme bildirmişlerdir. Şiddet düzeyine göre hafif düzeyde şiddet (memnuniyetsizlik ifadeleri, gerginlik, huzursuzluk) orta düzeyde şiddet (öfke, düşmanlık ifadesi, kapıları çarpma, nesnelere fırlatma) ağır ve şiddetli düzeyde şiddet (fiziksel zarar verici davranışlar görülür) olarak sınıflandırılır. Bu da bize sağlık kurumlarında hemşirelerin şiddeti daha çok orta düzeyde yaşadığını düşündürmektedir (4, 17).

Sözel şiddetle karşılaşanların %43,4'ü sözel şiddeti ağız dalaşı olarak yaşarken, %38,7'si tehdit etme, %31,2'i küfür etme, %21,5'i aşağılama, %14,2'si küçük düşürme şeklinde yaşamıştır (Tablo 2). Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda (Crilly ve ark. 2004) hemşirelerin %61'ine küfredilmiş, %79'u azarlanmış, %36'sıyla ağız dalaşı yapılmış olduğu ortaya konmuştur. Bu durum, hemşirelerin yüksek oranda ve yoğun şekilde sözel şiddeti yaşadıklarını ortaya koymaktadır (17, 45).

Şiddet olaylarının %38,7'si hemşire bankosunda, %31'i koridorda, %13,1'i muayene odasında meydana gelmiştir (Tablo 2). Bu da bize, hemşirelerin en çok hasta/hasta yakınıyla etkileşimde oldukları alanlarda şiddete maruz kaldıklarını düşündürmektedir.

Saldırıların %36,3'ü 08:00-16:00/07:00-15:00 vardiyasında, %19,2'si 16:00-08:00/15:00-09:00 vardiyalarında gerçekleşmiştir (Tablo 2). Yapılan çalışmalarda şiddet olaylarının %37'sinin gece vardiyalarında meydana geldiği bildirilmiştir. Ayrancı (5)'nin yaptığı çalışmada şiddet olaylarının %54,7'si 08:00-17:00 saatleri arasında meydana geldiği bulunmuştur. Morgan ve Steedman (1985) ve Schneiden ve Marren-Bell (1995), şiddet olayları ile akşam/gece vardiyalarında gerçekleşmesi arasında boşluk olduğunu bildirirken; Crilly ve ark. (2004), Brayley ve ark. (1994), Mahoney (1991), Pane ve ark. (1991); hemşirelerin gece/akşam vardiyalarında fiziksel şiddete maruz kalma açısından yüksek risk taşıdıklarını bildirmişlerdir. Bununla birlikte genel görüş birliği şiddet olaylarının normal çalışma saatlerinde (09:00-17:00) meydana geldiği yönündedir. Bizim grubumuzda şiddet olayları daha çok gündüz vardiyalarında meydana geldiği için bu bulgu ile farklılık göstermektedir (19).

Saldırılar %27,6'sı oranında yalnız çalışırken, %21,2'si kontrol edilemeyen kalabalığın arttığı sırada meydana gelmiştir (Tablo 2). Bu da bize, yalnız çalışılan ve kontrol edilemeyen kalabalığın arttığı alanların yüksek düzeyde riskli alanlar olduğunu düşündürmektedir. Minnesota çalışanları dosyasında (1992), tüm çalışanların %7'sinin yalnız çalışırken meydana geldiği bulunmuştur (21).

Şiddet olaylarının %39,3'ü muayene odasında, %11,1'i hasta transferi sırasında meydana gelmiştir (Tablo 2). Bu sonuç bize, hastaya en yakın olunan alanlarda şiddete maruz kalma riskinin arttığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda saldırganın hastaneye gelmesiyle şiddet davranışı göstermesi arasındaki süreye baktığımızda, %21,8'inin bir saatten daha az süre geçtikten sonra, %18,5'inin ise, 1-7 gün geçtikten sonra olduğu görülmüştür (Tablo 2). Bu sürelerde, hasta/hasta yakınlarının sağlık sorunlarıyla ilgili belirsizliklerin en yüksek seviyede olduğu zaman dilimine denk gelmektedir. Literatür aşırı bekleme zamanı ve şiddet olayları arasındaki zamanı incelemiştir. Levin ve ark. (1998), Schnieden ve Marren-Bell (1995), Jenkins ve ark. (1998), bekleme zamanı ile şiddet olayları arasında boşluk olduğunda söylemişlerdir. Steeman (1985), şiddet olaylarının %78'inin bir saat içinde meydana geldiğini bildirmiştir. Crilly ve ark. (2004), Avustralya'daki acil servislerde ortalama hasta bekleme zamanını 66.2 dakika olarak vermiştir. Bu veriler çok belirgin olmamakla birlikte bekleme zamanının şiddete hazırlayıcı bir faktör olduğunu göstermektedir (19).

Çalışmanın yapıldığı kurumlarda şiddet olaylarının %38,6'sı güvenlik önlemlerinin eksikliğinden, %20,9'u iyi düzenlenmemiş kötü bir çevresel ortam olduğu için, %19,9'u yeterli bilgilendirme yapılmadığı için, %16,5'i hasta yakınları içeri alınmadığı için, %13,4'ü deneyimli personel eksikliğinden, %10,9'u müdahale geciktiği için meydana gelmiştir (Tablo 2). Bu veriler bize şiddetin yalnız "kişisel" değil, aynı zamanda "kurumsal" bir sorun olduğunu göstermekte, iş çevresinin ve çalışanlarının niteliğinin önemini vurgulamaktadır. Aynı zamanda iyi bir kurumsal organizasyona, deneyimli ve nitelikli çalışanlara gereksinim olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmamızda fiziksel şiddete uğrayanların %22,8'i hafif derecede yaralanmıştır (Tablo 2). Sağlık ve Güvenlik Komisyonu (HSAC-1987), sağlık servisleri

çalışanları ile ilgili çalışmasında 12 aylık süre içinde hemşirelerin %1'inin major olarak yaralandığını, %11'inin birinci dereceden yaralandığını, bildirmiştir. Stark ve ark. (1995) minör yaralanmaları %82, genel hastanelerde %24 olarak vermişlerdir. Whittington ve ark. (1996) tarafından yapılan bir çalışmada yaralanma olmadan olan saldırı oranı %21 olarak bildirilmiştir (46, 47, 52).

Çalışmamıza katılan hemşirelerin şiddet olaylarını yaşadığı sırada hemşirelerin %31,3'ü öfkelenirken, %19,9'u kızgınlık hissetmiş, %18,4'ü korkmuş, %14,1'i hayal kırıklığına uğramıştır (Tablo 2). Şiddet olayı sonrasında ise, hemşirelerin %31,7'si öfkelenmiş, %21,7'si tedirginlik yaşamış, %17,1'i korku hissetmiştir (Tablo 2). Araştırmalar göstermiştir ki, şiddetin yaşandığı zaman dilimi “duygusal bir zaman” (korku, kızgınlık, v.b.)'dir. Yaşanan şiddet olayına ek olarak kötü iş koşulları, iş ilişkileri hemşirenin yaşadığı duyguları (uykusuzluk, anksiyete, şok...) olumsuz etkilemektedir. Moral bozukluğu, değersizlik hissi gibi olumsuz değişimler yaparak iş performansını düşürmektedir. Ayrıca hemşirenin kendine güvenini kaybetmesine de neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin %59'u kızgınlık, %40'ı korku, %47'si üzüntü hissetmişlerdir (4, 16).

Saldırı olayından sonra olguların %52,7'si hiç kimseden yardım almamış, %32,4'ü ise yardım almıştır. Yardım alanların %11,5'i çalışma arkadaşlarından, %6,7'si diğer sağlık ekibi üyelerinden almışlardır (Tablo 2). Bu da ülkemizde soruna “kişisel” bir sorun olarak bakıldığını, profesyonel bir yardım alınmadığını düşündürmektedir.

