

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET: KONYA 112 ACİL
SAĞLIK HİZMETLERİ'NDE BİR UYGULAMA**

MERVE DURMUŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Ş. Didem KAYA

KONYA 2019

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET: KONYA 112 ACİL
SAĞLIK HİZMETLERİ'NDE BİR UYGULAMA**

MERVE DURMUŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Ş. Didem KAYA

KONYA 2019

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi **Merve DURMUŞ**' un **“Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Konya 112 Acil Sağlık Hizmetleri’nde Bir Uygulama”** başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya/03.07.2019

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Ş. Didem KAYA
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Aydan YÜCELER
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Fatma Özlem YILMAZ
Selçuk Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 01/08/2019 Tarih ve 16/03 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK
Enstitü Müdürü



APPROVAL

We certify that we have read this dissertation entitled “**Violence against emergency health services workers: An Application in Konya 112 Emergency Health Services**” by “**Merve DURMUŞ**” that in our opinion it is fully adequate, in scope and quality, as dissertation for the degree of Master of Science in the Department of “Health Managament”, Institute of Health Sciences, University of Necmettin Erbakan

Konya, Turkey / 03.07.2019

Principal Advisor

Assoc. Prof. S. Didem KAYA

University of Necmettin Erbakan

Faculty of Health Sciences

Examination Committee Member
Asist. Prof. Aydan YÜCELER
University of Necmettin Erbakan
Faculty of Health Sciences

Examination Committee Member
Asist. Prof. Fatma Özlem YILMAZ
University of Selcuk
Faculty of Health Sciences

This thesis has approved for the University of Necmettin Erbakan Institute of Health Sciences.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK
Director of Institute of Health Sciences

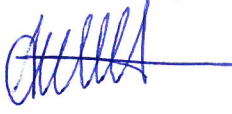
Date and Signature

BEYANAT

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

03.07.2019

Merve DURMUŞ



[Gözetim](#)
[Öğrenciler](#)
[Not Defteri](#)
[Kütüphaneler](#)
[Takvim](#)
[Tartışma](#)
[Tercihler](#)

Bu sayfa hakkında

Bu sizin ödev kutunuzdur. Bir yazılı ödevi görüntülemek için yazılı ödevin başlığını seçin. Bir Benzerlik Raporunu görüntülemek için yazılı ödevin benzerlik sütunundaki Benzerlik Raporu ikonunu seçin. Tıklanabilir durumda olmayan bir ikon Benzerlik Raporunun henüz oluşturulmadığını gösterir.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET: KONYA 112 ACI...

Gelen Kutusu | Görüntüleniyor: yeni ödevler ▼

Dosyayı Gönder Çevrimiçi Derecelendirme Raporu | Ödev ayarlarını düzenle | E-posta bildirmeyenler

[Sil](#) [İndir](#) [Şuraya taşı...](#)

<input type="checkbox"/>	Yazar	Başlık	Benzerlik	web	yayın	student papers	Puanla	cevap	Dosya	Ödev Numarası	Tarih
<input type="checkbox"/>	Merve Durmuş	SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET: KON...	%9 <input type="text" value="%9"/>	4%	2%	8%	-	-	ödev indir	1142488296	11-Haz-2019

Doc. Dr.  Didem KAYA

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca bana daima yol gösteren ve bu konuda beni yreklendiren danışman hocam Sayın Doç. Dr. Ő. Didem KAYA'ya teşekkür ederim. Ayrıca tez çalıőmama katkı sağlayan hocalarım Doç. Dr. Ayhan ULUDAğ'a, Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Yalçın İLERİ'ye, Dr. Öğr. Üyesi Aydan YÜCELER'e, Dr. Öğr. Üyesi Fatma zlem YILMAZ'a, Dr. ğr. yesi Őkr Anıl TOYGAR'a, Dr. ğr. yesi Aysun YEŐİLTAŐ'a teőekkr ederim.

Son olarak yksek lisans hayatım boyunca bana destek veren kıymetli eőim Paramedik Bilal DURMUŞ'a ve canım kızıma teőekkr ederim.

Merve DURMUŞ

Konya, 2019



İÇİNDEKİLER

<i>Tez Onay Sayfası</i>	<i>i</i>
<i>Approval</i>	<i>ii</i>
<i>Beyanat</i>	<i>iii</i>
<i>İntihal Raporu</i>	<i>v</i>
<i>Teşekkür</i>	<i>vi</i>
<i>İçindekiler</i>	<i>vii</i>
<i>Kısaltmalar ve Simgeler</i>	<i>ix</i>
<i>Tablolar Listesi</i>	<i>x</i>
<i>Ekler Tablosu</i>	<i>xi</i>
<i>Özet</i>	<i>xii</i>
<i>Abstract</i>	<i>xiii</i>
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	2
<i>2.1 Şiddet ve Türleri</i>	<i>2</i>
<i>2.1.1. Şiddet Kavramı</i>	<i>2</i>
<i>2.1.2. Şiddetin Nedenleri</i>	<i>5</i>
<i>2.1.3. Şiddet Türleri</i>	<i>8</i>
<i>2.1.3.1. Fiziksel Şiddet</i>	<i>8</i>
<i>2.1.3.2. Sözel Şiddet</i>	<i>8</i>
<i>2.1.3.3. Psikolojik (Duygusal) Şiddet</i>	<i>8</i>
<i>2.1.3.4. Cinsel Şiddet</i>	<i>9</i>
<i>2.1.3.5. Ekonomik Şiddet</i>	<i>9</i>
<i>2.2. Sağlık ve Şiddet</i>	<i>9</i>
<i>2.2.1. Sağlık ve Şiddet İlişkisi</i>	<i>10</i>
<i>2.2.2. Sağlıkta Şiddetin Nedenleri</i>	<i>11</i>
<i>2.2.3. Şiddetin Sağlık Çalışanlarına Yönelik Etkileri</i>	<i>13</i>
<i>2.2.4. Sağlık Haberleri ve Sağlık Haberciliği</i>	<i>15</i>
<i>2.2.5. Medyada Şiddetin Etkileriyle İlgili Kuramlar</i>	<i>17</i>
<i>2.3. Acil Sağlık Hizmetleri ile İlgili Kavramlar</i>	<i>20</i>
<i>2.3.3. Acil Sağlık Hizmetleri</i>	<i>20</i>
<i>2.3.4. Acil Durum</i>	<i>20</i>
<i>2.3.5. Acil Olay (Vaka)</i>	<i>21</i>
<i>2.3.6. Afet</i>	<i>21</i>
<i>2.3.7. Afet Yönetimi</i>	<i>21</i>
<i>2.3.8. Acil Yardım Hizmetleri</i>	<i>22</i>
<i>2.3.9. Acil Çağrı Merkezleri</i>	<i>22</i>
<i>2.3.10. Acil Çağrı Numarası</i>	<i>22</i>
<i>2.3.11. Hastane Öncesi Acil Sağlık Sistemleri</i>	<i>22</i>
<i>2.3.11.1. Franco-German Model</i>	<i>24</i>
<i>2.3.11.2. Anglo-Amerikan Model</i>	<i>24</i>
<i>2.3.11.3. Türkiye’de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri</i>	<i>24</i>

2.3.11.4. Hastane Öncesi Acil Sağlık Ekipleri.....	25
2.3.11.5. Hastane Acil Servisleri	26
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	27
3.1. Araştırma Amacı ve Modeli.....	27
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	27
3.3. Veri Toplama Araçları	28
3.4. Verilerin Toplanması.....	28
3.5. Verilerin Analizi.....	28
3.6. Etik.....	29
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
3.8. Araştırma Soruları.....	29
4.BULGULAR	31
4.1.Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı.....	31
4.2.Katılımcılara Yönelik Şiddete İlişkin Bulgular	31
4.3. Cinsiyet, Eğitim Durumu, Mesleki Statü ve Görev Yerine Göre Şiddete İlişkin Bulgular	39
5.TARTIŞMA	47
6.SONUÇ ve ÖNERİLER.....	58
7.KAYNAKLAR.....	62
8.EKLER.....	66
Ek-A Araştırmada Kullanılan Anket Formu.....	66
EK-B Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu Kararı.....	72
EK-C Konya İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni	74
9.ÖZGEÇMİŞ.....	77

KISALTMALAR VE SİMGELER

ATT	: Acil Tıp Teknisyeni
Çev.	: Çeviren
Dr.	: Doktor
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ESMAR	: Eğitim ve Sağlık Muhabirleri Derneği
KKKA	: Kırım Kongo Kanamalı Ateşi
KKM	: Komuta Kontrol Merkezi
Max.	: Maximum
Min.	: Minimum
Ort.	: Ortalama
RTÜK	: Radyo ve Televizyon Üst Kurulu
S.	: Sayfa sayısı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SH	: Standart Hata
SPSS	: (Statistical Packag for the Social Sciences)
Ss	: Standart sapma
TDK	: Türk Dil Kurumu
TTB	: Türk Tabipler Birliği
URAC	: American Accreditation Healthcare Commission
\bar{x}	: Aritmetik Ortalama

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı	31
Tablo 4.2. Katılımcılara Yönelik Şiddet Ölçeğine İlişkin Bulgular.....	32
Tablo 4.3. Katılımcılara Yönelik Fiziksel Şiddete İlişkin Bulgular.....	33
Tablo 4.4. Katılımcılara Yönelik Sözel Şiddete İlişkin Bulgular.	34
Tablo 4.5. Katılımcılara Yönelik Cinsel Şiddete İlişkin Bulgular	35
Tablo 4.6. Katılımcılara Yönelik Psikolojik Şiddete İlişkin Bulgular	35
Tablo 4.7. Maruz Kalınan Şiddetin Nedeninin Neler Olduğuna İlişkin Bulgular	36
Tablo 4.8. Maruz Kalınan Şiddete ve Saldırgan Kişiyeye İlişkin Bulgular	36
Tablo 4.9. Katılımcıların Şiddete Uğradığında Verdiği Tepkilerin Nasıl Olduğuna İlişkin Bulgular	37
Tablo 4.10. Katılımcıların Şiddete Maruz Kaldıktan Sonra Duygu Ve Düşüncelerinin Neler Olduğuna İlişkin Bulgular.....	37
Tablo 4.11. Katılımcıların Şiddete Maruziyetinin Sonrasında Hasta/Yakınlarına Yönelik Bakış Açısının Nasıl Olduğuna İlişkin Bulgular	38
Tablo 4.12. Katılımcıların Şiddete Maruz Kaldıktan Sonraki Sürece İlişkin Bulgular.....	39
Tablo 4.13. Cinsiyet ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki.....	39
Tablo 4.14. Eğitim Durumu ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki.....	41
Tablo 4.15. Mesleki Statü ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki.....	42
Tablo 4.16. Görev Yeri ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	43

Ekler Tablosu

Ek- A Anket Formu.....	68
Ek- B Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu Kararı.....	74
Ek- C Konya İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni.....	76



ÖZET

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Konya 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde Bir Uygulama
Merve DURMUŞ
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2019

Şiddet kavramı son yıllarda hızla artan bir olgu haline gelmektedir. Toplumsal bir sorun haline gelen bu olgu artık sağlık profesyonellerine de yönelilmeye başlamıştır. Görevi insan yaşamını tehdit eden unsurları ortadan kaldırmak, durdurmak ya da sağlığı tehdit eden bir durumla karşılaştığında müdahale etmek olan 112 acil sağlık hizmetleri çalışanları da şiddete maruz kalan meslek çalışanları olarak karşımıza çıkmaktadır. Şiddetin her türlü reddedilirken, son yıllarda Türkiye'de çözüm yolu olarak şiddete yönelme ve bu durumun ilgili birimlere bildirilmediği görülmektedir. Şiddet kavramı sorgulandığında şiddetin sadece fiziksel şiddet olarak algılandığı diğer şiddet türleri olan sözel, psikolojik ve cinsel şiddetin göz ardı edildiği saptanmıştır.

Bu çalışmanın amacı Konya 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde görevli çalışanların şiddete (fiziksel, sözel, psikolojik ve cinsel şiddet) uğrama yüzdeleri, şiddet görme sıklığı ve görülen şiddetin türü, şiddetin kim tarafından, nerede ve ne zaman uygulandığı, şiddete maruz kalan çalışanların olay bildirimini yapma durumlarını belirlemektir. Araştırmanın evrenini Konya 112'ye (Komuta Kontrol Merkezi ve Acil Sağlık Hizmeti İstasyonu çalışanları) bağlı tüm meslek grupları (doktor, hemşire, paramedik, ATT, şoför) oluşturmaktadır. Konya İl Sağlık Müdürlüğü 2018 verileri dikkate alındığında 112 acil sağlık hizmetleri biriminde 1082 personel hizmet vermektedir. Araştırmanın örnekleme, %95 güven düzeyinde 284 kişi olarak hesaplanmış olup basit tesadüfi örneklem yöntemi ile seçilen 341 kişiye ulaşılmıştır.

Verilerin toplanmasında anket formundan yararlanılmıştır. Anket formu, konu ile ilgili geniş literatür taramasının (Öztunç 2001; Aydın 2008; İlhan ve ark. 2009; Kahriman 2011; İlhan ve ark. 2012; Zengin 2012; Doğanay 2014; Öztürk ve Babacan 2014; Bahar ve ark. 2014; Durak ve ark. 2014; Duğan 2015; Çuvadar 2017) ardından araştırmacılar tarafından düzenlenmiş ve son şekli verilmiştir. Çalışmanın yapılmasında etik kurul izni ve kurum izni alınmıştır. Katılımcılardan bilgilendirilmiş sözel onam alınmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak 1 Ocak-1 Mart 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin istatistiksel çözümlemesinde tanımlayıcı istatistikler ile birlikte sayı belirten çizelgelerde aritmetik ortalama (\bar{x}), standart sapma (Ss) ve standart hata (SH), minimum ve maksimum değer sonuçlarından yararlanılmıştır. Elde edilen veriler ankete katılan kişilerin tanımlayıcı özelliklerine göre ayrı ayrı değerlendirmeye alınmıştır. Araştırma anketinin ilk bölümünde katılımcıların tanımlayıcı bilgilerine ulaşmak için yüzde analizi kullanılmıştır. Araştırmada, kategorize edilmiş iki veri arasındaki ilişkiyi belirlemek için ki-kare analizinden yararlanılmıştır. Değişkenlerin ilişki düzeyi hesaplanırken $r \times r$ sayıda tablolarda Contingency Coefficient, $r \times c$ sayıda tablolarda Cramer's V değeri incelenmiştir. Acil sağlık hizmetleri çalışanlarına yönelik şiddete ilişkin bulgular incelendiğinde çalışanların %55,4'ünün kadın, %58,4'ünün önlisans mezunu, %66,9'unun acil tıp teknisyeni (ATT) olduğu bulunmuştur. Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının %80,2'sinin fiziksel şiddete, %100'ünün sözel şiddete, %73,5'inin psikolojik şiddete ve %0,6'sının cinsel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının ifadesine göre; cinsel şiddet uygulayan kişilerin tahmini yaş aralığının 31-45 yaş ve kadın olduğu tespit edilmiştir. Acil sağlık hizmeti çalışanlarına psikolojik şiddet uygulayan kişilerin %76'sının hasta yakını olduğu saptanmıştır. Acil sağlık hizmeti çalışanlarının %66'sının son bir yıl içinde şiddet korkusu ya da şiddet içeren olaylara tanık olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak, acil sağlık hizmetleri çalışanlarının çalışma süresince yüksek oranda fiziksel, sözel ve psikolojik şiddete maruz kaldığı, ancak şiddetin ilgili birimlere bildirimini yapılmamasının bu oranla beklenen paralelliği göstermediği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti, 112 acil sağlık hizmeti çalışanları, sağlıkta şiddet, şiddet.

ABSTRACT

REPUBLIC of TURKEY

NECMETTIN ERBAKAN UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Violence Against Emergency Health Services Workers: An Application in Konya 112
Emergency Health Services
Merve DURMUŞ
Department of Health Management
MASTER THESIS / KONYA-2019

The concept of violence has become a rapidly growing phenomenon in recent years. This phenomenon, which has become a social problem, has also started to applied to health personnel. 112 emergency health services workers, whose job is to eliminate, stop or interfere with the threats that threaten human life, are those who are exposed to violence. While all kinds of violence have been rejected, violence is accepted as a solution in Turkey in recent years. As a result of researches, it shows that individuals who are subjected to violence do not report to the units related to violence. Violence rates are low due to the violence events which are not report by victims of violence. In addition, when violence is questioned, it is seen that individuals perceive the concept of violence only as physical violence. This showed that individuals' perception of violence was based entirely on physical violence. Except the physical violence, other kinds of violence are not known and they are considered that occurs because of customs and other reasons.

With this study, the violence rates of 341 workers in Konya 112 Emergency Health Services, frequency of violence, type of violence, violence from who, when, where seen are researched. Informed consent was obtained from the participants. The population of the study consists of all occupational groups (doctor, nurse, paramedic, emergency medical technician, driver) connected to Konya 112. Considering the 2018 data of Konya Provincial Health Directorate, 1082 personnel serve in 112 emergency health care units. The sample of the study was calculated as 284 people at 95% confidence level and 341 people were selected by simple random sampling method.

A questionnaire was used to collect data. The questionnaire was finalized by the researchers after extensive literature review on the subject. (Öztunç 2001; Aydın 2008; İlhan et al. 2009; Kahriman 2011; İlhan et al. 2012; Zengin 2012; Doğanay 2014; Öztürk and Babacan 2014; Bahar et al. 2014; Durak et al. 2014; Duğan 2015; Çuvadar 2017). Questionnaire form was used for data collection. Ethics committee permission and institution permission were obtained during the study. Data were collected by the researcher using face-to-face interview method between January 1 and March 1, 2019. For statistical analysis of data, descriptive statistics and arithmetic mean(\bar{x}), standard deviation (Sd), standard error (SE), minimum and maximum value results on the number chart were used. In this study, chi-square analysis was used to obtain the necessary results from the data. When calculating the relationship level of variables, Contingency Coefficient value on the rxr table and Cramer's V value on the rxc were examined. When the findings of violence against emergency health care workers are examined, 55,4% of the participants are women, 58,4% of participants are associate degree graduates, 66,9% of participants are emergency medical technicians, 80,2% of the participants were exposed to physical violence, 100% had been subjected to verbal violence, 0,6% had been subjected to sexual violence, and 73,5% had been subjected to psychological violence.

According to the statement of emergency health services employees; the estimated age range of people who committed sexual violence was found to be 31-45 years and female. It was found that 76% of the people who applied psychological violence were relatives of patients. It has been found that 66% of emergency health care workers have witnessed fear of violence or violent incidents in the last year. As a result, emergency health services workers had been subjected highly physical, verbal, psychological violence. Although emergency health workers were exposed to high levels of physical, verbal and psychological violence, they did not report this situation to those concerned. Violent incidents and reported violence did not show the expected parallelism.

Keywords: Health workers, health care, emergency health services workers, health violence, violence.



1. GİRİŞ

Acil veya yaşamı tehdit eden durumlarda acil sağlık hizmetlerine erişim dünyanın birçok ülkesinde temel beklenti haline gelmiştir. Hastalık oluşumunun önlenmesi, her sağlık sisteminin temel hedefini oluşturmaktadır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin temelinde ise oluşan ciddi yaralanmaların ve ani olarak ortaya çıkan hastalıkların önlenmesi, bu rahatsızlıklar önlenemiyorsa durumun kötüye gitmesinin engellenmesi hedeflenmiştir.

Söz konusu sağlık ve insan yaşamı olunca her birey de kendi durumunun kendince acil olduğunu iddia etmektedir. Canı yanan insan sabırsızlığı ve farklı nedenlerin etkisiyle şiddet uygulamaya yönelmektedir. Sağlık kuruluşlarındaki şiddet; hasta, hasta yakınları ya da farklı kişiler tarafından gelen, sağlık personeli için risk ifade eden; fiili tehdit, sözlü tehdit, ekonomik olarak kötüye kullanım, fiziksel saldırganlık ve cinsel saldırganlıktan meydana gelen hâl olarak ifade edilmektedir (Serin ve ark. 2014). Türkiye’de yapılan araştırmalara göre de sağlık personellerinin şiddete uğrama oranı %49-91 arasında değişmektedir (TTB 2012). Sağlık personellerine yöneltilen şiddet hasta, hasta yakını ve olay yerinde bulunan diğer kişiler tarafından gösterilmektedir. Şiddet birçok sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de hizmet sunumunda bir tehdit unsuru oluşturmaktadır. Yaşanan şiddet olayları sağlık personellerini hem fiziksel hem de psikolojik olarak olumsuz etkilemekte, hizmet sunumu esnasında sağlık personellerinin motivasyonlarını da düşürmektedir. Görevi, insan yaşamını tehdit eden unsurları ortadan kaldırmak, durdurmak ya da sağlığı tehdit eden bir durumla karşılaşıldığında müdahale etmek olan 112 acil sağlık hizmetleri çalışanları da şiddete maruz kalan meslek çalışanları olarak karşımıza çıkmaktadır. İşini özveriyle yapan bu meslek çalışanlarına gösterilen şiddet olayları çalışanların motivasyonunun düşmesine ve görevlerini ifa ederken zorlanmalarına neden olmaktadır. Şiddetin son yıllarda artmasına ve beyaz kod sistemi hakkında bilgi sahibi olunmasına rağmen sağlık çalışanları sadece fiziksel şiddete uğradıkları zaman beyaz kod vermekte ve şiddet raporu tutulmasını sağlamaktadır. Bu çalışmada Konya 112 acil sağlık hizmeti çalışanları ve bu çalışanlara yönelik yapılan şiddet incelenmekte olup, şiddetin kim ya da kimler tarafından, ne zaman, ne şekilde ve ne sıklıkta gösterildiği araştırılmakta ve şiddeti önlemeye yönelik çalışmalar üzerinde durulmaktadır.

Tez çalışması; şiddet ve türleri, sağlık ve şiddet, acil sağlık hizmetleri ile ilgili kavramların yer aldığı teorik bölüm, gereç ve yöntemi içeren bölüm, bulgular bölümü, tartışma, sonuç ve öneriler bölümlerinden oluşmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Şiddet ve Türleri

Bu bölümde şiddet kavramı hakkındaki görüşlerden bahsedilerek şiddetin türleri hakkında bilgi verilmektedir. Ayrıca sağlık sektöründe şiddet konusuna değinilmekte ve sağlık sektöründe meydana gelen şiddet haberlerinin toplumda oluşturduğu algıdan, medyada şiddetin etkileriyle ilgili kuramlardan bahsedilmektedir.

2.1.1. Şiddet Kavramı

Toplumdaki bireylerin her birinin bir ihtiyacı bulunmaktadır. Bireylere göre ise bu ihtiyaçlar sınırsızdır. İhtiyaçların sınırsız olması ile birlikte bir anda sahip olabilmek isteği de doğmaktadır. Bireyler ihtiyaçlarının her biri kendine göre aciliyeti olduğunu ifade etmektedir. Ancak gerçek dünyaya döndüğümüzde durumun böyle olmadığı da net olarak ortaya çıkmaktadır. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisinde bile her ihtiyacın bir sırası bulunmaktadır. Bireyler fiziksel ihtiyaçlarını gerçekleştirmeden sosyal bir ihtiyacını gerçekleştirme aşamasına geçmemektedir (Umar 2016). Dolayısıyla ihtiyaçların her istenildiğinde gerçekleştirilemeyeşi de bireyleri sabırsızlığın ardından şiddete meyletmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ 2002) şiddet kavramını; "fiziksel gücün bilerek tehdit etme ya da eylem haline dönüştürerek söz konusu kişinin kendisinde, farklı bir kimsede ya da toplulukta yaralanma, ölüm ya da psikolojik olumsuz etkilere; gelişim bozukluklarına neden olması" şeklinde tanımlamaktadır. Dünya Şiddet ve Sağlık Raporu'nda ise şiddet; "bir kişiye, bir gruba ve topluma karşı yaralanmayla, ölüm ve psikolojik zararlar, gelişme geriliği ile veya çöküntüyle sonuçlanacak fiziksel güç veya tehdit uygulamak" olarak tanımlanmaktadır (Mian 2004).

Şiddet, sosyo-ekonomik düzeylerine bakılmaksızın tüm toplumlarda eskiden beri süregelen bir olgudur. Şiddetin zarar verici özelliği nedeniyle de toplumlara bakıldığında, her toplumda farklı bir zararlar sonuç gösterdiği görülmektedir. Şiddetin kaynağı olarak birçok etken gösterilebilmektedir (Özerkmen 2012). Ancak bunların hiçbirisi insanlara şiddet uygulamayı gerektirmemektedir. İnsanları diğer varlıklardan ayıran özelliklerinden birisi de konuşarak iletişim kurabilmeleridir. Bu özellikten yola çıkıldığı zaman şiddetin insanlara yakışmayacağı fikri ortaya çıkmaktadır. Balcıoğlu (2001)'na göre şiddetin farklı ortamlarda ortaya çıkan farklı şekillerini değerlendirmek için toplumların yapısı ele alınmalıdır. Şiddetin sosyolojik boyutunun değerlendirilmesiyle bu sonuca ulaşılmaktadır. Şiddet, her toplumda özelliğini değiştirebileceği gibi, aynı toplumda da zaman zaman özelliklerinde değişme göstermektedir. Ayan (2010)'a göre şiddet; tüm toplumu ilgilendiren, bireylerin

beklediği durum ile beklenen durumun sonucu arasındaki farktan dolayı ortaya çıkan, toplumsal huzur ve düzeni bozabilen, oluşan olumsuzların giderilmesi için çaba gerektiren, bireylerin meydana gelen olumsuzluklardan etkilendiği, üzerine gidilip, itinalı bir şekilde mercek altına alınması gereken bir kavramdır. Toplumsal kurallara uymama durumu da toplumda bireyleri şiddete sevk edebilmektedir. Fakat toplumsal kurallara uymayan davranışlar her seferinde ‘şiddet’ olarak tanımlanamamaktadır. Şiddet olarak nitelendirilecek olan duygu ve düşüncelerde, o toplumun değer yargıları belirleyici rol oynamaktadır. Şiddet; verimli olmayan düzenin boşa sarf edilmiş enerjisi olarak tanımlanmaktadır (Holmes akt.: Yıldırım 1998). Şiddet sosyal öğrenme kuramına göre ise; diğer sosyal davranışlarda olduğu gibi öğrenilerek gösterilmektedir (Avcı ve ark. 2015). Sosyal çevre içinde meydana gelen uyarıcılar saldırgan tepkimelere neden olmaktadır (Cinoğlu 2015). Güçlü ve saldırgan davranışlarda bulunan her birey şiddete yönelebilmektedir. Dolayısıyla güç ve saldırganlık şiddetle doğrudan ilişkili kavramlardır. Birey kendi gücünün farkında olmasıyla, kendi çıkarlarına ya da toplumun düzenini bozabilecek her olumsuz görünen olaya bu gücün etkisiyle şiddet gösterme eğiliminde bulunmaktadır. Şiddet kavramını yıkma, zafer kazanma ve sömürme gibi olgularla bağdaştıran Michaud, saldırı ve güç kullanma duygularının bireylerin zaten içinde var olan duygular olduğunu, yapılan tüm icatların ve üretilen ürünlerin hep bu yönde olduğunu belirtmektedir (Michaud 1991). Bunu da üretilen silah ve savunma sanayi için kullanılan teçhizatlar ile açıklamaktadır.

