

Increased Violence Towards Health Care Staff

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet

Behçet Al¹, Suat Zengin¹, Yahya Deryal², Cem Gökçen³, Demet Anı Yılmaz¹, Cuma Yıldırım¹

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

²Zirve Üniversitesi, Hukuk Fakültesi, Gaziantep, Türkiye

³Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

Abstract

Violence in healthcare from patients, relatives or any other person includes verbal or behavioral threat, physical or sexual assault that constitutes a risk to health workers. In recent years, throughout the world, violence has affected all part of society without distinguishing age, gender, race, religion, and language and education level. Gradually, violence becomes a daily part of our life and it affects everyone and every sector as a health problem. Health care staff are exposed to violence 16 times more often than in the other employments. Generally, the people who resort to violence are males under 30 years old ,who have a low socioeconomic level, keep weapons legally or illegally, have problems with authority and have legal problems or a history of arrests. The majority of these people have a history of alcohol and abuse. Long waiting periods, extreme requests of patients and their relatives, low education levels, relatives with stress, crowded and noisy environments, long working hours, communication and personal problems, insufficient and tired personnel, wrong and provocative news in the press, insufficient security and police support and lack of sufficient personnel to manage crises are the main causes of violence. Among the health care staff, initially nurses and then emergency departments staff are most exposed to violence. At first, emergency departments, then internal services, anesthesiology clinics, intensive care units, waiting rooms, parking places, corridors and cafeterias are risk locations for violence. The most common cause of fewer reports of violence in health institutions is that the victims perceive serious issues such as injury as violence, which is perceived as part of their job . After assaults, the victims have emotional, physiological, and psychiatric problems, and their work performance and social relationships are damaged. The verdicts related to verbal assaults, injuries, blows and murder are dependent on the general Turkish Criminal Law. (JAEM 2012; 11: 115-24)

Key words: Health care staff, violence, legal arrangements, press

Özet

Sağlık kurumunda şiddet; hasta, hasta yakınları ya da diğer başka bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan sözel ya da davranışsal tehdit, fiziksel saldırı veya cinsel saldırıları içermektedir. Son yıllarda dünyanın her yerinden yaş, cinsiyet, ırk, din, dil, eğitim düzeyi ayırt etmeksizin toplumdaki bütün bireyleri etkileyen şiddet, giderek günlük yaşamımızın bir parçası haline gelmekte, herkes ve her sektör için önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık alanında hizmet verenler diğer iş alanlarında çalışanlara göre 16 kez daha fazla saldırıya uğramaktadır. Şiddet uygulayan kişiler genellikle otuz yaş altı, erkek, düşük sosyoekonomik düzeye sahip, yasal veya yasal olmayan sebeplerle silah bulundurabilen, otorite ile sorunları olup daha önce yasal sorunlar yaşayan veya tutuklanma öyküsü olan kişilerdir. Bu kişilerin çoğunluğunun alkol ya da madde kullanımı öyküleri vardır. Şiddetin başlıca nedenleri arasında uzun bekleme süreleri, hasta ve yakınlarının aşırı istekte bulunması, eğitim düzeylerinin düşük olması, stresli hasta yakınları, kalabalık ve gürültülü ortamlar, uzun çalışma süreleri, yanlış anlama gibi iletişim problemleri ve kişisel sorunlar, personel yetersizliği ve yorgunluğu, basında çıkan provakatif içerikli yanlış haberler, yetersiz güvenlik ve polis desteği, krizleri yönetmede yetersizlik gibi sebepler yer almaktadır. En çok şiddette maruz kalan sağlık çalışanları başta hemşireler olmak üzere acil servis çalışanlarıdır. Acil servis ortamları başta olmak üzere, dâhiliye servisleri, anestezi klinikleri, yoğun bakımlar, bekleme salonları, park yerleri, koridorlar ve kafeteryalar da şiddet için riskli alanlardır. Sağlık kurumlarındaki şiddetin az oranda bildirilmesinin en önemli nedeni, sadece yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılanması, diğerlerinin mesleklerinin bir doğası olarak algılanmasıdır. Şiddette maruz kalanlar şiddet sonrası emosyonel, fizyolojik, psikiyatrik sorunlar yaşamakta; iş performansı ve sosyal ilişkileri zedelenmektedir. Sağlık personeline yapılan sözel saldırılar, yaralamalar, darp ve öldürmeye ilişkin hükümler Türk Ceza kanunlarının genel hükümlerine tabi tutulmaktadır. (JAEM 2012; 11: 115-24)

Anahtar kelimeler: Sağlık çalışanları, şiddet, yasal düzenlemeler, medya

Correspondence to / Yazışma Adresi: Behçet Al, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye
Phone: +90 533 810 76 90 e.mail: behcetal@gmail.com

Received / Geliş Tarihi: 14.05.2012 **Accepted / Kabul Tarihi:** 14.05.2012

©Copyright 2012 by Emergency Physicians Association of Turkey - Available on-line at www.akademikaciltip.com
©Telif Hakkı 2012 Acil Tıp Uzmanları Derneği - Makale metnine www.akademikaciltip.com web sayfasından ulaşılabilir.
doi:10.5152/jaem.2012.033

A- Şiddetin tanımı

Şiddet; kendine ya da bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanması olayıdır (1). Daha kısa bir tanımlama ile şiddet başkasını yaralamak veya ona fiziksel veya ruhsal zarar vermektir. Ancak şiddet türlerinin tanımlanması konusunda bir dil ve tanım birliği yoktur (2). Bunun sebebi kullanılan metodolojik farklılıklardır (3). Yaygın olarak saldırganlık, kızgınlık, şiddet, gel-gitler yaşama kelimeleri kullanılmaktadır.

Sağlık kurumunda şiddet ise; hasta, hasta yakınları ya da diğer başka bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan sözel ya da davranışsal tehdit, fiziksel saldırı veya cinsel saldırıdır (4). Her bir sağlık çalışanı da potansiyel birer kurban adayıdır (5). Literatürlerde en çok sözel ve fiziksel şiddet türleri ele alınmakla beraber, son yıllarda buna psikolojik, cinsel ve ekonomik şiddetin de saldırı sınıflanmasına dahil edildiği görülmektedir (6). Sağlık çalışanına karşı olan bu saldırılar toplum sağlığını da etkileyen bir artış içindedir (7, 8). Acil servisler bu saldırıların asıl merkezleridir. Ancak kayıtlar yetersiz olduğu için gerçek insidansı bilinmemektedir (9-13).

B- Şiddet ile ilgili teoriler

Şiddetin oldukça karışık bir davranış biçimi olduğunu açıklayan üç ana teori ileri sürülmektedir (14, 15).

- 1. Biyolojik teori:** Bu teoriye göre bazı kişiler nörolojik, genetik ve hormonal fonksiyonları ile şiddete yatkındırlar, temporal lob epilepsisi gibi beyin disfonksiyonu olanlar gibi (16, 17). Bu teori şiddetle ilgili tıbbi bir yaklaşımın da gerekli olduğunu öne sürer.
- 2. Sosyal öğrenme teorisi:** Bu teoriye göre şiddet diğer sosyal davranışlar gibi öğrenilen bir davranıştır. Öncesinde otoriter bir ortamda şiddet deneyimi yaşayan kişinin benzer ortamlardaki bir uyarım ile öfkesinin provoke olması veya geçmiş yaşantısında şiddete maruz kalanların yaşamlarında şiddet davranışını sürdürürebilmeleri örnek verilebilir (18).
- 3. Zedelenme-saldırganlık teorisi:** Burada şiddet, önemli beklentilerin yerine gelmemesi sonucu oluşan bir zedelenmeye yanıtır ki; hastanelerde karşımıza çıkan şiddet davranışını çoğunluğunu açıklamaktadır (19).

C- Şiddetin sıklığı

Son yıllarda dünyanın her yerinden yaş, cinsiyet, ırk, din, dil, eğitim düzeyi ayırt etmeksizin toplumdaki bütün bireyleri etkileyen şiddet, giderek günlük yaşamımızın bir parçası haline gelmekte, herkes ve her sektör için önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (20). Tüm meslek grupları arasında, zor durumdaki bireylerle doğrudan teması gerektiren sağlık bakım sektöründe çalışanların, işyeri şiddetinin en önemli hedefi ve kurbanları olduğu giderek daha fazla kabul görmektedir (20-23). Tüm incelemeler sonucunda doktor ve hemşirelerin yarısından fazlasının sözel ve yaklaşık yediden birinin de fiziksel şiddete uğradığı rapor edilmiştir. Bu oranlar dünyanın pek çok ülkesinden bildirilen oranlara benzerdir (7). İngiltere, Hon Kong ve Çin'de fiziksel şiddet oranı %5.3-21; sözel şiddet oranı %43-73 olarak bildirilmiştir (24). 2002 Amerika ve İsrail'de sosyal çalışanların %26'sı şiddete maruz kalmışlar (25). Bunlar içindeki sağlık çalışanlarının %12'si hayatlarında en az bir kez silahla tehdit edilmişlerdir (26).