Şiddet olayı yaşayanların %42,2'si işini bırakmayı hiç düşünmediğini, %21,9'u şiddet olayı sonrası işini bırakmayı düşündüğünü belirtmişlerdir (Tablo 2). Bu da hemşirelerin şiddet olaylarını yeterince ciddi görmediklerini veya şiddeti mesleğin doğasında olan bir durum olarak gördüklerini düşündürmektedir.

Şiddet olayı sonrasında hemşirelerin %94,4'ü işyerinden izin almazken, %2,2'si iki gün izin almışlardır. İzin almayanların %68,5'i izin almaya gerek olduğunu düşünmediği için, %13,7'si ise, işyeri izin vermediği için izin almadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 2). Bu durum bize, şiddet olaylarına ve hemşirelere kişisel ya da kurumsal olarak gereken önemin verilmediğini düşündürmektedir. Minnesota çalışanları

dosyasında (1992), işyeri şiddetinden dolayı yaralananların erkeklerden iki kat daha fazla olarak üç günden fazla izin aldıkları bildirilmiştir (21).

Katılımcıların %35,6'sı şiddet olayından sonra hastalarla ilişkilerinde artık çok dikkatli olduklarını, %35,1'i ise şiddet olayının hastalarla ilişkilerini etkilemediğini, %24,1'i de işlerini eskisi kadar sevmediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 2). Bu, hemşirelerin her ne kadar şiddet olaylarından işlerinden izin alacak kadar etkilenmediklerini söyleseler de, aslında bu durumun hastalarla ilişkilerine yansıdığını düşündürmektedir. Crilly ve ark. (2004) (17) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin %44'ünün hastalarla ilişkilerinde artık daha dikkatli olduklarını bildirmiştir. Ayrıca ILO, (Uluslararası Çalışma Örgütü), saldırıya uğrayanların mesleki memnuniyetini daha düşük bulmuştur. Yapılan bir diğer çalışmada, şiddete uğrayan hemşirelerde %15 oranında daha az iş memnuniyeti belirlenmiş, %13'ü de şiddet olayından sonra hastalarla ilişkilerinde daha dikkatli olduklarını bildirmişlerdir (4).

Şiddet olayı sonrasında hemşirelerin %95,9'u çalıştığı birimi değiştirmeyenken, %4,1'i değiştirmiştir (Tablo 2). Bu da bize, şiddet olayı oluşmadan önce olduğu gibi, şiddet olaylarından sonra da kurumsal olarak alınması gereken önlemlerin alınmadığını düşündürmektedir.

Şiddet olayı sonrasında hemşirelerin %96,6'sı polis raporu doldurmazken, %3,4'ü doldurmuştur. Yine, olay sonrasında katılımcıların yine %96,6'sı iş kazası raporu doldurmazken, %3,4'ü doldurmuştur (Tablo 2). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin şiddet olaylarını %80 oranında bildirmediği bulunmuştur. Ulusal Bilanço Ofisi (National Audit Office-2003)'ne göre, şiddet olaylarının raporlandırılmaması önemli, belirgin bir problemdir ve klinik uygulamanın gerçeklerindedir. Bu bize, hemşirelere yönelik şiddetin bildirimini yapılmadığını, buna yönelik kurumsal sistemin de oluşturulmadığını düşündürmektedir (19).

Rapor doldurmayanların %28'i doldurmama sebeplerini işlerinin bir parçası olduğunu düşündükleri için, %23,2'si ise hiçbir yanıt alamayacaklarını düşündükleri için doldurmadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 2). Bu bulgu bize, hemşirelerin şiddet olayları hakkında bilinçlendirilmesinin istenen düzeyde olmadığını düşündürmektedir.



Rapor dolduranların %2,1'i ilgili yerlerden hiçbir yanıt alamadıklarını söylerken, %1,8'i yeni işlemler yapıldığını bildirmişlerdir (Tablo 2). Bu da şiddetle ilgili sistemdeki eksikliği yansıtmaktadır.

Olguların %29,4'ü günde bir defa, %25,1'i ayda bir defa, %22,8'i yılda bir defa %22,7'si haftada bir defa olarak birimlerindeki şiddet olayı sıklığını vermişlerdir (Tablo 2). Rippon (35) şiddet olaylarının sıklığını günlük olarak %13, haftalık olarak %24 olarak bulmuştur. Jenkins ve ark.'nın yaptığı çalışmada şiddet olayları, günlük olarak %2, haftalık olarak %12, aylık olarak %51 olarak rapor edilmiştir. Whittington ve ark.'nın yaptığı çalışmada, hemşirelerin %54'ü ayda bir kez, %13'ü günlük olarak en az bir kez şiddet yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Mahoney ve ark. (1999) ise, günlük vardiyada sözel şiddet oranını %54,9 olarak vermiştir. Bu da şiddet olaylarının sağlık kurumlarında sıkça yaşanan bir olgu olduğunu göstermektedir. (47, 48).

Katılımcıların %89,7'si şiddet konusuna eğitim almazken, %6,5'i bir kez eğitim almıştır. %3,8'i ise birçok kez şiddet konusunda eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir. Eğitim alanların %7,7'si aldığı eğitimi çalıştığı kurumda hizmet içi eğitim sırasında aldığını belirtirken, %2,6'sı okuldayken almışlardır. Ayrıca katılımcıların %91,9'u kurumunun şiddet konusundaki amaçlarını açık bulmazken, %8,1'i yeterince açık bulmuştur (Tablo 2). Bu da bize, hemşirelerin şiddet konusunda bilgilendirilme eksikliği ve kurumsal yetersizlik olduğunu düşündürmektedir (52).

Araştırmaya katılan hemşirelerin %75,1'i kurumlarında şiddeti raporlandırmaya dair bir uygulama olmadığını, %24,9'u ise şiddet olaylarının raporlandırılmasının yapıldığını bildirmişlerdir (Tablo 2). Literatürlerde hemşirelerin şiddet olaylarını raporlandırmada desteklenmedikleri belirtilmektedir. Zaten elde ettiğimiz bu veriler de bize, kurumsal raporlandırma sisteminin düzenli işlemediğini düşündürmektedir.

Katılımcıların %90,4'ü kurumlarında güvenlik görevlisi olduğunu, %27,3'ü polis bürosu olduğunu bildirmişlerdir (Tablo 2). Buna rağmen hemşirelere yönelik şiddet oranının %64,1 olması kurumlarda güvenlik önlemlerinin çok iyi işlemediğini bize düşündürmektedir.

2002'de ICN'in yaptığı tanıma göre şiddet "gelişen ve değişen dünya ile birlikte bütün toplumlarda görülen epidemik bir sorundur". Tüm dünyada olduğu gibi

hemşireler, Türkiye’de de şiddetle en çok yüzyüze gelen gruptur. Bu çalışma, aynı zamanda sağlık kurumlarında hemşirelere yönelik şiddete karşı farkındalığı arttırmak amacıyla da planlanmıştır. Çünkü mesleğin doğası gereği şiddet kavramı hemşirelerin profesyonel iş yaşamında daima var olacaktır ama en azından yaşama düzeyi ve türü hafifletilebilir. Son yıllarda konuyla ilgili karşılaştırmalı çalışmalar artmaktadır. Elde edilen veriler şiddetin ortaya çıkmasında kişisel, kurumsal faktörlerin (iyi olmayan iş koşulları, saldırganın ve saldırıya uğrayanın özellikleri...) önemini göstermekle beraber şiddetin sıklığının, genişliğinin, çeşitlerinin ve sonuçlarının (fiziksel, duygusal, ekonomik...) belirlenmesi gereğini ortaya çıkarmıştır (16).