Aslında şiddet kavramı dilimize Arapça’dan gelmiştir. Kabalık, sertlik, ödül ve ceza verilmesinde abartma, yumuşak olmayan davranışlar şeklinde kelime ve olguların karşılığına denk gelmektedir (Ayan 2010). Şiddet kavramı “çağdaş Fransızca sözlüklerde; a) bir kişiye, zor kullanarak istemediği bir şeyi yaptırmak, b) şiddet uygulama eylemi, c) duyguların sert bir ifadeyle dışa vurumu, d) bir şeyin itiraz edilemez boyutu, e) bir eylemin savurganca belirmesi gibi ifadelerle belirtilmektedir” (Özerkmen 2012). Türk Dil Kurumu (2019)’na göre ise şiddet; sözcük anlamı olarak yeğlilik, sertlik anlamında kullanılmaktadır.

Şiddetin varlığını kabul eden, şiddetin sebebinin olmadığını iddia eden ve şiddetin direkt olduğunu söyleyen Yakupoğlu (1997)’na göre; ahlâk yasalarının hayatı düzene sokma konusunda zayıflıklarından dolayı şiddet doğmaktadır. Bu yasalar zayıf kaldığı zaman hukuki ya da hukuki olmayan bazı etkenler (diktatörlük gibi) ortaya çıkmaktadır. Şiddet ile ilgili olan eylemlere bakıldığında; yasalara karşı gelmek, bireylere zarar vermek, küçültücü söz ve davranışlarda bulunmak, onuru zedelemek, huzursuzluk çıkarmak, birinin hakkını gasp etmek, hırpalamak, üzme, güç kullanmak

şeklinde ortaya çıkmaktadır (Kocacık ve Çağlayandereli 2009). Medeni hukukta şiddet, bir bireyin isteğiyle onu kendi kararından zorbalık ve güç kullanarak vazgeçirmek olarak geçmektedir (Polat 2001). ‘Şiddetin bir sebebi olabileceği; fakat hiçbir zaman yasal kabul edilemeyeceği; yasal savunma halinde şiddet uygulanmasının tartışmaya açılmayacağı; siyasal yönden ele alındığında, güç kullanımı ve şiddetin farklı şeyler olduğu gerçeğinin ifade edilmesinin yeterli olmayacağı; şiddet istismarı ile güç uygulamanın zıt ifadeler olduğu; bu kavramlardan bir tanesinin tamamı ile baskın olduğu yerde, diğer kavramın ortadan kalkacağı; güç kullanımı azaldığında şiddetin ortaya çıktığı, şiddetin gücü yok edebildiğini, ama oluşturmadığı’ belirtilmektedir (Hannah Arendt akt.: Özerkmen 2012).

Sanders (1999) ise Öküzün A’sı kitabında elektronik yüzyılda yazılı kültürün gerilemesi ve şiddetin artmasını incelemektedir. Bireylerin çocukluktan itibaren ailesi ile geçirdiği zamandan çok medya ile vakit harcadığı ve buna bağlı olarak da tüm olguların medya kanalıyla bireyleri eğittiğine değinmektedir. Medyada yer alan ifadelerin ve sanal dünyanın akımına kapılarak şiddet ve diğer yıkıcı etkisi olan durumlar bireylere normal gelmeye başlamaktadır. Dolayısıyla bireylerde pişmanlık, suçluluk ve mahcup olma gibi duygular da ortadan kalkmaktadır. Psikiyatristlere göre şiddet; birey için gerekli olan şeye sahip olunamadığı zaman duyguların saldırganlık şeklinde gösterilmesine denilmektedir (Kışlalı 1974). Psikiyatristler aile ilişkilerindeki zayıflık, ailedeki şefkat duygusunun varlığı gibi etkenlerin şiddetle bağlantılı olduğunu ortaya çıkarmakta ve bireylerdeki saldırgan davranışların, depresif duygu durumlarını engelleyici bir yol olarak görmektedirler (Moses 1996). Öte yandan şiddet, yaşamı devam ettirebilmek için kullanılan tepki olarak da tanımlanmaktadır (Lore ve Schultz 1996).

Yapılan şiddet tanımlarında belirtilen nedenlerin hepsi bir bütündür. Şiddeti tek bir nedene bağlı kılmak bilimsel gerçeklerle bağdaşmamaktadır. Şiddet, bireyleri ve tüm toplumu ilgilendiren ve son derece yıpratıcı bir durumdur. Şiddet, bireyleri yıpratarak, sindirerek yıldırma amaçlayan bir kavram olarak görünmektedir. Şiddet genel olarak bakıldığında güç kullanma, hırpalama, kaba kuvvet uygulama ve hakaret gibi olumsuz fiil ve davranışlar içermektedir. Tüm bu davranışlar toplumda kabul edildiği ve sebebi ne olursa olsun normal karşılandığı takdirde hak ihlalleri işte tam da bu noktada başlamaktadır. Bireylerin şiddeti oluşturan sebep ne olursa olsun, şiddeti onaylamaması gerekmektedir. Aksi halde toplumsal düzen bozulacak ve bireylerin birbirlerine saygısı yitirilip gidecektir. İyi bir toplum olmak için bireylerin birbirlerine empati kurarak yaklaşması, sorunları çözme yolunda iletişimi doğru kurabilmeleri

gerekmektedir. İletişim problemleri başladığı anda şiddet ortaya çıkacağından bu tür problemleri olan kişi ve kişilerin konuyla ilgili profesyonel yardım alması gerekmektedir. Tüm şiddet türleri yıpratıcı, zarar verici ve şiddet görüldüğü dönem birey ya da bireyler açısından korku verici dönemlerdir. Yalnız şiddetin her türlü bireye ve bireyin haklarına yapılan çirkin birer saldırı niteliğindedir. Gökkaya Bilican (2009)'a göre Türkiye'de bazı bölgelerde uygulanan davranışlar şiddet olarak değil gelenek-görenek olarak görülmektedir. Bu durumda yapılan davranışlarda gelenek-görenek ve şiddet ayrımının iyi yapılması gerekmektedir. Özellikle Türkiye'de doğu kesimlerde uygulanan berdel, beşik kertmesi, başlık parası gibi uygulanan kavramlar şiddet içeren maddelerden sadece birkaç tanesidir.

2.1.2. Şiddetin Nedenleri

Şiddet bireysel ve toplumsal olarak ortaya çıkmış ve geçmişten günümüze her toplumun kanayan yarası olmuş ve halâ da olmaya devam etmektedir. Şiddetin tarihi insanlıkla başlamış olup, her şiddet içeren olayda bir açıklama ve sebep ortaya çıkmaktadır. Şiddetin nedenine bakıldığında her ortam ve bireye göre değişkenlik göstermektedir. Şiddet kavramı tüm boyutlarıyla ele alınıp, çözüm yolları aranacak ise; ekonomik, psikolojik, toplumsal ve bireysel olmak üzere bu konuda alanında uzman kişilerle incelendiği takdirde ancak o zaman çalışmalar bir neticeye ulaşmaktadır. Çünkü şiddetin tek bir nedeni ya da açıklaması olmadığı gibi tek bir kişinin ele aldığı tanım ya da olay da bu konuda bize yeterli olmamaktadır (Hökelekli 2007). Özellikle kendini yetiştirmek ve geliştirmek isteyen birey ya da bireylerin önüne çıkan engeller, bireyi kendini ispat etme ve gösterme, çevreye karşı kendini kanıtama yoluna itmektedir. Bu durum bireyin şiddete yönelme sebebi olmaktadır. Ancak bireyin şiddet gösterdiği kişi kendinden güç olarak daha zayıf bireyler olmaktadır. Böyle durumlarda şiddet gören bireyler sindirilmeye çalışılmaktadır. Fakat şiddetin her türüne karşı çıkarılmayan bir ses, ileride şiddetin artarak devam etmesine yol açmaktadır (Yaşar 2017).

Freud (akt.: Trend 2007), insanların içlerinde şiddete dair dürtüler olduğunu ve sınırlanma durumlarında kendilerine hakim olamayacaklarını ve şiddete yöneceklerini ifade etmiştir. Şiddeti bireysel ve toplumsal nedenlerine değinerek açıklamaya çalışan kaynaklar bulunmaktadır. Genel olarak şiddetin bireysel düzeyde incelendiğinde ekolojik ve toplumsal faktör kaynaklı olduğu ortaya konmaktadır. Ekolojik kaynak olarak incelendiğinde bireylerin yaşadığı ortama göre o ortamdan alınan her besin ve diğer öğelerin şiddetin ekolojik kaynağını oluşturduğu ifade edilmektedir. Yenilen, içilen teneffüs edilen havanın bile bireylerde şiddetin ekolojik etkisi olarak görüldüğü

dile getirilmektedir. Kızmaz (2006) 'a göre; toplumsal kaynaklı olarak bakıldığında ise bireyler şiddeti bulunduğu ortamdan görerek öğrenmekte ve çevresindeki kişilerin problemlere nasıl yaklaştığını analiz ederek şiddete yönelmektedir.

Şiddeti toplumsal kaynaklı faktörler ile ilişkilendiren Köknel (1994)'e göre şiddet bireylerin ruhsal yapısı ve toplumda yaşadığı olaylar şiddet göstermeyi etkilemektedir. Özellikle maddi anlamda evinin ihtiyaçlarının karşılanması için çaba sarf eden ve çalışan bireylerde yaşamın karşılaştığı zorluklar ile beraber bireyler strese girmekte ve stres neticesinde şiddet tetiklenmektedir (Ersun 2008). Sağlıklı toplumlarda şiddet oranı az görülürken, ruhsal sağlık açısından sağlıklı yerinde olmayan ya da olumsuz etkilere maruz kalmış toplumlarda bireylerin ruhsal çöküntü yaşamaları nedeniyle şiddete başvurması ve şiddeti çözüm olarak görmesi maalesef kaçınılmaz olmaktadır (Güleç ve ark. 2012). Dolayısıyla içinde bulunulan toplum yapısı şiddet gösterme eğilimiyle paralel olarak hareket etmektedir. Toplumda çevredeki insanlar nasılsa bireyler de zamanla bu insanlar gibi davranmaya başlamaktadır. Bunun bir nedeni de bireylerin toplumdan dışlanma ve yalnız kalma korkusu yaşamaları olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ankara Tabip Odası Raporu (2008)'na göre toplumsal olarak şiddetin nedenlerine bakıldığında devletin yaptırım gücü, ekonomideki dalgalanmalar, artan piyasa fiyatları, eğitim seviyesinin düşmesi, bilinçli toplum yetiştirmede yetersizlikler, denetim boşlukları, adalet sistemindeki zayıflıklar, sağlık sisteminin istenilen seviyede olmaması gibi nedenler karşımıza çıkmaktadır. Eğitim seviyesi düşük olan bireyler herhangi bir olumsuzlukla karşılaştığı zaman eğitilmiş bireylere oranla şiddet gösterme eğiliminden uzak kalamamaktadır. Yine sağlık açısından hem fiziki hem de ruh sağlığı bozulmuş bireyler düşünüldüğünde sağlıklı bireyler ile karşılaştırıldığı zaman sağlıklı bireylerde şiddet gösterme eğiliminde azalma gözlenmektedir. Bu ve buna benzer karşılaştırmalar da bize açık ve net olarak göstermektedir ki toplumda meydana gelen her değişken faktör şiddet gösterme eğilimini paralel olarak etkilemektedir. Şiddetin toplumsal kaynaklı nedenlere bağlı olarak artma ya da azalma eğilimini bu şekilde açıklamak gerekmektedir. Bireysel olarak şiddet gösterme eğilimi zamanla toplumun dengesini bozmaktadır. Bireysel şiddet artma eğiliminde olduğu zaman ise toplumsal şiddet de artmaktadır. Dolayısıyla bireysel ve toplumsal şiddet birbirinden etkilenen iki faktör olmaktadır.

Şiddeti geliştiren ve artıran üç neden olarak bakıldığında ilk faktör aile ve çevre, ikincisi eğitim seviyesi, üçüncüsü de medyadır (Ayan 2009). Ayrıca alkol tüketiminin varlığı, televizyon izleme alışkanlık durumu, izlenen televizyon programlarının

niteliği, kullanılan atasözü ve deyimler (dayak cennetten çıkmadır, kadının karnından sıpayı, sırtından sopayı eksik etmeyeceksin gibi), şiddet içerikli dizi, film, yayın, şarkı, klip ve diğer görseller de şiddeti tetikleyerek bireylerin bilinçaltını dolduran etkenler arasındadır. Sanders (1999)'e göre; şiddet kavramı okuryazarlıkla bağlantılıdır. Okuryazarlık oranı düşük olan bireylerde şiddete yönelim artmaktadır.

Yaralanma ile sonuçlanan şiddet olaylarında ise, alkol ve uyuşturucu madde kullanımının varlığı şiddet göstermeyi tetiklemekte ve teşvik etmektedir. Alkol kullanan bireylerin alkol kullanmayan bireylere göre şiddete daha fazla yöneldiği kanıtlanmıştır. Bir diğer neden olarak da tüketim kültürü toplumda yaşayan bireyler için bakıldığında da işsizlik bir çaresizlik ve stres nedeni olarak kabul edilip, bireyleri şiddete sevk etmektedir (Ersun 2008).

Şiddet; toplumda farkındalık oluşturulmadığı, bireylerin şiddet konusunda bilgilendirilmediği zaman duygusal şiddete maruz kalmaları ile başlamaktadır. Bebeklikten itibaren annelerin çocuklarına kendi istediklerini yaptırabilmek için duygusal baskı uygulamaları örnek olarak verilebilir. Eğitimin ailede başladığını varsaydığımızda aslında bireyler şiddeti aileden öğrenmektedirler. Ersun (2008)'a göre özellikle ailede geçim sıkıntısı yaşandığında ve buna ek olarak evde huzursuzluk baş gösterdiği zaman erkekler şiddete başvurmakta ve çocuklar şiddeti evde görerek öğrenmektedirler. Yavuz (2014)'a göre de çocuklar şiddeti aile ortamından öğrenmekte ve bu durumu normal bir davranış olarak benimsemektedirler. Bu durumun topluma fark ettirilmesi, bu yönde tedbirlerin alınması gerekmektedir. Şiddetin nedenleri ve risk etkenlerinin bilinmesi şiddete karşı alınacak önlemlere de yön gösterici olmaktadır. Bireysel, ailesel, çevresel ve toplumsal faktörlerden etkilenilmesi şiddet konusunda risk meydana getirmektedir. Şiddet her toplumda her zaman görülmektedir. Çünkü toplum olarak her zaman şiddeti onaylayan bir düşünce yapısı bulunmaktadır. Fakat, nedenleri iyi bir şekilde analiz edilmelidir. Ayrıca toplumdaki değer yargılarının da bireyleri şiddete yönelttiği ya da şiddet uygulama noktasında tetikleyici bir faktör olduğu düşünülmektedir. Töre gibi bazı toplumların benimsediği inanışlar bireyleri şiddete yöneltmektedir. Yavuz (2014)'a göre kültür nesilden nesile aktarılırken bir kültürde şiddet varsa o da kendiliğinden kültürün bir ögesi gibi kabul edilip kişiden kişiye aktarılmaktadır.

Ersun (2008)'a göre geleneksel aile yapılı toplumlarda erkeklerin başka bir erkek tarafından hakaret ya da küfür gibi bir durumla karşılaşması kabul edilebilir değildir ve aynı şekilde erkek karşı tarafa şiddetle karşılık verdiği zaman toplumda belli bir statüde yer almaktadır. Özellikle ataerkil toplumlarda erkeğin üstünlüğü kabul

edildiğinden dolayı kadının herhangi bir konuda kendi istediğini yapması halinde bu bir isyan olarak algılanıp, erkek tarafından her türlü şiddete uğraması da kaçınılmaz olmaktadır (Gürhan ve Yücedağ 2012). Şiddetin çözüm yolu olarak benimsenmesi, işsizlik, bireylerin sosyo-kültürel ve psikolojik durumları, eğitim seviyelerinin derecesi, yine şiddeti doğuran nedenler arasında baş göstermektedir (Ünal 2005).

2.1.3. Şiddet Türleri

Toplumda bireyler problemlerini konuşarak aşamadığı ya da çözüme kavuşturamadığı zamanlarda şiddete başvurmaktadır. Herkesin kendini farklı bir şekilde dile getirmesi ile birlikte şiddet türleri ortaya çıkmaktadır. Toplumumuzda şiddet denilince ilk akla gelen fiziksel şiddet olsa da şiddetin birçok çeşidi bulunmaktadır. Şiddet türleri fiziksel, sözel, psikolojik (duygusal), cinsel ve ekonomik şiddet olmak üzere beş farklı grupta ele alınmaktadır.

2.1.3.1. Fiziksel Şiddet

Bireye fiziksel olarak her türlü olumsuzluk veren hâl olarak tanımlanmaktadır (Ayan 2009). Bireyin vücut bütünlüğüne zarar veren her davranış ya da tepki fiziksel şiddet olarak kabul edilmektedir. Vurma, tokatlama, itme, darp etme ya da herhangi bir nesne ile zarar verme gibi tepkiler fiziksel şiddetin birer parçasıdır (Cinoğlu 2015). Yavuz (2014) 'a göre şiddet olaylarının boyutu bireylerin toplumda yer aldığı konuma göre değişkenlik göstermekle beraber genel olarak güç sahibi kişilerin kendilerinden daha güçsüz kişilere uyguladıkları bir şiddet türüdür.

2.1.3.2. Sözel Şiddet

Şiddet tipleri içerisinde belki de en sık kullanılan şiddet türlerinden biridir. Tek başına uygulandığı gibi diğer şiddet türleri ile birlikte de uygulanmaktadır. Şiddet gösteren kişinin hedefteki bireylere sözlü olarak hakaret ve benzeri gibi yıkıcı, yıpratıcı, aşağılayıcı bir şekilde cezalandırma yöntemiyle duygusal bir yıkım oluşturmasıdır (Afşar 2015). Bireyin onurunu kırıcı, zedeleyici ve onu aşağılayıcı, küfür ve tehdit içeren tüm ifadeler sözel şiddet olarak tanımlanmaktadır (Yeşilbaş 2016).

2.1.3.3. Psikolojik (Duygusal) Şiddet

Bireyleri korkutarak ve üzerinde psikolojik güç uygulayarak, kişinin dayanma gücünün önüne geçerek istediği davranışı yaptırarak o kişiyi sindirmektir (Ersun 2008). Çok sessiz bir şekilde ilerleyerek bireyi yıpratarak çöküntüye geçmesine neden olmaktadır. Bu özelliğinden dolayı şiddet türleri içerisinde belki de en tehlikeli olan şiddettir. Yavuz (2014)'a göre; psikolojik şiddet yavaş yavaş ilerler ve bireyleri yıpratarak sosyal yönden olumsuz etkilemektedir. Duygusal olarak yıpranan bireylerde kendini diğer insanlara göre zekâ yönünden yetersiz bulma ortaya çıkar. Özen (2007)'e

göre psikolojik şiddete uğrayan bireyler yılgınlık ile beraber iş ortamında bazı psikolojik rahatsızlıklar yaşamakta ve netice olarak işsizlik ile karşı karşıya kalmaktadır. Şiddet söz konusu olduğu zaman sadece fiziksel güç, saldırganlık düşünülerek fiziksel şiddet akla gelmemelidir. Çünkü fiziksel güç uygulanan bireylerin yaşadığı yılgınlık, bitkinlik, öfkelenme, sindirilmişlik ve baskılanmış duygular da bireyleri yaşadığı şiddet olaylarına ek olarak ruhsal olarak olumsuz yönde etkilemektedir (Ayan 2009).

2.1.3.4. Cinsel Şiddet

Bireylerin rızası olmadan cinsel yönden birleşmeye zorlanması ve bireyin cinsel bir obje gibi görülmesidir. Bireylerin isteği olmadan cinsel birlikteliğe zorlanması, korkutulması, başka bir kişi ile birlikteliğe zorlanması, bireye kabul etmediği herhangi bir cinsel davranışta bulunma, bedeninde istemediği bölgelerine dokunma, tecavüz, fuhuş, aldatma, istemediği hâlde kişiye cinsel içerikli görüntüler izletme ve cinsel içerikli konuşmalar yapma, kadınların metalaştırılması gibi eylem ve sindirme davranışlarının hepsi birer cinsel şiddettir (Owen ve Dean 2008). Ayrıca flört şiddeti de cinsel şiddet olarak değerlendirilmelidir.

2.1.3.5. Ekonomik Şiddet:

Çalışan kişinin emeğinin karşılığının verilmemesi, maddi olarak engellenmesi, kazandığı paranın elinden alınması olarak tanımlanmaktadır (Ersun 2008). Kadının çalıştırılmaması, çalışıyorsa kazancını elinden alıp erkeğin kendi istekleri yönünde bu kazancı tek başına harcaması da ekonomik şiddettir. Yavuz (2014)'a göre ise aç bırakmak, para vermemek, erkeğin ev halkına gerekli olan maddi yardımı yapmaması, kadının çalışmamasını istemek, kadın çalışıyorsa parasına el koymak, kazancı kadından gizlemek, kadının varlığını (mal, mülk) denetlemek, giderlerini kontrol etmek, olan geliri erkeğin şahsi zevk harcamaları için kullanarak ev halkının gelirinden kısması şeklinde ortaya çıkan şiddet biçimidir. Maddi olarak kısıtlama ve ekonomik olarak gücün kendinde gösterilmesi gibi tüm davranışlar ekonomik şiddeti kapsamaktadır.

2.2. Sağlık ve Şiddet

Şiddet eylemleri her sektörde kanayan bir yara gibi tüm toplumu ilgilendiren bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır (Al ve ark. 2012). Bireyler herhangi bir problem yaşadıkları zaman çözüm yolu olarak şiddete başvurmayı kendilerinde hak olarak görmektedirler. Sağlık sektöründe hizmet veren personeller de şiddet olgusundan ne yazık ki zaman zaman olumsuz olarak etkilenmektedirler. Sağlık ve şiddet kavramları düşünüldüğünde bile yan yana hiç uygun olmayan iki kavramdır.

2.2.1. Sağlık ve Şiddet İlişkisi

Sağlık sektörü 24 saat kesintisiz hizmet sunulan ve farklı uzmanlık alanlarından oluşan sağlık profesyonellerinin görev aldığı bir hizmet sektörüdür. Fakat bu özen gösterme çabasına rağmen Dursun (2012)'a göre sağlık sektörü yapılan araştırmaların sonucunda şiddet gören sektörlerin başında gelmektedir ve şiddet görme riski yüksek bir sektördür. Bireyler hastane başvuruları sırasında ya da 112 ambulans servisi taleplerinde durumlarını acil olarak görmekte ve tedavilerine gecikme yaşanmamasını istemektedirler (Avcı ve ark. 2015). Bireylerin bu talepleri düşünüldüğünde haklı bir talep olmasına rağmen, sağlık profesyonelleri açısından bakıldığında öncelikli hasta ve hastalıklar bulunmaktadır. Bu süreçte yaşanan ve bilgi asimetrisi kaynaklı en ufak bir olumsuzluk halinde taraflar arasında problem çözülemeyecek gibi düşünülüp bireyler saldırma davranışı göstermekte ve şiddete başvurumaktadırlar. Avcı ve ark. (2015)'na göre sağlık çalışanlarına yönelik şiddet diğer kliniklere göre en çok acil servislerde yaşanmakta ve yapılan çalışmalar neticesinde yurtdışında acil servislerde de şiddet oranlarının yüksek olduğu görülmektedir. Şiddet sözel şiddet olarak başlayıp fiziksel şiddete kadar gitmektedir. Sağlık sektörü diğer sektörlerden ayıran bir özelliği hata kabul etmeyen ve herhangi bir hata durumunda geri dönüşü olmayan sonuçlar doğurabilmektedir. Gordon ve Edwards (1997)'a göre hekimler gibi hemşireler de bilim ile daha fazla hastayla daha az ilgili olmaktadır. Sağlık sektörünün teknolojik yenilikler ile paralel hizmet vermesi sağlık hizmet sunucularını makine ve teknolojik aletler ile ilgilenmesini gerektirmektedir. Sağlık hizmet sunucularının hasta ile daha az ilgilenmeleri de hasta ve yakınlarının şiddet gösterme sebepleri arasında gösterilmektedir. Uludağ ve Zengin (2016)'e göre bireyler arasında kurulan iletişim esnasında seçilen sözcükler iletişimin neticesini belirlemektedir. Sağlık çalışanları ve hasta/yakınları ile olan iletişimde beden dili hareketleri iletişimin nasıl sonlandırıldığını göstermektedir. Ankara Tabip Odası Raporu (2011)'na göre hekimlerin hasta ve yakınlarına nasıl iletişim kurmaları gerektiğine dair bir eğitim almadıkları ve hasta/yakınları ile doğru iletişim kurmamaları şiddet görmelerinin bir diğer nedeni olarak sunulmaktadır. Hasta ve yakınlarının sağlık kuruluşlarında istediği gibi dolaşması, güvenlik ekip ve önlemlerinin yetersiz olması ile birlikte bireylerin şiddet gösterme davranışlarına karşı sağlık çalışanları çaresiz kalmaktadır (Aktuğlu ve Hancı 1999, Yeşildal 2005).

Son yıllarda hemen hemen her gün yazılı ve görsel basında yer alan haberler arasında sağlıkta şiddet olayları da yerini almaktadır. Özellikle acil servis hizmeti veren birimlerde meydana gelen şiddet olayları da kameralara yansıtılmaktadır. Kaliteli bir sağlık hizmeti verebilmek ve etkili olabilmek adına tüm bu olumsuzlukların

yaşanmaması gerekirken iletişim problemleri ve daha birçok nedenden dolayı istenmeyen tablolar ortaya çıkmaktadır. Bu durumda şiddet artık kamu sağlığı sorunu olarak nitelendirilmektedir.

Hasta ve yakınları ile kurulan iletişimde sıfır sorun olması da bir sorun olduğunu göstermektedir. Çünkü bir iletişimde çatışma olmadan taraflar birbirlerini anlayamamaktadır. Fakat bu çatışma küçük düzeyde olursa ancak olumlu bir iletişim gelişmektedir (Uludağ ve Zengin 2016). Öte yandan sağlık ve hastalık kavramları her birey tarafından farklı algılanmaktadır. Bu durum ise aslında her bireyin kendine özgü inanç, tutum ve davranışı olmasından ileri gelmektedir. Bu nedenle artık sağlık iletişimi artan şiddet olayları ile birlikte uzman desteği gerektiren bir iletişim olmaya başlamaktadır. Şiddeti uygulanan kişi ya da kişilere sorulduğunda hep haklı bir yanı olduğunu ifade etmektedir. Oysa şiddetin ne olursa olsun haklı gösterilebilecek bir yanı bulunmamaktadır. Şiddet olaylarının her geçen gün artarak medyada yer alması da hiç sağlıklı değildir. Bireyler haklarının ihlâli durumunda nasıl haklarını iddia edeceklerini öğrenecekleri yerine şiddet uygulayanların görüntüleriyle karşılaşmaktadır. Burada medyaya da büyük görev düşmekle birlikte şiddetin hangi meslek grubu olursa olsun bir kamu sağlığı sorunu olduğu gerçeği göz önüne getirilmelidir. Aksi hâlde şiddetin kabul edilebilirliği düşüncesi ortaya çıkabilmekte ve bu durum toplumda birkaç kesimin onaylaması ile içinden çıkılmaz bir hâl almaktadır.