Literatürde taranan şiddet ile ilgili çalışmalar birinci sırada acil servis ve 112 acil hizmetleri, ikinci sırada da psikiyatri kliniklerinde yapılmıştır (6, 27). Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Çalışma

Örgütü (ILO) ve Uluslar arası Hemşireler Birliği (ICN)'nin 2002 yılı "sağlık sektöründe iş yeri şiddeti " başlıklı ortak raporuna göre sağlık çalışanlarının %50'sin den fazlası mesleklerini uyguladıkları her hangi bir zamanda şiddete maruz kaldıklarını bildirmektedir (19). Sağlık alanında hizmet verenler diğer iş alanlarında çalışanlara göre 16 kez daha fazla saldırıya uğramaktadır (20). Gardiyan, polis, şoför ve banka çalışanlarından daha fazla saldırıya uğradıkları belirlenen sağlık bakım çalışanları arasında da hemşirelerin, diğerlerine göre üç kat daha fazla risk altında bulunduğuna dikkat çekilmektedir (20, 28, 29). WHO, ILO ve ICN'nin 2002 yılı ortak raporunda farklı ülkelerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet oranlarına bakıldığında, genel olarak çalışanların %3-17'sinin fiziksel, %27-67'si nin sözel, %10-23'ünün psikolojik, %0.7-8'inin cinsel içerikli, %0.8-2.7'sinin etnik şiddete uğradıkları bildirilmiş tir (24). Sağlık kurumlarındaki şiddetin az oranda bildirildiği, sadece yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılandığı, diğerlerinin bildirilmediği çalışmalarda öne çıkmıştır (30, 31). İşyerlerinde şiddete uğrama durumunun bildirilmesinde eksiklikler ve engeller olduğu için gerçek sıklığın bilinmediği, sadece bildirilen olgularla sınırlı kaldığı belirtilmiştir (32). Kanada da yapılan çalışmada, herhangi bir zamanda şiddete uğrama sıklığının %60, sözel istismarın %76, fiziksel tehdit veya saldırının %86 olduğu gösterilmiştir (13). Bu çalışmada şiddete maruz kalanların %67'si uğradığı şiddeti rapor etmişlerdir. Türkiye'nin batısında 2006 yılında yapılmış çok merkezli bir çalışmada son bir yıl içinde en az bir kez şiddete maruz kalma oranı %49.5 olarak belirtilmiş ve olguların %48.3'ünün 1-5 kez arasında şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır (33). Yine Türkiye'den bir çalışmada sözel şiddetin %59, fiziksel şiddetin ise %26.5 olduğu belirtilmiştir (34). İzmir'de yapılan başka bir çalışmada şiddetin %98.5'i sözel, %19.7'sinin de fiziksel olduğu kayıt edilmiştir (35). Yirmi dokuz çalışmanın meta-analizinde şiddet çeşitlerinin maksimum-minimum oranlarına bakıldığında: Sözel şiddet %46.7-100; fiziksel şiddet %1.8-52.5; cinsel şiddet %1.1-73 ve psikolojik şiddetin de %33.3-86.5 oranında olduğu saptanmıştır (7). Bir çok çalışma, saldırı olaylarının gerçek boyutunun belirlenemeyişinde saldırıya uğramanın mesleğin bir doğasıymış gibi algılanması ve bu nedenle vakaların bildirilmeme eğilimi taşıdığını da ifade etmektedir (2, 29, 36).

D- Şiddeti gerçekleştirenler

Araştırmalar sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin bazen daha çok hastalar (23, 33, 37), bazen de daha çok hasta yakınları tarafından (38) uyguladığını göstermektedir. İngiltere de yapılan çalışmada (39), davranışsal saldırıların %23'ünün hastalar tarafından, %15.5'nin de hasta yakınları tarafından gerçekleştiği belirtilmiştir. Şiddet uygulayan hastalar arasında alkol ve madde bağımlılarının daha fazla olduğu belirtilmiştir (35, 40). Türkiye'de yapılmış bir çalışmada, şiddet gösterenlerin daha çok 21-30 yaşlarında ve eğitim düzeylerinin düşük olanlardan oluştuğu belirtilmiştir (41). Bu çalışmada hasta yakınlarının hastalardan daha çok şiddete karıştığı saptanmıştır. Başka bir çalışmada şiddetti uygulayanların çoğunu (%55) <18 yaş altı erkeklerin oluşturduğu, mental veya davranış bozukluğu olan hasta ve yakınlarının şiddete daha çok meyilli olduğu belirtilmektedir (23).

Şiddete eğilimli kişilerin özellikleri incelendiğinde; bu kişiler genellikle otuz yaş altı, erkek, düşük sosyoekonomik düzeye sahip, yasal veya yasal olmayan sebeplerle silah bulundurabilen, otorite ile sorunları olup daha önce yasal sorunlar yaşayan veya tutuklanma öyküsü olan kişilerdir. Bu kişilerin çoğunluğunun alkol ya da madde kullanımı öyküleri vardır (42). Ayrıca metabolik hastalığı olanlar, alkol

ve madde kullanımına bağlı yönelim bozukluğu ve konfüzyonu olanlar, nörolojik sorunu olanlar (Alzheimer hastalığı veya beyin disfonksiyonu gibi), psikiyatrik hastalığı olanlar şiddet uygulama riski yüksek olan kişilerdir (43). Yapılan çalışmalarda fiziksel saldırı öncesinde bir prodromal dönemin olduğu belirtilmektedir. Bu dönemde anksiyete ve gerginlikte artış, ses yükseltme, postür değişikliği, kuşkulu bakışlar, artmış fiziksel aktivite ve yerinde duramama gibi belirtiler olabilmektedir. Bazen de çok sessiz duran bir kişi aniden patlama tarzında tepki verebilmektedir (42, 44, 45).

E- Şiddet nedenleri

Gerek sağlık hizmetindeki hızlı değişimler, gerek yasal uygulamalardaki eksiklikler şiddetin önlenmesinde ve çalışan güvenliği sağlama konusunda boşluklar bırakmaktadır (46).

Çalışmalara yönelik şiddetin başlıca nedenleri arasında uzun bekleme süreleri (literatürlerde hastaneye başvuru ile doktor ile muhatap olana kadar geçen zamandır) (33, 47-49), çok sayıda muayene yapılması ve testlerin istenmesi, mental veya davranış bozukluğu olan hastaların olması (23), hasta ve yakınlarının aşırı istekte bulunması ve memnuniyetsizlikleri, eğitim düzeylerinin düşük olması ve kurallara uymama (33, 49, 50), stresli hasta yakınları, kalabalık ve gürültülü ortamlar (51-53), sağlık çalışanının (özellikle hemşirelerin) zamanın kısıtlı olması (54), uzun çalışma süreleri (27, 33), ödeme zorlukları (41, 48), yanlış anlama gibi iletişim problemleri ve kişisel sorunlar (55), personel yetersizliği, yorgunluğu ve basında çıkan provakatif içerikli yanlış haberler (50), yetersiz güvenlik ve polis desteği (36), krizleri yönetmede yetersizlik, hasta ve yakınları ile yalnız kalma, silah ve yaralayıcı aletlerin taşınmasının kolay olması (27), hastalara (56-58), hemşirelere (57, 59, 60), diğer sağlık çalışanlarına ve hasta yakınlarına ait kişisel özellikler (61, 62) yer almaktadır. Saldırlar sağlık çalışanlarında tükenmişlik (burnout sendromu) oluşturur, buna bağlı kişiler fiziksel ve emosyonel semptomlardan acı çeker, hizmet verme neşelerini kaybederler, hastalarına yeterli zaman ayıramaz ve tekrar şiddete maruz kalma riski ile karşı karşıya kalırlar (63-67). Bunlar dışında, sağlık çalışanının kontrolü dışında gelişen şiddetin iki önemli nedeni vardır.

1. Genel olarak toplumda şiddetin sosyal nedenleri:

1. İnsan doğasında var olan "şiddet uygulama" eğiliminin, yararlı alanlara/faaliyetlere yönlendirilememesi,
2. Çocukluktan itibaren sorunları şiddet kullanarak çözme alışkanlığının pekiştirilmesi,
3. Gençlerin televizyonda her gün onlarca şiddet sahnesi seyrederek yetişmeleri,
4. Toplumsal ahlakta, gücü kutsayan değişim ile "güçlü olanın haklı olduğu" fikrinin yaygınlaşması,
5. Genel olarak sorunları açıklıkla konuşma, dinleme ve empati alışkanlığının pek olmaması.

Sağlık politikalarından ve hastane idarecilerinden kaynaklanan nedenler:

1. Sağlık kurumlarında altyapı ve donanım eksiklikleri,
2. Personel yetersizliği veya kötü işletmecilikten kaynaklanan bekleme süreleri,
3. Uzayan kuyruklar, geciken randevular, boş yatak bulunamaması,
4. Hastalar için asgari konfor ve güvenliğinin sağlanamaması, (Örneğin ağır, bitkin, endişeli hastaların saatlerce poliklinik kapılarında oturacak bir sandalyeden mahrum hâlde beklemeleri)
5. İltimas, adam kayırmacılık

6. İlaç, alkol ve madde bağımlılığı olan, şiddet öyküsü veren, psikiyatrik hastalık tanısı almış personelle çalışma,
 7. Yemek ve ziyaret saatlerinde personel sayısının iyice azalması,
 8. Hastanede sağlık personelinin tek başına çalışması,
 9. Hastane güvenliğinin yetersizliği,
 10. Hastanede sınırsız dolaşma özgürlüğünün olması,
 11. Hastane koridor ve ünitelerinin aydınlatılmasındaki yetersizlik,
 12. Hasta bekleme alanlarının konforsuz olması,
 13. Farklı karakterde hastalarla iletişim sürdürülebilirlik için personelin eğitimsizliği
 14. Personel ve hastane idaresinde kriz yönetimi politikası eksikliği,
 15. Sağlık kurumlarının yönetiminde gözlenen iş odaklılık, verimsizlik ve ticarileşme,
 16. Sağlıkta sık değişen uygulamalar, örneğin bugün ödenen bir ilacın, yarın geri ödemedi çekilmesi; hasta sevk ve kabul usullerinin değişmesi hastaları isyana sevk etmektedir.
- Tüm bu verilerden anlaşıldığı üzere şiddetin çok farklı nedenleri vardır (2, 68, 69).