Günümüzde giderek artan; kişisel, kurumsal, sosyal sonuçları olan şiddet, sağlık çalışanları ve özellikle de hemşireler için major mesleki bir sorundur ve hemşirelerin ağır iş yükü, vardiyalı ya da nöbet şeklinde çalışma şiddete uğrama riskini arttıran faktörlerdendir. Daha öncesinde geleneksel olarak fiziksel şiddet ve sonuçları incelense de şimdi artık sözel, psikolojik, seksüel şiddet türleri ve etkileri de incelenmeye başlanmıştır. Konuyla ilgili kesin bilginin eksikliği, üzerinde görüş birliğine varılan bir tanımlamanın, sınıflandırmanın olmaması, çok yönlü olması şiddetle etkin mücadele etmeyi de zorlaştırmaktadır.

Araştırma sorularına göre, hemşirelerin %64,1 oranında şiddete maruz kaldığı ve en çok sözel şiddet (%60,4) yaşadığı bulunmuştur. Yaşadıkları bu şiddet olayları en çok hasta ve hasta yakınlarından (%60,3) kaynaklanmaktadır. Yine eğitim düzeyi yükseldikçe karşılaşılan şiddet olayı azalmakta, psikiyatri (%76,9) ve acil (%73,2) servislerde çalışan hemşireler, meslekte çalışma deneyimi az olan hemşireler (1-5 yıl (%30,6) ve 6-10 yıl (%25,8)) daha fazla şiddet olaylarıyla karşı karşıya kalmaktadır. Ayrıca gündüz+nöbet (%43,5) ve gündüz (%22,4) çalışanlar diğer çalışma biçimlerine göre; hasta/hasta yakınıyla doğrudan ilişki içinde olan servis hemşireleri de (%81,9) diğerlerine göre, daha yüksek oranda sözel, fiziksel, psikolojik şiddet türlerini yaşamaktadırlar.

Bu çalışmada hemşirelerin maruz kaldığı şiddet oranı, araştırmanın sınırlılıkları içinde ortaya konmuştur. Elde ettiğimiz verileri desteklemek için diğer sağlık meslekleri ve diğer ülkelerdeki hemşirelerle ilgili yapılan benzer çalışmalardan örnekler verilmiştir. Elde ettiğimiz verileri bu bilgilerle karşılaştırdığımızda çalışmamıza katılan

hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına göre daha fazla şiddet yaşadığı görülmüştür. Tüm dünya literatüründe olduğu gibi, ülkemizde de hemşirelere yönelik şiddet, yeterli çalışma yapılması gereken bir konudur ve şiddeti yaşayan hemşireler her koşulda mesleksi ve kurumsal olarak desteklenmelidir. Aynı zamanda hemşirelerin, şiddetin bütün türlerine karşı eğitime gereksinimleri vardır. Hemşirelikte büyük bir yıpranmaya neden olan şiddete karşı duyarlı olunmalı ve hemşireliğin bir parçası olduğu düşüncesinden vazgeçilmelidir. Hemşireler, şiddet türlerinden kendini koruma yeteneğini geliştirmeli, bunun da ötesinde yıllardır şiddetle geçinmek zorunda bırakılan hemşireler sorunu kişisel olarak yaşamamalı, profesyonel ve etkin yardımlardan yararlanmalıdır, yani şiddet yönünden güvenliği sağlanmış sağlık kurumlarında çalışmalıdır. Çünkü “güvenlik” gereksinimi tıpkı “yaşam” hakkı gibi en temel gereksinimlerden biridir. Çeşitli kurumların 2001 yılında başlattığı “şiddete karşı sıfır tolerans” kampanyasında vurgulandığı gibi “zaman hemşireler için güvenli bir iş çevresi oluşturma zamanıdır” ve bu kampanyaların daha çok geliştirilmesine, desteklenmesine gereksinim duyulmaktadır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, sağlık kurumlarında çalışan hemşirelerin hasta, hasta yakınları, çalışma arkadaşları ya da dışarıdan biri tarafından uğradıkları şiddet olaylarının sıklığını ve şiddetle ilgili risk etkenlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın örneklemini İstanbul'da 6'sı Sağlık Bakanlığı, 3'ü üniversite hastanesi olan toplam 9 hastanede servis hemşiresi, sorumlu hemşire, bölüm başhemşiresi olarak çalışan toplam 868 hemşire oluşturmuştur.

- Araştırmaya katılan hemşirelerin %49,5'inin 19-29 yaş grubunda, %54,5'inin evli, %57,8'inin Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde çalıştıkları bulunmuştur. Yine hemşirelerin, %38,2'si ön lisans, %29,7'si sağlık meslek lisesi mezunudur.
- Katılımcı hemşirelerin %30'u dahiliye, %19,5'i psikiyatri, %14,6'sı acil birimde çalışmaktadır. Yine %30,6'sı beş yıldan az deneyime sahipken, %81,9'u servis hemşiresi olarak çalışmakta ve %60,7'si çalıştıkları bu servislerde beş yıldan daha az deneyime sahip bulunmaktadır. Ayrıca vardiyalarda hemşirelerin yalnız çalışan oranı %40,6 olarak bulunmuştur.
- Saldırganların %94,1'i hasta/hasta yakınları olup, bu saldırganların %36,4'ü 20-35 yaş grubundandır.
- Örnekleme oluşturan hemşirelerin şiddetle karşılaşma oranı %64,1'dir.
- Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışan hemşireler, üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelere göre daha fazla fiziksel ( $\chi^2=79,579$ ,  $p=0,000$ ), sözel ( $\chi^2=61,812$ ,  $p=0,000$ ), psikolojik ( $\chi^2=20,313$ ,  $p=0,000$ ), seksüel ( $\chi^2=8,217$ ,  $p=0,004$ ) şiddetle karşılaşmışlardır.
- Şiddet olaylarının türüne bakıldığında, %60,4'ünün sözel, %25,9'unun fiziksel, %25,6'sının psikolojik, %2,6'sının seksüel şiddet şeklinde meydana geldiği saptanmıştır.
- Fiziksel şiddete uğrayanların %22,8'i hafif derecede yaralanmıştır. Hemşirelerin fiziksel saldırı olarak %18,4'ü itilmiş, %18,1'i tokatlanmış, %11,9'u tekmelenmiştir.
- Hemşirelerin %43,4'ü ağız dalaşı, %38,7'si tehdit etme, %31,2'si küfür etme, %21,5'i aşağılama şeklinde sözel saldırı türüyle karşı karşıya kalmışlardır.