“Şiddet ile ilgili üç temel teori bulunmaktadır. Bu teoriler biyolojik, sosyal öğrenme ve zedelenme saldırganlık teorileri olarak adlandırılmaktadır. Sosyal öğrenme teorisinde şiddetin tüm sosyal davranışlarda olduğu gibi öğrenilerek uygulanan bir davranış şekli olduğu bilinmektedir. Zedelenme-saldırganlık teorisi ise önem arz eden beklentilerin karşılanmaması neticesinde bir yıkıma karşı yanıttır. Bu teoriler karşılaşılan şiddet olaylarını genellikle açıklığa kavuşturmaktadır” (Serin ve ark. 2014).

2.2.2.Sağlıkta Şiddetin Nedenleri

Hasta ve yakınlarının %35'inin sağlık personelinden kanun dışı isteklerde bulunması ve yerine getirilemeyen istekleri onları şiddet göstermeye sevk etmektedir. Hasta ya da hasta yakınlarının yaşadığı sıkıntılardan dolayı sağlık personeli sorumlu tutularak sağlık personellerine şiddet gösterilmektedir (Avcı ve ark. 2015).

Hasta ve yakınlarının sağlık hizmeti almak için uzun süre beklemeleri, hasta/yakınlarının taleplerinin fazla olması ve eğitim seviyelerinin yetersiz olması, sağlık personellerinin sayıca yetersiz olması ve hizmetin aksamaması, yaşanan bazı iletişim problemleri, sağlık hizmeti sunumu esnasındaki güvenliğin az olması, medyaya yansıyan sağlıkta şiddete yönelik yayınların yapılması şiddet olaylarının nedenleri

arasında yer almıştır (Bahar ve ark. 2015; Al ve ark. 2015). Hasta yakınlarının kendi hastalarının acil olduğu fikri ile tedavide öncelik hakkı talep etmeleri ortamı olumsuz hale getirerek şiddet gösterilmesine neden olmaktadır (Avcı ve ark. 2015).

Al ve ark. (2015)'nin çalışmasında hasta yakınlarının stresli olması ve olayın olduğu ortamın kalabalık ve gürültülü olması ile birlikte var olan bireysel problemler de taraflar arasında iletişim sorunu yaratarak şiddete zemin oluşturmaktadır. Sağlık personelinin olay yerinde saldırganlar ile yalnız kalması ve yaralayıcı aletlerin taşınmasının kolaylığı da şiddetin nedenleri arasındadır. Ersun (2008)'a göre bunların yanı sıra; eğitim eksikliği, işsizlik, psikiyatrik dejenerasyon, şiddet uygulayıcılara verilen cezalardaki yaptırım eksikliği, ailevi sorunlar, şiddeti destekleyen geleneksel sorunlar, verilen cezaların az oluşu ve ekonomik sorunlar şiddetin oluşumuna neden olabilmektedir.

Avcı ve ark. (2015) çalışmasında şiddetin nedenleri arasında %19 oranında hasta ve hasta yakınlarının ajite davranışlar sergilemesi ilk sırada yer almaktadır. Madde bağımlılığı ve psikiyatri hastalığı olan çalışma arkadaşlarıyla hizmet sunumu da şiddete uğramada bir diğer etkidir. Kurum olarak bakıldığında ise sağlık kurumlarının idari birimlerinde verimli olmayan iş merkezli çalışma anlayışına sahip düşünce sisteminin varlığı da şiddete zemin hazırlamaktadır. Sağlık sektöründe yaşanan sürekli değişen uygulama usulleri de şiddetin nedenleri arasında gösterilmektedir (Al ve ark. 2015).

Öztürk ve Babacan (2014)'a göre şiddetin nedenleri; bireysel (bayan personeller, psikiyatri hastaları, uyuşturucu madde kullanan hastalar, iletişim kopukluğu vb.), kurumsal (ışıklandırma, koruma, işgücü istihdamı, ekipteki iletişim ve süpervizyon imkânlarının yetmediği ortamlar vb.) ve toplumsal (şiddet suç düzeyinde artma, şiddetin kabullenildiğine dair davranışlar, silahlanma ve maddi güçlükler vb.) şeklinde sınıflandırmaktadır.

Şiddetin başta gelen nedenleri; tıbbi tedavi öncesi veya sonrasında hastanın hayatını kaybetmesi, hasta/yakını ile yaşanan iletişim problemi, hasta/yakınının ihtiyacı olduğu anda haklı ya da haksız nedenlerden dolayı sağlık personeline ulaşamaması ve bu durum hakkında ikna edici bir bilgilendirmenin taraflara yapılmamasıdır (Zengin 2012).

Elbek ve Adaş (2012)'a göre ise sağlık personeline uygulanan şiddetin Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)'ndan sonra net bir şekilde arttığı gözlenmektedir. Verimlilik, rekabet, kârlılık, performans ücretlendirilmesi gibi kavramlarla idare edilen sağlık sektöründe bir pazar oluşturulmakta ve buna bağlı olarak şiddet artış göstermektedir.

2.2.3.Şiddetin Sağlık Çalışanlarına Yönelik Etkileri

Bireyler şiddete ne zaman ve ne arayla maruz kalırlar ise şiddetten etkilenme oranları da bu doğrultuda artış ya da azalış göstermektedir (Cinoğlu 2015). Yalnız unutulmamalıdır ki hiç kimse yaptığı bir hatadan dolayı şiddet görmeyi hak etmemektedir. Şiddet gösteren kişinin, o anın etkisi ile öfke ve sinirli hâlden dolayı mağdur bireyin şiddeti hak ettiğini savunsa da bu düşünce kabul edilemez bir gerçektir. Özellikle toplum yapısının şiddetin etkisiyle dejenere olduğunu kabul edildiğinde, şiddetin tüm bireylerdeki olumsuz etkileri gözlenmektedir.

Sağlık sektöründe tüm personelin hasta ve yakınlarına özveri ile hizmet verdiği görülmektedir. Yaşanan olumsuz olaylar nedeni ile bireylerin sağlık personeline uyguladığı her türlü şiddet sağlık hizmeti sunan personelde bazı olumsuz etkilere neden olmaktadır (Altıntaş 2006). Şiddetin yıkıcı etkileri ile birlikte sağlık personeli korku ve çaresizlik içinde kalabilmektedir. Bu durum sağlık personelinde ‘şiddete karşı yapacak bir şey yok’ fikri uyandırmaktadır. Daha önce de belirtildiği gibi hiçbir sebep, bireylere şiddet uygulanması gerektiğini meşru kılmamaktadır. Şiddetin sağlık personeli bireylerde yarattığı yılgınlık, çaresizlik, sağlık sistemlerinin düzelemeyeceğine dair umutsuzluk gibi durumlar sağlık personelinin motivasyonunu düşürmektedir. Dursun (2012) ve Al ve ark. (2012)’na göre şiddete uğrayan personellerin yılgınlık, çaresizlik, uyku ve yeme problemleri, psikolojik bozukluklar, işe adapte olmada sorunlar, işe devam etme isteğinde azalma, iş veriminde azalma, iş kazaları, alkol sorunları, aile içi sorunlar yaşadığını gözlemiştir. Ayrıca çalışanların şiddete maruziyetlerinin sonucunda ruhsal ve fiziksel yönden zarar görmesi ile birlikte tükenmişlik sendromuna yakalandıkları da görülmektedir (Budak ve Sürgevil 2005). Tüm bu olumsuzlukların yanında şiddet mağduru personelin iş ve işyerine, çalışma arkadaşlarına da yabancı kaldığı fark edilmektedir (Keser 2009). Al ve ark. (2012)’nin çalışmasında sağlık personelinin hastalardan korkma ve çekinme gibi duygulara bürünerek kendi kurumuna karşı da güvensiz bir tavır sergilediği ve şiddetin getirdiği olumsuz etkiler ile bireylerin günlük yaşamlarında da ilişkilerinde sorunlar ortaya çıkmaktadır. Ayrıca Talas ve ark (2011)’nin yaptığı çalışmada sözel ve fiziksel şiddete uğrayanların %70 ve %80 oranında öfke, korku ve hayal kırıklığı yaşadığı sonucuna varılmaktadır. Günaydın ve Kutlu (2012)’nin çalışmasında da şiddet sonrası hemşirelerin %80,3’ü öfkelenmiş, %28,7’si korku yaşamış, %21,9’u hayal kırıklığı yaşamış ve %34,1’i işi bırakmayı düşünmüştür. Kanada’da yapılan bir araştırmada şiddete maruz kalan bireylerin %38’i sağlık sektörü dışında bir alanda hizmet vermek istediklerini bildirmiş, %18’i acilde çalışmak istememiş ve bir kısmı da işten ayrıldıklarını belirtmiştir (Al ve ark. 2012).

Sağlık personelinde tükenmişlik sendromu oluşturarak, bu sendroma bağlı sağlık personeli bireylerde hastaya hizmet sunumunda neşesini yitirmeleri, hastaya gerektiği kadar vakit ayıramama ve şiddete yeniden maruz kalma gibi etkiler şiddetin olumsuz etkileri içinde yer almaktadır (Al ve ark. 2012), (Bıçkıcı 2013).

Şiddete maruz kalan hemşirelerin %1,8'inin bir uzmandan destek aldığı, %13,6'sının şiddet sonrasında rapor kullandığı, %9,5'inin ise hastane polisine olay ile ilgili bildirimde bulunarak hukuki süreç başlattığı bilinmektedir (Ünsal Atan ve ark. 2013).

Şiddetin toplumsal ve kültürel olarak meydana getirdiği etkilere bakıldığında bazı maliyetler ortaya çıkmaktadır. Şiddete uğrayan ya da şiddeti uygulayan kişinin sağlık bakım hizmeti alımı ile birlikte sağlık harcamaları da direkt etkilenmektedir. Şiddetin yarattığı etkilere genel olarak bakıldığında ise şiddet ortamının güvenlik maliyeti devlete büyük mali kayıplar getirmektedir. Bireylerin sosyal hizmet imkânlarından faydalanma maliyeti, morbidite ve mortalite oranlarında görülen artışlar, tıbbi hizmetleri kötü yönde kullanma fikri, bireylerde oluşan psikiyatrik dalgalanmalar, çalışan bireylerin şiddete uğrama sonrası çalışmasına ara vermesi ve bununla birlikte üretimin aksaması, maddi kayıpların yaşanması, şiddetin diğer nesillere öğretilmesi, stres faktörünün artması ve bireylerin kendine saygısını kaybetmesi gibi olumsuz sonuçlarla karşılaşmaktadır (Kocacık 2004).

Son olarak şiddet vakalarının önlenmesi ve en aza indirilmesi adına bazı önlemlerin alınması uygun görülmektedir. Şiddet kavramına sadece fiziksel olarak bakılmaması, şiddetin duygusal boyutunun da göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Ayrıca eğitim eksikliği ve cehalet bireyleri şiddete yöneltmekte, şiddet uygulama oranları ile eğitim eksikliği arasında bir ilişki bulunmaktadır. Şiddetin toplumsal nedenlerinin öncelikli olarak ele alınması ve eğitimin ailede başladığı göz önünde bulundurularak önlemlerin alınması gerekmektedir. Toplumda ileri gelen kişi ve kurumlar (topluma söz geçirebilecek olan) şiddet konusunda kamu spotu gibi yayınlar ile şiddet hakkında bilgilendirmeler yaptığı zaman şiddet sorunlarının çözüme kavuşacağı düşünülmektedir. Sarhoşluk verici ve yokluğunda bireylere saldırgan davranışlar sergiletebilecek nitelikte her türlü maddenin şiddeti tetiklediği bilinmektedir. Bu tür maddelerin ilgili kurum ve kuruluşlarca yasaklanması bireylerin ruh ve beden sağlığı açısından gerekmektedir. Bir diğer sorun ise işsizliğin meydana getirdiği stres sonucunda bireyler şiddete yönelmekte ve toplum sağlığı olumsuz olarak etkilenmektedir. Bu sorunun çözülmesi için de devlet desteği gerekmektedir. Sağlık profesyonelleri açısından bakıldığında zaman hangi durumların şiddet içerdiği bilinciyle

hareket edildiğinde şiddete dair raporlandırma da daha uygun olmaktadır. Şiddet gören bireylerin mağdur olmaması için diğer kurum ve kuruluşlar ile iş birliği sağlandığı takdirde yapılan ya da yapılacak olan şiddet önleme faaliyetlerinde etkili bir çözüm yolu üretileceği fikri ortaya çıkmaktadır. Kurum tarafından personele verilen öfke kontrolü eğitimlerinde bireylere yönlendirme verilerek şiddet içeren durumlarda hasta ve yakınları ile etkili bir iletişim sağlanmaktadır. Ayrıca şiddet gören personelin kurum tarafından desteklenmesi ve önemsenmesi gerekmektedir. Şiddet gören sağlık personellerinin şiddet içerikli söz ve davranışlara tekrar maruz kalmamaları için güvenlik ekipleri ile koordineli bir şekilde hareket edilmesi uygun olmaktadır. Hasta ve yakınlarının anlayacağı bir dil kullanılarak gerekli bilgilendirme yapıldığında bilgi asimetrisinden kaynaklanan şiddet olaylarının önüne geçileceği düşünülmektedir. Yine hasta ve yaralılara ait bilgi almak isteyen bireylere prosedürün açık bir şekilde izah edilmesi ve hasta mahremiyetine özen gösterilmesi gerekmektedir.

2.2.4.Sağlık Haberleri ve Sağlık Haberciliği

Sağlık haberleri kuşkusuz ki tüm toplumu ilgilendiren ve yankı uyandıran haberler arasına girmektedir. Sağlıkla ilgili bir konunun haber niteliği taşımasına karar verecek olan da sağlık habercisidir. Sağlık haberciliği uzmanlık gerektiren bir habercilik türü olup, bu konuda kendini geliştirmiş ve sağlıkla ilgili konulara vakıf olan bireylerden oluşmaktadır. Aksi takdirde haber niteliği taşımayan olay ya da olayların medyaya yansımaya, toplumun yanlış bilgilendirilmesine, yanlış yönlendirmelere hatta bu yönlendirmeler sonucunda ölümlere dahi neden olabilmektedir. Hayran ve Özdemir (2011)'e göre Dünya Sağlık Örgütü'nün 28-30 Mayıs 1998'de Moskova'da gerçekleşen -Sağlık İçin İletişim- konulu toplantısında sağlık haberciliği yapılırken dikkat edilmesi gereken 9 madde sıralanmaktadır:

1. Öncelikli olarak zarar vermeme ilkesine dikkat edilmesi gerektiği,
2. Konu hakkında geniş çaplı bir tarama yapıldıktan sonra gerçeğin yansıtılması,
3. Bireylere ümit vaad eden tedavilerden bahsedilmemesi gerektiği,
4. Yapılacak olan haberden kim ya da kimlerin fayda sağlayacağını iyi düşünülmesi,
5. Haberin nereden ve kimden alındığı konusunda gizli kalması,
6. Yayınlanacak olan haberler hasta ve çocuklar ile birlikte engelli bireyleri de içeriyorsa haber iyi bir şekilde analiz edilmesi gerektiği,
7. Bireylerin şahsi yaşamlarını ve onların kederlerinden haber yapılmaması gerektiği,

8. Toplumda yaşanan kederli olaylardan haber yapılmaması gerektiği,

9. Haber sunup sunmama arasında bir ikilemde kalındığı zaman haber yapılmamasının tercih edilmesi gerektiği konularına değinilmektedir.

Sağlık haberciliğinde uzmanlaşmaya gidilmeli ve bu alan kamu politikalarıyla desteklenerek istihdam alanları belirlenmelidir. Sağlık habercilerinin danışması gereken konularda bilgilendirme ve yönlendirme amacıyla danışman hekim grupları oluşturulmalıdır. Sunulacak haberlerde bilimsel nitelik ve doğruluk payı olması açısından bilimsel dergi ve tıbbi alandaki kaynaklardan medyanın yararlanması sağlanmalıdır. Böylece yanlış bilgilendirme ve asılsız haberlerin de önüne geçilip, kaliteli sağlık haberleri yayınlanacak, sağlık haberciliği geliştirilecektir. Tüm bu haberlerin yayınlanmadan önceki aşamasında Radyo ve Televizyon Üst Kurulu (RTÜK) tarafından bir süzgeçten geçirilerek etik açıdan değerlendirilmelidir. Etik kurallara uymayanlara caydırıcı cezalar verilerek bu tür uygunsuzlukların önüne geçilmelidir. Hayran ve Özdemir (2011)'e göre toplum sağlığı için önem arz eden konularda medya tarafından sunulan haberlerin toplumu bu konuda nasıl yönlendirdiği Türkiye'de Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) ve domuz gribi salgını olaylarında görülmektedir. Domuz gribi salgını olayında RTÜK 2009'da yayınladığı basın bildirisini ile medyayı halkın doğru bilgilendirilerek, toplumda telaş yaratacak herhangi bir durum yaşanmaması ve bu konu ile ilgili yapılacak tüm haberlerde Sağlık Bakanlığı'ndan bilgi istenmesi ve alanında yetkin kişiler ile bağlantı kurulması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu ve buna benzer olaylarda tüm toplumun etkileneceği düşüncesi ile herhangi bir olumsuzluğun yaşanmaması adına sağlık haberi yapan kişilerden bu konuda duyarlı olmalarının daha uygun olacağını belirtmektedir. Aygün Cengiz (2007)'e göre de internet üzerinde sağlık konusunda paylaşım yapan tüm siteler kabul edilen etik kurallara uygun olarak haber ya da bilgi paylaşımında bulunmalı ve bu haberlerden yararlanan diğer siteler ile de iş birliği halinde çalışmalarını göstermelidir. Tüm bu çalışmalar gösterilirken mahremiyete de dikkat edilmeli, etik kurallara uygun haber paylaşımını yaptığına dair izin göstergeleri veya diğer logoların paylaşım yapılan sitede gösterilmesi gerekmektedir. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde URAC (American Accreditation Healthcare Commission) sağlıkla ilgili siteler için etik bir kural belirleyip 2001 yılında bu kuralları uygulamaya geçirmiştir (www.urac.org 25 Haziran 2019).

Sağlık haberleri ile ilgili çıkan veya çıkabilecek herhangi olası bir sorun halinde toplantılar düzenlenmekte ve sorun çözümlenmeye çalışılmaktadır. Türkiye Gazetecileri Hak ve Sorumluluk Bildirgesi'nin 5. maddesinde sağlık haberlerinin sunumu hakkında bilgilendirme yapılmakta ve bazı kurallar bildirilmektedir. Rutin olarak yapılan "Sağlık

Bilinci ve Medya” konulu toplantılarda medya ve sağlık sektörü arasındaki olumsuz ilişkiyi düzeltmeye yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Türkiye’de de sağlık haberlerinin etik bir şekilde planlanması ve sunulması için 1991’de kurulan Eğitim ve Sağlık Muhabirleri Derneği (ESMAR) ve 2010’da kurulan Sağlık Muhabirleri Derneği gerekli düzenlemelerde bulunmaktadır (Erer 2013).

2.2.5 Medyada Şiddetin Etkileriyle İlgili Kuramlar

Şiddet, geçmiş zamanda olduğu gibi günümüzde de bireyleri ve tüm toplumu yakından ilgilendiren bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Toplumların şiddet olaylarından etkilenmesiyle birlikte şiddet olayları kitle iletişim araçları aracılığı ile medyaya yansımaktadır. Medyaya yansıyan şiddet olayları toplum tarafından takip edilmektedir. Şiddet olayları toplum tarafından takip edildiğinde ise yaşanan şiddet vakalarının tekrar tekrar yaşanması ve gündemden düşmemesinin bir nedeni olarak da medya sorumlu tutulmaktadır. Medyada bazı haber ve yaşanan şiddet olayları aslında olduğu ya da olması gerektiği gibi değil de topluma ‘reyting’ amaçlı aktarıldığı zaman sorun işte tam da bu noktada başlamaktadır. Günümüzde sosyal medya kanallarının etkinliğini göz önünde bulundurduğumuz zaman kitle iletişim araçlarının giderek artan egemenliği görülmektedir. Kitle iletişim araçlarında en etkili yöntem olan televizyon ise yayınlanan dizi, film ve tüm programları ile toplumsal yapıyı ve davranışları ne yönde etkilediğinin göstergesidir. Medya, televizyon aracılığı ile hemen hemen herkese ulaşarak verilmek istenen mesajı bireylere çok kısa bir sürede oldukça etkili bir şekilde verilmesini sağlamaktadır. Televizyon kanallarında çıkan her görüntünün doğruluğunu izleyicinin sorgulaması gerekirken, izleyiciye yapılan algı operasyonu ile bireylerin sorgulama davranışları da engellenmekte olup, medya kanalı ile medya sorumluları istediği hedefe rahatlıkla ulaşabilmektedir. Bireylerin sosyalleşmesi yayınlanan programlarla birlikte azalmakta ve izlenen yıkıcı etkili programlardan dolayı kızgınlık ve öfke kontrolü sağlanamamaktadır. Rigel (1995)’e göre; medya kamuoyu oluşturmak istediği her konuda gündem oluşturarak, bireylerin o düşünce üzerine yoğunlaşmalarını sağlamaktadır. Medya, oluşturulan haber içeriklerinin yıkıcı etkisini önemsememekte ve yıkıcı etki oluşturan şiddet içerikli yayın yaparken bu yayının izleyicide uyandırdığı reyting ile ilgilenmektedir. Ersun (2008)’e göre; medyanın şiddetle doğrudan ilişkisi olduğu yapılan araştırmalarda kanıtlanmaktadır. Bireylerin televizyon izleme alışkanlığının varlığı ve izlenen programların niteliği şiddetle birlikte düşünülmektedir. Bu konuda Türkiye’nin durumu esas alındığında, kitle iletişim araçlarının her evde birkaç çeşidi olduğunu ve bu artan çeşitliliğin bireyleri bağımlı olacak derecede esir aldığı görülmektedir. Eski zamanlarda anlattığı olaylar ve konuştuğu kelâmları dinlenen, her kelâmından ders çıkarılan ebeveynlerin yerini bugün

maalesef kitle iletişim araçları almaktadır (Köknel 1999). Bu durum ebeveyn ve birey arasındaki iletişimi de koparmaktadır. Toplumsal olarak iletişim kopukluğu yaşandığında şiddete yönelim ve ruhsal çöküntü de kaçınılmaz olmaktadır. Kitle iletişim araçları bireyleri eğlendirmenin yanında, onlara toplumsal olayları da bildirmekte, bu konular hakkında toplumsal kamuoyu oluşturmayı da amaçlamaktadır (Gidens 2000).

Açıklan (2018)'a göre toplumda artan şiddet olaylarının kaynağı olarak medyanın sorumlu tutulması yadsınamaz bir gerçektir. Kitle iletişim araçları eğlendirme, öğretme, bilgi verme, kamuoyu oluşturma ve eğitime gibi faydalar sağlarken; içerdiği şiddet ve saldırganlık unsurlarıyla da toplumda şiddet uyandıran davranışlara neden olabilmektedir. Yavuz (2014)'a göre; özellikle daha kendi kimliğini kazanamamış ve medya yoluyla etkilenmeye daha uygun yaş grubu gençler ve çocuklar şiddet içerikli yayınlardan çok çabuk etkilenmektedir. Her teknolojik aracın faydası olduğu gibi amacı dışında kullanılan araçların ister istemez zararı ile karşılaşmaktadır. Bu gibi durumların önüne geçmek için de bilinçli izleyici olmayı öğrenmek gerekmektedir. Çünkü şiddetin eskiden olduğu gibi şimdi ve gelecekte de var olmaya devam edeceği düşünülmektedir. Günümüzde medya kendi amaçları için toplumu araç olarak kullanmaktadır. Küreselleşmenin de etkisiyle para, her şeyin önüne geçtiği zaman medya içeriği tamamen değişebilmektedir. Yalın (1998)'e göre şiddet içeren görsel yayınlarda (dizi, film), asıl empoze edilmeye çalışılan fikir “saldırgan olmazsanız, hakkınızı şiddet göstererek savunmazsanız istediğiniz yere varamazsınız.” olarak karşımıza çıkmaktadır. Psikolog ve hukukçular Türkiye’de televizyon ve diğer kitle iletişim araçlarında yayınlanan programlardan önce şiddet içeren olayların yaşanmadığını, televizyon ve diğer araçların izlenme oranlarından sonra özellikle çocukların (iyi/kötü ayırımını yapamadıkları için) bu tür yayınların etkisinde kalarak şiddet davranışları sergiledikleri görülmektedir (Yalçıntaş 1996). Atkinson (1997)'a göre şiddet içeren film, dizi ya da görsel medyadaki saldırgan davranışlar bireylerin davranışlarını tamamen etkilemektedir. Bireyler televizyonda gördükleri şiddet eylemlerini izledikçe saldırma metodlarını öğrenmektedir. Şiddet içeren yayınları gördükçe daha fazla uyarılarak şiddete yönelmektedir. Ayrıca izlenen şiddet olayları bireylere artık normal olarak gelmeye başlamış olup, tepkisizlik yaratılmaya çalışılmaktadır. Bir başka etki ise bireyler karşılaştığı herhangi bir olumsuzluk durumunda şiddete başvurma anında şiddet uygulamaktan vazgeçecek olsa bile izlenen şiddet filmlerinin etkisi ile direkt olarak kendini başka bireylere şiddet içeren eylemler gösteriyorken bulmaktadır. Bu tür yayınlarda hem şiddet gösterip hem de galip gelen, dizinin başrolünde her zaman iyi yürekli kişi olarak lanse edilen bireye

kahramanlık rolü verilmektedir. Özellikle son yıllarda artan mafya ve savaş içeren şiddete yol gösteren yayınların artmasıyla, bireylerin şiddete yöneldiğini, şiddet içeren olayların sayısının arttığı gözlemlenmektedir. Tüm toplumu ilgilendiren böyle bir konuda görev RTÜK'e düşmektedir. Bu tür yayınlara kısıtlama getirildiğinde şiddet içeren vakaların önüne geçilmektedir. Bu durumun yayın özgürlüğüne aykırı olduğunu iddia edenler olsa da bu kararın uygulanmaması her sorununu şiddet göstererek çözmeye çalışan bireylerin yetişmesi, demokrasi ve hukuk devletinin yıkımına zemin hazırlamaktadır.

Şiddete uğrayan bireylerin tekrar şiddet görebilme korkusu –avlanmayı bekleyen- bir yaban hayvanı örneğine benzemektedir (Keane 1998). Şiddet üzerine yapılan araştırmalarda bazı kuramlar ortaya çıkmaktadır (Gezgin 1996):

Arınma Kuramı: Bireylerin televizyondan izledikleri şiddet içeren programlardan, gerçek yaşamda içlerindeki saldırganlık güdülerinden kurtulma kuramıdır.

Saldırganlık Kuramı: Bireylerin görsel medyada izledikleri şiddet içerikli olayları gerçek yaşamda da uygulamaları anlamına gelmektedir.

Güçlendirilmiş Saldırganlık Kuramı: İçinde şiddet güdüsü olan bireylerin görsel medyada izlediklerini tecrübe olarak değerlendirip, gerçek hayata uygulamalarıdır.

DeneySEL Öğrenme Kuramı: Görsel medyada izlenen her şiddet etkeni, bireylerin o davranışı öğrenmesinde etkili olmaktadır.