F- Şiddetin meydana geldiği yerler

Yurt içinde ve yurt dışında yapılan çalışmaların büyük bir kısmında şiddet olaylarının en çok acil servis çalışma ortamlarında meydana geldiğini kayıt etmektedirler (12, 23, 33, 34, 43, 70-77). Acil servis çalışanlarının %16 ile %66'sı fiziksel şiddete maruz kalmaktadır (12, 51, 78-84). Acillerde şiddet oranlarının yüksek olmasının çok sayıda nedeni vardır. Bu mekânlar, acil müdahale gerektiren riski yüksek hastaların geldiği, ölüm oranının yüksek olduğu hizmet mahalleridir. Tüm muayeneler, tedaviler ve resusitasyon dahil tüm müdahaleler hasta yakınlarının gözü önünde cereyan etmektedir. Bu nedenle hem acil çalışanları, hem hasta ve hasta sahipleri için stresli mekânlardır. Endişeli hasta ve yakınları tetkik ve konsültasyonlar nedeni ile tedavinin uzamasını geç müdahale olarak algılamaktadırlar. Ölümler hasta yakınları tarafından tedavi yetersizliği olarak görülebilmektedir. Bunların tümünden acil çalışanları sorumlu tutulmakta ve hasta yakını saldırganlaşma eğilimi gösterebilir (84, 86). Muayene ve tedavi sırasında oluşan tartışmalar, anlaşmazlıklar, saygısızca sarf edilen sözler, ihtarlar, tavırlar karşılıklı olarak hem hastayı hem de acil servis çalışanını provoke edebilir (46). Bir önemli faktör de, acil servislerde genellikle mesleğinin ilk yıllarında ve deneyimi az hekimler çalışmaktadır ki; bu durum onların şiddete uğrama riskini arttırabilmektedir (43, 85, 86). Acil servislerde hekimlerin ve sağlık çalışanlarının çalışma koşulları, mesailer ve iş yükleri de stres ve gerilimi arttırıcı bir diğer husustur. Yoğun ve yorgun mesailer çalışanların enerjilerini tüketmekte ve empati yapabilme becerisini ve toleransını azaltmaktadır.

Yine birinci sırada acil servisler olmak üzere, psikiyatri klinikleri (15, 33, 39, 70, 72, 85, 87) ikinci sırada yer almaktadır. Farklı çalışmalarda acil servislerde şiddet oranının yüksek olduğu vurgulamakla beraber, dahiliye servisleri, anestezi klinikleri ve yoğun bakımlarda şiddetin daha sık (%58) yaşandığı rapor edilmiştir (23). Türkiye'de ve yurt dışında yapılan çoğu çalışmalar cerrahi branşlarda şiddetin daha fazla olduğunu göstermiştir (43, 70, 85). Dâhili branşlarda şiddetin daha fazla olduğuna (39) değinen çalışma varsa da, bunların sayıları azdır. Bunun yanında sırasıyla azalan oranlarda bekleme salonları, park yerleri (Türkiye'de bir öğretim üyesi hastana otoparkında silahlı saldırı sonucu hayatını kaybetti), koridorlar ve kafeteryalar da şiddet için riskli alanlar olarak belirtilmiştir (85). Kısaca sağlık çalışanları hiçbir yerde güvende değildir. Bu iddia bir çalışma tarafından da desteklenmiştir. Çalışmada sağlık çalışanlarının sadece %7.2'si kendini daima güvende hissedebildikleri rapor edilmiştir (27).

Hastane bazında bakıldığında; şiddet en çok birinci basamak sağlık merkezlerinde, en az üniversite hastanelerimde meydana gelmektedir (38).

G- Şiddete maruz kalanlar

Sağlıkçılardan şiddette en fazla maruz kalanlar acil servis çalışanlarıdır (27, 38, 79, 88-90). Bunun en önemli nedenleri de acile ilaç bağımlıların, psikiyatrik hastaların, alkol kullanıcılarının, travma gibi en acil vakaların ilk önce acil servise gitmeleri, acil servislerin 24 saat hizmet vermesi, acil servise özgü stresli ortamın olması ve toplumun şiddet akışının acil servislerden geçmesidir (27). Çalışmalarda şiddetin büyük bir kısmı devlet hastanelerinde ve kadın çalışanlara yönelik olduğu vurgulanmıştır (33, 35, 39, 43, 45, 70, 76, 91-94). Oran olarak erkeklerin %40-48, kadın çalışanların da %52.5-60 oranında şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir (33, 70). Hem ulusal, hem de uluslararası çalışmalarda en fazla şiddete maruz kalan sağlık çalışanı grubunun hemşireler olduğu rapor edilmiştir (33, 69, 70, 91-95). Hemşireleri pratisyen hekimler izlemekte, en alt sırada da öğretim üyeleri gelmektedir. Sağlık çalışanları arasında yapılan bir ankette hemşirelerin %80.8, uzman doktorların %78 oranında şiddete uğradığı rapor edilmiştir (38). Genel bir profil çizilecek olursa genç, küçük fiziksel yapıya sahip, anksiyöz görünümüne bayanlar şiddete daha fazla maruz kalmaktadır (91-94). Doktor ve hemşireler birbirine yakın oranlarda sözel şiddete maruz kalırken; hemşireler fiziksel, psikolojik ve cinsel şiddete daha yüksek oranlarda maruz kalmaktadırlar (6).

Birçok çalışmadan farklı olarak, radyoloji teknisyenlerin %61'inin şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (95). Türkiye'de yapılmış iki farklı çalışmada, tüm sağlık çalışanlarının %87 oranında şiddet davranışına maruz kaldığı saptanmıştır (34, 41). Bu konuda 2495 sağlık çalışanında yapılmış en kapsamlı çalışmada, en çok şiddete maruz kalan ilk üç grup sağlık çalışanının hemşire ve yardımcıları (%59.7), doktorlar (%19.2) ve yardımcı sağlık çalışanının olduğu (%6.7) vurgulanmıştır (23). Çalışanın yaş ortalaması ve deneyim süresi ile şiddete uğrama sıklığında anlamlı bir farklılığın olmadığını vurgulayan çalışma olduğu gibi (33); bazıları 5-10 yıl arası çalışanlarda (33, 70), bazı çalışmalarda ilk 5 yılda, bazıları (38, 85, 96) 40 yaş altı ve 10 yıldan az deneyimi olanların, bazıları da şiddet için en riskli yaşın 30-45 olduğunu beyan eder (23). Çok ilginçtir ki, hastası için daha çok mesai yapan ve onunla daha çok iletişim kuran sağlık çalışanı bazen daha çok şiddete maruz kalmaktadır (23).

H-Şiddete maruz kalanların şiddet sonrası yaşadıkları

Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarında kızgınlık, hayal kırıklığı (97), şaşkınlık, çaresizlik, korku, tükenmişlik, güven kaybı, kendini suçlama (12, 76, 78, 98), akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, depresif uyum bozukluğu, karışık anksiyeteli ve depresif uyum bozukluğu, ruhsal sıkıntının bedensel etkileri, kaçınma veya aşırı önlem alma davranışları (99); hastalarından korkma, hastaların şiddetinden endişe etme ve onları potansiyel şiddet olarak görme, kendini koruyamadığı için çalıştığı kuruma karşı güvensizlik, yalnız çaresiz bırakılma duygusu (12); dolayısıyla diğer hastalara sunduğu hizmet kalitesinin dolaylı olarak düşmesi (12, 97) ve tüm bunların sonucunda işlerinde ayrılma veya iş değiştirme gibi semptom ve davranışların geliştiği belirtilmektedir. İlerleyen dönemlerde mental enerjide, hızlı ve verimli çalışmada ve karar vermede, işe katılımı azalmalar olabilmektedir (97). Değişik çalışmalar bu semptom ve bulguları emosyonel (stres, korku, üzüntü, öfke, hayal kırıklığı, anksiyete, suçluluk, utanç), fizyolojik (uyku bozukluğu, iştah değişikliği,

baş ağrısı, yorgunluk) (33, 47, 50, 54, 55, 100-105), iş performansı (üretkenlik kaybı, işten ayrılmayı düşünme, hata yapmada artış) (50, 54, 102, 103, 106), sosyal ilişkiler (102, 103) ve psikiyatrik sorunlar (102, 103, 105) şeklinde guruplara ayırmışlardır.

Kanada'da yapılan bir çalışmada acil serviste şiddete maruz kalanların %38'inin sağlık alanı dışında başka bir işe geçmeyi istedikleri, yaklaşık %18'inin acil serviste çalışmak istemedikleri, bir kısmının da işlerinden ayrıldıkları belirtilmiştir. Şiddete uğrayanların ilerleyen zamanlarda %19'unun performansının etkilendiği gösterilmiştir. Yaşanan şiddet olayı sonrasında %73'ünün hastalarından korktukları, %24'ünün hastaların şiddetinden korktukları, %35'inin hastaları "potansiyel şiddet gösteren" olarak gördükleri bildirilmiştir (11). Türkiye'de yapılan çalışmalarda şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının %43.5'i herhangi bir sorun belirtmezken, %56.2'sinin anksiyete veya irritasyon bulguları gösterdikleri saptanmıştır. Bu kişilerin büyük bir çoğunluğunun (%87.8) tedavi almadığı görülmüştür (11, 34). Ancak şiddete maruz kalanlarda ilerleyen zamanlarda gelişen olumsuz sonuçlarla ilgili yapılmış yeterli sayıda çalışma yoktur (97). Bazen fiziksel olmayan şiddetin (cinsel içerikli şiddet gibi) sonuçları fiziksel şiddetin sonuçlarından daha yıkıcı olabilmektedir (90).

Şiddet hem sağlık çalışanlarında (hastaya yeterli zaman ayırma, hasta ihtiyaçlarına cevap vermede) hem de hastalarda (verilen hizmetten memnuniyetsizlikte artma) bakım kalitesinde bir düşmeye neden olmaktadır (90).