- Eğitim durumlarına bakıldığında, sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu hemşirelerin, lisansüstü eğitilmiş hemşirelere göre şiddetle daha fazla karşılaştığı bulunmuştur ( $\chi^2=45,333$ ,  $p=0,000$ ). Sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu olanlar, lisansüstü eğitilmiş hemşirelere göre daha yüksek oranda sözel şiddetle karşılaşmışlardır ( $\chi^2=35,381$ ,  $p<0,0001$ ); yine aynı şekilde sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu olanlar, lisansüstü eğitilmiş hemşirelere göre daha yüksek oranda fiziksel şiddetle karşılaşmışlardır ( $\chi^2=28,786$ ,  $p=0,0000$ ); Sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu olanlar, lisansüstü eğitilmiş hemşirelere göre daha yüksek oranda seksüel şiddet yaşamışlardır ( $\chi^2=8,932$ ,  $p=0,0030$ ).
- 1-5 yıl ve 6-10 yıl arası çalışma deneyimi olan hemşireler şiddetle daha fazla karşılaşmışlardır ( $\chi^2=16,177$ ,  $p=0,001$ ). Psikiyatri ve acil servislerde çalışanların sözel ( $\chi^2=49,568$ ,  $p=0,000$ ), fiziksel ( $\chi^2=148,079$ ,  $p=0,000$ ), psikolojik ( $\chi^2=44,606$ ,  $p=0,000$ ) şiddetle karşılaşma oranları daha yüksek bulunmuştur ( $\chi^2=101,963$ ,  $p=0,000$ ). Seksüel şiddetle ise en çok psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler karşılaşmışlardır ( $\chi^2=54,080$ ,  $p=0,000$ ).
- Servis hemşireleri şiddet olayları ile daha fazla karşılaşmışlardır ( $\chi^2=14,823$ ,  $p=0,022$ ). Servis hemşireleri, yönetici/diğer pozisyonlarda çalışanlara göre daha yüksek oranda sözel şiddetle karşılaşmışlardır ( $\chi^2=9,300$ ,  $p=0,026$ ).
- Şiddet olaylarının %39,3'ü muayene sırasında, %38,7'si hemşire bankosunda, %27,6'sı hemşire yalnız çalışırken, %22,4'ü gündüz vardiyasında meydana gelmiştir.
- Gündüz+nöbet ve gündüz çalışanlar, şiddet olaylarını daha fazla yaşamışlardır ( $\chi^2=18,270$ ,  $p=0,0019$ ). Gündüz+nöbet, gündüz+vardiya çalışanlar, yalnız nöbet ya da yalnız gündüz çalışanlara göre daha fazla oranda sözel şiddetle karşılaşmışlardır ( $\chi^2=17,640$ ,  $p=0,001$ ).
- Hemşirelerin %61,9'u yaşanan şiddet olaylarını bildirmek için ne polis, ne de iş kazası raporu doldurmuştur. Rapor doldurmayanların %28'i işinin bir parçası olduğunu düşündüğü için doldurmamış, rapor dolduranların %2,1'i ise ilgili yerlerden hiçbir yanıt alamamıştır.
- Şiddet olayına maruz kalan hemşirelerin %95,9'u çalıştığı birimi değiştirmeyenken, %42,2'si işini bırakmayı hiç düşünmemiş, %94,4'ü şiddet olayı yüzünden işinden izin almamıştır. İzin almayanların %43,9'u izin almaya gerek olmadığını düşünmüştür.

- Araştırmaya katılan hemşirelerin %29,4'ü günde en az bir defa şiddet olayları ile karşılaştıklarını ifade etmişlerdir.
- Araştırmaya katılanların %90,4'ü, şiddetle mücadeleye yönelik kurumlarında sadece güvenlik görevlisi olduğunu söylemişlerdir.
- Sağlık kurumlarında hemşirelerimize yönelik şiddet olaylarının %21,8'i hasta/hasta yakını kuruma geldikten 0-1 saat arasında, %38,6'sı güvenlik önlemlerinin eksikliğinden meydana gelmiştir.
- Katılımcıların şiddet olayı sırasında %31,3'ü öfkelenirken, şiddet olayı sonrasında %31,7'si öfkelenmiştir.
- Örneklemimizdeki hemşirelerin %52,7'si şiddet olayları sonrasında hiç kimseden yardım almazken, yardım alanların 11,5'i çalışma arkadaşlarından yardım almışlardır.
- Katılımcıların %91,9'u çalıştıkları kurumun şiddet konusundaki amaçlarını açık bulmazken, %75,1'i, kurumlarında şiddeti raporlandırmaya yönelik bir uygulama olmadığını söylemişlerdir.
- Şiddete maruz kalan hemşirelerin büyük kısmı yaşadıkları şiddet olayını raporlandırmamışlardır. Raporlandırmama nedenleri, kurumsal desteğin olmaması, olayları bildirme sisteminin olmaması, bürokratik engellerinin çokluğu, bildirilme sonucunda herhangi bir sonucun elde edilememesi olarak bildirilmiştir.
- Hemşirelerin %89,7'si şiddet konusunda hiç eğitim almamıştır. Eğitim alanların %7,7'si ise hizmet içi eğitimler sırasında bu eğitimi aldıklarını ifade etmişlerdir.

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

### **Hemşirelere Yönelik Öneriler:**

- Hemşirelerin şiddet olgularını tanıyabilecek duruma gelmesi,
- Hemşirelerin şiddeti algılayışının ve şiddet potansiyelinin kişisel ve profesyonel anlamda ortaya çıkarılması,
- Hemşirelerin yaşanan şiddet olayları karşısında toplu hareket etmesinin sağlanması, şiddete karşı duyarlı olunması için yönetimlere baskı kurulması, iletişim araçlarının bu amacı sağlamaya yönelik olarak kullanılması,
- Hemşirelerin eğitim düzeyinin artırılması,

- Hemşirelerin birbirleriyle ve diğer sağlık ekip üeleriyle etkileşimlerinin güçlü olması ve diğer ekip üelerinin de şiddet konusunda duyarlı olmasının sağlanması,
- Hemşirelerin kendi rollerini yerine getirmesi ve diğer ekip üeleriyle aralarındaki rol karmaşasının ortadan kaldırılması,
- Potansiyel şiddet kaynakları olan hasta/hasta yakınlarının davranışlarını yönetmek için şiddetin her türüne yönelik hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi ve sürekli hale getirilmesi,
- Şiddet olaylarının etkilerinin belirlenmesi (azalmış üretkenlik, değersiz hissetme, hasta olma/hissetme...) ve bu olayların hemşirelerin çalışma yaşamına yönelik olumsuz etkilerinin en aza indirilmesi,
- Şiddet olayları nedeniyle PTSD veya tükenmişlik sendromu yaşayan hemşirelere yardımda bulunulması,
- Hemşirelerin çok adımlı bir programı uygulaması: (şiddete farkındalığın artması, değişimi gerçekleştirmek, stres yönetimi yöntemleriyle kızgınlığın kontrolü, bilgilendirme ile sosyal problem çözme yeteneğinin geliştirilmesi, şiddeti destekleyen inançları incelemek, şiddet olaylarını azaltmada olumlu ilişkiler kurmak, iletişimin geliştirilmesi yoluyla çatışmaları çözmek, pozitif yaşam tarzı geliştirmek, kısa-uzun dönem hedefler doğrultusunda kendilik kontrolünü sağlamak, kapsamlı şiddet önleme planı geliştirmek).

### **Kurumlara Yönelik Öneriler:**

- Sağlık kurumlarında kliniklere göre hemşirelerin şiddetle karşılaşma oranlarının ve kurumsal risk faktörlerinin, sosyal nedenlerin belirlenmesi ve bu faktörlerin sürekli olarak incelenebileceği bir sistemin oluşturulması,
- Kurumlarda “şiddet yönetim ekibi” oluşturularak etkili hasta yönetimi yapılması, çalışanın sağlık ve güvenliğinin korunması,.
- Sağlık kurumlarında hemşirelere yönelik görülen şiddetin kabul edilebilir seviyeye çekilmesi ve şiddet olayı ile karşılaşıldığı durumda hemşirelere yalnız olmayacağı mesajının kurumsal ve yönetim düzeyinde verilmesinin sağlanması,
- Sağlık kurumlarında şiddet olaylarının artışı etkileyen kurumsal özelliklerin, değiştirilmesi ve raporlandırma sistemlerinin oluşturulması,

- Şiddet olaylarına yönelik olarak kontrol mekanizmasının (metal dedektörler, güvenlik görevlileri...) oluşturulması,
- Sağlık kurumlarında şiddet karşıtı önlemlerin alınması ve şiddete uğrayan hemşirelerin kurumsal ve mesleki olarak desteklenmesinin sağlanması,
- Kurumlar tarafından sorunu çözmeye yönelik güçlü bir kararlılığın oluşturulması ve etkin bir mücadelenin geliştirilmesi,
- Fiziksel/sözel şiddet durumunda caydırıcı bir tutumun kurumsal anlamda yerleştirilmesinin sağlanması,
- Şiddet olaylarının sıklığını azaltmaya yönelik şiddet karşıtı kampanyalar düzenlenmesi,
- Gerekli mesajların kurumun özelliğine göre; protokoller, eğitim, bilgilendirme çalışmaları ile verilmesi,
- Hastanelerde bürokratik işlemlerin azaltılmasının sağlanması,
- Hemşirelere yönelik şiddeti önlemeye yönelik mesleki örgütlerin oluşturulması,
- Şiddet olaylarını önlemeye ve etkilerini azaltmaya yönelik olarak disiplinler arası işbirliğinin sağlanması.
- Şiddete uğrayan hemşirelerin rehabilitasyonunun sağlanması, kurumsal kaynakların sevk zincirini sağlayacak şekilde uzmanların gerekli bilimsel ve etkili müdahale yapmasını sağlayacak şekilde düzenlenmesi.