Yapılan araştırmalarda sosyal kontrol metoduyla, bireylerin şiddet uygulama sıklığının düşürülebileceği ifade edilmektedir (Lore ve Schultz 1996). Bireylerin ne zaman neye kızdığını, kendi duygularını tanıması ve kontrol edebilmesi gerekmektedir. Bastırılmış duygular, zamanla daha farklı bir biçimde ortaya çıkarak bireyi şiddete yöneltmektedir (Aydın 2005). Engellenen davranışların en başında gelen saldırganlık davranışı, bireyleri bazen uyumlu yaparken bazen de uyumsuz bir bireye dönüştürebilmektedir. Fakat, yapılan araştırmalar saldırma davranışının öğrenilmiş bir davranış olduğunu göstermektedir (Cüceloğlu 2000). Medyada yer alan haberlerin sunumunda şiddet içerikli olaylarda suçun övülmesi ve tekrar tekrar sunulması, suçun daha sık görülmesine neden olmaktadır (Halloran 1983).

Şiddetin önlenmesine yönelik çalışmalar yapılırken bireylerin bilinçlendirilmesi ve ebeveynlere eğitim verilmesi dikkate alınmalıdır. Medyanın olumlu/olumsuz yanları hakkında uyarılar yapılarak, çözüm önerileri getirilmelidir. Medyada yer alan yayınların izleyici kitlesinde uyandıracığı rol-model etkisi göz önünde tutulmalıdır (Açıkalın

2018). Bireyler kültür/sanat etkinliklerine yönlendirilerek bu gibi konularda toplumu özendirici yayınlar yapılmalıdır. Medyada yer alan olumsuz içerikli yayınlara yasak getirilmesi gerekmektedir. Medyada yer alan sağlıkla ilgili tüm haberler de sağlık habercileri tarafından yapılmalıdır. Sağlık diğer alanlardan farklı ve nitelikli bir alandır ve alanında uzman kişilerce hizmet verilmektedir. Sağlıkın ikâmesinin olmaması, hata telafi etmemesi ve geciktirilemeyecek olması da ne kadar önemli bir alan olduğunun göstergesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Çil (2007)'e göre yapılan tüm haber ve haber niteliği taşıyan olaylar tıp etiği ve medya etiğine uygun olarak sunulmalıdır. Bu kurallara riayet edilmeden çarpıtılarak sunulan sağlık haberleri toplum sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir.

2.3. Acil Sağlık Hizmetleri ile İlgili Kavramlar

Bu bölümde acil sağlık hizmetleri, acil durum, acil olay, afet, afet yönetimi, acil yardım hizmetleri, acil çağrı merkezleri, acil çağrı numarası ve hastane öncesi acil sağlık sistemleri kavramları hakkında bilgi verilmektedir.

2.3.1. Acil Sağlık Hizmetleri

Acil sağlık hizmetleri; acil hastalık ve yaralanma hâllerinde, konusunda özel eğitim almış ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde, nakil sırasında, sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan tüm sağlık hizmetlerini ifade etmektedir” (T.C. Resmî Gazete, 11.05.2000, Sayı: 24046). Bir başka ifade ile acil sağlık hizmetleri; hastalık ya da yaralanmaya bağlı acil tedaviye ihtiyacı olan kişilere mekân ve süreye bağlı olmadan acil sağlık hizmetlerinin sağlık kuruluşu dışında sunulmasıdır. Burada önemli olan nokta acil yardım isteyen kişilerin yaşamını kurtarmak ve yine bu kişilerin sağlık durumunun kötüleşmesini engelleyecek girişimlerde bulunarak bir sonraki tıbbi girişimler için en uygun sağlık kuruluşuna sevk etmektir (Ekşi 2015). Acil sağlık hizmetlerinde ivedilik önem arz etmektedir. Söz konusu insan hayatı olunca daha da titiz davranarak bu hizmetler yürütülmektedir. Kanunda belirtilen şartlar altında bu hizmetleri veren ve verecek olan kurum ya da kuruluşlara büyük görevler düşmektedir. Acil sağlık hizmetlerinin öneminin çalışanlara benimsetilerek hizmet verilmesi esas alınmalıdır.

2.3.2. Acil Durum

Acil durum; toplumda bireylerin yaşamını yitirmesine ve önemli bir yaralanmaya sebep olabilecek ya da yapılan işin durma noktasına gelmesine, işlerin aksamasına, fiziksel ya da çevresel olarak zararlı sonuçlanmasına, kurumsal maddi olarak etkilenmesine ve itibarının azalmasına sebep tüm ani gelişen olaylara denilmektedir. Başka bir ifade ile acil durum; toplumun tümünün ya da sadece bir

kısının yaşam faaliyetlerini sekteye uğratan, durduran ve acil olarak müdahale edilmesi gereken tüm olayların meydana getirdiği hâli ifade etmektedir” (www.mevzuat.gov.tr 25 Haziran 2019). Yangın, deprem, sel/su baskını, yoğun kar yağışı, toplu gıda zehirlenmesi, fırtına, heyelan, kimyasal madde kazaları, parlayıcı ve patlayıcı madde kazaları, radyasyon kazaları, iş kazası, salgın hastalık, trafik kazası, aşırı sıcak veya soğuk, seferberlik hâli gibi durumlar müdahale gerektirmekte ve acil sistemlerinin örgütlenmesini başlatmaktadır (Çınarlık 2016).

2.3.3. Acil Olay (Vaka)

Acil olay; acil durum özelliklerini kapsayan ve hemen müdahale edilmesi gereken olayı ifade etmektedir. Acil olay kapsamında yalnızca bir olay vardır ve anında bu olaya müdahale edilip, ihtiyaç olan hizmetin başlatılması gerekmektedir (Ekşi 2015).

2.3.4. Afet

Nasution (2017) afeti bir toplumu olumsuz olarak etkileyen kendiliğinden oluşan ya da insanlar tarafından meydana getirilen her türlü olay olarak tanımlamaktadır. Ekşi (2015)’ye göre; afetler meydana getirdiği hasarlar ile bireylerin yaşamını olumsuz etkileyerek sekteye uğratmakta ve afet yönetimi için eldeki imkânlar yeterli gelmemeye başlamaktadır.

Günümüzde afetle ilgili durumlar söz konusu olduğunda insanın doğayla olan ilişkisine bakmak gerekmektedir. Çünkü afetlerin görülme sıklığı ve yarattığı hasarlar göz önüne alındığında insanın etkisinin büyük olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu nedenlerden dolayı toplum afet konusunda bilinçlendirilmeli ve gerekirse eğitim verilmelidir. Erkal ve Değerliyurt (2009)’a göre afetin büyüklüğünü insanların bilgi ve eğitim olarak yetersizliği, afete karşı herhangi bir önlem alınmaması ve alınmışsa bile bu önlemlerin yetersiz kalması, maddi olanakların yetersizliği, orman bölgelerinde koruyucu/önleyici faaliyetlerin azlığı belirlemektedir.

2.3.5. Afet Yönetimi

Zaman, mekân, boyut ve nasıl bir tür olarak oluşacağı belli olmayan afetler her zaman insanlar için sıkıntı doğurmaktadır. Tüm bu sıkıntılar can ve mal kayıplarıyla başlayarak büyük kayıplarla ekonomiyi de olumsuz olarak etkilemektedir (Yılmaz 2003). İnsanların deprem, fırtına ve kuraklık gibi doğal olayların meydana gelişinde bir etkiye sahip olmaması bu doğal olayların incelenmemesini gerektirmemektedir. Bireyler tüm bu doğal olayların nedeninden başlayıp süreçle ilgili araştırmalar yapmalı ve koruyucu, önleyici çalışmalar yapmalı ve yapılan çalışmalar zararı en aza indirecek düzeyde olmalıdır. Yapılan bu faaliyetlerin tümüne birden afet yönetimi adı verilmektedir (Erkal ve Değerliyurt 2009).

2.3.6. Acil Yardım Hizmetleri

Acil durumu oluşturan olayların engellenmesi ya da acil olayla birlikte oluşan zararların en aza indirilmesi için organize olan hizmetler bütünüdür. İtfaiye, polis, jandarma, acil sağlık hizmetleri, arama ve kurtarma ekipleri gibi ekipler acil yardım ekiplerini oluşturmaktadır. Bu ekipler herhangi bir acil yardım durumunda eş zamanlı ve koordineli olarak olaya müdahale etmektedirler. Böylece acil yardıma ihtiyacı bulunanlara kısa sürede etkili ve verimli bir hizmet sunulmaktadır (Ekşi 2015).

2.3.7. Acil Çağrı Merkezleri

Acil yardıma ihtiyacı olan bireylerden gelen ihbarların toplandığı, değerlendirilip, acil yardım hizmetlerinin organize edilip yönetildiği merkezlerdir. Acil yardım hizmetinin sunulması gerekli olan olaylarda farklı kurumlara da ihtiyaç bulunması hâlinde bu kurumlarla da iş birliği içerisinde bulunan merkezdir. Acil yardım hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde sunulması, amaca yönelik hizmetlerin verilmesi için teknolojik donanımın yanında tecrübeli ve bu alanda yetişmiş personele de ihtiyaç duyulmaktadır (www.icisleri.gov.tr 25 Haziran 2019).

2.3.8. Acil Çağrı Numarası

Acil durum yaratan olaylarda olay yeri hakkında bilgi sahibi olmadan neye ihtiyaç duyulduğu bilinmemektedir. Olay yeri hakkında net bilgi aktarımı sağlanması, hizmetin olay yerine hızlı ve koordineli bir şekilde ulaşması için acil yardım talebinin oluşması gerekmektedir. Acil yardım talebi ise acil çağrı numarası aranarak acil çağrı merkezine yapılmaktadır. Bu merkez tarafından değerlendirmeye alınan talebe yanıt verilip, hizmet aksamadan yerine getirilmektedir. Acil çağrı numarasına ücretsiz ve her yerden ulaşılabilecek şekilde bir sistem düzenlenmiştir. İhtiyaç halinde akılda kalması ve pratik olması açısından Türkiye’de acil çağrı numarası 112 olarak belirlenmiştir. 112 Acil Çağrı Merkezi’nde görevli çağrı yönlendirici personeller ihbar olarak gelen çağrıyı karşılayarak, ihbar sahibini ilgili birime aktarmaktadır. Toplu yaşanan (trafik kazası, deprem, sel, yangın vb) olaylarda alınan ihbar tüm birimlere kullanılan bilgisayar sistemi üzerinden iletilmektedir. Her birim bu konuda üzerine düşen görevi vakit kaybetmeden diğer birimlerle iletişim sağlayarak yapmaktadır (www.aselsan.com.tr 25 Haziran 2019).

2.3.9. Hastane Öncesi Acil Sağlık Sistemleri

Türkiye’de trafik kazası, yaralanma, olağanüstü durum ve doğal afetlerin çok fazla meydana gelmesi göz önünde bulundurulduğunda acil sağlık hizmetine ihtiyacı olan bireyler ile karşılaşma ihtimali de artmaktadır. Bu sebeple hastane öncesi acil sağlık hizmetleri büyük önem taşımaktadır (Kara ve ark. 2015).

Hastane öncesi acil sağlık sistemleri büyük travma, koroner arter hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları gibi özellikle hayati tehlike taşıyan vakalarda önem kazanmaktadır. Hastane öncesinde uygulanan tıbbi yardımların kaliteli bir şekilde yapılması ölüm oranlarını düşürmektedir (WHO 2018). Ölüm oranlarının düşürülmesi de doğrudan toplumun sağlık düzeyini yükseltmektedir.

Acil sağlık hizmetleri sisteminin işlevleri 1973'de Acil Tıp Sistemi olarak yasalaştırılmış ve hastane öncesi acil bakımı düzenlemek bir hedef kabul edilmiş, hastane öncesi bakımın bildirilmesi ise vatandaşlık görevi olarak bildirilmiştir. Hastane öncesi acil bakımla ilgili 15 önemli nokta belirtilmektedir (Batı 2011):

1. Personel
2. Eğitim
3. Haberleşme
4. Nakil işlemleri
5. Malzeme-donanım
6. Yoğun bakım üniteleri
7. Halk sağlığı büroları
8. Tüketici katılımları
9. Koruma yolları
10. Dikkatli taşımacılık
11. Hasta kayıtlarının standardizasyonu
12. Halkın bilgilendirilmesi ve eğitimi
13. Geri bildirim (yeniden inceleme ve değerlendirme)
14. Afet planları
15. Ortak yardım anlaşması.

Hastane öncesi acil bakım alanında hizmet sunacak personelin sayısı ve gerekli eğitimi almış olması son derece önemlidir. Herhangi acil bir durum ile karşılaşıldığında hastane öncesi acil sağlık ekiplerinin malzeme sıkıntısı yaşamamaları, sevk işlemlerinin koordineli bir şekilde hızlandırılması açısından ilgili planlamanın yapılması gerekmektedir. Yapılan tüm işlemler hakkında halkın bilgilendirilmesi de karışıklığın önlenmesini sağlamaktadır. Ayrıca ilgili kurum ve kuruluşların işbirliği ile afet planlarının yapılması afetlerin en az zararla sonuçlanmasında faydalı olmaktadır.

2.3.9.1. Franco-German Model

Franco-German model, hastane ortamındaki imkânların olay yerine taşınmasıdır. Olay yerinde hasta ya da yaralının mevcut durumu sabitlenene kadar hastane öncesi tüm acil bakım basamaklarının o anda yapılması esas alınmaktadır. Ambulans ekibinde doktor ve acil tıp teknisyenleri bulunmaktadır. Fakat bazı ülke modellerine bakıldığında olay yerine ilk olarak acil tıp teknisyenleri ulaşmakta, gerekli olduğu durumlarda doktorlar bu görev için niteliklendirilmiş özel araçlarla destek olarak olay yerine intikal etmektedirler. Bu model en radikal haliyle Fransa'da uygulanmaktadır. Fransa'dan başka Almanya, Yunanistan, Malta ve Avusturya gibi ülkelerde de bu modelin uygulandığı görülmektedir. Etkin bir hastane öncesi hizmetlerinde süreklilik, değişebilirlik, eşitlik, ulaşılabilirlik, katılım, güvenilirlik gibi ilkeler bu model ile sağlanabilmektedir (Ekşi 2015).

2.3.9.2. Anglo-Amerikan Model

Anglo-Amerikan Model, olay yerinde hasta ya da yaralıya çok fazla müdahale edilmeden vakit kaybetmeden vakanın bir an önce hızlı bir şekilde hastane ortamına taşınmasını esas alan bir modeldir. Anglo-Amerikan Model, çoğunlukla emniyet ve itfaiye personelleriyle koordineli bir şekilde çalışmaktadır. Bu modelde ise hizmet sunucular paramedik ve acil tıp teknisyenleridir. Süreç, çoğu zaman bir doktor tarafından koordine edilerek yönetilmektedir. Paramedikler ve acil tıp teknisyenleri (ATT) doktor kontrolünde, belirlenmiş bazı algoritmalara göre hareket ederek hizmet sunumunu gerçekleştirmektedirler (Ekşi 2015). Anglo-Amerikan model, Franco-German modelin aksine "kap ve götür" prensibi üzerine kurulmaktadır. Hasta/yaralılar daha nitelikli sağlık hizmet sunumu almaları için seri ve emniyetli bir şekilde hastanelere taşınmaktadır. Bu modelde hekimlerin yerini acil sağlık hizmetlerinin sunumu için yetiştirilen Paramedik ve ATT'ler vaka yerinde sağlık hizmet sunumunu başlatmakta ve hastayı seri ve emniyetli bir şekilde hastaneye ulaştırmaktadırlar (Atilla 2009). Bu modelde amaç olay yerinde hastanın sabitlenmesiyle vakit kaybetmeden, nakil esnasında bu işlemi devam ettirip bir an önce hastane ortamına hasta ya da yaralıyı ulaştırıp ölüm oranlarını azaltmaktır.

2.3.9.3. Türkiye'de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri

Günümüzde acil sağlık hizmetlerine gereken önem verilmeye başlanmış olup devlet politikalarıyla düzenlemeler yapılmaktadır. 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ile sağlık hizmetlerine ulaşamayan ve ulaşması zor olan insanlara hizmet verilmeye başlanmıştır. 1982 Anayasasınının 41. ve 56. maddeleri eşitlikten bahsederken, DSÖ'nün sağlık

tanımlamasının da eşitlik çerçevesinde yapıldığı görülmektedir. Bu kanunlarla birlikte ihtiyacı olan herkes sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde faydalanmaktadır.

Türkiye’de hastane öncesi acil sağlık hizmeti, Sağlık Bakanlığı’nın taşra teşkilatı olan il sağlık müdürlüklerince yürütülmektedir. İl Sağlık Müdürüne bağlı bir müdür yardımcısı ve bu yardımcıya bağlı Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürü bulunmaktadır. İl Ambulans Servisi Başhekimisi ise Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürü’ne bağlı olarak çalışmaktadır. Başhekim yardımcıları da hizmet verilen ilin büyüklüğüne göre sayı bakımından değişiklik gösterebilmektedir (www.mevzuat.gov.tr 25 Haziran 2019).

2.3.9.4. Hastane Öncesi Acil Sağlık Ekipleri

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri hasta ya da yaralının acil yardım hizmetine ihtiyaç duyduğu anda başlayıp, olay yerinde verilen iyileştirme ve koruma uygulamaları, nakil halindeyken yapılan tüm müdahaleler ve hastanın hastaneye naklinin gerçekleştirilmesine kadar sunulan profesyonel bir halk sağlığı hizmetidir (Kıdak ve ark 2009). Hastane öncesi acil sağlık ekiplerinin temel hedefi, acil yardıma ihtiyacı olan bireylere hastaneye ulaşımına kadar hayat kurtarıcı ve durumunun kötüye gitmesini engelleyici müdahalelerde bulunmaktır. Türkiye’de 112 ambulans istasyonları, bünyesinde görev alan personele (dr., paramedik ve ATT) ve bağlı olduğu birime göre adlandırılmaktadır (www.mevzuat.gov.tr 25 Haziran 2019). Türkiye’de 112 acil sağlık hizmetlerinde dr., paramedik, ATT, hemşire ve şoförler görev yapmaktadır.

“Ambulans ve acil bakım teknikerleri ile acil tıp teknisyenleri, acil sağlık hizmeti sunumunda acil tıbbi bakımın dışına çıkmamak suretiyle, Bakanlık tarafından verilen eğitim programlarını bitirerek hasta/yaralılara gerekli müdahaleleri yapabilmektedir. Ambulans ve acil bakım teknikerleri ile acil tıp teknisyenleri, acil ambulansı ve hasta nakil ambulanslarında sağlık personeli olarak hizmet sunarken, komuta kontrol merkezlerinde çağrı yönlendirici olarak hizmet sunmakta ve hastanelerin acil kliniklerinde görev yapmaktadırlar. Personel gerektiği halde ambulans sürücüsü olarak da çalışmaktadır. Acil sağlık hizmetleri sunumunda görevlendirilecek doktor ve diğer sağlık personelinin özellikleri ile görev ve yetkileri hizmetin ve hizmet sunulacak birimin özelliğine göre Bakanlık düzenlemeleri yapmaya yetkili olmaktadır” (Resmî Gazete, 2000: 24046).

Paramedikler, ATT’lere kıyasla daha geniş bir eğitim almakta ve dolayısıyla uygulama olarak da daha geniş bir alanda faaliyet göstermektedirler. İleri seviyede eğitim almaları sebebiyle hizmet verdikleri birimde ekip sorumlusu olarak görev almakta, doktorların yetkisi dahilinde olan uygulama ve girişimlerde de

bulunmaktadırlar (Mechem 2013). Ülkelerin gelişmişlik düzeyinin belirlenmesinde sağlık problemlerini aşma durumu sorgulanmaktadır. Sağlık sorunlarının alanında eğitim görmüş uzman sağlık personeli ile giderilmesi ve bireylerin acil sağlık hizmetine ulaşılabilirlik seviyesi ile giderilmesi ülkelerin gelişmişlik düzeyini belirlemektedir. Kanada, ABD, İsrail, Hollanda, Finlandiya gibi gelişmiş ülkelerde hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde sorunlar iyi eğitim almış paramedikler ile çözüme kavuşmaktadır (Ünlüoğlu ve ark. 2002; Ekşi 2015).

2.3.9.5. Hastane Acil Servisleri

Hastane öncesi acil sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirildikten sonra sabit hale getirilen hasta ya da yaralı hastane öncesi acil sağlık personelleri tarafından en yakın ve en uygun hastaneye sevk edilmektedir. Hastane acil servisleri 7 gün 24 saat kuralına uygun olarak sürekli bir şekilde sağlık hizmeti vermektedir. Hastane acil servislerinde sağlık hizmetlerinin kesintiye uğraması ya da durması gibi bir durum mümkün olmamaktadır. Hastane acil servislerinde hemşireler, ATT'ler, paramedikler ve hekimler hizmet vermektedirler. Pratisyen hekimlerin yanında hastanenin niteliğine ve alanına göre acil tıp uzmanları hizmet sunumunu gerçekleştirmektedirler.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı ve modeli, evren ve örnekleme, araştırmaya katılanların tanımlayıcı özellikleri, veri toplama araçları ve özellikleri, araştırma verilerinin toplanması ve çözümü ile ilgili açıklamalar yer almaktadır.

3.1. Araştırma Amacı ve Modeli

Toplumsal bir sorun haline gelen bu olgu artık sağlık profesyonellerine de yöneltilmeye başlanmıştır. Görevi, insan yaşamını tehdit eden unsurları ortadan kaldırmak, durdurmak ya da sağlığı tehdit eden bir durumla karşılaşıldığında müdahale etmek olan 112 acil sağlık hizmetleri çalışanları da şiddete maruz kalan meslek çalışanları olarak karşımıza çıkmaktadır. İşini özveriyle yapan bu meslek çalışanlarına gösterilen şiddet olayları neticesinde çalışanların motivasyonu düşmekte ve görevlerini ifa ederken zorlanmalarına neden olmaktadır. Bu çalışma ile Konya 112 çalışanları ve bu çalışanlara yönelik yapılan şiddetin incelenmesi, şiddetin kim ya da kimler tarafından, ne zaman, ne şekilde ve ne sıklıkta gösterildiği saptanarak, şiddeti önlemeye yönelik önerilerin geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

“Model, bir sistemin temsilcisidir. Modeller, temsil ettikleri sisteme oranla daha yalın olurlar. Model, “ideal” bir ortamın temsilcisi olup, yalnızca “önemli” görülen değişkenleri içine alacak şekilde, gerçek durumun özetlenmiş hâlidir. Araştırma modeli, “araştırma amacına uygun ve ekonomik olarak, verilerin toplanması ve çözümlenebilmesi için gerekli koşulların düzenlenmesidir. Bu koşulların düzenlenmesinde iki temel yaklaşım vardır. Bunlar tarama modelleri ve deneme modelleridir. Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılmaktadır. Onları, herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilmez. Bilinmek istenen şey vardır ve oradadır. Önemli olan, onu uygun bir biçimde “gözleyip” belirleyebilmektir” (Karasar 2000). Çalışma tanımlayıcı tipte olup, model ise tarama modeli olarak belirlenmiştir.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Konya İl Sağlık Müdürlüğü 2018 verileri dikkate alındığında 112 acil sağlık hizmetleri biriminde 1082 personel hizmet vermektedir. Araştırmanın evrenini Konya 112'ye bağlı tüm meslek grupları (doktor, paramedik, ATT, hemşire ve şoför) oluşturmaktadır. Çalışma örneklemini ise Konya 112'de hizmet veren Komuta Kontrol Merkezi ve Acil Sağlık Hizmeti İstasyonu çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmanın

örnekleme belirlenirken, ilgili kurum izni alındıktan sonra evren üzerinden hesaplama yapılmıştır. Evren ve örneklem hesabında basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile 1082 kişilik evrenden ulaşılması gereken örneklem sayısı aşağıdaki formül (İslamoğlu 2009) ile hesaplanarak %95 güven düzeyinde 284 olarak bulunmuştur. Fakat araştırma kapsamına 341 kişi dahil olmuştur.

$$n = \frac{Z^2 PQ}{E^2 + \frac{Z^2 PQ}{N}} = \frac{1,96^2 * 0,5 * 0,5}{0,05^2 + \frac{1,96^2 * 0,5 * 0,5}{1082}} = 284$$

Formülde verilen parametrelerin anlamları ise şunlardır:

Z: 1,96 (Standart normal değişken = %95 güven düzeyinde)

N: Evren büyüklüğü

P: Ana kütle oranı = (%50) 0,5 sapma payı (Maksimum hata olarak alınmıştır),

Q: 1-P = 0,5

E: Varsayılan hata (%5) = 0,05

3.3. Veri Toplama Araçları

Konu ile ilgili geniş literatür taramasının (Öztunç 2001; Aydın 2008; İlhan ve ark. 2009; Kahrıman 2011; İlhan ve ark. 2012; Zengin 2012; Doğanay 2014; Öztürk ve Babacan 2014; Bahar ve ark. 2014; Durak ve ark. 2014; Duğan 2015; Çuvadar 2017;) ardından araştırmacılar tarafından anket sorularına son şekli verilmiştir. Birinci bölümde kişilerin tanımlayıcı özelliklerini belirlemeye dair sorular yer almaktadır. İkinci bölümde ise sağlık çalışanlarına gösterilen şiddetin sıklığı, türü ve şiddet gösterenin özellikleri ile birlikte şiddetin bildirimini yapma durumu sorgulanmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Çalışma, Konya 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde çalışan personellere anket hakkında ön bilgilendirme yapılarak gönüllü katılımcılara uygulanmıştır. Anket formları her nöbet bitiminde toplanmış olup, mesai çalışan personellerin anket formları mesai bitiminde toplanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak 1 Ocak -1 Mart 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Bir anketin doldurulması için ortalama 10 dk. süre ayrılmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

Bu çalışmayla Konya 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde görevli çalışanların şiddete uğrama yüzdeleri, şiddet görme sıklığı ve görülen şiddetin türü, şiddetin kim

tarafından, nerede ve ne zaman uygulandığı, şiddete maruz kalan çalışanların olay bildirimini yapma durumları araştırılmıştır. Elde edilen veriler ankete katılan kişilerin tanımlayıcı özelliklerine göre ayrı ayrı değerlendirmeye alınmıştır. Veri toplama formları kodlanıp hatalı ve eksik veriler çıkarıldıktan sonra elde kalan 341 veri toplama formu SPSS (Statistical Packag for the Social Sciences) veri tabanında değerlendirilmiştir. Araştırmada elde edilen verilerin analizleri araştırma problemine ve alt problemlerine uygun olarak planlanmıştır. Araştırma anketinin ilk bölümünde katılımcıların tanımlayıcı bilgilerine ulaşmak için yüzde analizi kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel çözümlemesinde tanımlayıcı istatistikler ile birlikte sayı belirten çizelgelerde aritmetik ortalama (\bar{x}), standart sapma (SS) ve standart hata (SH), minimum ve maksimum değer sonuçlarından yararlanılmıştır. Araştırmada, verilerden ki-kare testinden yararlanılmıştır. Değişkenlerin ilişki düzeyi hesaplanırken $r \times r$ sayıda tablolarda Contingency Coefficient, $r \times c$ sayıda tablolarda Cramer's V değeri incelenmiştir (Gamgam ve Altunkayna, 2008). Değerler 0-1 arasında değişmekte olup, tıpkı korelasyon katsayısının büyüklüğünün yorumlanmasında olduğu gibi 0-30 arası değerler zayıf, 31-60 arası değerler orta, 61-100 arası değerler ise güçlü bir ilişkinin varlığını göstermektedir (Özbay 2009). Ki-kare analizinde $p < 0,05$ ise “anlamlı farklılık var” olarak kabul edilmiştir.