I- Şiddete toplumsal bakış

Uluslararası yaygın bir problem haline gelen şiddet sadece sağlık çalışanlarını değil, medyanın, araştırmacıların ve sağlık organizasyonlarının da (WHO gibi) ilgi odağı haline geldi (107). Bu konuda yürütülmüş çalışmaların bulguları da, sağlık alanında ortaya çıkan şiddetin diğer iş yerlerine göre oldukça fazla olduğu gerçeğini doğrulamış ve bu olayların sadece yaralanma gibi ciddi olanlarının şiddet olarak algılandığı, çok azının kayda alındığını göstermiştir (46). Toplum, genel olarak şiddet olaylarını onaylamamakla beraber, şiddeti gören sağlık çalışanına akut dönemde yardımı ve mağduriyetine desteği çok azdır (%18) (97). Hatta özellikle doktorlara yapılan tüm şiddetler, az sayıda da olsa toplumun bir kesimi tarafından takdir görmektedir. Türkiye'de son olarak bir doktorun ölümüyle sonuçlanan şiddet olayı elektronik medyada "oh olsun, hak ediyorlar, bunlar bu dilden anlıyorlar, biraz da sizin canınız yansın, ölümün olduğu aynı gün acile gelip biz de sizi bıçaklayacağız" ve benzeri beyanlar çok korkunç tehdit unsurlarını içermektedir,

Toplumda en yüksek (%49) destek yine aynı yerde çalışan sağlık çalışanlarından gelmektedir. Şiddete karşı toplumsal ve organizasyonel duruş hem şiddeti azaltmakta, hem de şiddete uğrayanların yaşadığı travma ile baş etme motivasyonunu artırmaktadır (36, 108, 109).

K- Medyanın şiddet üzerine etkisi

Başta sağlık çalışanlara olmak üzere, iş yerinde öğrencinin öğretmene, trenlerde müşterinin bilet satıcısına, güvenlik görevlilerine ve benzerlerine olan şiddet olayları medyada geniş yer almaya başlamış (110) ve artmaya devam etmektedir (111). Öyle ki, her bir iş yeri çalışanı potansiyel bir şiddet kurbanı adayı haline gelmiştir (5).

İkibinli yılların başından itibaren sağlıkla ilgili yapılan veya hastane (özellikle acil servis sahneleri) sahneleri içeren diziler kamuoyuna çok yanlış bilgiler vermişlerdir. Acile getirilen bir hastayı giriş kapısında karşılayıp hiçbir muayene ve tanı olmadan "hemen ameliyathane-yi hazırlayın ve ameliyata alalım" veya hastanede yatan bir hasta veya

yakınlarının “ulan doktor, hemşire hangi cehennemdesiniz çabuk gelin, doktoru ağaca bağlayın, bu doktorların gözü hiç doymaz, bu ameliyatı hangi kasap yaptı?” gibi adap dışı bağırma ve hakaretler ve benzeri sahneler ve yazılar toplumu bilimsel olarak olmasa mümkün olmayan beklentilere yöneltmiştir. Bu sahneleri izleyen ve acil servise gelen hasta yakınları daha kapı girişinde “neden hastam hemen ameliyata alınmıyor, neden hala burada bekletiliyor?” deyip şiddet uygulamaktadırlar. Hatta bazıları “burası hiç de dizilerdeki hastanelere benzemiyor, bunlar iyi çalışmıyor” diyebilmektedir. Siyasilerin medya üzerinde doktorların hastaları hastanede rehin aldıkları, hastalardan zorla para aldıkları, bunlara gerekenlerin yapılması gerektiği, gerçekten çok yüksek maaşlar aldıkları şeklindeki beyanları halkı sağlık çalışanlarına şiddet uygulamaya yönelten etkenlerden olmuştur.

Medya,

1. Eğitim ve kültür seviyesi düşük geniş toplum kesimlere yönelik bilgilendirici yayınlar yaparak,
2. Topluma doğru yolu göstererek,
3. Şiddeti artıracak yayınlardan uzak durarak,
4. Televizyonlarda şiddet görüntülerini sınırlayıp veya azaltıp sağlık sistemi ve sağlık çalışanları ile ilgili doğru bilgiler aktararak,
5. Sağlık çalışanları ile ilgili olumsuz yayınları ve iftiraları önleyerek,
6. Medyadaki hekim düşmanı yayınlar konusunda hukuki işlemlere tabi tutularak,
7. Tarafsız duruş sergileyerek,
8. Hasta hakları kadar hekim haklarını da vurgulayarak yaptığı tahribatı kısmen tamir edebilir.

L- Şiddetin çeşitleri

Şiddet türleri arasında hastadan sağlık çalışanına, sağlık çalışanından hastaya, hastadan hastaya, hasta yakınlarından sağlık çalışanına, sağlık çalışanından sağlık çalışanına şeklinde sınıflandırmak mümkündür. Çalışmalarda ortak bir kavram olmasa da, genel olarak sözel, fiziksel, psikolojik, cinsel şiddet ve spesifik tehdit şeklinde tarifler yer almaktadır. Fiziksel şiddet (ki sıklığı az, ancak ölüm dâhil çok ciddi sonuçları vardır) dövme, hırpalama, ısırma, abrazyonlar oluşturma, tırmalama, kırık oluşturma (27), bıçak saplama (Dr. Ersin Arslan), ateşli silah ile saldırma (Dr. Gözden Kalaycı), saçları koparma şeklinde olmaktadır (112). Avustralya’da psikiyatri kliniklerinde yapılan bir çalışmada, şiddet zarar verici özelliğine göre 8 dereceye ayrılmış ve en sık düşük derecede fiziksel şiddetin olduğu gözlenmiştir (40). İngiltere de yapılan bir çalışmanın sonuçları bu oranı %20 desteklemektedir (39). Sözel şiddetin sıklığı fiziksel şiddetten daha fazladır (113). Çalışmalar genel olarak sözel şiddetin %47-73, fiziksel şiddetin ise %8.5-20 (23, 37, 38, 41) arasında değişebileceğini; tehdidin %7-54 ve cinsel şiddetin de %0- 0.025 (33, 40) arasında değişebileceğini rapor etmişlerdir.

M- Şiddeti azaltma/önleme ve şiddetle baş etme

Sağlık çalışanları, şiddet davranışı ile baş etme konusunda yeterli eğitim görmemektedirler. Çalışmalarda sağlık çalışanlarının sadece %36’sının şiddetten korunmak için eğitim aldıkları ve sadece %11’i bu eğitimlerin şiddeti azaltacağına inandıkları belirtilmiştir (27). Şiddete maruz kalanlar baş etme yöntemi olarak genellikle etkisiz baş etme (olayı olmamış gibi davranma, hiçbir şey yapmama), yardım çağırma ve iletişim biçimlerine daha fazla dikkat etme gibi yöntemleri sıklıkla kullanılmaktadırlar (54, 55, 102-105, 114, 115). Sözel şiddetle karşı yaygın olarak duymazlıktan gelme, sakin veya öfkeli şekilde

uyarma, güvenlik çağırma ve hukuki işlem başlatma yöntemleri ile karşılık verilmektedir. Fiziksel şiddetle karşı da kaçma/kaçınma, kendini koruma, güvenlik çağırma ve hukuki şikâyetle bulunma şeklinde karşı koyulmaktadır. Tıp eğitiminde hasta-hekim ilişkisi konusunda verilen eğitim içerisindeki eksikliklerin giderilmesi sorunun çözümü yolunda önemli bir adım olacaktır (46). Verilecek eğitimlere tüm sağlıkçılar, yöneticiler, güvenlikçiler ve hastane polisleri de katılmalıdır. Eğitimler çalışanın güvenini artırıcı olmalı, olası potansiyel şiddet önceden tahmin etmesini sağlamalı, şiddeti önlemek ve yönetmek için stratejiler kullanmasını sağlamalıdır (27). Etkili eğitimler vermek ve güçlü organizasyonlar kurmak olumsuz duygusal etkileri azaltmakta (11), şiddet ile baş etmede, hastalar ile iletişimde ve onların hassasiyetlerini anlamada kolaylıklar sağlamaktadır (23). Günümüz şartlarında tecrit etme, kısıtlama gibi (116), geleneksel yöntemlerin bir faydası yoktur. Şiddet öncesi prodromal dönemdeki belirtiler (sinirlilik hali, iki elini belinde tutmak, yüksek sesle konuşmak vb.) iyi gözlemlenmeli ve güvenlik desteği sağlanmalıdır (117).

Bu açıdan, uzmanlar şiddet ile baş etmede üç aşamalı bir eğitimsel yaklaşım önermektedirler:

1. Şiddeti önleme yöntemleri,
2. Şiddet ile profesyonel yöntemlerle başa çıkma (sakinleştirme ve savunma vb.)
3. Şiddet sonrası ruhsal, bedensel vb sorunlarla başa çıkma (profesyonel destek sistemleri)

Şiddetin çoklukla meydana geldiği yerlerin (acil servis, psikiyatri klinikleri gibi) çevresel şartları (muayene alanları genişletilmeli, konforlu bekleme salonları yapılmalı, yeterli ve temiz tuvaletler sağlanmalı vs) iyileştirilmelidir. Medyanın dikkati şiddetle yönelik çekmeli ve destekleri alınmalıdır (27). Netice olarak şiddetle baş etmede bireysel faktörler (çalışanlar, hastalar, hasta yakınları), kurumsal faktörler (işyerinin yapısı), sosyal faktörler (işsizlik, aile yapıları, şiddetin kültürel kabulü) gibi çok yönlü yaklaşımlar göz önünde bulundurulmalıdır. Bu açıdan üç nokta çok önemlidir.

1. Sağlık çalışanlarının etkisi: Hastanın acil servis girişinde karşılanması: Başta travma hastaları olmak üzere, ciddi hastaların acil servis kapısında görevlilerce karşılanması hasta ve yakınlarına, kendilerine sahip çıkma ve güvenli bir ortama geldikleri hissini vermektedir. Aksi takdirde kapıda karşılanmayan bir kısım hasta yakınları acil servis içine yüksek bir anksiyete ve önyargı ile girmektedirler.

Hastaya yaklaşım: Başta doktor olmak üzere sağlık çalışanlarının ilk cümlesi çok önemlidir. “Hoş geldiniz, geçmiş olsun, olay nasıl oldu, şikâyetiniz nedir?” gibi cümleler kullanılmalıdır. Hasta ve yakınları acil servis muayene sedyesinde karşılarında doktor görünce rahatlamaktadırlar. Doktor gelişi biraz gecikince sebebini bilmeksizin ve de düşünmeksizin kendileri ile ilgilenilmediği zehabına kapılmaktadırlar ve saldırganlık hisleri kabarmaya başlamaktadırlar. Ayrıca, hasta ve yakınlarının sosyal ve psikolojik durumlarını göz önünde bulundurup ve mümkünse onlarla en iyi konuştukları dil ile konuşmak, şiddet uygulama meyillerini azaltmaktadır (23).