## KAYNAKLAR

1. Aktuğlu K, Hancı H. Acil serviste şiddet tehdidi. *Hekimin Yasal Sorumluluk ve Hakları (Tıp ve Sağlık Hukuku)*. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Toprak Ofset, İzmir, 1999; 1-7.
2. Alexander C, Fraser J, Hoeth R. Occupational violence in an Australian healthcare setting: implications for managers. *J Healthcare Manag* 2004; **49**: 377-13.  
Erişim: Nisan 2005  
<http://proquest.umi.com/pqdlink?did=744930141&sid=1&Fmt=4&clientid=42144&RQT=309&VName=PQD>
3. Arnetz JE, Arnetz BB. Implementation and evaluation of a practical intervention program for dealing with violence towards health workers. *J Adv Nurs* 2000; **31**: 668-80.  
Erişim: Ağustos 2005  
[http://weblinks1.epnet.com/citation.asp?tb=1&\\_ua=bt+TD+%224BG%22+shn+1+d...](http://weblinks1.epnet.com/citation.asp?tb=1&_ua=bt+TD+%224BG%22+shn+1+d...)
4. Arnetz JE, Arnetz BB. Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Soc Sci Med* 2001; **52**: 417-27.
5. Ayranç U. Violence: Recognition, management and prevention (violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. *J Emerg Med* 2005; **28**: 361-365.  
Erişim: Ağustos 2005  
[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MImg&\\_imagekey=B6T8B-4FP21XG-14-1&\\_cdi=5082&\\_user=747273&\\_orig=search&\\_coverDate=04%2F30%2F2005&\\_qd=1&\\_sk=999719996&view=c&wchp=dGLbVlb-zSkzk&md5=d35e520e791fd2642b782a41bf011286&ie=/sdarticle.pdf](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MImg&_imagekey=B6T8B-4FP21XG-14-1&_cdi=5082&_user=747273&_orig=search&_coverDate=04%2F30%2F2005&_qd=1&_sk=999719996&view=c&wchp=dGLbVlb-zSkzk&md5=d35e520e791fd2642b782a41bf011286&ie=/sdarticle.pdf)
6. Bakır B, Çiner CÜ (Çev). Uluslararası Çalışma Örgütü, Uluslararası Hemşireler Birliği, Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Kamu Hizmeti Örgütü'nün ortaklaşa yaptıkları araştırmada, şiddetin sağlık çalışanlarını mesleklerini bırakma

doğrultusunda kışkırttığını ortaya koydu. *DSÖ Basın Bülteni*. WHO/37, 10 Mayıs, Cenevre 2002: s.1-2.

7. Beech B. Sign of the times or the shape of things to come? A 3-day unit of instruction on 'aggression and violence in health settings for all students during pre-registration nurse training'. *Nurs Educ Today* 1999; **19**: 610-16.  
Erişim: Ağustos 2005  
<http://www.ingentaconnect.com/content/ap/ne/1999/00000019/00000008/art00356>
8. Bıyık M, Boztaş K. Stres Kaynakları. Stres ve stres yönetimi üzerine araştırma. 2003: 1-6.  
Erişim: Ağustos 2005  
[http://www.emniyet.gov.tr/StratejiGelistirmeDB/dergi/35\\_sayi/yeni/web/makaleler/Muzaffer\\_BIYIK\\_Koksal\\_%20BOZTAS.htm](http://www.emniyet.gov.tr/StratejiGelistirmeDB/dergi/35_sayi/yeni/web/makaleler/Muzaffer_BIYIK_Koksal_%20BOZTAS.htm)
9. Bilgin H. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin kişilerarası ilişki tarzları ile hasta/hasta yakınlarından kaynaklanan saldırılara karşı tutumları (Doktora Tezi). İstanbul: *İ.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı* 2002.
10. Bjokly S. A Ten-Year Prospective Study of Aggression in a Special Secure Unit for Dangerous Patients. *Scand J Psychol* 1999; **40**: 57-6.  
Erişim: Mayıs 2005  
<http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/1467-9450.00098>
11. Bostancı S. Hematoloji hemşiresinin psikososyal durumu. *31. Ulusal Hematoloji Kongresi, Hemşirelik Oturumu*.1995; İstanbul: 1-4.  
Erişim: Mayıs 2005  
<http://64.233.183.104/search?q=cache:wukmLdyKTD8J:www.thd.org.tr/sub/turkur>
12. Bronner G, Peretz C, Ehrenfeld M. Sexual harassment of nurses and nursing students. *J Adv Nurs* 2003; **42**: 637-44.  
<http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.2003.02667>.

13. Carlsson G, Dahlberg K, Drew N. Encountering violence and aggression in mental health nursing: Phenomenological study of tacit caring knowledge. *Issues Ment Health Nurs* 2000; **21**: 533-45.
14. CDC Workplace Safety and Health. Violence. Violence occupational hazards in hospitals. *Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention National Institute for Occupational Safety and Health. NIOSH.* Columbia, 2002: 101: 1-9.  
Erişim: Mayıs 2005  
<http://www.cdc.gov/niosh/pdfs/2002-101.pdf>
15. Clements PT, DeRanieri JT, Clark K, Manno MS, Kuhn DW. Workplace violence and corporate policy for health care settings. *Nurs Econ* 2005; **23**: 119-24.
16. Cooper CL, Swanson N. Workplace Violence in the Health Sector. *State of The Art.* University of Manchester Institute of Science and Technology and National Institute of Occupational Safety and Health, United Kingdom and USA, 2004: s. 1-80.
17. Crilly J, Chaboyer W, Creedy D. Violence towards emergency department nurses by patients. *Accid Emerg Nurs* 2004; **12**: 67-73.  
Erişim: Ağustos 2005  
<http://www.sciencedirect.com/science?ob=ArticleURL&udi=B6W>
18. Doddy L. Defusing workplace violence. *Hospital Nursing. Nursing* 2003; **33**: 31-2.  
Erişim: Eylül 2005  
<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=hch&an=10338374>
19. Ferns T. Terminology, stereotypes and aggressive dynamics in the accident and emergency department. *Accid Emerg Nurs.* 2005; **13**: 238-46.  
Erişim: Ocak 2005  
<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=17274179>

20. Geen RG. Human Aggression. *Mapping Social Psychology Series (Second Edition)*: Open University Press. Buckingham, Philadelphia 2001: s.1-39.  
Erişim: Ağustos 2005  
<http://64.233183.104/search?q=cache:-BwJaZmspqUJ:mcgraw-hill.co.uk/openup/cha...>
21. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HE, Nachreiner NM, Geisser MS ve ark. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occup Environ Med* 2004; **61**: 495-503.  
Erişim: Ekim 2005  
<http://oem.bmjournals.com/cgi/reprint/61/6/495>
22. Hegney D, Plank A, Parker V. Workplace violence in nursing in Queensland, Australia: a self-reported study. *Int J Nurs Pract* 2003; 9:261-8.  
Erişim: Aralık 2005  
<http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j.1440-172X.2003.00431>.
23. Henderson AD. Nurses and workplace violence: nurses' experiences of verbal and physical abuse at work. *Nurs Leadersh* 2003; **16**: 82-98.
24. Hills DJ. *Patient aggression in general hospital inpatient settings: A Review of the literature. Mid Western Area Health Service, Nursing Monograph*. Bathurst: Charles Sturt University. Australia 2003: s.3-11.  
Erişim: Haziran 2005  
[http://www.mwahs.nsw.gov.au/publications/nurs\\_monograph03/aggression.pdf](http://www.mwahs.nsw.gov.au/publications/nurs_monograph03/aggression.pdf)
25. International Council of Nurses. *Abuse and violence against nursing personnel. Position Statement* Geneva, Switzerland, 2000: s.1-3.  
Erişim: Haziran 2005  
<http://www.icn.ch/psviolence00.htm>