3.6. Etik

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulundan 03.11.2017 tarihli ve 2017/1060 sayılı (Bkz. EK-B) kararı ile etik kurul izni alınmıştır. Çalışmanın ilgili kurumda yürütülebilmesi için Konya İl Sağlık Müdürlüğü'nden 15.01.2018 tarihli ve 94723667-806.01.03 sayılı yazılı kurum izni alınmıştır (Bkz. EK-C).

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece Konya ilinde yapılmış olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

3.8. Araştırma Soruları

1. Katılımcıların cinsiyetine göre şiddete uğrama sıklığı arasında farklılık var mıdır?
2. Katılımcıların eğitim durumuna göre şiddete uğrama sıklığı arasında farklılık var mıdır?
3. Katılımcıların mesleki statüsüne göre şiddete uğrama sıklığı arasında farklılık var mıdır?

4. Katılımcıların görev yerine göre şiddete uğrama sıklığı arasında farklılık var mıdır?
5. Katılımcıların yaşına göre şiddete uğrama sıklığı arasında farklılık var mıdır?
6. Acil sağlık hizmetleri çalışanlarına yönelik fiziksel şiddete ilişkin farklılık var mıdır?
7. Acil sağlık hizmetleri çalışanlarına yönelik sözel şiddete ilişkin farklılık var mıdır?
8. Acil sağlık hizmetleri çalışanlarına yönelik cinsel şiddete ilişkin farklılık var mıdır?
9. Acil sağlık hizmetleri çalışanlarına yönelik psikolojik şiddete ilişkin farklılık var mıdır?
10. Maruz kalınan şiddetin nedeninin neler olduğuna ilişkin farklılık var mıdır?

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı

Bu bölümde araştırma grubunun tanımlayıcı özelliklerine ilişkin değişkenlere ait bilgilere yer verilmektedir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı

Cinsiyet	N	%
Erkek	152	44,6
Kadın	189	55,4
Toplam	341	100
Yaş	Ort. 32,5	Min. 19 Max. 55
Medeni Durumunuz	N	%
Evli	240	70,4
Bekâr	101	29,6
Toplam	341	100
Eğitim durumunuz	N	%
Lise	50	14,7
Önlisans	199	58,4
Lisans	78	22,9
Yüksek Lisans	14	4,1
Toplam	341	100
Göreviniz	N	%
Att	228	66,9
Paramedik	74	21,7
Doktor	11	3,2
Hemşire	18	5,3
Şoför	10	2,9
Toplam	341	100
Görev Yeriniz	N	%
Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu (İl)	220	64,5
Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu (İlçe)	46	13,5
Komuta Kontrol Merkez	75	22,0
Toplam	341	100
Çalışma Yılı	Ort. 10,9	Min. 1 Max. 31
Hizmet Verdiğiniz Kurumdaki Toplam Çalışma Süreniz (yıl)	Ort. 9,02	Min. 1 Max. 30
Ortalama vaka sayınız (günlük)	50,5	Min.0 Max. 600

Tablo 4.1. incelendiğinde katılımcıların yaş ortalaması 32,5 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %55,4'ünün kadın, %70,4'ünün evli, %58,4'ünün ön lisans mezunu, %66,9'unun ATT ve %64,5'inin acil sağlık hizmetleri istasyonu il merkezinde görev aldığı tespit edilmiştir. Katılımcıların çalışma yılının ortalaması 10,9 iken, hizmet verdiği kurumdaki toplam çalışma süresi (yıl) ortalaması 9,02'dir.

4.2. Katılımcılara Yönelik Şiddete İlişkin Bulgular

Bu bölümde; fiziksel şiddet, sözel şiddet (taciz, korkutma, cinsel taciz gibi), psikolojik şiddet ve şiddete dair sorulara katılımcıların verdiği cevapların dağılımına yer verilmektedir.

Tablo 4.2. Katılımcılara Yönelik Şiddet Ölçeğine İlişkin Bulgular

Soru		N	%
1) Son bir yıl içerisinde şiddet korkusu yaşadınız ya da şiddet içeren olaylara tanık oldunuz mu?	Evet	225	66,0
	Hayır	116	34,0
2) Çalıştığınız bölümde daha önce şiddete uğradınız mı?	Evet	141	41,8
	Hayır	196	58,2
	Toplam	337	100,0
3) Bugüne kadar kaç kez şiddete maruz kaldınız?	1-2 kez	101	62,0
	3-5 kez	34	20,9
	5 ve üzeri	28	17,2
	Toplam	163	100,0
4) En son ne zaman şiddete maruz kaldınız?	Son 6 Ay İçerisinde	50	29,9
	Son 1-2 Yıl İçerisinde	46	27,5
	Son 5 Yıl İçerisinde	43	25,7
	Son 10 Yıl İçerisinde	21	12,6
	10 Yıldan Daha Geçmiş Bir Zamanda	7	4,2
	Toplam	167	100,0
5) En son maruz kaldığınız şiddet esnasında ne ile meşguldünüz?	Vakaya Çıkıyordum	3	1,8
	Vaka Yerindeydim	90	53,9
	Ambulanstaydım	19	11,4
	Acil Serviste Hasta Teslim Ediyordum	11	6,6
	Hastaya Hizmet Vermekteydim	38	22,8
	Dinlenme/Yemek Molasındaydım	1	0,6
	Yürüyordum	1	0,6
	Diğer	4	2,4
	Toplam	167	100,0
6) Yaşadığınız şiddet olaylarının sağlık sistemi veya uygulamalarıyla ilişkisi olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	118	68,6
	Hayır	54	31,4
	Toplam	172	100,0
7) Yaşadığınız şiddet sonrası işinizde hata yaptınız mı?	Evet	12	7,1
	Hayır	158	92,9
	Toplam	170	100,0
8) Şiddete maruz kalma durumlarında kadın ve erkek sağlık çalışanları arasında cinsiyet farklılığından doğan bir ayırım yapıldığını düşünüyor musunuz?	Evet	196	60,3
	Hayır	129	39,7
	Toplam	325	100,0
9) En son maruz kaldığınız şiddetin türü nedir?	Fiziksel Şiddet	41	14,4
	Sözel Şiddet (Taciz, Korkutma, Cinsel Taciz Gibi)	158	55,4
	Psikolojik Şiddet	86	30,2
	Toplam	285	100,0

Tablo 4.2. incelendiğinde katılımcıların %66'sının son bir yıl içerisinde şiddet korkusu yaşadığı ya da şiddet içeren olaylara tanık olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %58,2'sinin çalıştığı bölümde daha önce şiddete uğramadığı, %62'sinin ise bugüne kadar 1-2 kez şiddete maruz kaldığı, %57,4'ünün son 2 yıl içinde şiddete uğradığı, %96,5'inin en son maruz kaldığı şiddet esnasında hizmet sunumu yaptığı saptanmıştır. Bu bulgulara göre katılımcıların 68,6'sının yaşadığı şiddet olaylarının sağlık sistemi veya uygulamalarıyla ilişkisi olduğunu, %92,9'unun yaşadığı şiddet sonrasında hata yapmadığı ve %60,3'ünün de şiddete maruz kalma durumlarında kadın

ve erkek sađlık çalıřanları arasında cinsiyet farklılıđından dođan bir ayırım yapıldıđını dűřündűđű tespit edilmiřtir. En son maruz kalınan řiddet tűrű %55,4 ile sűzel řiddettir.

Tablo 4.3. Katılımcılara Yűnelik Fiziksel řiddete İliřkin Bulgular

Soru		N	%
10) Fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?	Evet	264	80,2
	Hayır	65	19,8
	Toplam	329	100,0
11) Maruz kaldıđınız fiziksel řiddetin tűrű nedir?	İtme, Tokatlama, Yumruklama, Tekmeleme	47	74,6
	Herhangi Bir Cisimle Vurma	10	15,9
	Diğer	6	9,5
	Toplam	63	100,0
12) En son maruz kaldığınız şiddette saldırgan herhangi bir nesne kullandı mı?	Evet	15	23,4
	Hayır	49	76,6
	Toplam	64	100,0
13) Maruz kaldığınız şiddet sonrasında yara aldınız mı?	Evet	11	17,2
	Hayır	53	82,8
	Toplam	64	100,0
14) Yaralandığınız için tıbbi destek aldınız mı?	Evet	7	10,9
	Hayır	57	89,1
	Toplam	64	100,0
15) Maruz kalınan şiddet sebebiyle rapor aldınız mı?	Evet	2	3,1
	Hayır	62	96,9
	Toplam	64	100,0
16) Fiziksel şiddeti uygulayan kişinin hasta ile yakınlık derecesi nedir?	Hastanın Kendisi	18	27,7
	Hasta Yakını	40	61,5
	alışma Arkadaşım	2	3,1
	Diğer	5	7,7
17.1) Fiziksel şiddeti uygulayan kişinin tahmini yaşı nedir?	17-30	28	46,6
	31-45	30	47,5
	46 ve uestű	4	5,9
17.2) Fiziksel şiddeti uygulayan kişinin cinsiyeti nedir?	Erkek	55	88,7
	Kadın	7	11,3
17.3) Fiziksel şiddeti uygulayan kişinin eğitim durumu nedir?	İlkokul	4	28,6
	Lise	3	21,4
	Ön lisans	6	42,9
	Lisans veya Yűksek Lisans	1	7,1
17.4) Fiziksel şiddeti uygulayan kişinin mesleği nedir?	Memur	6	75,0
	Esnaf	2	25,0
18) Fiziksel řiddet gűsteren saldırgan kiřinin uezellikleri nelerdir?	Alkollű řahıs	20	31,7
	Madde Bağımlısı	4	6,3
	Psikiyatrik Bozukluğu Varlığu	10	15,9
	Diğer	29	46,0
19) Fiziksel şiddete maruz kalınan yer neresi?	Ambulansın içerisi	13	20,0
	Olay yeri	37	56,9
	Hastane ortamı	10	15,4
	112 acil sağlık hizmetleri istasyonu	5	7,7
20) Fiziksel řiddetin gűrűldűđu zaman dilimi?	09:00-17:00 arası	23	35,4
	17:00-09:00 arası	42	64,6

Tablo 4.3. incelendiğinde katılımcılara yűnelik fiziksel şiddete ilişkin bulgularda %80,2'sinin fiziksel şiddete maruz kaldığu, %74,6' sının itme, tokatlama, yumruklama ve tekmelemeye maruz kaldığu, %76,6'sının fiziksel şiddet esnasında herhangi bir nesne

kullanmadığı, %82,8'inin fiziksel şiddet sonrasında yara almadığı, %89,1'inin ise yaralandığı için tıbbi destek almadığı ve %96,9'unun da rapor almadığı tespit edilmiştir. Katılımcılara fiziksel şiddeti uygulayan kişilerin %61,5'inin hasta yakını olduğu saptanmıştır. Katılımcıların ifadelerine göre fiziksel şiddet uygulayan kişilerin tahmini yaşı %47,5'inin 31-45 yaş aralığında, fiziksel şiddeti uygulayan kişinin %88,7'sinin erkek olduğu, %42,9'unun ön lisans mezunu olduğu %75'inin memur olduğu, %46'sının şiddet gösteren saldırgan kişinin özelliklerine diğer ifadesinde bulunup belirtmediği, %56,9'unun fiziksel şiddete maruz kalınan yerin olay yeri olduğu ve 17:00-09:00 saatleri arasında %64,6'sının fiziksel şiddete uğradığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.4. Katılımcılara Yönelik Sözel Şiddete İlişkin Bulgular

Soru		N	%
21) Maruz kaldığınız sözel şiddet türü nedir?	Küfür, tehdit, hakaret ve bağırma	183	66,3
	Küfretmeyle birlikte tehdit edilme	22	8,0
	Bağırma	71	25,7
22) Çalışma saatleri içerisinde sözel/fiziksel taciz deneyimine maruz kaldınız mı?	Evet	130	39,0
	Hayır	203	61,0
23) Sözel/fiziksel taciz uygulayan kişinin hasta ile yakınlık derecesi nedir?	Hastanın kendisi	37	27,6
	Hasta yakını	82	61,2
	Diğer kişiler(belirtiniz).	14	10,4
	Çalışma arkadaşım	1	0,7
24.1) Sözel/fiziksel taciz uygulayan kişinin tahmini yaşı kaçtır?	17-30	57	35,2
	31-45	96	53,6
	46 ve üstü	7	11,2
24.2) Sözel/fiziksel taciz uygulayan kişinin cinsiyeti?	Erkek	111	93,3
	Kadın	8	6,7
24.3) Sözel/fiziksel taciz uygulayan kişinin eğitim durumu nedir?	İlkokul	9	47,4
	Lise	4	21,1
	Ön lisans	3	15,8
	Lisans veya Yüksek Lisans	3	15,8
24.4) Sözel/fiziksel taciz uygulayan kişinin mesleği nedir?	Memur	6	75,0
	Esnaf	3	25,0
25) Sözel/fiziksel tacize maruz kalınan yer neresidir?	Ambulansın içerisi	19	14,7
	Olay yeri	90	69,8
	Hastane ortamı	7	5,4
	112 acil sağlık hizmetleri istasyonu	13	10,1
26) Sözel/fiziksel tacize maruz kalınan zaman dilimi nedir?	09:00-17:00 arası	39	30,0
	17:00-09:00 arası	91	70,0

Tablo 4.4. incelendiğinde katılımcılara yönelik sözel şiddete ilişkin bulgularda katılımcıların %100'ünün sözel şiddete maruz kaldığı, %61'inin çalışma saatleri içerisinde sözel/fiziksel taciz deneyimine maruz kalmadığı, katılımcılara sözel şiddeti uygulayan kişilerin %61,2'sinin hasta yakını olduğu saptanmıştır. Katılımcıların ifadelerine göre sözel şiddet uygulayan kişilerin tahmini yaşı %53,6'sının 31-45 yaş aralığında, %93,3'ünün erkek, %47,4'ünün ilkokul mezunu, %75'inin memur,

%69,8'inin sözel şiddete maruz kalınan yerin olay yeri olduğu ve 17:00-09:00 saatleri arasında %70'inin sözel şiddete uğradığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.5. Katılımcılara Yönelik Cinsel Şiddete İlişkin Bulgular

Soru		N	%
27) Cinsel şiddete maruz kaldınız mı?	Evet	2	0,6
	Hayır	332	97,4
28) Cinsel şiddet uygulayan kişinin hasta ile yakınlık derecesi nedir?	Hastanın kendisi	1	0,3
	Hasta yakını	1	0,3
	Diğer kişiler(belirtiniz).	0	0
	Çalışma arkadaşım	0	0
29.1) Cinsel şiddet uygulayan kişinin tahmini yaşı kaçtır?	17-30	0	0
	31-45	1	0,3
	46 ve üstü	0	0
29.2) Cinsel şiddet uygulayan kişinin cinsiyeti nedir?	Erkek	0	0
	Kadın	1	0,3
29.3) Cinsel şiddet uygulayan kişinin eğitim durumu nedir?	İlkokul	0	0
	Lise	0	0
	Ön lisans	0	0
	Lisans veya Yüksek Lisans	0	0
	Lisans	0	0
	Toplam	341	100

Tablo 4.5. incelendiğinde katılımcılara yönelik cinsel şiddete ilişkin bulgularda katılımcıların %97,4'ünün cinsel şiddete maruz kalmadığı saptanmıştır. Katılımcıların ifadelerine göre cinsel şiddet uygulayan kişilerin tahmini yaş aralığı 31-45 yaş ve kadın olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.6. Katılımcılara Yönelik Psikolojik Şiddete İlişkin Bulgular

Soru		N	%
32) Psikolojik şiddete maruz kaldınız mı?	Evet	249	73,5
	Hayır	90	26,5
33) Psikolojik şiddeti uygulayan kişinin hasta ile yakınlık derecesi nedir?	Hastanın Kendisi	46	17,8
	Hasta Yakını	196	76,0
	Çalışma Arkadaşım	16	6,2
34.1) Psikolojik şiddeti uygulayan kişinin tahmini yaşı kaçtır?	17-30	84	24,7
	31-45	130	38,2
	46 ve üstü	29	8,6
34.2) Psikolojik şiddeti uygulayan kişinin cinsiyeti nedir?	Erkek	206	88,0
	Kadın	28	12,0
34.3) Psikolojik şiddeti uygulayan kişinin eğitim durumu nedir?	İlkokul	10	35,7
	Lise	7	25,0
	Ön lisans	7	25,0
	Lisans veya Yüksek Lisans	4	14,3
35) Psikolojik şiddete maruz kalınan yer neresidir?	Ambulansın içerisi	30	12,0
	Olay yeri	172	68,8
	Hastane ortamı	16	6,4
	112 acil sağlık hizmetleri istasyonu	32	12,8
36) Psikolojik şiddete maruz kalınan zaman dilimi	09:00-17:00 arası	95	37,4
	17:00-09:00 arası	159	62,6
37) Şiddet gördüğünüzde yalnız mıydınız?	Evet	40	15,4
	Hayır	219	84,6

Tablo 4.6. incelendiğinde katılımcılara yönelik psikolojik şiddete ilişkin bulgularda katılımcıların %73,5'inin psikolojik şiddete maruz kaldığı, katılımcılara psikolojik şiddeti uygulayan kişilerin %76'sının hasta yakını olduğu saptanmıştır. Katılımcıların ifadelerine göre psikolojik şiddet uygulayan kişilerin tahmini yaşı %38,2'sinin 31-45 yaş aralığında, %88'inin erkek, %35,7'sinin ilköğretim mezunu, %68,8'inde psikolojik şiddete maruz kalınan yerin olay yeri olduğu ve %62,6'sının 17:00-09:00 saatleri arasında psikolojik şiddete uğradığı ve %84,6'sının şiddet gördüğünde yalnız olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.7. Maruz Kalınan Şiddetin Nedeninin Neler Olduğuna İlişkin Bulgular

Soru	N	%
38.1. Bürokrasiden kaynaklanan işlemlerin uzaması	89	6,4
38.2. Ambulans donanımının yetersiz ve düzensiz olması	22	1,6
38.3. Ambulansın hasta /yakınına göre gecikmesi	149	10,6
38.4. Personel yetersizliği	28	2,0
38.5. Hasta/yakını ile olan iletişim kopukluğu	96	6,9
38.6. Hasta/yaralının ex olması	66	4,7
38.7. Uyuşturucu maddeye bağlı saldırganlık	75	5,4
38.8. Refakatçi sayısının gerektiğinden fazla olması isteği	101	7,2
38.9. Hasta/yakınının güç gösterisinde bulunmaları	87	6,2
38.10. Hasta/yakınının sağlık personeline anlayışsız davranması	103	7,4
38.11. Hasta ve yakınının kibar davranmaması	61	4,4
38.12. Hasta/yakınının asabi kişiliğe sahip oluşu	118	8,4
38.13. Hasta/yakınlarının eğitim seviyesinin düşüklüğünden kaynaklanan anlaşmazlıklar	72	5,1
38.14. Güvenliğin yeterli düzeyde olmayışı	78	5,6
38.15. Medyada yer alan sağlıkta şiddet haberlerinin kışkırtıcı etkisi	110	7,9
38.16. Herhangi bir neden olmaması	28	2,0
38.17. Hastanın tedavisinin geciktiğinin düşünülmesi	67	4,8
38.18. Hastanın durumu hakkında ilgili bilgilendirmenin yapılmaması	13	0,9
38.19. Hasta yakını haricinde kişi/kişilerin bilgi talebinde bulunmaları	28	2,0
38.20. Asık suratlı davranma	9	0,6
Toplam	1400	100,0
*N sayısı örneklem hacmini geçmektedir.		

Tablo 4.7' de "Maruz kalınan şiddetin nedeni neler olabilir?" sorusu incelendiğinde sırasıyla en yüksek %10,6'sının "Ambulansın hasta /yakınına göre gecikmesi", %8,4'ünün "Hasta/yakınının asabi kişiliğe sahip oluşu", %7,9'unun "Medyada yer alan sağlıkta şiddet haberlerinin kışkırtıcı etkisi" ifadesinde buldukları, en düşük oranlarla %0,6'sının "Asık suratlı davranma", %0,9'unun "Hastanın durumu hakkında ilgili bilgilendirmenin yapılmaması", %1,6'sının "Ambulans donanımının yetersiz ve düzensiz olması" ifadesinde bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 4.8. Maruz Kalınan Şiddete ve Saldırgan Kişiye İlişkin Bulgular

Soru	N	%	
39) Şiddete uğradığınızda ilgili birim ya da birimlere bilgi verdiniz mi?	Evet	162	54,9

Tablo 4.8. (Devamı) Maruz Kalınan Şiddete ve Saldırgan Kişiyne İlişkin Bulgular

Soru		N	%
40) Saldırgan kişiyne hakkında ne tür bir işlem uygulanmıştır?	Güvenlik ekipleri tarafından saldırıdan uzaklaştırıldı	38	13,9
	Olay adli mercilere yansıdı	41	15,0
	Hiçbir şey yapılmadı	183	67,0
	Şiddet nedeniyle hastaya başka ekip sevk edildi	10	3,7
	Disiplin soruşturmasına tabi tutuldum ve ceza aldım	1	0,4

Tablo 4.8. incelendiğinde katılımcıların %54,9'u şiddete uğradığında ilgili birim ya da birimlere bilgi verdiği saptanmıştır. Saldırgan kişiyne hakkında %67'si "hiçbir şey yapılmadı" ifadesinde bulunmuştur.

Tablo 4.9. Katılımcıların Şiddete Uğradığında Verdiği Tepkilerin Nasıl Olduğuna İlişkin Bulgular

Soru	N	%
41) Şiddete uğradığımızda verdiğiniz tepkiler nasıl olmuştur?	63	10,6
Telsizden şiddete uğradığıma dair anons geçtim	60	10,0
Güvenlik ekipleriyle irtibata geçtim	80	13,5
Olay yerinden uzaklaştım	79	13,3
Kızdım ve öfkelen dim	123	20,7
Sözlü olarak tepki verdim	4	0,7
Şiddetle karşılık verdim	107	18,0
Prosedürün bu şekilde olduğunu belirterek hakkımda şikâyetçi olabileceklerini ifade ettim	14	2,4
Tepki göstermeyerek hastanın tedavisini ekip arkadaşım a bıraktım	25	4,2
Saldırgan hakkında şikâyette bulundum	29	4,9
Şiddeti bildirir rapor tuttum	9	1,5
Kendimi ambulansa kilitledim	1	0,2
Hasta/yakınına kaba davrandım.	594	100,0
*N sayısı örneklem hacmini geçmektedir.		

Tablo 4.9. incelendiğinde katılımcıların "Şiddete uğradığında verdiği tepkilerin nasıl olduğu?" sorusuna en yüksek oranla %20,7'sinin "Kızdım ve öfkelen dim" ifadesinde bulunduğu, en düşük oranla ise %0,2'sinin ise "Hasta/yakınına kaba davrandım." ifadesinde bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 4.10. Katılımcıların Şiddete Maruz Kaldıktan Sonra Duygu ve Düşüncelerinin Neler Olduğuna İlişkin Bulgular

Soru	N	%
42) Sinirlendim	164	24,3
Korktum	94	14,0
Çalışma ortamının düzeleceğine dair umudumu yitirdim	116	17,2
Sağlık uygulama ve sistemlerinden kaynaklı şiddetin artacağını düşündüm	122	18,1
Hastanın durumuyla ilgili tepkisini normal karşıladım	28	4,1
Mesleği bırakmayı düşündüm	32	4,7
Meslekten soğudum.	119	17,6
*N sayısı örneklem hacmini geçmektedir.	675	100,0

Tablo 4.10. incelendiğinde katılımcıların "Şiddete maruz kaldıktan sonra duygu ve düşüncelerinin neler olduğu?" sorusuna en yüksek oranla %24,3'ünün "Sinirlendim."

ifadesinde bulunduğu, en düşük oranla ise %4,1'inin ise "Hastanın durumuyla ilgili tepkisini normal karşıladım." ifadesinde bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 4.11. Katılımcıların Şiddete Maruziyetinin Sonrasında Hasta/Yakınlarına Yönelik Bakış Açısının Nasıl Olduğuna İlişkin Bulgular

Soru	N	%
43)Olaydan etkilenmedim ve normaleştirdim	42	11,4
Daha temkinli davranarak saldırma ihtimali olabilecek kişilere karşı kendimi korudum	198	53,8
İnsanlara saygımı yitirdim	123	33,4
Hasta/yakınına sert davranacağımı öğrendim	5	1,4
*N sayısı örneklem hacmini geçmektedir.	368	100,0

Tablo 4.11. incelendiğinde katılımcıların "Şiddete maruz kaldıktan sonra hasta/yakınlarına yönelik bakış açısının nasıl olduğu?" sorusuna en yüksek oranla %53,8'inin "Daha temkinli davranarak saldırma ihtimali olabilecek kişilere karşı kendimi korudum." ifadesinde bulunduğu, en düşük oranla ise %1,4'ünün ise "Hasta/yakınına sert davranacağımı öğrendim." ifadesinde bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 4.12. Katılımcıların Şiddete Maruz Kaldıktan Sonraki Sürece İlişkin Bulgular

Soru		N	%
44)Şiddete maruz kaldığımızda size kim yardımcı oldu?	Güvenlik ekipleri	52	18,1
	Çalışma arkadaşlarım	212	73,6
	Olay yerindeki kişiler	18	6,3
	Yöneticilerim	1	0,3
	Hasta yakınları	5	1,7
45)Şiddet uygulayan kişi ya da kişilerden şikâyetçi olduğunuzda akabinde tehdit vs. gibi olumsuz durumlarla karşılaştınız mı?	Evet	39	14,1
	Hayır	238	85,9
46) Şiddete uğradığınız kişilerden korktuğunuzda şikâyetinizi geri çektiniz mi?	Evet	24	8,8
	Hayır	250	91,2
47) Şiddete uğradığımızda ekibiniz tarafından desteklendiniz mi?	Evet	274	91,6
	Hayır	25	8,4
48) Beyaz Kod uygulaması hakkında bilgi sahibi misiniz?	Evet	332	97,4
	Hayır	9	2,6
49) Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet gösterenler için ceza uygulandığını düşünüyor musunuz?	Evet	75	22,0
	Hayır	266	78,0
50) Hasta iletişimi konusunda bilgilendirme ve eğitim aldınız mı?	Evet	276	80,9
	Hayır	65	19,1
51) Son 1 yıl içerisinde Türkiye genelinde sağlık çalışanlarına yönelik uygulanan şiddetin arttığını düşünüyor musunuz?	Evet	325	95,3
	Hayır	16	4,7
52) Son 1 yıl içerisinde çalıştığınız kurumda sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin arttığını düşünüyor musunuz?	Evet	312	91,5
	Hayır	29	8,5
53) Kişi ya da kişilerin şiddete başvurusuyla gelir düzeyi arasında ilişki kurulabilir mi?	Evet	172	50,4
	Hayır	169	49,6
54) Hasta haklarının kişilerin şiddete yönelmesinde doğrudan etkisinin olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	255	74,8
	Hayır	86	25,2
55) Sağlıkta şiddetin artmasında medyanın etkisinin olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	320	93,8
	Hayır	21	6,2

Tablo 4.12. incelendiğinde katılımcıların %73,6'sı şiddete maruz kaldığında çalışma arkadaşlarından yardım aldığı, %85,9'unun şiddet uygulayan kişi ya da kişilerden şikâyetçi olduğunda akabinde tehdit vs. gibi olumsuz durumlarla karşılaşmadığı, %91,2'sinin şiddete uğradığı kişilerden korktuğunda şikâyetini geri çekmediğini, %91,6'sının şiddete maruz kaldığında ekibi tarafından desteklendiği, %97,4'ünün beyaz kod uygulaması hakkında bilgi sahibi olduğu, %78'inin sağlık çalışanlarına yönelik şiddet gösterenler için ceza uygulandığını düşünmediği, %80,9'unun hasta iletişimi konusunda bilgilendirme ve eğitim aldığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %95,3'ünün son 1 yıl içerisinde Türkiye genelinde sağlık çalışanlarına yönelik uygulanan şiddetin arttığını düşündüğü, %91,5'inin son 1 yıl içerisinde çalıştığı kurumda sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin arttığını düşündüğü, %50,4'ünün kişi ya da kişilerin şiddete başvurusuyla gelir düzeyi arasında ilişki kurulabildiğine katıldığı, %74,8'inin hasta haklarının kişilerin şiddete yönelmesinde doğrudan etkisinin olduğunu ve %93,8'inin sağlıkta şiddetin artmasında medyanın etkisinin olduğunu düşündüğü saptanmıştır.