Bilgi verme: İyi bir anamnez ve kapsamlı bir muayeneden sonra yapılacak ilk medikal veya cerrahi müdahale ve istenecek laboratuvar ve radyolojik tetkikler ve konsültasyonlar ve olası riskler ile ilgili hasta ve yakınlarına bilgi verilmelidir. Kesin olmayan cümleler kurmak, hastanın işinin sonuçlanması için gereğinden daha uzun zaman dilimini vermek kesinlikle faydalıdır. Personeller arasında etkili bir empatik iletişim dili de saldırıları azaltabilir (118). Mesela, çok sayıda hasta yakınları olduğu zaman yumuşak bir sesle “hastanızla ilgili elimizden geldiğince ilgileneceğiz. Gelişmelerle ilgili bilgi için hepimizle ayrı ayrı

muhatap olmamız mümkün değildir. İcinizden bir veya iki kişi bizimle sürekli irtibatlı olsun; geri kalanlar dışarıda veya oturma salonunda (hastanenin şartlarına göre) bekleyebilir” gibi bir yaklaşım tüm çalışanların işini ve güvenliğini kolaylaştıracaktır. Şiddeti azaltmanın bir yolu da sağlık çalışanlarının şiddete olan toleransının sona erdirilmesidir; her türlü şiddet mutlaka ilgili mercilere bildirilmelidir (27).

2. Hastane yönetiminin sağlayacağı önlemler: Tüm hastane için geniş çaplı uygun raporlama sistemleri, etkili güvenlik eğitimleri, 24 saat alan içi yeterli güvenlik elemanı, güvenli kapılar, güvenlik kameraları, metal detektörler ve kontrol noktaları, koruyucu akrilik pencere ve panik alarmları sağlanmalıdır (119). Polislerin hastanelerde ve özellikle acil servislerde bulundurulması, hasta yakınlarının muayene ve müdahale alanlarından uzak tutulması önerilmektedir (27). Ruhsatlı veya ruhsatsız silah ile gelen hasta veya yakınları güvenlik tarafından hastane girişinde silahsızlandırılmalıdır. Hasta ve yakınlarının veya sağlık çalışanlarının sözlü veya yazılı şikâyetleri idare tarafından ivedilikle işleme alınmalı, sonuçlar müşterilere bildirilmelidir. Ülkemiz şartlarında uygun olmasa da batılı ülkelerde K-9 köpeklerin özellikle acil servislerde bulundurulması şiddet riskini azalttığı belirtilmektedir (120). Birçok ülke, profesyonel eğitimler ve polisiye tedbirlerle sağlık çalışanının güvenliğini sağlayarak, şiddetle baş etmede önemli mesafeler kat etmişlerdir (121, 122). Ancak şiddet sonrası sağlıkçıların durumunu yönetmede aynı başarı sağlanamamıştır; çünkü bu konuda henüz yeterli çalışma yoktur (36, 123, 124). Son olarak, şiddet yapanları kontrol altına almak için, tüm alternatif yöntemler kullanıldıktan sonra kimyasal ajanlar (lorazepam, droperidol gibi) ve mekanik yöntemlerin kullanılması önerilmektedir (45, 125, 126).

3. Sağlık bakanlığının alacağı önlemler: Bu konu “mevzuat” bahsinde geniş olarak izah edilmiştir.

N- Şiddete Karşı Hukuki Yaptırımlar ve Mekanizmalar

Ülkemizde sağlık personelinin mağdur olduğu eylemlere ilişkin yasal düzenlemeler bulunmamaktadır. Sağlık personeline yapılan sözel saldırılar, yaralamalar, darp ve öldürmeye ilişkin hükümler genel hükümlere tabi tutulmaktadır (46).

7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3 üncü maddesinin birinci fıkrasının (e) ve (f) bentlerine, 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43 üncü maddesine dayanılarak 6 Nisan 2011 tarihli ve 27897 sayılı resmi gazetede hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliklerini sağlamak amacı on iki maddelik bir genelge yayımlandı.

Bu genelge tüm sağlık kurumlarında;

1. Hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına,
2. Hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına,
3. Sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine,
4. Bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine,
5. Hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları içermektedir.

Bu yönetmenlikte hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili olarak 4. maddesinin (f) bendinde: Sağlık hizmeti sunumunda hasta ve çalışanların zarar görmesine yol açabilecek her türlü işlem ve süreçler ile ilgili alınacak tedbir ve iyileştirmeleri içermektedir. Beşinci madde bu

tedbir ve iyileştirmelerin sağlanmasını sağlık kurumlarına tevdi etmiştir. Yedinci maddesinin (d) bendi çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine için düzenleme yapılmasını ve gerekli tedbirlerin alınmasını öngörür.

Bunun yanında, psikolojik tacizle mücadeleyi güçlendirmek üzere başbakanlık talimatıyla 19 Mart 2011 tarihli ve 27879 sayılı resmi gazetede “İşyerlerinde Psikolojik Tacizin (Mobbing) önlenmesi” için psikologlar vasıtasıyla çalışanlara yardım ve destek sağlamak için “ALO 170” merkezi kurulması için bir genelge yayınlandı. Ayrıca çalışanların uğradığı psikolojik taciz olaylarını izlemek, değerlendirmek ve önleyici politikalar üretmek üzere Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bünyesinde Devlet Personel Başkanlığı, sivil toplum kuruluşları ve ilgili tarafların katılımıyla “Psikolojik Tacizle Mücadele Kurulu” kurulması kararı alındı; ancak henüz kurulamadı.

Türk ceza kanununda sağlıkta çalışanlara yönelik hukuksal haklar iki ana başlık altında toplanmaktadır.

A. Ceza hukuku yaptırımları: Sağlık çalışanlarına yönelik olarak işlenen suçların başında yaralama, tehdit ve hakaret suçları gelmektedir.

TCK.m.86: Yaralama

1. Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılaya yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

3 Kasten yaralama suçunun;

- a) Üstsoya, altsoya, eşe veya kardeşe karşı,
- b) Beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı,
- c) Kişinin yerine getirdiği kamu görevi nedeniyle,
- d) Kamu görevlisinin sahip bulunduğu nüfuzu kötüye kullanılmak suretiyle,
- e) Silâhla,

işlenmesi hâlinde, şikâyet aranmaksızın, verilecek ceza yarı oranında artırılır. Cezalar;

- 18 aydan 4,5 yıla kadardır,
- Uzlaşma mümkün değil.
- Hükmün açıklanması geri bırakılabilir.
- Erteleme mümkün.

TCK.m.106: Tehdit

1. Bir başkasını, kendisinin veya yakınının hayatına, vücut veya cinsel dokunulmazlığına yönelik bir saldırı gerçekleştireceğinden bahisle tehdit eden kişi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Mal varlığı itibarıyla büyük bir zarara uğratacağından veya sair bir kötülük edeceğinden bahisle tehditte ise, mağdurun şikâyeti üzerine, altı aya kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur.

TCK.m.125: Hakaret

1. Bir kimseye onur, şeref ve saygınlığını rencide edebilecek nitelikte somut bir fiil veya olgu isnat eden veya sövmek suretiyle bir kimsenin onur, şeref ve saygınlığına saldıran kişi, üç aydan iki yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır. Mağdurun gıyabında hakaretin cezalandırılabilmesi için fiilin en az üç kişiyle ihtilâl ederek işlenmesi gerekir.

B. Tazminat hukuku yaptırımları: Hem yaralama hem de hakaret nedeniyle tazminat davası açılabilir.

Hem ceza hem de tazminat davalarında idareye bildirme-ispattakip-süreçleri önemlidir.

1. İdareye bildirerek, idarenin takip etmesinin sağlanması lazımdır.
2. İspat bakımından, tanıkların varlığı ve tutanak tanzimi önemlidir.
3. Ceza davası kendiliğinden yürür. Polis, savcı ve mahkemede birer kez ifade verilir, herhangi bir masrafı yoktur.
4. Tazminat davasını aktif olarak yürütmek gerekir. Aksi takdirde dava düşer. Davayı açmak ve yürütmek belli bir maddi külfeti gerektirir. Dava kazanılırsa bu miktar karşı taraftan alınır.

Son olarak, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı personele karşı işlenen suçlar sebebiyle personelin veya kanuni mirasçılarının talebi üzerine Bakanlık ve bağlı kuruluşlarında yapılacak hukuki yardıma ilişkin usul ve esasları belirlemek için bir yönetmelik hazırlandı ve 28 Nisan 2012 tarihli Resmi Gazetede yayımlandı (Sayı: 28277). Bu Yönetmelik, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında kadrolu veya sözleşmeli görev yapan personel ile 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 52. maddesi çerçevesinde Bakanlık ve bağlı kuruluşlarında gönüllü ve ücretsiz sağlık hizmeti verenler ve 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu kapsamında görev yapanları kapsamaktadır. Bunun için bakanlıkta, personele karşı işlenen fiillerin bildirimini yapılacağı ve kayıtlarının tutulacağı bir sistem kurulacaktır. Hukuki işlemler kurumlar adına yetkili avukatlar tarafından yürüteceklerdir. Kapsam alanında üniversitelerde çalışan sağlık çalışanları beyan edilmemiştir. Yönetmelik kapsamında hukuki yardımda bulunulabilmesi için:

1. Sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı personele karşı kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiilin gerçekleştirilmiş olması,
2. Personelin veya kanuni mirasçılarının talepte bulunması.
3. İlgili personelin soruşturma safhasında şüpheli, kovuşturma safhasında ise sanık durumunda bulunmaması gerekir.

Eğer personel bir olayda hem mağdur hem de şüpheli veya sanık durumunda ise, mağdur sıfatıyla hukuki yardım alabilir. İlgili personelin veya kanunî mirasçılarının hukuki yardım talebini geri alması veya adli mercilerce yapılacak tahkikat neticesinde personelin sanık durumuna gelmesi durumunda hukuki yardım sona erer.