26. Kutlu L. Açık Agresyon Ölçeğinin Türk Psikiyatrik Hasta Grubunda geçerlik-güvenirlilik Çalışması (Doktora Tezi). İstanbul: *I.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı* 2003.
27. Landy H. Violence and aggression: how nurses perceive their own and colleagues' risk. *Emerg Nurse* 2005; **13**: 12-5.
28. Lawoko S, Soares J, Nolan P. Violence towards psychiatric staff: A comparison of gender, job and environmental characteristics in England and Sweden. *Work & Street* 2004; **18**: 39-53.
29. Love CC, Morrison E. American academy of nursing expert panel on violence. American academy of nursing expert panel on Violence policy recommendations on workplace violence (Adopted 2002). *Issues Ment Health Nurs* 2003; **24**: 599-604.  
Erişim: Ekim 2005  
[http://taylorandfrancis.metapress.com/\(z5cfe1mdjleodt55rpazfs45\)/app/home/contribution.asp?referrer=parent&backto=issue,4,13;journal,26,67;linkingpublicationresults,1:101825,1](http://taylorandfrancis.metapress.com/(z5cfe1mdjleodt55rpazfs45)/app/home/contribution.asp?referrer=parent&backto=issue,4,13;journal,26,67;linkingpublicationresults,1:101825,1)
30. McKenna BG, Poole SJ, Smith NA, Joverdalo JH, Gale CK. A survey of threats and violent behaviour by patients against registered nurses in their first year of practice. *Int J Ment Health Nurs* 2003; **12**: 56-63.  
Erişim: Aralık 2005  
<http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j.1440-0979.2003.00269>.
31. McPhaul KM, Lipscomb JA. Workplace violence in health care: recognized but not regulated. *Online J Issues Nurs* 2004; **9**: 7.  
Erişim: Aralık 2005  
[http://nursingworld.org/ojin/topic25/tpc25\\_6.htm](http://nursingworld.org/ojin/topic25/tpc25_6.htm)
32. Neroli E. Zero tolerance for inaction. *Aust Nurs J* 2004; **12**: 1-3.  
Erişim: Haziran 2005  
[search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=15535103](http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=15535103)

33. Nhiwatiwa FG. The effects of single session education in reducing symptoms of distress following patient assault in nurses working in medium secure settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2003; **10**: 561-8.  
Erişim: Ocak 2006  
<http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2850.2003.00661>.
34. 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**: 602-10.  
Erişim: Ocak 2006  
<http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2702.2000.00401>.
35. Palacios M, Loureiro Dos Santos M, Barros Do Val M, Medina MI, De Abreu M, ve ark. Workplace violence in the health sector country case study – Brazil. *Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector*. Geneva. ILO/ICN/WHO/PSI Published, 2003:1-66.
36. Riches D. *The Anthropology Of Violence* (Çeviren: Dilek Hattatoğlu).Ayrıntı Yayınevi,1989.
37. Rippon TJ. Aggression and violence in health care professions. *J Adv Nurs* 2000; **31**: 452-60.  
Erişim: Ocak 2006  
<http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.2000.01284>.
38. Salin D. Ways of explaining workplace bullying: A review of enabling, motivating and precipitating structures and processes in the work environment. *Human Relations* 2003; **56**: 1213-1232.  
Erişim: Ocak 2006  
<http://hum.sagepub.com/cgi/reprint/56/10/1213>

39. Secker J, Benson A, Balfe E, Lipsedge M, Robinson S, Walker J. Understanding the social context of violent and aggressive incidents on an inpatient unit. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004; **11**:172-8.  
Erişim: Ocak 2006  
<http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2850.2003.00703>.
40. Senuzun E, Ergun F, Karadakovan A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *Int Nurs Rev* 2005; **52**:154-60.  
Erişim: Aralık 2005  
<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.1466-7657.2005.00420>.
41. Sjostrom N, Eder DN, Malm U, Beskow J. Violence and its prediction at a psychiatric hospital. *Eur Psychiatry* 2001; **16**: 459-65.  
Erişim: Mayıs 2005  
[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B6VM1-44SJW55-4&\\_coverDate=12%2F31%2F2001&\\_alid=414593964&\\_rdoc=1&\\_fmt=&\\_orig=search&\\_qd=1&\\_cdi=6137&\\_sort=d&view=c&\\_acct=C000041838&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=747273&md5=548ff4921e6a45e8acb39c676866d9a0](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VM1-44SJW55-4&_coverDate=12%2F31%2F2001&_alid=414593964&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_qd=1&_cdi=6137&_sort=d&view=c&_acct=C000041838&_version=1&_urlVersion=0&_userid=747273&md5=548ff4921e6a45e8acb39c676866d9a0)
42. Soares J, Lawoko S. The nature, extent and determinants of violence against psychiatric personnel. *Work & Stress* 2000; **14**:105-20.  
Erişim: Mayıs 2005  
<http://www.ingentaconnect.com/content/psych/twst/2000/00000014/00000002/art00002>
43. Subaşı N, Akın A. Kadına Ynelik Şiddet; Nedenleri Ve Sonuçları. Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma Ve Uygulama Merkez, Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2003.  
Erişim: Temmuz 2006.  
<http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/şiddet.htm>.
44. Tedeschi J.T, Felson R.B. Violence, Aggression & Coercive Actions. American Psychological Association, Washington D.C. (USA) 1994.

45. Tomev L, Daskalova N, Michailova T, Naydenova Z, Ivanova V, Trakieva D ve ark. Workplace Violence in the Health Sector: Case Study – Bulgaria. *Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector*. Geneva. ILO/ICN/WHO/PSI Published, 2003:1-68.  
Erişim: Haziran 2005  
[http://www.icn.ch/SewWorkplace/WPV\\_HS\\_Bulgaria.pdf](http://www.icn.ch/SewWorkplace/WPV_HS_Bulgaria.pdf)
46. Viitasara E. Violence in Caring. Risk factors, outcomes and support. *Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences*. Division of Social Medicine. *National Institute for Working Life Department for Work and Health*. Stockholm, 2004: 1-67.  
Erişim: Mayıs 2005  
[http://ebib.arbetslivsinstitutet.se/ah/2004/ah2004\\_01.pdf](http://ebib.arbetslivsinstitutet.se/ah/2004/ah2004_01.pdf)
47. Wells J, Bowers L. *How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK? J Adv Nurs* 2002; **39**: 230-40.  
Erişim: Mayıs 2005  
<http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.2002.02269>.
48. Whittington R. Attitudes toward patient aggression amongst mental health nurses in the 'zero tolerance' era: associations with burnout and length of experience. *J Clin Nurs* 2002; **11**: 819-25.  
Erişim: Mayıs 2005  
<http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2702.2002.00659>.
49. 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.  
Erişim: Mayıs 2005  
<http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2004.00807>.