4.3. Cinsiyet, Eğitim Durumu, Mesleki Statü ve Görev Yerine Göre Şiddete İlişkin Bulgular

Bu bölümde katılımcılara yönelik şiddet ile bağımsız değişkenler (cinsiyet, eğitim durumu, mesleki statü ve görev yeri) arasındaki ilişki incelenmektedir.

Tablo 4.13. Cinsiyetin Diğer Değişkenler ile İlişkisi

Cinsiyet (D1)							
Bağımlı Değişkenler		Erkek		Kadın		Toplam	
		N	%	N	%	N	%
Son bir yıl içerisinde şiddet korkusu yaşadınız ya da şiddet içeren olaylara tanık oldunuz mu? (S1)							
Evet	S1	109	48,4	116	51,6	225	100
	D1	109	71,7	116	61,4	225	66,0
Hayır	S1	43	37,1	73	62,9	116	100
	D1	43	28,3	73	38,6	116	34,0
Toplam		152	100	189	100	341	100
Yaşadığımız şiddet sonrası işinizde hata yaptınız mı? (S7)							
Evet	S7	9	75,0	3	25,0	12	100
	D1	9	11,8	3	3,2	12	7,1
Hayır	S7	67	42,4	91	57,6	158	100
	D1	67	88,2	91	96,8	158	92,9
Toplam		76	100	94	100	170	100
En son maruz kaldığınız şiddetin türü? (S9)							
Fiziksel Şiddet	S9	20	48,8	21	51,2	41	100
	D1	20	16,4	21	12,9	41	14,4
Sözel Şiddet (Taciz, Korkutma, Cinsel Taciz Gibi)	S9	75	47,5	83	52,5	158	100
	D1	75	61,5	83	50,9	158	55,4

$X^2=4,009$

$p= 0,045$

$C=0,108^{***}$

$X^2=4,793^*$

$p= 0,029$

$X^2=6,574^*$

$p= 0,037$

$\Phi_c=0,152^*$

Tablo 4.13.(Devamı) Cinsiyetin Diğer Değişkenler ile İlişkisi

Bağımlı Değişkenler		Erkek		Kadın		Toplam	
Psikolojik Şiddet	S9	27	31,4	59	68,6	86	100
	D1	27	22,1	59	36,2	86	30,2
Toplam		122	100	163	100	285	100

* Pearson Chi-Square**Cramer's V***Contingency Coefficient

Tablo 4.13. incelendiğinde cinsiyet ile son bir yıl içerisinde şiddet korkusu yaşama ya da şiddet içeren olaylara tanık olma durumu arasında anlamlı ($p= 0,045$) ve düşük düzeyde ($C= 0,108$) ilişki saptanmıştır. Erkek katılımcıların %71,7'sinin "Son bir yıl içerisinde şiddet korkusu yaşadınız mı ya da şiddet içeren olaylara tanık oldunuz mu?" sorusuna "evet" cevabı verdiği; "hayır" cevabı verenlerin ise %62,9'unun kadın olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların cinsiyet ile yaşanan şiddet sonrası işinizde hata yapma durumu arasında anlamlı ($p= 0,029$) ve düşük düzeyde ($C= 0,166$) ilişki saptanmıştır. Yaşanılan şiddet sonrası işinde hata yapan katılımcıların %75'inin erkek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların cinsiyet ile en son maruz kalınan şiddet türü arasında anlamlı ($p= 0,037$) ve düşük düzeyde ($\Phi_C= 0,152$) ilişki tespit edilmiştir. Erkek katılımcıların %61,5'inin kadın katılımcıların %50,9'unun sözel şiddete maruz kaldığı, fiziksel şiddete maruz kalanların %51,2'sinin, psikolojik şiddete maruz kalanların %68,6'sının kadın olduğu görülmüştür.

Tablo 4.14. Eğitim Durumunun Diğer Değişkenler ile İlişkisi

		Eğitim Durumu(D4)									
		Lise		Önlisans		Lisans		Lisansüstü		Toplam	
Yaşadığınız şiddet sonrası işinizde yaptınız mı? (S7)		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Evet	S7	0	0,0	7	58,3	2	16,7	3	25,0	12
D4		0	0,0	7	6,7	2	6,3	3	30,0	12	7,1
Hayır	S7	24	15,2	97	61,4	30	19,0	7	4,4	158	100
	D4	24	100,0	97	93,3	30	93,8	7	70,0	158	92,9
Toplam		185	100	69	100	15	100	34	100	26	100
Maruz kaldığımız sözel şiddet türü (S21)		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Küfür, tehdit, hakaret ve bağırma	S21	31	16,9	104	56,8	40	21,9	8	4,4	183	100
	D4	31	72,1	104	67,1	40	60,6	8	66,7	183	66,3

$X^2= 26,319^*$
 $p= 0,019$
 $\Phi_C= 0,241^{**}$

$X^2=20,755^*$
 $p= 0,002$
 $\Phi_C=0,194^{**}$

Tablo 4.14. (Devamı) Eğitim Durumunun Diğer Değişkenler ile İlişkisi

Küfretmeyle birlikte tehdit edilme	S21	6	27,3	13	59,1	0	0,0	3	13,6	22	100
	D4	6	14,0	13	8,4	0	0,0	3	25,0	22	8,0
Bağırma	S21	6	8,5	38	53,5	26	36,6	1	1,4	71	100
	D4	6	14,0	38	24,5	26	39,4	1	8,3	71	25,7
Toplam		43	100	155	100	66	100	12	100	276	100
Şiddete uğradığınızda ilgili birim ya da birimlere bilgi verdiniz mi? (S39)		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Evet	S7	21	13,0	107	66,0	27	16,7	7	4,3	162	100
	D4	21	45,7	107	63,3	27	40,3	7	53,8	162	54,9
Hayır	S7	25	18,8	62	46,6	40	30,1	6	4,5	133	100
	D4	25	54,3	62	36,7	40	59,7	6	46,2	133	45,1
Toplam		46	100	169	100	67	100	13	100	295	100
*Pearson Chi-Square **Cramer's											

 $X^2=12,196^*$ $p=0,007$ $\Phi_C=0,203^{**}$

Tablo 4.14. incelendiğinde katılımcıların eğitim durumu ile yaşanan şiddet sonrası işinde hata yapma durumu arasında anlamlı ($p= 0,019$) ve düşük düzeyde ($\Phi_C= 0,241$) ilişki saptanmıştır. Yaşanan şiddet sonrası işinde hata yapan katılımcıların %58,3'ünün önlisans mezunu olduğu, hata yapmayan katılımcıların %4,4'ünün lisansüstü eğitim seviyesine sahip olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların eğitim durumu ile maruz kalınan sözel şiddet türü arasında anlamlı ($p= 0,002$) ve düşük düzeyde ($\Phi_C= 0,194$) ilişki tespit edilmiştir. Lise mezunu katılımcıların %72,1'i önlisans mezunu katılımcıların %67,1'i lisans mezunu katılımcıların %60,6'sı ve lisansüstü mezunu katılımcıların %66,7'si küfür, tehdit, hakaret ve bağırma maruz kaldığını belirtmiştir.

Katılımcıların eğitim durumu ile şiddete uğradığında ilgili birim ya da birimlere bilgi verme durumu arasında anlamlı ($p= 0,007$) ve düşük düzeyde ($\Phi_C= 0,203$) ilişki tespit edilmiştir. Lise mezunu katılımcıların %54,3'ü şiddete uğradığında ilgili birim ya da birimlere bilgi vermediği görülürken, lisansüstü mezunu katılımcıların %53,8'inin bilgi verdiği görülmüştür. Bilgi veren katılımcıların ise %66'sının önlisans mezunu olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.15. Mesleki Statünün Diğer Değişkenler ile İlişkisi

Mesleki Statü (DS)													
Bağımlı Değişkenler	ATT		Paramedik		Doktor		Hemşire		Şoför		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Çalıştığınız bölümde daha önce şiddete uğradınız mı? (S2)													
Evet	S2	75	53,2	46	32,6	4	2,8	11	7,8	5	3,5	141	100

 $X^2=23,297^*$ $p=0,000$ $\Phi_C=0,263^{**}$

Tablo 4.15. (Devamı) Mesleki Statünün Diğer Değişkenler ile İlişkisi

Evet	D5	75	33,3	46	63,0	4	36,4	11	61,1	5	50,0	141	41,8	
Hayır	S2	150	76,5	27	13,8	7	3,6	7	3,6	5	2,6	196	100	
	D5	150	66,7	27	37,0	7	63,6	7	38,9	5	50,0	196	58,2	
Toplam		225	100	73	100	11	100	18	100	10	100	337	100	
Çalışma saatleri içerisinde sözel/fiziksel deneyimime maruz kaldınız mı? (S22)		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	X ² =9,800* p= 0,044 Φ _C =0,172**
Evet	S22	84	64,6	24	18,5	7	5,4	12	9,2	3	2,3	130	100	
	D5	84	37,5	24	34,3	7	63,6	12	66,7	3	30,0	130	39,0	
Hayır	S22	140	69,0	46	22,7	4	2,0	6	3,0	7	3,4	203	100	
	D5	140	62,5	46	65,7	4	36,4	6	33,3	7	70,0	203	61,0	
Toplam		224	100	70	100	11	100	18	100	10	100	333	100	
Psikolojik şiddete maruz kalınan yer neresi? (S35)		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	X ² =31,347* p= 0,002 Φ _C =0,204**
Ambulansın İçi	S35	19	63,3	6	20,0	1	3,3	1	3,3	3	10,0	30	100	
	D5	19	11,4	6	10,7	1	14,3	1	7,7	3	37,5	30	12,0	
Olay Yeri	S35	115	66,9	43	25,0	4	2,3	5	2,9	5	2,9	172	100	
	D5	115	69,3	43	76,8	4	57,1	5	38,5	5	62,5	172	68,8	
Hastane Ortamı	S35	14	87,5	2	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	100	
	D5	14	8,4	2	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	6,4	
112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu	S35	18	56,3	5	15,6	2	6,3	7	21,9	0	0,0	32	100	
	D5	18	10,8	5	8,9	2	28,6	7	53,8	0	0,0	32	12,8	
Toplam		116	100	56	100	7	100	13	100	8	100	250	100	
Şiddete uğradığınızda ilgili birim ya da birimlere bilgi verdiniz mi? (S39)		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	X ² =21,929* p=0,000 Φ _C =0,273**
Evet	S39	91	56,2	52	32,1	4	2,5	12	7,4	3	1,9	162	100	
	D5	91	47,6	52	77,6	4	44,4	12	66,7	3	30,0	162	54,9	
Hayır	S39	100	75,2	15	11,3	5	3,8	6	4,5	7	5,3	133	100	
	D5	100	52,4	15	22,4	5	55,6	6	33,3	7	70,0	133	45,1	
Toplam		191	100	67	100	9	100	18	100	10	100	295	100	
Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet gösterenler için ceza uygulandığını düşünüyor musunuz? (S49)		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	X ² =15,435* p= 0,004 Φ _C =0,213**
Evet	S49	49	65,3	10	13,3	5	6,7	5	6,7	6	8,0	75	100	
	D5	49	21,5	10	13,5	5	45,5	5	27,8	6	60,0	75	22,0	
Hayır	S49	179	67,3	64	24,1	6	2,3	13	4,9	4	1,5	266	100	
	D5	179	78,5	64	86,5	6	54,5	13	72,2	4	40,0	266	78,0	
Toplam		228	100	74	100	11	100	18	100	10	100	341	100	

*Pearson Chi-Square**Cramer's V

Tablo 4.15. incelendiğinde katılımcıların mesleki statüsü ile çalıştığı bölümde daha önce şiddete uğrama durumu arasında anlamlı (p= 0,000) ve düşük düzeyde (Φ_C=

0,263) ilişki tespit edilmiştir. ATT'lerin %66,7'sinin ve doktorların %63,6'sının çalıştığı bölümde daha önce şiddete uğramadığı, paramediklerin %63'ünün ve hemşirelerin %61'1'inin çalıştığı bölümde daha önce şiddete uğradığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların statüsü ile çalışma saatleri içerisinde sözel/fiziksel taciz deneyimine maruz kalma durumu arasında anlamlı ($p= 0,044$) ve düşük düzeyde ($\Phi C= 0,172$) ilişki tespit edilmiştir. Doktorların %63,6'sının, hemşirelerin ise %66,7'sinin çalışma saatleri içerisinde sözel/fiziksel taciz deneyimine maruz kaldığı saptanmıştır.

Katılımcıların mesleki statüsü ile psikolojik şiddete maruz kalınan yer arasında anlamlı ($p= 0,002$) ve düşük düzeyde ($\Phi C= 0,204$) ilişki tespit edilmiştir. ATT'lerin %69,3'ü paramediklerin %76,8'i, doktorların %57,1'i ve şoförlerin %62,5'i olay yerinde, hemşirelerin %53,8'i 112 acil sağlık hizmetleri istasyonunda psikolojik şiddete maruz kaldığı görülmüştür.

Katılımcıların mesleki statüsü ile şiddete uğradığında ilgili birim ya da birimlere bilgi verme durumu arasında anlamlı ($p= 0,000$) ve düşük düzeyde ($\Phi C= 0,273$) ilişki tespit edilmiştir. ATT'lerin %52,4'ünün, doktorların %55,6'sının şoförlerin %70'inin şiddete uğradığında ilgili birim ya da birimlere bilgi vermediği, paramediklerin %77,6'sının, hemşirelerin %66,7'sinin şiddete uğradığında ilgili birim ya da birimlere bilgi verdiği tespit edilmiştir.

Katılımcıların mesleki statüsü ile sağlık çalışanlarına yönelik şiddet gösterenler için ceza uygulandığını düşünme durumu arasında anlamlı ($p= 0,004$) ve düşük düzeyde ($\Phi C= 0,213$) ilişki tespit edilmiştir. ATT'lerin %78,5'inin, paramediklerin %86,5'inin, doktorların %54,5'inin, hemşirelerin %72,2'sinin sağlık çalışanlarına yönelik şiddet gösterenler için ceza uygulandığını düşünmediği görülürken şoförlerin %60'ının ceza uygulandığını düşündüğü görülmüştür.

Tablo 4.16. Görev Yeri Diğer Değişkenler ile İlişkisi

Görev Yeri (D6)								
Bağımlı Değişkenler	Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu İl		Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu İlçe		Komuta Kontrol Merkezi		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Son Bir Yıl İçerisinde Şiddet Korkusu Yaşadınız ya da Şiddet İçeren Olaylara Tanık Oldunuz mu? (S1)								

$X^2=36,260^*$
 $p= 0,000$
 $\Phi C=0,326^{**}$

Tablo 4.16. (Devamı) Görev Yeri Diğer Değişkenler ile İlişkisi

Evet	S1	166	73,8	31	13,8	28	12,4	225	100	$X^2=11,842^*$ $p=0,003$ $\Phi_c=0,187^{**}$ $X^2=12,678^*$ $p=0,013$ $C=0,269^{**}$ $X^2=21,412^*$ $p=0,006$ $\Phi_c=0,253^{**}$ $X^2=10,165^*$ $p=0,006$ $\Phi_c=0,399^{**}$ $X^2=57,376^*$ $p=0,000$ $\Phi_c=0,472^*$ $X^2=16,372^*$ $p=0,000$ $\Phi_c=0,220^{**}$
	D6	166	75,5	31	67,4	28	37,3	225	66	
Hayır	S1	54	46,6	15	12,9	47	40,5	116	100	
	D6	54	24,5	15	32,6	47	62,7	116	34	
Toplam		220	100	46	100	75	100	341	100	
Çalıştığınız Bölümde Daha Önce Şiddete Uğradınız mı? (S2)		N	%	N	%	N	%	N	%	
Evet	S2	106	75,2	14	9,9	21	14,9	141	100	
	D6	106	48,6	14	31,8	21	28	141	41,8	
Hayır	S2	112	57,1	30	15,3	54	27,6	196	100	
	D6	112	51,4	30	68,2	54	72	196	58,2	
Toplam		218	100	44	100	75	100	337	100	
Bugüne Kadar Kaç Kez Şiddete Maruz Kaldınız? (S3)		N	%	N	%	N	%	N	%	
1-2 Kez	S3	78	77,2	13	12,9	10	9,9	101	100	
	D6	78	64,5	13	81,3	10	38,5	101	62	
3-5 Kez	S3	26	76,5	2	5,9	6	17,6	34	100	
	D6	26	21,5	2	12,5	6	23,1	34	20,9	
5 Ve Üzeri	S3	17	60,7	1	3,6	10	35,7	28	100	
	D6	17	14	1	6,3	10	38,5	28	17,2	
Toplam		121	100	16	100	26	100	163	100	
En Son Ne Zaman Şiddete Maruz Kaldınız? (S4)		N	%	N	%	N	%	N	%	
Son 6 Ay İçerisinde	S4	37	74	9	18	4	8	50	100	
	D6	37	30,6	9	56,3	4	13,3	50	29,9	
Son 1-2 Yıl İçerisinde	S4	38	82,6	3	6,5	5	10,9	46	100	
	D6	38	31,4	3	18,8	5	16,7	46	27,5	
Son 5 Yıl İçerisinde	S4	28	65,1	4	9,3	11	25,6	43	100	
	D6	28	23,1	4	25	11	36,7	43	27,5	
Son 10 Yıl İçerisinde	S4	15	71,4	0	0	6	28,6	21	100	
	D6	15	12,4	0	0	6	20	21	12,6	
10 Yıldan Daha Geçmiş Bir Zamanda	S4	3	42,9	0	0	4	57,1	7	100	
	D6	3	2,5	0	0	4	13,3	7	4,2	
Toplam		121	100	16	100	30	100	167	100	
Maruz Kaldığınız Şiddet Sonrasında Yara Aldınız mı? (S13)		N	%	N	%	N	%	N	%	
Evet	S13	5	45,5	0	0	6	54,5	11	100	
	D6	5	11,4	0	0	6	46,2	11	17,2	
Hayır	S13	39	73,6	7	13,2	7	13,2	53	100	
	D6	39	88,6	7	100	7	53,8	53	82,8	
Toplam		44	100	7	100	13	100	64	100	
Sözel/Fiziksel Tacize Maruz Kalınan Yer Neresi? (S25)		N	%	N	%	N	%	N	%	
Ambulansın İçi	S25	14	73,7	2	10,5	3	15,8	19	100	
	D6	14	15,1	2	22,2	3	11,1	19	14,7	
Olay Yeri	S25	75	83,3	6	6,7	9	10	90	100	
	D6	75	80,6	6	66,7	9	33,3	9	69,8	
Hastane Ortamı	S25	4	57,1	1	14,3	2	28,6	7	100	
	D6	4	4,3	1	11,1	2	7,4	7	5,4	
112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu	S25	0	0	0	0	13	100	13	100	
	D6	0	0	0	0	13	48,1	13	10,1	
Toplam		93	100	9	100	27	100	129	100	
Psikolojik Şiddete Maruz Kaldınız mı? (S32)		N	%	N	%	N	%	N	%	
Evet	S32	172	69,1	23	9,2	54	21,7	249	100	
	D6	172	78,9	23	50	54	72	249	73,5	
Hayır	S32	46	51,1	23	25,6	21	23,3	90	100	
	D6	46	21,1	23	50	21	28	90	26,5	
Toplam		218	100	46	100	75	100	339	100	
Psikolojik Şiddete Maruz Kalınan Yer Neresi? (S35)		N	%	N	%	N	%	N	%	

Tablo 4.16. (Devamı) Görev Yeri Diğer Değişkenler ile İlişkisi

Ambulansın İçi	S35	25	83,3	3	10	2	6,7	30	100	$\chi^2=50,735^*$ $p= 0,000$ $\Phi_C=0,319^{**}$
	D6	25	14,5	3	12	2	3,8	30	12	
Olay Yeri	S35	131	76,2	15	8,7	26	15,1	172	100	
	D6	131	75,7	15	60	26	50	172	68,8	
Hastane Ortamı	S35	10	62,5	3	18,8	3	18,8	16	100	
	D6	10	5,8	3	12	3	5,8	16	6,4	
112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu	S35	7	21,9	4	12,5	21	65,6	32	100	
	D6	7	4	4	16	21	40,4	32	12,8	
Toplam		173	100	25	100	52	100	250	100	

* Pearson Chi-Square **Cramer's V ** Contingency Coefficient

Tablo 4.16. incelendiğinde katılımcıların görev yeri ile son bir yıl içerisinde şiddet korkusu yaşama ya da şiddet içeren olaylara tanık olma durumu arasında anlamlı ($p= 0,000$) ve orta düzeyde ($\Phi_C= 0,326$) ilişki tespit edilmiştir. Acil sağlık hizmetleri istasyonu il merkezinde çalışan katılımcıların %75,5'i, acil sağlık hizmetleri istasyonu ilçe merkezinde çalışanların %67,4'ü son bir yıl içerisinde şiddet korkusu yaşadığını ya da şiddet içeren olaylara tanık olduğunu belirtirken, komuta kontrol merkezinde çalışanların %62,7'si bir yıl içerisinde şiddet korkusu yaşadığını ya da şiddet içeren olaylara tanık olmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların görev yeri ile çalışılan bölümde daha önce şiddete uğrama durumu arasında anlamlı ($p= 0,003$) ve düşük düzeyde ($\Phi_C= 0,187$) ilişki tespit edilmiştir. Çalıştığı bölümde daha önce şiddete uğrayan katılımcıların %75,2'sinin acil sağlık hizmetleri istasyonu il merkezinde, %14,9'unun komuta kontrol merkezinde ve %9,9'unun acil sağlık hizmetleri istasyonu ilçe merkezinde görev yaptığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların görev yeri ile çalışılan bölümde daha önce şiddete uğrama durumu arasında anlamlı ($p= 0,013$) ve düşük düzeyde ($\Phi_C= 0,269$) ilişki tespit edilmiştir. Acil sağlık hizmetleri istasyonu ilçe merkezinde çalışanların %81,3'ünün 1-2 kez şiddete uğradığı görülmüştür. 5 kez ve üzeri şiddete uğrayanların %60,7'sinin acil sağlık hizmetleri istasyonu il merkezinde çalıştığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların görev yeri ile en son şiddete maruz kalma zamanı arasında anlamlı ($p= 0,006$) ve düşük düzeyde ($\Phi_C= 0,253$) ilişki tespit edilmiştir. Acil sağlık hizmetleri istasyonu il merkezinde çalışanların %31,4'ü son 1-2 yıl içerisinde, acil sağlık hizmetleri istasyonu ilçe merkezinde çalışanların %56,3'ü son 6 ay içerisinde ve komuta kontrol merkezinde çalışanların %36,7'si son 5 yıl içerisinde şiddete maruz kaldığını belirtmiştir.

Katılımcıların görev yeri ile maruz kalınan şiddet sonrası yara alma durumu arasında anlamlı ($p= 0,006$) ve orta düzeyde ($\Phi_C= 0,399$) ilişki tespit edilmiştir. Acil

sağlık hizmetleri istasyonu il merkezinde çalışanların %88,6'sının, acil sağlık hizmetleri istasyonu ilçe merkezinde çalışanların tamamının ve komuta kontrol merkezinde çalışanların %53,8'inin maruz kalınan şiddet sonrası yara almadığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların görev yeri ile sözel/fiziksel tacize maruz kalınan yer arasında anlamlı ($p= 0,000$) ve orta düzeyde ($\Phi_C= 0,472$) ilişki bulunmuştur. Acil sağlık hizmetleri istasyonu il merkezinde çalışanların %80,6'sının, acil sağlık hizmetleri istasyonu ilçe merkezinde çalışanların %66,7'sinin olay yerinde, komuta kontrol merkezinde çalışanların %48,1'inin komuta kontrol merkezinde hastalara hizmet verirken sözel/fiziksel tacize maruz kaldığı saptanmıştır.

Katılımcıların görev yeri ile psikolojik şiddete maruz kalma durumu anlamlı ($p= 0,000$) ve düşük düzeyde ($\Phi_C= 0,220$) ilişki saptanmıştır. Psikolojik şiddete maruz kaldığını belirten katılımcıların %69,1'inin acil sağlık hizmetleri istasyonu il merkezinde çalıştığı, %9,2'sinin ilçe merkezinde ve %21,7'sinin komuta kontrol merkezinde çalıştığı görülmüştür.