O- Şiddetin bildirim

Çalışmalarda sağlık çalışanlarının genelde kendilerine olan şiddet olayını destek görüp görmeme endişesi ile bildirilme/rapor etme konusunda tereddüt yaşadıklarını belirtmektedirler (100). Bununla beraber fiziksel saldırı sonrası bildirim oranının sözel saldırıya göre yüksek olduğu belirtilmiştir. Bazı çalışmalarda da saldırının türüne bakılmaksızın bildirim oranının %50 ve üzerinde olduğunu belirtilmiştir (35, 47, 50, 54). Hemşirelere karşı cinsel içerikli şiddetin bildirim oranının düşüklüğü dikkat çekmektedir (%21.6) (103). Bazen de saldırıya uğrayanlar fiziksel saldırılardan daha fazla zarar gördüğü için bunu bildirmekte, diğer saldırı türlerini mesleğin doğasında var olan bir durum olarak değerlendirmekte (63) ya da bildirimde bulduklarında sonuç alamamaktan veya suçlanmaktan korkmaktadırlar (127). Değişik kültürlerde saldırılar her zaman şiddet olarak algılanmamakta ve dolayısıyla bildirim yapılmamaktadır (35). İlginç olan şudur ki; ülkemizde sağlık çalışanına yönelik olan şiddetin ve sonuçlarının (ölüm, tazminatlar vs dâhil) kayıtlarına dair Sağlık Bakanlığında ve Türk Tabipler Birliğinde hiçbir veriye rastlanmamıştır.

P- Şiddette kullanılan aletler

Türkiye'de yapılmış bir çalışmada şiddet için silah, bıçak veya kesici delici aletlerin %0.3 oranında kullanıldığı belirtilmiştir (33). Bir

çalışmada hemşirelerin %26'sı en az bir kez hastalar tarafından silah (128) veya kontamine şırıngalarla (129) tehdit edilmişlerdir. Genel olarak sağlık çalışanlarına karşı şiddette kullanılıp ve yakalanan aletler ekmek bıçağı, makas, örgü şişi, meyve bıçağı, kasap bıçağı, çekiç, göz yaşartıcı gaz, keser, sopa, silah, kalem, sandalye ve ege saymak mümkündür.

R-Şiddetin zamanı

Araştırmalarda şiddetin en sık olduğu saatler farklılık göstermektedir. Bu saatler klinikten kliniğe göre değişebilmektedir. Ancak genel olarak 16.00-20.00 saatleri (ki bu saatler acil servislerde hasta yoğunluğunun en fazla olduğu saatlerdir) (43), 8.00-17.00 saatleri (38), hafta sonu ve gece geç saatleri (35, 130, 131) şiddetin en çok meydana geldiği zaman dilimleri olarak rapor edilmiştir. Genellikle hastanın başvurduğu ilk bir saat içerisinde şiddet riskinin yüksek ise de (83), bekleme süresi arttıkça risk de artmaktadır. Vardiya sistemi ile çalışılan yerlerde şiddet daha az görülmüştür (38).

S- Sonuç

Sözlü, psikolojik, cinsel ve fiziksel şiddet sonucu kurbanda emosyonel stresler, vücudunda laserasyon ve kırıklar (38) ve hatta ölüme neden olabilmektedir. Ülkemizde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sanıldığından daha yüksek oranlardadır; ancak bildirim çok azdır. Bunun en önemli nedeni çalışanların haklarını savunacak yeterli ve etkin yasal düzenlemelerin şimdiye kadar yapılmamış olmasıdır. Sağlık personeline yapılan sözel saldırılar, yaralamalar, darp ve öldürmeye ilişkin hükümler genel hükümlere tabi tutulmaktadır (görev başında yapıldığı için cezanın yarısı kadar daha arttırma yargı kararına bağlıdır). Sağlık çalışanlarının güvenli koşullarda çalışması ve olabilecek şiddet riskinin azaltılması için güvenli ortamın sağlanması, çalışanların eğitilmesi, mevzuatların düzenlenmesi tüm sağlık çalışanı yöneticilerinden beklenen en önemli görevlerdir.

Ülkemizde doktor ve hemşirelerin yarısından fazlası sözel ve yaklaşık yediden biri fiziksel şiddete uğramaktadır (6). Tüm dünyada hastalar hasta yakınlarından daha fazla şiddet uygulamaktadırlar (2, 29, 57, 132). Ancak ülkemizde ve benzer bazı ülkelerde (133, 134) durum bunun tersidir. Bunun bir sebebi hasta ile beraber çok sayıda hasta yakınlarının hastaneye gelmesi ve sistem tarafından hasta yakınlarının tedavi ve bakım işlemlerinin bir parçası haline getirilmesidir (6). Erkekler daha çok fiziksel; kadınlar ise daha çok sözel şiddete uğramaktadırlar (31). Hemşireler en riskli gruplardır (6, 28, 29, 37, 135, 136). Öğretim üyelerinde fiziksel şiddet oranı düşük görünse de, %90'ı psikolojik şiddete maruz kalmaktadır (137). Bazı batı toplularında fiziksel şiddet oranının yüksek çıkması şiddetin kültürlerarası tanımlanmasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. Bizim kültürümüzde fiziksel şiddet olarak değerlendirilemeyen pek çok davranış, batı toplumlarında fiziksel saldırı olarak algılanmaktadır (7). Saldırganlar genellikle erkeklerden (57, 132, 136, 138), alkol bağımlılığı olan ve madde kullanımı olanlarda oluşmaktadır (2, 132). Acil servisler birinci sırada, psikiyatri klinikleri ikinci sırada şiddetin meydana geldiği yerlerdir. Çalışmalar da en çok bu servislerden çıkmıştır. Şiddetin en sık nedeni organizasyonel sorunlardır (uzayan bekleme süreleri gibi) (2, 139). Sözel saldırılar genellikle ciddi bir sorun olarak algılanmamaktadır. Bunun yanında fiziksel saldırılar can acıttığı ve yaktığı için daha çok bildirilmektedir (6, 57). En az oranda bildirim yapılan şiddet türü psikolojik ve cinsel şiddettir (133). Tüm şiddet çeşitlerinde bildirim düşük olmasının en önemli nedeni bürokratik engellerdir (132). Mağdurlar şiddet

sonrasında en fazla emosyonel ve fizyolojik belirtiler yaşamaktadırlar (57, 115).