50. Winstanley S, Whittington R. Anxiety, burnout and coping styles in general hospital staff exposed to workplace aggression: a cyclical model of burnout and vulnerability to aggression. *Work & Stress* 2002; **16**: 302-315.  
Erişim: Mayıs 2005  
<http://www.ingentaconnect.com/content/psych/twst/2002/00000016/00000004/art00003>
51. Wright S. Physical restraint in the management of violence and aggression in in-patient settings: A review of issues. *J Ment Health* 1999; **8**: 459-72.  
Erişim: Haziran 2005  
[http://taylorandfrancis.metapress.com/\(rcgbzd2evc5zdbr3daboru45\)/app/home/contribution.asp?referrer=parent&backto=issue,4,11;journal,40,66;linkingpublicationresults,1:100637,1](http://taylorandfrancis.metapress.com/(rcgbzd2evc5zdbr3daboru45)/app/home/contribution.asp?referrer=parent&backto=issue,4,11;journal,40,66;linkingpublicationresults,1:100637,1)
52. Zernike W, Sharpe P. Patient aggression in a general hospital setting: do nurses perceive it to be a problem? *Int J Nurs Pract* 1998; **4**: 126-33.  
Erişim: Ocak 2006  
<http://www.blackwell-synergy.com/doi/full/10.1046/j.1440-172X.1998.00073>.

## FORMLAR

### EK-1

#### ANKET SORULARI

Bu çalışmanın konusu “sağlık kurumlarında çalışan hemşirelere yönelik şiddetin belirlenmesi”dir ve hemşirelere yönelik şiddetin türünü, kaynağını, etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile planlanmıştır. Bu araştırmada gizlilik önemli olup, isim vermeniz gerekmemektedir. Araştırmanın güvenilirliği açısından sorulara doğru yanıtlar vermeniz, işyerindeki hemşirelere yönelik şiddetin tam olarak belirlenmesinde bize yardımcı olacaktır. Araştırmaya yaptığımız katkı için teşekkür eder, saygılar sunarım.

Nevin Altıntaş  
İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Florence Nightingale  
Hemşirelik Yüksekokulu  
Psikiyatri Anabilim Dalı

#### A) Tanımlayıcı Bilgiler

##### A. 1. Hemşireye Ait Özellikler

1. Yaşınız: .....

2. Medeni Durum: Evli () Bekâr () Dul () Boşanmış ()

3. Eğitim durumunuz

- |                         |                  |
|-------------------------|------------------|
| A) Sağlık Meslek Lisesi | B) Ön Lisans     |
| C) Lisans               | D) Yüksek Lisans |
| E) Doktora              | F) Diğer.....    |

4. Çalıştığınız Kurum Şekli;

- |                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| A) Üniversitesi hastanesi | B) S. B Hastanesi |
| C) Diğer                  |                   |

5. Çalıştığınız bölüm/klinik; .....

6. Kaç yıldır hemşirelik yapıyorsunuz:

7. Şu anda çalıştığınız yerde kaç yıldır çalışıyorsunuz:

8. Çalışma Biçiminiz;

- |                   |                 |
|-------------------|-----------------|
| A) Gündüz         | B) Nöbet        |
| C) Vardiya        | D) Gündüz+nöbet |
| E) Gündüz+vardiya | F) Diğer        |

9. Çalışma Pozisyonunuz

- |                              |                    |
|------------------------------|--------------------|
| A) Servis hemşiresi hemşire  | B) Sorumlu Hemşire |
| C) Baş Hemşire ve Yardımcısı | D) Diğer.....      |

10. Vardiyada kaç kişi çalışıyorsunuz? (sayı belirtiniz.)

- |                            |                |
|----------------------------|----------------|
| A) ..... hemşire           | B) ..... hekim |
| C) ..... yardımcı personel | D) Diğer.....  |

## C) Saldırı Olayına Ait Özellikler

### Şiddetin Tanımı

İşyerinde şiddet, kişinin çalışma esnasında fiziksel saldırı, tehdit ve var olan durumunu kötüye kullanmaya yönelik davranışlara maruz kaldığı durumlardır. Gücün kullanımını, diğer kişi/gruba karşı tehditkar, gerçek olan işyerinde gerçekleşen yaralanma, yüksek derecede psikolojik yıkıma, ölüme neden olan insanın pozitif gelişimine ters düşen davranış/sözler dizgesidir. Bedensel bütünlüğüne, sağlığına ve güvenliğine açık veya üstü kapalı bir tehdit içerir (ILO (Uluslararası Çalışma Örgütü), WHO (Dünya Sağlık Örgütü), ICN (Uluslararası Hemşireler Birliği) Tanımı)

### Aşağıdaki soruları yukarıdaki tanımı dikkate alarak cevaplandırınız

11. İşyerinde geçen son bir yıldan bu yana (çalıştığınız süre boyunca) şiddetten mağdur olduğunuz mu ya da şiddet tehdidi yaşadınız mı?

- A) Hayır, şiddet olayı/tehdidi yaşamadım  
B) Evet, bir kez yaşadım  
C) Evet, birçok kere yaşadım  
D) Diğer

Yukarıdaki soruya yanıtınız "evet" ise, 12. ve 39. sorular arasındaki aşağıdaki soruları cevaplandırınız.

12. Saldırgan kimdi?

- A) Hasta  
B) Hasta yakını  
C) Hekim  
D) Hemşire  
E) Hizmetli Personel  
F) Teknik Personel  
G) Dışarıdan biri  
G) Diğer.....

13. Saldırganın Cinsiyeti

- A) Kadın  
B) Erkek  
C) Göremedim, bilmiyorum

14. Saldırganın Tahmini Yaşı: .....

15. Sizin düşüncenize göre, saldırgan

- A) Akıl/ruh hastası  
B) Mental olarak geri  
C) Demanslı  
D) Alkol/maddenin etkisinde  
E) Tıbbi tedavinin etkisinde  
F) Diğer  
G) Bilmiyorum

16. Aşağıda sözü edilen şiddet türlerinden hangisine uğradınız? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- A) Sözel şiddet, tehdit (küfür etme, ağız dalaşı yapma v.b.... gibi hemşirede korku, öfkeye neden olan sözler, tehdit edici jestlerdir.)  
B) Fiziksel şiddet/tehdit (kişisel tehdit duygusuna neden olan fiziksel temastır. Yaralanma gerçekleşmesi koşul değildir.)  
C) Psikolojik şiddet (kötü muamele, fiziksel ve sosyal izolasyon, saldırma, ayıplama, eleştirme, çalışanı yönetme tarzı)  
D) Seksüel şiddet  
E) Diğer.....

17. Eğer fiziksel şiddete uğradıysanız ya da şahit olduysanız türü nedir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- A) Isırma  
B) Vurma/tokat atma  
C) İtme  
D) Nesnelere kullanmak ya da silah kullanmak  
E) Tükürmek  
F) Tırmalama/Çimdikleme  
G) Yumruklama  
H) Tekmeleme  
D) Diğer.....