Katılımcıların görev yeri ile psikolojik şiddete maruz kalınan yer anlamlı ($p= 0,000$) ve orta düzeyde ($\Phi_C= 0,319$) ilişki saptanmıştır. Acil sağlık hizmetleri istasyonu il merkezinde çalışanların %75,7'sinin, acil sağlık hizmetleri istasyonu ilçe merkezinde çalışanların %60'ının ve komuta kontrol merkezinde çalışanların %50'sinin olay yerinde psikolojik şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, Konya 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde görevli çalışanların şiddete uğrama yüzdeleri, şiddet görme sıklığı ve görülen şiddetin türü, şiddetin kim tarafından nerede ve ne zaman uygulandığı, şiddete maruz kalan çalışanların olay bildirimini yapma durumlarını araştırmak amacıyla yapılmıştır. Öncelikle acil sağlık hizmeti çalışanlarının tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı yapılmış olup, şiddet türlerine uğrama durumları ile bulgular değerlendirilmiş, şiddetin hangi neden ya da nedenlere bağlı olarak gerçekleştiği tespit edilmiştir. Acil sağlık hizmeti çalışanlarının şiddet bildirim durumları araştırılmış ve bağımsız değişkenlere ilişkin bulgular ile şiddete uğrama durumları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Avcı ve ark. (2015)'nin 475 sağlık personelini kapsayan çalışmasında şiddetin en çok acil servis çalışanlarına yöneltildiği görülmüştür. Ayrıca acil servis çalışanlarının diğer kliniklere göre şiddete maruz kalma oranı %22 olup, bu değer yüksek olarak değerlendirilmiştir. Al ve ark. (2012)'nin çalışmasında da şiddetin en çok acil servis personellerine yöneltildiği görülmüştür. Sebep olarak ise acile başvuranlar arasında alkol, uyuşturucu ve madde bağımlısı ile psikolojik rahatsızlığı tespit edilen kişiler gösterilmektedir. Bahar ve ark. (2015)'na göre acil hemşirelerinin çalışma hayatı boyunca %65,6'sının şiddete maruz kaldığı tespit edilmiş, acilde çalışan her üç hemşireden biri şiddete uğramış ve Türkiye'de yapılan farklı çalışmalarda hemşirelerin %80 ve %90 arasında değişen şiddete maruz kalma oranları tespit edilmiştir. Yurtdışında yapılan bir çalışmada da şiddet olayının acil servislerde çok karşılaşılan bir durum olduğu görülmüştür (Warshaww 1996). Bahar ve ark. (2015)'nin çalışmasında acil servis hemşirelerinin son bir yıl içerisinde %65,6'sı şiddete maruz kalmıştır. Bıçkıcı (2013)'nin çalışmasına göre ise acil serviste şiddete uğrama oranı %5,8'dir. Al ve ark. (2012)'na göre ise hem Türkiye'de hem de yurtdışında yapılan çalışmalarda hemşirelerin şiddete en çok maruz kalan sağlık personeli olduğu ve bu sırayı pratisyen hekimlerin takip ettiği belirlenmiştir. Literatürle paralel olarak bu çalışmada da acil hizmet sunumu sırasında şiddetle sık karşılaşıldığı sonucu ortaya çıkmıştır. Çalışmada maruz kalınan şiddetin nedenleri incelendiğinde en yüksek sonuçlar ambulansın hasta/yakınına göre gecikmesi, hasta/yakınının asabi kişilikte olması ve medyada yer alan sağlıkta şiddet haberlerinin kışkırtıcı etkisinin olması bulunmuştur.

Acil sağlık hizmeti çalışanlarının yaş ortalaması 32,5 olarak bulunmuştur. Acil sağlık hizmeti çalışanlarının %55,4'ünün kadın, %70,4'ünün evli, %58,4'ünün ön lisans mezunu, %66,9'unun ATT, %64,5'inin acil sağlık hizmetleri istasyonu il merkezinde

görev aldığı tespit edilmiştir. Bahar ve ark. (2015)'nin çalışmasında şiddet gören hemşirelerin %55,5'i evli, %46'sı lisans mezunu, %27,3'ü önlisans mezunudur. Çalışmadaki acil sağlık hizmeti çalışanlarının çalışma yılının ortalaması 10,9 iken, hizmet verdiği kurumdaki toplam çalışma süresi (yıl) ortalaması 9,02'dir. Bıçkıcı (2013)'nin çalışmasında katılımcıların şiddete uğrama ile yaş ve çalışma yılı arasında anlam ifade eden bir ilişkiye rastlanılmamıştır ($p>0,05$). Yapılan çalışmalar sağlık personelinin yaş ve tecrübesiyle şiddete uğrama sıklığı arasında anlamlı bir farklılığın olmadığını göstermiştir (Al ve ark. 2012). Bu çalışmada yaş ile şiddet arasında ilişki olmadığı görülmüştür.

ATT'lerin %66,7'sinin ve doktorların %63,6'sının çalıştığı bölümde daha önce şiddete uğramadığı, paramediklerin %63'ünün ve hemşirelerin %61,1'inin çalıştığı bölümde daha önce şiddete uğradığı bulunmuştur. Bunun nedeninin hemşirelerin acil sağlık hizmeti sunumuna 112'nin Konya ilinde kurulduğu yıllardan bu yana hizmet verdiği ve o tarihlerde şiddet olaylarına gereken önemin verilmediği, şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının bildirimde bulunmadığının göstergesi olduğu düşünülmektedir. Çalışmada paramediklerin çalıştığı bölümde daha önce şiddete uğrama nedeni olarak ise meslekte tecrübesiz oldukları ve paramedik sayısının fazla olmasından dolayı sonucun yüksek çıktığı düşünülmektedir. Bıçkıcı (2013)'nin çalışmasında ise doktorların %79,6'sının, hemşirelerin %43,1'inin şiddete uğradığı ve meslek ile şiddete uğrama arasında anlam ifade eden bir ilişki tespit edilmiştir. Erkol ve ark. (2007)'nin çalışmasında doktorların %96,7'sinin, ebe ve hemşirelerin %81,8'inin şiddete uğrama oranları yüksek oranda tespit edilmiştir. Avcı ve ark. (2015)'nin çalışmasına göre şiddete maruz kalma oranı doktorlarda %63, hemşirelerde %22, doktor ve hemşire haricinde diğer hastane personellerinde %15 olarak tespit edilmiştir.

Acil sağlık hizmetleri istasyonu il merkezinde görevli acil sağlık hizmeti çalışanlarının %75,5'i, acil sağlık hizmetleri istasyonu ilçe merkezinde görevli acil sağlık hizmeti çalışanlarının %67,4'ü son bir yıl içerisinde şiddet korkusu yaşadığını ya da şiddet içeren olaylara tanık olduğunu belirtirken, komuta kontrol merkezindeki acil sağlık hizmeti çalışanlarının %62,7'si bir yıl içerisinde şiddet korkusu yaşadığını ya da şiddet içeren olaylara tanık olmadığını belirtmiştir. Komuta kontrol merkezi acil sağlık hizmeti çalışanlarında şiddet korkusu yaşama ya da şiddet olaylarına tanık olma durumu oranlarının diğerlerine göre düşük çıkmasının nedeni fiziksel şiddet haricinde diğer şiddet türlerinin şiddet kapsamına girmediği algısının çalışanlarda var olduğu düşünülmektedir. Acil sağlık hizmetleri istasyonu ilçe merkezinde çalışanların

%81,3'ünün 1-2 kez şiddete uğradığı görülmüştür. 5 kez ve üzeri şiddete uğrayanların %60,7'sinin acil sağlık hizmetleri istasyonu il merkezinde çalıştığı tespit edilmiştir. İl merkezindeki acil sağlık hizmeti çalışanlarında şiddet olaylarının daha fazla görülmesinin nedeni olarak ilçe merkezlerine göre daha çok vaka görmeleri ile daha çok insan ile iletişime girmeleri düşünülebilir. Çalışmada acil sağlık hizmeti çalışanlarının %66'sının son bir yıl içerisinde şiddet korkusu yaşadığı ya da şiddet içeren olaylara tanık olduğu tespit edilmiştir. Piyal ve ark. (2006)'nın Ankara 112 acil sağlık hizmetleri personellerine yaptıkları çalışmada bu grupta yer alan personellerin de son bir yıl içerisinde şiddet korkusu yaşadığı belirlenmiştir. Gökçe ve Dündar (2008)'in çalışmasında sağlık personelinin son bir yılda şiddete uğrama durumu %85,9 olarak bulunmuştur.

Acil sağlık hizmeti çalışanlarının %60,3'ünün şiddete maruz kalma durumlarında kadın ve erkek sağlık çalışanları arasında cinsiyet farklılığından doğan bir ayırım yapıldığını düşündüğü tespit edilmiştir. Erkek acil sağlık hizmeti çalışanlarının %71,7'sinin son bir yıl içerisinde şiddet korkusu yaşadınız mı ya da şiddet içeren olaylara tanık oldunuz mu sorusuna “evet” cevabını verdiği, “hayır” cevabı verenlerin ise %62,9'unun kadın olduğu tespit edilmiştir. Ersun (2008)'a göre tanımlayıcı özelliklere bakıldığında erkeklere oranla kadınların şiddet görme oranları %95 olarak çıkmış ve kadınların şiddet görme olasılığının nedeni de fiziksel güçlerinin erkeklere göre daha az olması sonucu ortaya çıkmıştır. Çalışmada erkek acil sağlık hizmeti çalışanlarının %61,5'inin, kadın acil sağlık hizmeti çalışanlarının %50,9'unun sözel şiddete maruz kaldığı, fiziksel şiddete maruz kalanların %51,2'sinin, psikolojik şiddete maruz kalanların %68,6'sının kadın olduğu görülmüştür. Bıçkıcı (2013)'nin çalışmasına göre sağlık personellerinin son bir yıl içinde fiziksel ve sözel şiddete uğrama durumları sorgulandığında %55,8 sonucuna ulaşılmıştır. Kowalenko ve ark. (2005)'na göre kadın acil doktorları fiziksel şiddete daha fazla maruz kalmıştır. Yine Al ve ark. (2012)'nin çalışmasında da kadın sağlık personellerinin erkeklere oranla şiddete daha çok maruz kaldığı bildirilmiş, “genç ve zayıf tipte olan kadın sağlık personelleri daha fazla şiddete uğramaktadır.” sonucuna ulaşılmıştır. Şiddet uygulamayanlar cinsiyete göre bakıldığında ise kadınların çoğunlukta olduğu görülmüştür (Ersun 2008). Erkekler sözel ve fiziksel şiddeti ailelerinden görerek öğrenmektedirler (Mavili 2006). Şiddete başvurma oranlarına bakıldığında erkeklerin kadınlara oranla şiddete daha çok başvurduğu belirlenmiştir. Ayrıca kadınlar her ne sebeple olursa olsun uygun görülmeyen davranışlar karşısında şiddet göstermeyi doğru bulmamıştır (Ersun 2008).

Acil sağlık hizmetleri istasyonu il merkezinde çalışanların %88,6'sının, acil sağlık hizmetleri istasyonu ilçe merkezinde çalışanların tamamının ve komuta kontrol merkezinde çalışanların %53,8'inin maruz kalınan şiddet sonrası yara almadığı tespit edilmiştir.

Acil sağlık hizmeti çalışanlarına yönelik fiziksel şiddete ilişkin bulgular incelendiğinde çalışanların %80,2'sinin fiziksel şiddete maruz kaldığı, %74,6'sının itme, tokatlama, yumruklama ve tekmelemeye maruz kaldığı, %76,6'sının fiziksel şiddet esnasında saldırganın herhangi bir nesne kullanmadığı, %82,8'inin fiziksel şiddet sonrasında yara almadığı, %10,9'unun ise yaralandığı için tıbbi destek aldığı ve %3,1'inin de rapor aldığı tespit edilmiştir. Türk toplumunda şiddet denilince akla fiziki şiddet gelmektedir (Ersun 2008). Piyal ve ark. (2006)'nın Ankara 112 acil sağlık hizmetleri personellerine yaptıkları çalışmada bu grupta yer alan personellerin de fiziksel şiddet gördükleri tespit edilmiştir. İzmir acil servislerinde yapılan çalışmada hemşirelerin fiziksel olarak şiddet gördükleri ortaya çıkmıştır (şenuzun Ergün 2005). Avcı ve ark. (2015) 'nın çalışmasında hastane çalışanlarının fiziksel şiddete uğradığı bilinmektedir. Gökçe ve Dündar (2008)'in çalışmasında sağlık çalışanlarının %59,4' sözel, %26,5'i sözel ve fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Erkol ve ark. (2007)'nin çalışmasında sağlık personellerinin %46,9'unun sözel, %19,4'ünün fiziksel olarak şiddete maruz kaldıkları bulunmuştur. Bıçkıcı (2013)'nin çalışmasına göre katılımcı sağlık çalışanlarının %55,8'inin son bir yıl içinde sözel ve fiziksel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiş ve fiziksel şiddete uğrama sıklığı %7,7 olarak bulunmuştur. Doktor ve hemşirelerin sözel şiddete uğrama oranları birbirine yakınken; hemşirelerin fiziksel şiddete uğrama oranları yüksek bulunmuştur (Al ve ark. 2012). Bahar ve ark. (2015)'na göre şiddet gören kişilerin az bir kısmı şiddet sonrasında destek alırken, büyük çoğunluk destek almamıştır. Türkiye'deki sağlık çalışanlarına yapılan şiddet araştırmasında çalışanların %87,8'inin şiddet sonrası tedavi grmediğı belirtilmiştir (Al ve ark. 2012). şiddete maruz kalan hemşirelerin %1,8'inin bir uzmandan destek aldığı, %13,6'sının şiddet sonrasında rapor kullandığı ortaya çıkmıştır (nsal Atan ve ark. 2013). şiddet mağdurları, şiddet sonrası fiziksel olarak etkilendiğı ve tıbbi destek almayı gerektirecek kadar sağlık durumunun bozulduğı ifade etmiştir (Ersun 2008).

Çalışmada acil sağlık hizmeti çalışanlarına fiziksel şiddeti uygulayan kişilerin %61,5'inin hasta yakını olduğı saptanmıştır. Avcı ve ark. (2015)'nin çalışmasında beyaz kod bildirimlerinin %57'sinin hasta kaynaklı, %43'ünün de hasta ve hasta yakınları kaynaklı olduğı tespit edilmiştir. Asgari Darian ve ark. (2015) da şiddetin en

çok hasta ve hasta yakınları tarafından gösterildiğini belirtmiştir. Bahar ve ark. (2015)'nin çalışmasında şiddetin %60,2'si hasta yakınlarından, %33,6'sı hastalardan, %3,1'i ise diğer kişiler tarafından olduğu tespit edilmiştir. En çok hastaların şiddete başvurduğu ve sonrasında bu sırayı hasta ile beraber hasta yakınlarının takip ettiği görülmüştür (Akça ve ark. 2014). Sağlık Sektöründe Mesleksi Şiddet 2002 Raporu'na göre şiddet vakalarının %25'inin sağlık kurumlarında yaşandığı ve sağlık personellerinin %50'sinin hasta ve yakınları tarafından şiddet gördüğü ifade edilmiştir (ILO 2002). Yurtdışı ve Türkiye'de yapılan çalışmalarda şiddetin en çok hasta ve hasta yakınları tarafından sözel şiddet olarak acil servislerde görüldüğü belirlenmiştir (Bahar ve ark. 2015). Tüm taciz olayları en çok hasta yakınları tarafından yapılmaktadır (Öztunç 2001). Tüm dünyada şiddeti en çok hastalar gösterirken, Türkiye'de şiddet en çok hasta yakınları tarafından gösterilmektedir (Al ve ark. 2012). Şiddet gören bireylere sorulduğunda şiddeti tanımadıkları birinden gördükleri ve bu şiddetin çoğunluğunu fiziksel şiddet oluşturmaktadır (Ersun 2008).

Acil sağlık hizmeti çalışanlarının ifadelerine göre; fiziksel şiddet uygulayan kişilerin tahmini yaşı %47,5'inin 31-45 yaş aralığında olduğu, %42,9'unun ön lisans mezunu olduğu %75'inin memur olduğu belirlenmiştir. Ersun (2008)'un çalışmasında ise şiddeti uygulamayanların yaşlarına bakıldığında yaşlarının 55 yaş üstü olduğu görülmüştür. Bunun nedeni de yaş olarak bu gruptaki insanların güç kaybına uğramaları gösterilmiş ve yaşlanmayla birlikte şiddete yönelimin azaldığı sonucuna varılmıştır. Akça ve ark. (2014)'nin çalışmasında ise şiddet gösterenlerin 21-30 yaş arasında ve eğitim seviyelerinin yüksek olmadığı bulunmuştur.

Çalışmada fiziksel şiddete maruz kalınan yerin olay yeri olduğu ve 17:00-09:00 saatleri arasında gerçekleştiği, acil sağlık hizmeti çalışanlarının %64,6'sının fiziksel şiddete uğradığı tespit edilmiştir. Uyuşturucu madde kullanımı ve alkol tüketimi gibi olayların akşam saatlerinde daha fazla görülmesine bağlı olarak şiddetin akşam saatlerinde daha fazla görüldüğü düşünülmektedir. Yapılan literatür çalışmalarında da şiddet en çok akşam ve gece çalışma saatlerinde gerçekleşmiştir (Talas ve ark. 2011); (Al ve ark. 2012); (Bahar ve ark. 2015); (Asgari Darian ve ark. 2015). Crilly ve ark. (2004)'nin acil servis hemşirelerine yönelik yaptığı çalışmada 71 katılımcının %70'inde şiddet olayı gözlenmiş olup, görülen bu şiddet olaylarının akşam saatlerinde meydana geldiği tespit edilmiştir. Ancak Ayrancı ve ark. (2002)'nin çalışmasında şiddet olaylarının mesai saatleri içerisinde olduğu tespit edilmiştir. Yine Öztunç (2001)'un

çalışmasında gündüz çalışma saatlerinde hemşirelerin fiziksel şiddete daha fazla maruz kaldığı belirlenmiştir.

Çalışmada doktorların %63,6'sının, hemşirelerin ise %66,7'sinin çalışma saatleri içerisinde sözel/fiziksel taciz deneyimine maruz kaldığı saptanmıştır. Acil sağlık hizmeti çalışanlarına yönelik sözel şiddete ilişkin bulgular incelendiğinde %100'ünün sözel şiddete maruz kaldığı, %39'unun çalışma saatleri içerisinde sözel/fiziksel taciz deneyimine maruz kaldığı ve çalışanlara sözel şiddeti uygulayan kişilerin %61,2'sinin hasta yakını olduğu saptanmıştır. Bu durumun nedeninin sağlık çalışanlarının acil sağlık hizmeti sunumunda hasta ve yakınları ile sürekli iletişimde bulunmaları ile ilişkisi olabileceği düşünülmektedir. Piyal ve ark. (2006)'nın Ankara 112 acil sağlık hizmetleri personellerine yaptıkları çalışmada bu grupta yer alan personellerin de sözel/fiziksel tacize maruz kaldığı ve sözel baskı gördükleri sonucuna ulaşılmıştır. Doktor ve doktor olmayan personeller arasında şiddet korkusu, sözel/fiziksel tacize maruz kalma ve sözel baskıyla karşılaşma yönünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Piyal ve ark. 2006). Chaboyer ve Creedy (2004) Talas ve ark. (2011)'nin çalışmasında da acil serviste görevli hemşireler sözel şiddete uğramıştır. Doktor ve hemşirelerin sözel şiddete uğrama oranları birbirine yakın olarak bulunmuştur (Al ve ark. 2012). Öztunç (2001)'un yaptığı çalışmada araştırmanın kapsamında olan katılımcılar sözlü taciz, sözlü korkutma, sözlü cinsel tacize maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Acil serviste çalışan hemşirelerin şiddete maruz kalma durumları ile yapılan çalışmada hemşirelerin %65,6'sı şiddete maruz kaldığı ve şiddete maruz kalan hemşirelerin %68'i sözel şiddete maruz kaldığı sonucuna varılmıştır (Bahar ve ark. 2015).

İzmir acil servislerinde yapılan çalışmada da hemşirelerin %98'i sözel şiddete uğramışlardır (Şenuzun Ergün 2005). Asgari Darian ve ark. (2015)'nin çalışmasında doktorlar fiziksel şiddete uğramamış, sadece sözel şiddete uğramıştır. Sözlü şiddet en yaygın şiddet türü olarak bilinmektedir (Baydin ve Erenler 2014). Sözel şiddetin daha fazla görülme nedeni, fiziksel şiddet uygulayanların daha fazla cezai yaptırımla karşılaşacak olmasıdır (Bahar ve ark. 2015). Bazı çalışmalarda fiziksel şiddet bildirimlerinin sözel şiddet bildirimlerinden daha fazla olduğu bilinmekte ve yine bazı şiddet çalışmalarında da fiziksel şiddetten daha fazla zarar görüldüğü için bildirim yapılırken, diğer şiddet türlerinin mesleğin olumsuz bir etkisi olarak görülmesi olayın normalleştirildiğini göstermiştir (Al ve ark. 2012). Boz ve ark. (2006)'nın çalışmasında üç hastanenin acil servis çalışanlarına yöneltilen sorularda sonuç olarak 79 katılımcının

%86'sı sözel şiddete maruz kalmış ya da şahit olmuştur. Şenuzun Ergün ve Karadakovan'ın 2005'te şiddetin varlığı konusunda acil servis hemşirelerine yaptığı çalışmasında 66 hemşireden %98,5'i sözel şiddete maruz kalmıştır. Avcı ve ark. (2015)'nin çalışması da hastane çalışanlarının %92'sinin sözlü şiddete maruz kaldığını göstermektedir. Gülalp ve ark. (2009)'nin çalışmasında sağlık personellerinin hepsinde her nöbetinde en az bir defa sözel şiddete uğradığı ortaya çıkmıştır.

Acil sağlık hizmeti çalışanlarına yönelik cinsel şiddete ilişkin bulgular incelendiğinde %0,6'sının cinsel şiddete maruz kaldığı ve %97,4'ünün cinsel şiddete maruz kalmadığı saptanmıştır. Acil sağlık hizmeti çalışanlarının ifadelerine göre; cinsel şiddet uygulayan kişilerin tahmini yaş aralığı 31-45 yaş ve kadın olduğu tespit edilmiştir. Acil sağlık çalışanlarına cinsel şiddeti uygulayanların kadın olmasının nedeni; çalışmanın yapıldığı bölgede seks işçilerinin yoğun olarak bulunduğu düşünülmektedir. Öztunç (2001)'un çalışmasında lisans mezunu hemşirelerin sözlü cinsel taciz ve fiziksel şiddete maruz kaldığı görülmemiştir. Al ve ark. (2012)'nin çalışmasında da hemşirelerin psikolojik ve cinsel şiddete uğrama oranları daha yüksek olmasına rağmen bildirim en az yapılan şiddet türü psikolojik ve cinsel şiddettir. Bunun sebebi ise bildirim sürecinin bürokrasiye takılmış ya da takılacak olmasıdır.

Acil sağlık hizmeti çalışanlarına yönelik psikolojik şiddete ilişkin bulgular incelendiğinde %73,5'inin psikolojik şiddete maruz kaldığı, çalışanlara psikolojik şiddeti uygulayan kişilerin %76'sının hasta yakını olduğu saptanmıştır. Bahar ve ark. (2015)'nin çalışmasında hemşirelerin %33,6'sı tehdit edilme ve psikolojik şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir. Al ve ark. (2012)'nin çalışmasına göre hemşirelerin psikolojik şiddete uğrama oranları daha yüksek bulunmasına rağmen bildirim en az yapılan şiddet türünün psikolojik şiddet olduğu sonucuna varılmıştır.

Psikolojik şiddete maruz kaldığını belirten acil sağlık hizmeti çalışanlarının %69,1'inin acil sağlık hizmetleri istasyonu il merkezinde çalıştığı, %9,2'sinin ilçe merkezinde ve %21,7'sinin komuta kontrol merkezinde çalıştığı görülmüştür. Acil sağlık hizmetleri istasyonu il merkezinde çalışanların %75,7'sinin, acil sağlık hizmetleri istasyonu ilçe merkezinde çalışanların %60'ının ve komuta kontrol merkezinde çalışanların %50'sinin olay yerinde psikolojik şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. İl merkezinde çalışan acil sağlık hizmeti çalışanlarında oranların yüksek çıkmasının nedeni olarak bölgenin nüfus yoğunluğundan kaynaklı hasta/yakınları ile olan iletişim problemlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Acil sağlık hizmeti alışanlarının “Maruz kalınan şiddetin nedeni neler olabilir?” sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde en yüksek oranla çalışanların %10,6’sının “Ambulansın hasta /yakınına göre gecikmesi” ifadesini söyledikleri, en düşük oranla ise çalışanların %0,6’sının “Asık suratlı davranma” ifadesinde bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ersun (2008)’un çalışmasında bireylere göre şiddetin nedenleri incelendiğinde sırasıyla; eğitim eksikliği, işsizlik, psikiyatrik dejenerasyon, şiddet uygulayıcılara verilen cezalardaki yaptırım eksikliği, ailevi sorunlar, şiddeti destekleyen geleneksel sorunlar, verilen cezaların az oluşu, ekonomik sorunlar ve diğer nedenler olarak tespit edilmiştir. Boz ve ark. (2006)’nın çalışmasında üç hastanenin acil servis çalışanlarına yöneltelen sorularda şiddete maruz kalma nedenlerine bakıldığında %31,4 ile saldırganların alkol ve uyuşturucu madde kullanımı ilk sırayı almışken, ikinci sırada %24,7 ile acilde bekleme sresinin uzun olması yer almış ve çalışmada şiddete maruziyet sonrası bireylerin %36,1’inin psikolojik olarak olumsuz etkilendikleri sonucuna varılmıştır. Avcı ve ark. (2015)’nin çalışmasında gösterilen şiddet ile ilgili neden incelendiğinde %35 oranında hasta ve yakınlarının kanun dışı isteklerde bulunması ve bu isteklerin yerine getirilmemesi sonucunda şiddet gösterdikleri ortaya çıkmıştır. Bıçkıcı (2013)’ya göre şiddete neden olan etmenler sorgulandığında %43,6’sı sağlık ile ilgili yöntemlerden, %25,6’sı sağlık hizmeti verilen bireylerden, %2,6’sı sağlık hizmeti veren personellerin davranışlarından, %28,2’si tüm bu etmenlerin hepsinden doğan bir şiddetin söz konusu olduğunu bildirmiştir. Erkol, Gökdoğan, Erkol, Boz (2007)’un çalışmasında şiddetin %57,2’sinin hastaların beklemelerinden dolayı bir memnuniyet eksikliği, %25,7’sinin alkol ve uyuşturucu kullanımı, %17,1’inin maddi sorunlardan kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmadaki acil sağlık hizmeti çalışanlarının %54,9’u şiddete uğradığında ilgili birim ya da birimlere bilgi verdiği saptanmış ve çalışanların %67’si saldırgan kişi hakkında “Hiçbir şey yapılmadı.” ifadesinde bulunmuştur. Lise mezunu acil sağlık hizmeti çalışanlarının %54,3’ şiddete uğradığında ilgili birim ya da birimlere bilgi vermediği görülürken, lisansüstü mezunu acil sağlık hizmeti çalışanlarının %53,8’inin bilgi verdiği görülmüştür. Bilgi veren acil sağlık hizmeti çalışanlarının %66’sının nlisans mezunu olduğu saptanmıştır. Kanada’da yapılan bir çalışmada hemşirelerin %67’si şiddete maruz kaldıkları zaman bildirim yapmışlardır (Bahar ve ark. 2015). nsal Atan ve ark. (2013)’nin çalışmasında ise şiddete maruz kalan hemşirelerin %9,5’inin hastane polisine olay ile ilgili bildirimde bulunarak hukuki süreç başlattığı bilinmektedir. ATT’lerin %52,4’ünün, doktorların %55,6’sının şoförlerin %70’inin

şiddete uğradığında ilgili birim ya da birimlere bilgi vermediği, paramediklerin %77,6'sının, hemşirelerin %66,7'sinin şiddete uğradığında ilgili birim ya da birimlere bilgi verdiği tespit edilmiştir. Acil servis personellerinin maruz kaldıkları şiddet olaylarının bildirilmediği gözlenmiştir (Bahar ve ark. 2015). Türkiye'de şiddet oranları yüksek iken bildirim oranı düşüktür (Al ve ark. 2012). Bunun nedeni ise şiddet sonrasında saldırganlara verilen cezaların caydırıcı olmamasıdır. Şenuzun Ergün ve Karadakovan'ın 2005'te şiddetin varlığı konusunda acil servis hemşirelerine yaptığı çalışmada olayların %83,5'i ise bildirim yapılmayan şiddetlerdir. Bildirilen vakaların ise %63,7'si yasal işlemle sonuçlanmamıştır. Bahar ve ark. (2015)'na göre şiddet gören kişilerin %42,2'si tutanakla bildirimde bulunurken, %57,8'i ise bildirimde bulunmamıştır. Çalışmada "Saldırgan kişi hakkında ne tür bir işlem uygulanmıştır?" sorusuna verilen en yüksek oranla "Hiçbir şey yapılmadı." cevabı bulunmuştur. Acil sağlık hizmeti çalışanlarının şiddet gördüklerinde bildirim yapmama sebepleri arasında saldırgan kişi ya da kişilere gereken yaptırımların uygulanmaması fikrine sahip olduğu düşünülmektedir. Yine bu soruya verilen cevaplarda olayın adli mercilere yansıdığı, güvenlik ekiplerinin saldırganı olay yerinden uzaklaştırdığı ve vakaya başka bir ekibin sevk edildiği cevaplarına ulaşılmaktadır. Çalışmada bu soruya verilen en düşük cevap olarak acil sağlık hizmeti çalışanlarının disiplin soruşturmasına tabi tutularak ceza aldıkları bulunmuştur.