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

- World Health Organization. Violence and Health: Task Force on Violence and Health. Cenevre, WHO, 1998.
- Hahn S, Zeller A, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJG. Patient and visitor violence in general hospitals: a systematic review of the literature. *Aggr Viol Behav* 2008; 13: 431-41. [\[CrossRef\]](#)
- Rippon TJ. Aggression and violence in health care professions. *J Adv Nurs* 2000; 31: 452-60. [\[CrossRef\]](#)
- Saines JC. Violence and aggression in A&E: recommendations for action. *Accid Emerg Nurs* 1999; 7: 8-12. [\[CrossRef\]](#)
- Steffgen G. Physical violence at the workplace: Consequences on health and measures of prevention. *Revue européenne de psychologie appliquée* 2008; 58: 285-95.
- Keser Özcan N, Bilgin H. Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: sistematik derleme. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2011; 31: 142-6.
- Shepherd JP, Farrigon DP. Assault as a public health problem: discussion paper. *J R Soc Med* 1993; 86: 89-92.
- Cole LL, Grubb PL, Sauter SL, Swanson NG, Lawless P. Psychosocial correlates of harassment, threats and fear of violence in the workplace. *Scand J Work Environ Health* 1997; 23: 450-7. [\[CrossRef\]](#)
- Pane GA, Winiarski AM, Salness KA. Aggression directed toward emergency department staff at a university teaching hospital. *Ann Emerg Med* 1991; 20: 283-6. [\[CrossRef\]](#)
- Stultz MS. Crime in hospitals 1986-1991--the latest IAHS surveys. *J Healthc Prot Manage* 1993; 9: 1-25.
- Hewitt JB, Levin PF. Violence in the workplace. *Ann Rev Nurs Res* 1997; 15: 81-99.
- Lavoie FW, Carter GL, Danzl DF, Berg RL. Emergency department violence in United States teaching hospitals. *Ann Emerg Med* 1988; 17: 1227-33. [\[CrossRef\]](#)
- Fernandes C, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore C, Christenson JM, et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *CMAJ* 1999; 161: 1245-8.
- Walter B. Aggression and violence: examine the theories. *Nurs Stand* 1998; 12: 36-7.
- Mohr WK, Mohr BD. Brain, behavior, connections and implications: psychodynamics no more. *Arch Psychiatr Nurs* 2001; 15: 171-81. [\[CrossRef\]](#)
- Volavka J. The neurobiology of violence: an update. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1999; 11: 307-14.
- Davidson R, Putnam KM, Larson CL. Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation- a possible prelude to violence. *Science* 2000; 289: 591-4. [\[CrossRef\]](#)
- Berkowitz L. On the formation and regulation of anger and aggression. A cognitive-neoassociationistic analysis. *Am Psychol* 1990; 45: 494-503. [\[CrossRef\]](#)
- Nau J, Halfens R, Needham I, Dassen T. The De-Escalating Aggressive Behaviour Scale: development and psychometric testing. *J Adv Nurs* 2009; 65: 1956-64. [\[CrossRef\]](#)
- Kingma M. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. *Int Nurs Rev* 2001; 48: 129-30. [\[CrossRef\]](#)
- Ferns T. Violence, aggression and physical assault in healthcare settings. *Nursing Standard* 2006; 21: 42-6.
- Roche M, Diers D, Duffield C, Catling-Paull C. Violence toward nurses, the work environment and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship* 2010; 42: 13-22. [\[CrossRef\]](#)
- Hahn S, Hantikainen V, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJ. Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. *J Adv Nurs* 2012 Mar 1. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05967.x. [Epub ahead of print] [\[CrossRef\]](#)
- Chen WC, Hwu HG, Kung SM, Chiu HJ, Wang JD. Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *J Occup Health* 2008; 50: 288-93. [\[CrossRef\]](#)
- Guterman NB, Jayaratne S, Gargal D. (1996), Workplace violence and victimization experienced by social workers: a cross-national study of American and Israelis. In: VandenBos, GR, Bulatao EQ (Eds.), *Violence on the Job. Identifying Risks and Developing Solutions*. American Psychiatric Association, Washington DC, pp. 175-88. [\[CrossRef\]](#)
- Schulte JM, Nolt BJ, Williams RL, Spinks CL, Hellsten JJ. Violence and threats of violence experienced by public health field-workers. *JAMA* 1998; 280: 439-42.
- Gates DM, Ross CS, McQueen L. Violence against emergency department workers. *J Emerg Med* 2006; 31: 331-7.
- Wells J, Bowers L. How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK? *J Adv Nurs* 2002; 39: 230-40. [\[CrossRef\]](#)
- Jakson M, Ashley D. Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 18: 114-21. [\[CrossRef\]](#)
- Barrett S. Protecting against workplace. *Public Manag* 1997; 79: 9-12.
- Gates DM. Workplace violence. *AAOHN J* 1995; 43: 536-43.
- Warshaw LJ. Workplace violence: preventive and interventive strategies. *J Occup Environ Med* 1996; 38: 993-1006. [\[CrossRef\]](#)
- Ayranci U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoglu C. Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence* 2006; 21: 276-96. [\[CrossRef\]](#)
- Gökçe T, Dündar C. Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2008; 15: 25-8.
- Senuzun Ergün F, Karadakovan A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *Int Nurs Rev* 2005; 52: 154-60. [\[CrossRef\]](#)
- Beech B, Leather P. Workplace violence in the health care sector: a review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggr Viol Behav* 2006; 11: 27-43. [\[CrossRef\]](#)
- Erickson L, Williams-Evans SA. Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. *J Emerg Nurs* 2000; 26: 210-5. [\[CrossRef\]](#)
- Ayranci U. Violence: Recognition, Management and Prevention. *The Journal of Emergency Medicine* 2005; 28: 361-5. [\[CrossRef\]](#)
- 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. [\[CrossRef\]](#)
- Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatr Serv* 1998; 49: 1452-7.
- Erkol H, Gökdoğan MR, Erkol Z, Boz B. Aggression and violence towards health care providers--a problem in Turkey? *J Forensic Leg Med* 2007; 14: 423-8. [\[CrossRef\]](#)
- Young GP. The agitated patient in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 1987; 5: 765-81.
- Lau J, Magarey J, McCutcheon H. Violence in the emergency department: A literature review. *Aust Emerg Nurs J* 2004; 7: 27-37. [\[CrossRef\]](#)
- Reid WH. Clinical evaluation of the violent patient. *Psychiatr Clin North Am* 1988; 11: 527-37.
- Novitsky MA, Julius RJ, Dubin WR. Non-pharmacologic management of violence in psychiatric emergencies. *Prim Psychiatry* 2009; 16: 49-53.
- Annagur B. Violence towards health care staff: risk factors, after effects, evaluation and prevention. *Current Approaches in Psychiatry* 2010; 2: 161-73.
- Uzun O. Perceptions and experiences of nurses in Turkey about verbal abuse in clinical settings. *J Nurs Scholarsh* 2003; 35: 81-5. [\[CrossRef\]](#)
- Boz B, Acar K, Ergin A, Erdur B, Kurtuluş A, Turkcuer I, et al. Violence toward health care workers in emergency departments in Denizli, Turkey. *Adv Ther* 2006; 23: 364-9. [\[CrossRef\]](#)
- Aydın B, Kartal M, Midik O, Büyükakkuş A. Violence against general practitioners in Turkey. *J Interpers Violence* 2009; 24: 1980-94. [\[CrossRef\]](#)
- Taş F, Çevik U. The situation of exposed to violence of pediatric nurses in Konya. *Journal of Nursing College of Atatürk University* 2006; 9: 62-8.

51. Mahoney BS. The extent, nature, and response to victimization of emergency nurses in Pennsylvania. *J Emerg Nurs* 1991; 17: 282-94.
52. Carmel H, Hunter M. Compliance with training in managing assaultive behavior and injuries from inpatient violence. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41: 558-60.
53. Yassi A. Assault and abuse of health care workers in a large teaching hospital. *CMAJ* 1994; 151: 1273-9.
54. Uzun Ö, Bağ B, Özer N. Impact on nurses of verbal abuse in the workplace. *Journal of Nursing College of Atatürk University* 2001; 4: 42-7.
55. Kisa S. Turkish nurses' experiences of verbal abuse at work. *Arch Psychiatr Nurs* 2008; 22: 200-7. [\[CrossRef\]](#)
56. Winstanley S, Whittington R. Aggressive encounters between patients and general hospital staff: staff perceptions of the context and assailants' levels of cognitive processing. *Aggressive Behavior* 2004; 30: 534-43. [\[CrossRef\]](#)
57. Farrell GA, Bobrowski C, Bobrowski P. Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *J Adv Nurs* 2006; 55: 778-87. [\[CrossRef\]](#)
58. Kwok RP, Law YK, Li KE, Ng YC, Cheung MH, Fung VK, et al. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Med J* 2006; 12: 6-9.
59. Adib SM, Al-Shatti AK, Kamal S, El-Gerges N, Al-Raqem M. Violence against nurses in healthcare facilities in Kuwait. *Int J Nurs Stud* 2002; 39: 469-78. [\[CrossRef\]](#)
60. Jansen GJ, Dassen TW, Groot Jebbink G. Staff attitudes towards aggression in health care: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005; 12: 3-13. [\[CrossRef\]](#)
61. Lin YH, Liu HE. The impact of workplace violence on nurses in South Taiwan. *Int J Nurs Stud* 2005; 42: 773-8. [\[CrossRef\]](#)
62. Winstanley S. Cognitive model of patient aggression towards health care staff: the patient's perspective. *Work & Stress* 2005; 19: 340-50. [\[CrossRef\]](#)
63. Gates D, Fitzwater E, Meyer U. Violence against caregivers in nursing homes: expected, tolerated and accepted. *J Gerontol Nurs* 1999; 25: 12-22.
64. Evers W, Tomic W, Brouwers A. Aggressive behaviour and burnout among staff of homes for the elderly. *Int J Ment Health Nurs* 2002; 11: 2-9. [\[CrossRef\]](#)
65. Gates D, Fitzwater E, Succop P. Predicting assaults against caregivers in nursing homes. *Issues Ment Health Nurs* 2003; 24: 775-93. [\[CrossRef\]](#)
66. Barling J, Rogers AG, Kelloway AK. Behind closed doors: in home workers' experiences of sexual harassment and workplace violence. *J Occup Health Psychol* 2001; 6: 255-69. [\[CrossRef\]](#)
67. Piedmont RL. A longitudinal analysis of burnout in the healthcare setting: the role of personal dispositions. *J Pers Assess* 1993; 6: 457-73. [\[CrossRef\]](#)
68. Camerino D, Estry-Behar M, Conway PM, van Der Heijden BI, Hasselhorn HM. Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: a longitudinal cohort study. *Int J Nurs Stud* 2008; 45: 35-50. [\[CrossRef\]](#)
69. Shields M, Wilkins K. Factors related to on-the-job abuse of nurses by patients. *Health Rep* 2009; 20: 7-19.
70. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3: 147-54.
71. Ölmezoğlu ZB, Vatanserver K, Ergör A. İzmir metropol alanı 112 çalışanlarında şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi. *Toplum ve Hekim* 1999; 14: 420-5.
72. Gülalp B, Karcioğlu O, Köseoğlu Z, Sari A. Dangers faced by emergency staff: experience in urban centers in southern Turkey. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2009; 15: 239-42.
73. James A, Madeley R, Dove A. Violence and aggression in the emergency department. *Emerg Med J* 2006; 23: 431-4. [\[CrossRef\]](#)
74. Jenkins MG, Roche LG, McNicholl BP, Hughes DM. Violence and verbal abuse against staff in accident and emergency departments: a survey of consultants in the UK and the Republic of Ireland. *J Accid Emerg Med* 1998; 15: 262-5. [\[CrossRef\]](#)
75. Kennedy MP. Violence in emergency departments: under-reported, unconstrained, and unconsonable. *Med J Aust* 2005; 183: 362-5.
76. Erickson L, William-Evans SA. Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. *J Emerg Nurs* 2000; 26: 210-5. [\[CrossRef\]](#)
77. Taylor JL, Rew L. A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department. *J Clin Nurs* 2011; 20: 1072-85. [\[CrossRef\]](#)
78. Levin PF, Hewitt JB, Misner ST. Insights of nurses about assault in hospital-based emergency departments. *Image J Nurs Sch* 1998; 30: 249-54. [\[CrossRef\]](#)
79. Foust D, Rhee KJ. The incidence of battery in an urban emergency department. *Ann Emerg Med* 1993; 22: 583-5. [\[CrossRef\]](#)
80. McNamara RM, Whitley TW, Sanders AB, Andrew LB. The extent and effects of abuse and harassment of emergency medicine residents. The SAEM In-service Survey Task Force. *Acad Emerg Med* 1995; 2: 293-301. [\[CrossRef\]](#)
81. Zahid MA, Al-Sahlawi KS, Shaid AA, Awadh JA, Abu-Shammah H. Violence against doctors: 2. Effects of violence on doctors working in accident and emergency departments. *Eur J Emerg Med* 1999; 6: 305-9. [\[CrossRef\]](#)
82. Al-Sahlawi KS, Zahid MA, Shahid AA, Hatim M, Al-Bader M. Violence against doctors: 1. A study of violence against doctors in accident and emergency departments. *Eur J Emerg Med* 1999; 6: 301-4. [\[CrossRef\]](#)
83. Cevik AA, Holliman CJ, Yanturali S. Emergency physicians and "burn out" syndrome. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2003; 9: 85-9.
84. Howe A, Crilly M. Violence in the community: a health service view from a UK Accident and Emergency Department. *Public Health* 2002; 116: 15-21. [\[CrossRef\]](#)
85. Barlow CB, Rizzo AG. Violence against surgical residents. *West J Med* 1997; 167: 74-8.
86. Wyatt JP, Watt M. Violence towards junior doctors in accident and emergency departments. *J Accid Emerg Med* 1995; 12: 40-2. [\[CrossRef\]](#)
87. Ryan D, Maguire J. Aggression and violence - a problem in Irish Accident and Emergency departments? *J Nurs Manag* 2006; 14: 106-15. [\[CrossRef\]](#)
88. Anglin D, Kyriacou DN, Hutson HR. Residents' perspectives on violence and personal safety in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1994; 23: 1082-4. [\[CrossRef\]](#)
89. Kowalenko T, Walters B, Khare R, Compton S. Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan. *Ann Emerg Med* 2005; 46: 142-7. [\[CrossRef\]](#)
90. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HE, Nachreiner NM, Geisser MS, et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occup Environ Med* 2002; 61: 495-503. [\[CrossRef\]](#)
91. Arnetz JE, Arnetz BB, Petterson L. Violence in the nursing profession: occupational and lifestyle risk factors in Swedish nurses. *Work Stress* 1996; 10: 119-27. [\[CrossRef\]](#)
92. Ray CL, Subich LM. Staff assaults and injuries in a psychiatric hospital as a function of three attitudinal variables. *Issues Ment Health Nurs* 1998; 19: 277-89. [\[CrossRef\]](#)
93. Crilly J, Chaboyer W, Creedy D. Violence towards emergency department nurses by patients. *Accid Emerg Nurs* 2004; 12: 67-73. [\[CrossRef\]](#)
94. Winstanley S, Whittington R. Violence in general hospital: comparison of assault and other assault-related factors on accident and emergency and inpatient wards. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2002; 144-7. [\[CrossRef\]](#)
95. Ng KYJ, Cheung I, Chung A, White P. Workplace violence a survey of diagnostic radiographers working in public hospitals in Hong Kong. *J Occup Health* 2009; 51: 355-63. [\[CrossRef\]](#)
96. Riopelle DD, Bourque LB, Robbins M, Shoaf KI, Kraus J. Prevalence of assault and perception of risk of assault in urban public service employment settings. *Int J Occup Environ Health* 2000; 6: 9-17.
97. 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. [\[CrossRef\]](#)