18. Hangi tür sözel şiddete maruz kaldınız?  
 A) Ağız dalaşı yapma  
 B) Küfretme  
 C) Tehdit etme  
 D) Aşağılama  
 E) Küçük düşürme  
 F) Diğer...
19. Birimde yaşanan şiddet olayının olduğu yer;  
 A) Bekleme odası  
 B) Hemşire Bankosu  
 C) WC/Banyo  
 D) Muayene odası  
 E) Koridor  
 F) Hastane dışı bir yer  
 G) Diğer.....
20. Saldırının olduğu saatler;  
 A) 08-16 /07-15 vardiyası  
 B) 16-24 /15-23 vardiyası  
 C) 24-08 /23-07 vardiyası  
 D) 16-08 / 15-09 vardiyası  
 E) 08-20 / 07-19vardiyası  
 F) 20-08 / 19-07 vardiyası  
 G) 08-08 vardiyası  
 H) Hafta sonu nöbetinde
21. Saldırı aşağıdaki hangi durumda/zamanda meydana geldi?  
 A) Yalnız çalışırken  
 B) Hasta ziyaretleri sırasında  
 C) Taburculuk işlemleri sırasında  
 D) Kontrol edilemeyen kalabalığın hareketlendiği sırada  
 E) Kötü çevresel koşullarda (aşırı ışık, sıcak, gürültülü, soğuk ortamda)  
 G) Diğer
22. Şiddet olayı sırasında yaptığınızı aktivite ne idi?  
 A) Muayene/Tedavi  
 B) Fiziksel bakım  
 C) Hasta transferi  
 D) Hemşire odasında dinlenme sırasında  
 E) Aktivite yoktu  
 F) Diğer.....
23. Saldırının kuruma gelmesinden, saldırı olayına kadar ne kadar süre geçti?  
 A) <1 saat  
 B) 1-3 saat  
 C) 3 -24saat  
 D) 1-7gün  
 E) 1-2 hafta  
 F) Bilmiyorum G) Diğer
24. Saldırı size göre neden meydana geldi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)  
 A) İyi düzenlenmemiş kötü bir çevresel ortam olduğu için  
 B) Hasta yakınları içeri alınmadığı için C) Müdahale geciktiği için  
 D) Yeterli bilgilendirilme yapılmadığı için E) Deneyimli personelin eksikliğinden  
 F) Güvenlik önlemlerinin yetersizliğinden G) Diğer
25. Saldırı sonucunda herhangi bir fiziksel yaralanmadan dolayı acı çektiniz mi?  
 A) Hayır  
 B) Evet, hafif bir yaralanmaydı  
 C) Evet, ciddi bir yaralanmaydı  
 D) Diğer..... (açıklayınız)
26. Şiddet olayını yaşadığınız sırada nasıl tepki verdiniz?  
 A) Tepki vermedim  
 B) Üzgün hissettim  
 C) Kızgın hissettim  
 E) Hayal kırıklığına uğradım  
 F) Korktum  
 G) Öfkelenim  
 H) Saldırgana saldırı ile karşılık verdim  
 I) Diğer .....
27. Şiddet olayından sonra yardım/şiddet olayı sonrasında neler hissettiniz?  
 A) Endişe  
 B) Korku  
 C) Tedirginlik  
 D) Öfke  
 E) Tedirginlik  
 F) Hayal Kırıklığı  
 G) Diğer.....
28. Şiddet olayından sonra yardım/destek aldınız mı?  
 A) Hayır  
 B) Evet  
 C) Yardıma gereksinim duymadım  
 D) Diğer

29. Eğer yukarıdaki soruya "evet" dediyse, kimden yardım aldınız?
- A) Sorumlu hemşireden  
B) Çalışma arkadaşlarımdan (hemşirelik ekibi)  
C) Kurum yöneticilerinden  
D) Diğer sağlık ekibi üyelerinden (doktor v.b.)  
E) Arkadaş/Arkadaşlarımdan  
F) Eşimden/Ailemden  
G) Bir Profesyonel kişiden  
H) Diğer
30. Saldırganlık olayından sonra işinizi bırakmayı düşündünüz mü?
- A) Evet, düşündüm  
B) Hayır, düşünmedim  
C) Diğer.....
31. Cevabınız "evet" ise şiddet olayından sonra kaç gün işinizden ayrı kaldınız? (yaklaşık olarak belirtiniz):  
.....
32. İşinizden ayrı kalmadıysanız, bunun nedeni ne idi?
- A) İşimi kaybetmemek için  
B) Gerekli olduğunu düşünmediğim için  
C) Tepki görmekten korktuğum için  
D) İşyerim izin vermediği için  
E) Diğer
33. Şiddet olayı sizin daha sonra (saldırgan hasta/hasta yakını ise) hastalarla olan ilişkinizi nasıl etkiledi?
- A) Etkilemedi  
B) Artık çok dikkatliyim ve kendimi koruyorum  
C) Korkmuş hissediyorum  
D) İşimi eskisi kadar sevmiyorum  
E) Diğer .....
34. Olay sonunda, işyerinizi/biriminizi değiştirdiniz mi?
- A) Evet, biriminizi değiştirdim  
B) Hayır değiştirmedim, halen aynı birimde çalışıyorum.  
C) Diğer
35. Olay sonunda; hiç polis raporu doldurdunuz mu?
- A) Evet  
B) Hayır  
C) Diğer
36. İş kazası raporu aldınız mı?
- A) Evet  
B) Hayır  
C) Diğer
37. Yukarıdaki 59 ve 60. soruya cevabınız "hayır" ise, nedeni:
- A) Belli bir yanıt alamayacağımı düşündüm  
B) Önemsiz geldi, işimin bir parçası olduğunu düşündüm  
C) İşimi kaybedeceğimi düşündüm  
D) Suçlanmaktan korktum  
E) Yasal işlemler olur diye çekindim  
F) Diğer
38. Yukarıdaki 35 ve 36. soruya cevabınız "evet" ise sonuç ne oldu;
- A) Yanıt alamadım  
B) Bir şey değişmedi  
C) İşten ayrılmak zorunda kaldım  
D) Suçlu bulundum  
E) Yasal işlemler (tutanak...) yapıldı  
F) Diğer
39. Size göre son bir yılda birimde yaşanan şiddet olaylarının sıklığı nedir?
- A) Günde bir defa olur  
B) Haftada bir defa  
C) Ayda bir defa  
D) Yılda bir kere olur  
E) Diğer.....
40. Şimdiye kadar çalıştığımız yerde sağlık bakım personeline yönelik şiddet konusunda eğitim aldınız mı?
- A) Hayır, eğitim almadım  
B) Evet, bir kez aldım  
C) Evet, birçok kez aldım  
D) Diğer

41. Cevabınız''evet'' ise bu eğitimi nereden aldınız?  
A) Okuldayken  
B) Çalıştığım kurumun düzenlediği hizmet içi eğitimlerde  
C) Şiddetten korunmaya yönelik özel eğitim veren kurumlardan  
D) Diğer
42. Kurumunuzun şiddeti azaltma/önlemeye yönelik amaçları yeterince açık mı?  
A) Evet, yeterince açık  
B) Hayır, açık değil  
C) Diğer
43. Kurumunuzda şiddet olaylarını belirleme ve raporlandırmaya yönelik bir uygulama var mı?  
A) Evet  
B) Hayır.
44. Kurumunuzda şiddeti azaltıcı ne gibi önlemler alınıyor?  
A) Güvenlik görevlileri var  
B) Polis bürosu var  
C) Ziyaretçileri kontrol eden dedektörler var  
D) Saldırı olasılığına karşı panik anında basılacak acil düğmeler var  
E) Güvenlik kameraları sistemi/dedektörler var  
F) Diğer  
I) Diğer

## **ETİK KURUL KARARI**

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Nevin	<b>Soyadı</b>	Altıntaş
<b>Doğ.Yeri</b>	Ordu	<b>Doğ.Tar.</b>	01.03.1980
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>TC Kim No</b>	56476393306
<b>E-mail</b>	<a href="mailto:nevin_altintas@yahoo.com.tr">nevin_altintas@yahoo.com.tr</a>	<b>Tel</b>	(0505) 767 3752

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
<b>Doktora</b>		
<b>Yük.Lis.</b>		
<b>Lisans</b>	İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu	2003
<b>Lise</b>	İstanbul Kabataş Lisesi	1998

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	İstanbul Memorial Hastanesi	Haziran 2003- Şubat 2004
2.	Hemşire	Florence Nightingale Hastanesi	2004 Haziran- 2004 Aralık
3.	Hemşire	Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2004 Aralık- 2006

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi	54.5	

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>LES Puanı</b>			
<b>(Diğer) Puanı</b>			

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MS Ofis (Word, Excel, Powerpoint)	İyi

### Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

### Özel İlgi Alanları (Hobileri):