98. Hoag-Apel CM. Violence in the emergency department. *Nurs Manage* 1998; 29: 60-3. [\[CrossRef\]](#)
99. Flannery RB. Violence in the workplace, 1970-1995: a review of the literature. *Aggress Violent Behav* 1996; 1: 57-68. [\[CrossRef\]](#)
100. Öztunç G. Examination of incidents of workplace verbal abuse against nurses. *J Nurs Care Qual* 2006; 21: 360-5. [\[CrossRef\]](#)
101. Yıldırım A, Yıldırım D. Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses. *J Clin Nurs* 2007; 16: 1444-53. [\[CrossRef\]](#)
102. Celik SS, Celik Y, Ağırbaş I, Ugurluoğlu O. Verbal and physical abuse against nurses in Turkey. *Int Nurs Rev* 2007; 54: 359-66. [\[CrossRef\]](#)
103. Celik Y, Senol Celik S. Sexual harassment against nurses in Turkey. *J Nurs Scholosh* 2007; 39: 200-6. [\[CrossRef\]](#)
104. Kısa A, Dziegielewska S, Ateş M. Sexual harassment and its consequences: a study within Turkish Hospitals. *J Health Soc Policy* 2002; 15: 77-94. [\[CrossRef\]](#)
105. Mandiracioglu A, Cam O. Violence exposure and burn-out among Turkish nursing home staff. *Occup Med (Lond)* 2006; 56: 501-3. [\[CrossRef\]](#)
106. Acik Y, Deveci SE, Gunes G, Gulbayrak C, Dabak S, Saka G, et al. Experience of workplace violence during medical speciality training in Turkey. *Occup Med (Lond)* 2008; 58: 361-6. [\[CrossRef\]](#)
107. Kynoch K, Wu CJ, Chang AM. Interventions for preventing and managing aggressive patients admitted to an acute hospital setting: a systematic review. *Worldviews Evid Based Nurs* 2011; 8: 76-86. [\[CrossRef\]](#)
108. Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L, Homey C, Robinson L, MacLean SL. Violence against nurses working in US emergency departments. *J Nurs Adm* 2009; 39: 340-9. [\[CrossRef\]](#)
109. Hahn S, Müller M, Needham I, Dassen T, Kok G, Halfens RJ. Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *J Clin Nurs* 2010; 19: 3535-46. [\[CrossRef\]](#)
110. Steffgen G. 2004. Körperliche Gewalt. In: Steffgen, G. (Ed.), *Betriebliche Gesundheitsförderung. Problemzentrierte psychologische Interventionen*. Hogrefe, Göttingen, pp. 149-170.
111. Tobin TJ. Organizational determinants of violence in the workplace. *Aggression and Violent Behavior* 2001; 6: 91-102. [\[CrossRef\]](#)
112. McKenna K. 2004 Study of Work-Related Violence. Committee on Workplace Violence, North Eastern Health Board, Ireland, pp. 1-121.
113. Elliott PP. Violence in health care. What nurse managers need to know. *Nurs Manage* 1997; 28: 38-41.
114. Göz F, Kızıl A. Violent behaviors through clinical. *Syndrom* 2006; 18: 100-3.
115. Bilgin H, Buzlu S. A study of psychiatric nurses' beliefs and attitudes about work safety and assaults in Turkey. *Issues Ment Health Nurs* 2006; 27: 75-90. [\[CrossRef\]](#)
116. McDonnell A, Jones P. The physical management of challenging behaviour. *Clinical Psychology Forum* 1999; 127: 20-3.
117. Flannery RB Jr. The employee victim of violence: Recognizing the impact of untreated psychological trauma. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2001; 16: 230-3. [\[CrossRef\]](#)
118. Lau JB, Magarey J, Wiechula R. Violence in the emergency department: an ethnographic study (part I). *Int Emerg Nurs* 2012; 20: 69-75. [\[CrossRef\]](#)
119. Khun W. Violence in the emergency department: managing aggressive patient in a high-stress environment. *Postgrad Med* 1999; 105: 143-8.
120. Eddinger C. Security dogs in the emergency department: One hospital's solution to the crisis of violence. *J Emerg Nurs* 1991; 17: 23A-4A.
121. Chappell D, Di Martino V. (2006) *Violence at Work*. International Labour Office, Geneva, pp. 1-360.
122. Pich J, Hazelton M, Sundin D, Kable A. Patient-related violence against emergency department nurses. *Nurs Health Sci* 2010; 12: 268-74. [\[CrossRef\]](#)
123. Stanko EA. (2002) Knowledge about the impact of violence at work in the health sector. In *Workplace Violence in the Health Sector*. State of Art (Copper C.L. & Swanson N., eds), University of Manchester, Institute of Science and Technology, United Kingdom. National Institute of Occupational Safety and Health, Manchester, USA, pp. 49-60.
124. Swanson NG, Grubb PL, Sauter SL. (2002) Approaches to anti-violence and achieved impact in the health sector. In *Workplace Violence in the Health Sector*. State of the Art (Cooper C.L & Swanson N., eds), University of Manchester, Institute of Science and Technology, United Kingdom. National Institute of Occupational Safety and Health, pp. 62-70
125. Dilbaz N. Şiddet riskinin değerlendirilmesi ve saldırgan hastaya yaklaşım. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 1999; 2: 179-88.
126. Borum R, Swartz M, Swanson J. Assessing and managing violence risk in clinical practice. *Prac Psych Behav Healt* 1996; 2: 205-22.
127. Öztunç G. An examination of verbal and physical abuse incidents that nurses encounter in their work, in various hospitals in Adana. *Journal of Nursing College of Cumhuriyet University* 2001; 5: 1-9.
128. Poster EC, Ryan J. A multiregional study of nurses beliefs and attitudes about work safety and patient assault. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45: 1104-8.
129. Lanza M.L. 1996. Violence against nurses in hospitals. In: VandenBos, G.R., Bulatao, E.Q. (Eds.), *Violence on the Job. Identifying Risks and Developing Solutions*. American Psychiatric Association, Washington DC, pp. 189-198. [\[CrossRef\]](#)
130. Budd JW, Arvey RD, Lawles P. Correlates and consequences of workplace violence. *J Occup Health Psychol* 1996; 1: 197-210. [\[CrossRef\]](#)
131. Cembrowicz SP, Shepherd JP. Violence in the Accident and Emergency Department. *Med Sci Law* 1992; 32: 118-22.
132. Cantera LM, Cervantes G, Blanch JM. Violence in the workplace: the case of healthcare professionals. *Papeles del Psicólogo* 2008; 29: 49-58.
133. Hesketh KL, Duncan SM, Estabrooks CA, Reimer MA, Giovannetti P, Hyndman K, et al. Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy* 2003; 63: 311-21. [\[CrossRef\]](#)
134. 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. [\[CrossRef\]](#)
135. Jackson D, Clare J, Mannix J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace a factor in recruitment and retention. *J Nurs Manag* 2002; 10: 13-20. [\[CrossRef\]](#)
136. McKenna B, Smith NA, Poole SJ, Coverdale JH. Horizontal violence: experiences of registered nurses in their first year of practice. *J Adv Nurs* 2003; 42: 90-6. [\[CrossRef\]](#)
137. Yıldırım D, Yıldırım A. Mobbing behaviors encountered by health science faculties staff and their responses to them. *J Med Sci* 2010; 30: 559-70.
138. Stirling G, Higgins JE, Cooke MW. Violence in A&E departments: a systematic review of the literature. *Accid Emerg Nurs* 2001; 9: 77-85. [\[CrossRef\]](#)
139. Carmi-Iluz T, Peleg R, Freud T, Shvartzman P. Verbal and physical violence towards hospital and community-based physicians in the Negev: an observational study. *BMC Health Serv Res* 2005; 5: 54. [\[CrossRef\]](#)