Acil sağlık hizmeti çalışanlarının yöneltilen "Şiddete uğradığımızda verdiğiniz tepkilerin nasıl olduğu" sorusu incelendiğinde en yüksek oranla %20,7'sinin "Sözlü olarak tepki verdim" ifadesinde buldukları, en düşük oranla ise %0,2'sinin ise "Hasta/yakınına kaba davrandım." ifadesinde bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Acil sağlık hizmeti çalışanlarının "Şiddete maruz kaldıktan sonra duygu ve düşüncelerinin neler olduğu" sorusu incelendiğinde en yüksek oranla %24,3'ünün "Sinirlendim." ifadesinde bulunduğu, en düşük oranla ise %4,1'inin ise "Hastanın durumuyla ilgili tepkisini normal karşıladım." ifadesinde bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bahar ve ark. (2015)'na göre şiddet gören kişilerin; %26,5'i şiddet sonrasında işi bırakmayı düşünmüş, %61,2'si motivasyon bozukluğu yaşamış, %9,2'si olayı normal kabul etmiş, %3,1'i ise psikolojik olarak etkilenmiştir.

Acil sağlık hizmeti çalışanlarının şiddete maruz kaldıktan sonra "Hasta/yakınlarına yönelik bakış açısının nasıl olduğu" sorusu incelendiğinde en yüksek oranla %53,8'inin "Daha temkinli davranarak saldırma ihtimali olabilecek kişilere karşı kendimi korudum." ifadesinde buldukları, en düşük oranla ise %1,4'ünün "Hasta/yakınına sert davranacağımı öğrendim." ifadesinde bulunduğu sonucuna

ulaşmıştır. Al ve ark. (2012)'nin çalışmasına göre şiddet gören sağlık personeli bireylerin %73'ü hastalardan korkmuş, %24'ü hasta tarafından yapılan şiddetten korkmuş, %35'i hastaları şiddet gösteren grup olarak algılamıştır.

Acil sağlık hizmeti çalışanlarının %73,6'sı şiddete maruz kaldığında çalışma arkadaşlarından yardım aldığı ifadesinde bulunduğu, %14,1'inin şiddet uygulayan kişi ya da kişilerden şikâyetçi olduğunda akabinde tehdit vs. gibi olumsuz durumlarla karşılaştığı, %8,8'inin şiddete uğradığı kişilerden korktuğunda şikâyetini geri çektiğini, %91,6'sının şiddete maruz kaldığında ekibi tarafından desteklendiği, %97,4'ünün beyaz kod uygulaması hakkında bilgi sahibi olduğu, %78'inin sağlık çalışanlarına yönelik şiddet gösterenler için ceza uygulandığını düşünmediği, %80,9'unun hasta iletişimi konusunda bilgilendirme ve eğitim aldığı tespit edilmiştir.

112 acil sağlık hizmetleri ekip çalışması işidir. Tüm ekip koordineli bir şekilde çalıştığı zaman amaç yerine getirilmektedir. Kaya (2011)'ya göre sağlık ekibinin amacı ihtiyacı olan bireylere en iyi hizmetin sunulmasında her seviyeden sağlık personelinin yeteneğinin tümünden yararlanmaktır. Şiddet gören acil sağlık çalışanına çalışma arkadaşının destek olması bu hizmetin ekip çalışması olduğunun göstergesidir. Bıçkıcı (2013)'nin çalışmasına göre çalışmaya katılanlara Beyaz Kod uygulaması sorulduğunda %98,1'inin bilgi sahibi olduğu bulunmuştur. Ayrıca acil sağlık hizmeti çalışanlarının %76,9'unun 113 numaralı hat hakkında konuya hakim olduğu görülmüştür. Çalışma kapsamına giren sağlık çalışanlarının sadece %42,3'ü kendi haklarına dair bilgi sahibidir.

Sağlık çalışanlarına gösterilen şiddeti önlemeye yönelik Beyaz Kod Birimi kurulmuş ve 24 saat esaslı ile 113 numaralı telefon ve www.beyazkod.saglik.gov.tr adresinden erişim sağlanması istenmiştir. Sağlık kurumlarında şiddetin önlenmesi ve ortam güvenliğinin sağlanması adına yayımlanan "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" ile beraber tüm düzenlemeler yapılmıştır. Bu yönetmelik ile birlikte Beyaz Kod uygulamasına geçilmiş, özellikle 112 acil sağlık hizmetleri personellerine öfke kontrolü ve hasta iletişimi eğitimi verilmiş ve şiddeti azaltmaya yönelik idareciler ile birlikte gereken tüm çalışmalar yapılmıştır (www.saglik.gov.tr 25 Haziran 2019). Bahar ve ark. (2015)'nin çalışmasına göre şiddet gören kişilerin %54,7'si şiddete yönelik gerekli tedbirleri yeterli bulurken, %45,3'ü yeterli bulmamıştır. Bıçkıcı (2013)'nin çalışmasında sağlık personellerine ortam güvenliği için yapılması ihtiyaç olan düzenlemeler sorulduğunda %31,4'ü sağlık personellerine ait hakların fazla olması gerektiğini, %18,6'sı da şiddet gösterenlere

yönelik caydırıcı uygulamaların artırılması gerektiğini, %11,5'i güvenlik önlemlerinin artırılması gerektiğini, %38,5'i ise tüm bu uygulamaların hepsinin birden yapılması gerektiğini belirtmiştir.

Yaşanılan şiddet sonrası işinde hata yapan acil sağlık hizmeti çalışanlarının %58,3'ünün önlisans mezunu olduğu, hata yapmayan sağlık çalışanlarının %4,4'ünün lisansüstü eğitim seviyesine sahip olduğu tespit edilmiştir. Önlisans mezunu olan acil sağlık hizmeti çalışanlarının şiddet sonrası hata yapma oranının yüksek çıkması yeni mezun olmuş paramedik çalışanlardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Lise mezunu acil sağlık hizmeti çalışanlarının %72,1'i, önlisans mezunu sağlık çalışanlarının %67,1'i, lisans mezunu sağlık çalışanlarının %60,6'sı ve lisansüstü mezunu sağlık çalışanlarının %66,7'si küfür, tehdit, hakaret ve bağırma maruz kaldığını belirtmiştir. Lise mezunu acil sağlık hizmeti çalışanlarında oranın yüksek çıkması çalışanlar arasındaki ATT sayısının (%66,9) fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Lise mezunu acil sağlık hizmeti çalışanlarının %54,3'ü şiddete uğradığında ilgili birim ya da birimlere bilgi vermediği görülürken, lisansüstü mezunu sağlık çalışanlarının %53,8'inin bilgi verdiği görülmüştür. Lisansüstü acil sağlık hizmeti çalışanlarının çoğunluğunu doktorların oluşturduğu ve acil sağlık çalışanlarında ekip sorumlusu kişinin doktor olmasından dolayı bildirim yaptığı düşünülmektedir.

ATT'lerin %69,3'ü paramediklerin %76,8'i, doktorların %57,1'i ve şoförlerin %62,5'i olay yerinde, hemşirelerin %53,8'i 112 acil sağlık hizmetleri istasyonunda psikolojik şiddete maruz kaldığı görülmüştür. Acil sağlık hizmetleri ekiplerinde paramedik, ATT ve şoförlerin sayıca fazla olduğu dolayısıyla olay yerinde psikolojik şiddete maruz kaldığı düşünülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Türkiye’de bireyler şiddet göstermeyi bir savunma sanatı olarak görmektedirler. Bu durum toplum içindeki genç bireylerin hareket ve davranışlarına hatta sözlerine de yansımaktadır. Sağlık profesyonellerinden 112 acil sağlık hizmeti sunan personellerin yarısından fazlasının son bir yıl içerisinde şiddet korkusu yaşadığı ya da şiddet içeren olaylara tanık olduğu tespit edilmiştir. Tüm bu şiddet içerikli olayların görülmesinin nedeni olarak sağlık sistemi veya uygulamalarıyla ilişkisi olduğu ortaya çıkmaktadır. 112 personellerine yönelik yapılan şiddet oranlarına göre şiddetin görüldüğü fakat bildirilmediği gerçektir. Bunun nedeni olarak da sağlık personellerinin şiddet gösteren bireylere yaptırım uygulanmayacağı düşüncesi ve şiddet kavramının sadece fiziksel boyutta olduğu fikridir. Şiddet gösteren bireylere uygulanacak olan cezai yaptırımlardaki eksiklikler ya da yaptırımların caydırıcı özelliğinin olmamasından kaynaklı şiddet gören bireylerin bildirim yapma konusunda istekli olmadığı gözlenmektedir. 112 acil sağlık ekiplerinde görevli sağlık personellerinin yarısından fazlasının kadın olmasından dolayı da şiddet gösteren bireylerin karşısındakine rahat bir şekilde güç uygulayabileceği düşüncesini doğurduğu görülmektedir. Sağlık personellerinin uğradıkları şiddet neticesinde karşılaştıkları tüm negatif etkiler personelin gerek iş hayatını gerekse sosyal hayatını son derece olumsuz etkileyerek motivasyon kaybına uğramasına neden olmaktadır. Görüldüğü gibi şiddet zaman, mekân, kişi ve yaş dinlemeksizin acil sağlık hizmeti sunan tüm personeli etkilemektedir.

Araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Çalışmadaki katılımcıların yaş ortalaması 32,5 ve ortalama çalışma yılı 10,9 olarak bulunmuştur.
- Katılımcıların %55,4’ünün kadın, %70,4’ünün evli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Katılımcıların %58,4’ünün önlisans mezunu, %66,9’unun ATT olduğu, %64,5’inin ise acil sağlık hizmetleri istasyonu il merkezinde çalıştığı bulunmuştur.
- Katılımcıların %66’sının son bir yıl içinde şiddet korkusu yaşadığı veya şiddet içeren olaylara tanık olduğu, son iki yıl içinde ise %57,4’ünün şiddete maruz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Şiddet sonrası %92,9’unun işinde hata yapmadığı bulunmuştur.
- Katılımcıların %68,6’sı yaşanan şiddet olaylarının sağlık sistemi ve uygulamalarıyla ilişkisi olduğunu düşünmektedir.
- Katılımcıların %100’ünün sözel şiddete maruz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır.

- Katılımcıların %80,2'sinin fiziksel şiddete uğradığı, fiziksel şiddete uğrayanların ise %89,1'inin tıbbi destek almadığı, %96,9'unun şiddet sebebi ile rapor kullanmadığı ortaya çıkmıştır.
- Katılımcıların %97,4'ünün cinsel şiddete maruz kalmadığı ve cinsel şiddeti uygulayanların %0,3'ünün 31-45 yaş aralığında kadın olduğu bulunmuştur.
- Katılımcıların %73,5'i psikolojik şiddete maruz kalmıştır.
- Maruz kalınan şiddetin en yüksek üç neden “ambulansın hasta/yakınına göre geç gelmesi”, “hasta/yakınının asabi kişilikte olması”, “medyada yer alan sağlıkta şiddet haberlerinin kışkırtıcı etkisi” olarak bulunmuştur.
- Katılımcıların %54,9'unun şiddete uğradığında ilgili birim ya da birimlere bilgi verdiği, şiddete uğrayanların %20,7'sinin “kızdığı ve öfkelenildiği” sonucuna ulaşmıştır.
- Şiddete maruziyetlerinin sonrasında hasta/yakınlarına yönelik bakış açısında katılımcıların %53,8'i daha temkinli davranarak saldırma ihtimali olan kişilere karşı kendini koruma yolunu seçmiştir.
- Şiddete uğrayan katılımcılara %73,6 ile çalışma arkadaşları yardımcı olmuş ve %91,2'si şiddete uğradığında şikayetini geri çekmemiştir.
- Katılımcıların %93,8'i ise sağlıkta şiddetin artmasında medyanın etkisi olduğunu düşünmektedir.

Artan şiddet olaylarına karşı kurum ve kuruluşların geliştirdiği şiddeti önleme ve azaltmaya yönelik çalışmaların geniş kapsamlı bir şekilde yürütülmesi şiddeti önleme konusunda önemli adımların atıldığını ve atılacağını göstermektedir. Çalışmada acil sağlık hizmeti çalışanlarının %80,2'sinin fiziksel şiddete uğradığı, %100'ünün sözel şiddete uğradığı ve %73,5'inin de psikolojik şiddete uğradığı bulunmuştur. 112 acil sağlık personellerine yönelik şiddet oranları çalışmada yüksek olarak bulunduğu şiddetin azaltılması hatta olmaması yönünde bazı öneriler sunulmaktadır:

- Acil sağlık ekiplerinin şiddete uğramamaları için iyileştirilmiş ve güvenli çalışma ortamlarının sağlanması gerekmektedir. Olay yerinde güvenlik önlemlerinin alınması ve şiddet gösterme ihtimali olan hasta ve yakınlarına karşı sağlık ekiplerinin diğer kurumlar ile birlikte koordineli bir şekilde çalışması önerilmektedir.
- Çalışmada acil sağlık hizmeti çalışanlarının akşam saatlerinde daha fazla şiddet gördükleri tespit edilmiştir. Akşam saatlerinde şiddete uğrama oranlarının azaltılması adına bu saatlerde saldırma ihtimali olan hasta ve yakınlarının söz konusu olduğu vakalarda (trafik kazası, uyuşturucu madde

kullanan bireyler, psikiyatrik vakalar, aile içi şiddet, darp ve kavga gibi) olay yerinde genişletilmiş güvenlik önlemlerinin alınması önerilmektedir.

- Çalışmada maruz kalınan şiddetin nedeni sorgulandığında en yüksek oran ambulansın hasta yakınlarına göre gecikmesi sebebiyle hasta yakınlarının şiddet gösterdikleri bulunmaktadır. Ambulansın vakaya ulaşma süresi uzadığı (yol durumu, doğal afetler, hava durumu ve bölgenin vaka yoğunluğu sebebiyle) zaman hasta ve yakınlarına konu hakkında ilgili bilgilendirmenin yapılması önerilmektedir.
- Çalışmada hasta ya da yakınlarının asabi kişiliğe sahip olmasından dolayı şiddet gösterdikleri ortaya çıktığından, Komuta Kontrol Merkezi (KKM)'nde görevli acil sağlık hizmeti çalışanlarının hasta ve yakınları ile iletişimi esnasında olumsuz bir iletişim geçmesi halinde ambulans ekibinin bu durum hakkında bilgilendirilmesi ve gerekirse güvenlik ekipleri ile birlikte vakaya müdahale edilmesi önerilmektedir.
- Medyada yer alan sağlık haberlerinin sağlık profesyonelleri ve sağlık kuruluşları ile koordineli bir şekilde yapılması önerilmektedir.
- Çalışmada hasta ve yakınlarına karşı acil sağlık hizmeti çalışanlarının anlayışsız davranması sonucu şiddet olaylarının meydana geldiği ortaya çıkmıştır. Bu durumun önlenmesi adına acil sağlık hizmeti çalışanlarına konu ile ilgili iletişim eğitimi verilmesi önerilmektedir.
- Çalışmada refakatçi isteğinin fazla olması sebebiyle hasta yakınlarının şiddet gösterdiği sonucuna ulaşılmaktadır. Ambulans ile sağlık kuruluşuna nakledilecek olan hastanın yakınlarına refakatçi sayısının kaç kişiden oluştuğu yasal prosedür ile sakın bir şekilde açıklanması önerilmektedir.
- Bürokrasiden kaynaklanan şiddet olaylarının yaşanmaması adına hasta ve yakınlarına işlem/uygulamalardan önce ve sonra işleyiş hakkında gerekli bilgilendirmenin yapılması önerilmektedir.
- Çalışmada uyuşturucu maddeye bağlı şiddet olaylarının yaşandığı bulunmaktadır. KKM'de görevli acil sağlık hizmeti çalışanlarının hasta ve yakınları ile iletişimlerinde vaka bilgisi alırken hastanın uyuşturucu madde kullanımı ve psikiyatri hastalığının varlığının sorgulanması önerilmektedir.
- Çalışmada hasta ve yakınlarının eğitim seviyesinin düşüklüğünden doğan şiddet olayları yaşandığı bulunmuştur. Bu nedenle bilgi asimetrisinden doğacak olan şiddet nedenlerinin önüne geçilebilmesi adına hasta ve yakınlarının anlayacağı bir dil ile gerekli açıklamaların yapılması önerilmektedir.

- Çalışmada hasta ve yaralının ex olması ile birlikte acil sağlık hizmeti çalışanlarının şiddete maruz kaldığı sonucuna ulaşılmaktadır. Bu gibi durumlarda ortamda herhangi bir olumsuz hava hissedildiğinde güvenlik ekipleri ile bağlantı kurulması önerilmektedir.
 - Çalışmada ambulans donanımının yetersiz ve düzensiz olması kaynaklı şiddete uğrama durumu oluşmaktadır. Ambulans donanımının yeterli ve gerekli malzeme ile hizmet vermesi ve buna bağlı şiddet olaylarının yaşanmaması adına ilgili düzenlemelerin rutin olarak yapılması önerilmektedir.
 - Hukuki kapsamda cezaların uygulandığı ve medyada şiddet uygulayanlara karşı verilen cezaların yayınlanması saldırma ihtimali olan bireyleri durduracağı düşüncesini oluşturacağından bu gibi yayınların artırılması önerilmektedir.
 - Şiddetin her çeşidine karşı bir önlem alınması ve cezai yaptırımların caydırıcı nitelikte olması da bireylerin maruz kaldığı şiddet karşısında raporlama ve ilgili birimlere şiddete yönelik bildirimlerini istekli hale getirmektedir. Bu konuda caydırıcı cezaların şiddeti önlemeye yönelik çalışmalar arasında değerlendirilmesi önerilmektedir.
- Çalışmada Konya 112 acil sağlık hizmeti çalışanlarına yönelik şiddetin nedenleri, şiddetin ne sıklıkta, kimler tarafından ve ne zaman gösterildiği, çalışanların şiddete yönelik bakış açıları, şiddetin bildirim durumu ve acil sağlık hizmeti çalışanlarının hasta ve yakınlarının şiddet göstermesini hangi faktörlerin tetiklediğine dair düşünceleri incelenmektedir. Gelecek çalışmalar için öneriler;
- Acil sağlık hizmeti çalışanlarına yönelik şiddet uygulayan hasta/yakınlarına verilen cezai yaptırımların incelenmesi,
 - Acil sağlık hizmeti sunulan hasta/yakınlarının sağlıkta şiddete yönelik bakış açılarının değerlendirilmesi gerekmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Açıklım E. Avrupa Birliği Müktesebatına Uyum Bağlamında Çocukların Medyadan Korunması. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Radyo-Tv ve Sinema Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Zakir Avşar).
- Akça N, Yılmaz A, Işık O. Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Özel Bir Tıp Merkezi Örneği. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2014; 13(1): 1-11.
- Aktuğlu K., Hancı H. Acil Serviste Şiddet Tehdidi. Hekimin Yasal Sorumluluk ve Hakları (Tıp ve Sağlık Hukuku). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Toprak Ofset, İzmir.
- Al B, Zengin S, Deryal Y, Gökçen C, Arı Yılmaz D, Yıldırım C. Increased Violence Towards Health Care Staff. The Journal of Academic Emergency Medicine. 2012; 11: 115-124.
- Altıntaş N. Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddetin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006 (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Yasemin Kutlu).
- Ankara Tabip Odası Raporu: Hekimlere-Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Neden? Nasıl Önlenebilir? 2008. Ankara.
- Ankara Tabip Odası Hekimlere ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Raporu 2010-2011. Ankara Tabip Odası Yayınları, 2011, Ankara.
- Asgari Darian AA. Survey of Violence Against Patients and Staff Working in the Emergency Departments in Ahvaz, Iran. Trend in Medical Research. 2015; 10(1): 19-25.
- Atkinson R, Atkinson R. Psikolojiye Giriş I (Çev: Kemal Atalay ve ark.), Sosyal Yayınları, 1995, İstanbul.
- Atilla R. Dünya'da Acil Tıp Sistemleri. Alanda Acil Bakım: Paramedikler İçin. Yeditepe Üniversitesi Yayınları. 2009:8-12. İstanbul.
- Avcı N, Kabadayı Arslan M, İper Timlioğlu Ş, Tay S, Meriç K, Ertenü M, Yekeler İ. 2012-2015 Yılları Arasında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki Beyaz Kod Bildirimleri. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2015; 2(4): 211-214.
- Ayan S. Aile ve Şiddet, Aile İçinde Çocuğa Yönelik Şiddet. Ütopya Yayınevi, 2009. Ankara.
- Aydın B. Çocuk ve Ergen Psikolojisi, 2. Baskı. Atlas Yayın-Dağıtım, İstanbul. 2005.
- Aygün Cengiz S. İnternet ve Etik: Örnek Uygulama Alanı Olarak Sağlık İletişimi. Bilgi Toplumuna Doğru XII. Türkiye'de İnternet Konferansı. 2007: 292-305. Ankara.
- Ayrancı ve ark. The Frequency of Being Exposed to Violence in the Various Health Institutions and Health Profession Groups. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2002; 3: 147-154.
- Bahar A, Şahin S, Akkaya Z, Alkayış M. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Şiddete Maruz Kalma Durumu ve İş Doyumuna Etkili Olan Faktörlerin İncelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2015: 6(2): 57-64.
- Balcioglu İ. Şiddet ve Toplum. Bilge Yayınları, 2001. İstanbul.
- Batı S. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Türkiye'deki ve Dünyadaki Durumu. Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Semineri, Konya, 2011 (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Fatih Kara).
- Baydın A, Erenler AK. Workplace Violence in Emergency Department and Its Effects on Emergency Staff. International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience. 2014; 16(2): 66-69.
- Bıçkıcı F. Violence Against Health Care Workers and Factors That Cause Violence an Example of a Public Hospital. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2013; 1(5): 43-56.
- Boz ve ark. Violence Toward Health Care Workers in Emergency Departments in Denizli, Turkey. Adv Ther. 2006; (23): 364-369.
- Budak G, Sürgevil O. Tükenmişlik ve Tükenmişliği Etkileyen Örgütsel Faktörlerin Analizine İlişkin Akademik Personel Üzerinde Bir Uygulama, D.E. Ü. İ.İ.B.F Dergisi, 2005; 20(2): 95-108.
- Cinoğlu A. Sağlık Kurumlarında Şiddet. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Dönem Projesi, Denizli, 2015 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Feyzullah EROĞLU).

- Crilly J, Chaboyer W, Creedy D.. Violence Towards Emergency Departments Nurses by Patients. Accident and Emergency Nursing. 2004; 12(2): 67-73.
- Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı. 10. Basım. Remzi Kitabevi. 2000. İstanbul.
- Çınarlık M.K. "Hastanelerde Acil Durum Planı Hazırlama Kriterlerinin Saptanması ve Örnek Bir Uygulama". Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İş Sağlığı ve Güvenliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2016 (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Esin Tümer).
- Çil S. Televizyon Haberlerinde Etik: Karşılaştırmalı Haber İçerik Analizleri. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Radyo Televizyon ve Sinema Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007 (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Ergün Yolcu).
- Dursun S. İşyeri Şiddetinin Çalışanların Tükenmişlik Düzeyi Üzerine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. Çalışma İlişkileri Dergisi. 2012; 3(1): 103-113.
- Ekşi A. Kitlesele Olaylarda Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Yönetimi. Kitapana Yayıncılık. 2015. İzmir.
- Elbek O, Adaş EB (2012). Türkiye Biyoetik Derneği, Değişen Dünyada Biyoetik. İstanbul. s: 163.
- Erkal T, Değerliyurt M. Türkiye'de Afet Yönetimi. Atatürk Üniversitesi Doğu Coğrafya Dergisi. 2009; 22(14): 149-150.
- Erkol H, Gökdoğan MR, Erkol Z, Boz B. Agresyon And Violence Towards Helath Care Providers Problem İn Turkey? Forensic Leg Med. 2007; (14): 423-428.
- Ersun C. İstanbul'da Şiddet ve Şiddetin Sosyolojik Arka Planı, İstanbul Ticaret Odası Yayınları, 2008 (11). İstanbul.
- Gangam H, Altunkaynak B, Parametrik olmayan yöntemler: SPSS uygulamalı. Gazi Kitabevi, 2008.
- Gezgin S. Göstergesel Şiddet, Ekrandan Sıçrayan Kan, Yeni Türkiye Medya Özel Sayısı, 1996; 11 (Eylül-Ekim): 558.
- Gidens A, Sosyoloji, Ayraç Yayınevi, 2000. Ankara.
- Gordon T., Edwards W. S. Doktor-Hasta İşbirliği. (Çev.: Emel Aksay), Sistem Yayınları, 1997. İstanbul.
- Gökçe T, Dündar C. Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde Hekim ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Kaygı Düzeylerine Etkisi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2008; 15(1): 25-28.
- Gökkaya Bilican V., Türkiye'de Şiddetin Kadın Sağlığına Etkileri. C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2009; 10(2): 167-179.
- Gülalp B, Karcıoğlu O, Köseoğlu Z, Sarı A. Dangers Faced By Emergency Staff: Experience in Urban Centers in Southern Turkey. Ulusal Travma Acil Dergisi. 2009;15(3):239-242.
- Güleç H, Topaloğlu T, Ünsal D, Altıntaş M. Bir Kısır Döngü Olarak Şiddet. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2012;4(1):112-137.
- Günaydın N, Kutlu Y. Experience of Workplace Violence Among Nurses in Health Care Settings. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2012; 3: 1-5.
- Gürhan N, Yücedağ İ. Sosyal Şiddet Kısıracında Kadın: Mardin'den Bazı Görünümler, Uluslararası Katılımlı Kadına ve Çocuğa Karşı Şiddet Sempozyumu. Mutlu Çocuklar Derneği Yayınları, 2012. Ankara.
- Halloran J, Kitle İletişimi Şiddetin Belirtisi mi? Yoksa Nedeni mi? (Çev. Ruşen Keleş), İletişim ve Toplum Sorunları, Unescap Türk Sosyal Bilimler Dergisi Yayınları, 1983, Ankara.
- Hayran M., Özdemir B. Sağlık Haberlerinin İçerik Analizi ve Medya Etiği. İKU Dergisi. 2011;25: 30-36.
- Hökelekli H. Çocuk ve Gençlerde Şiddet Olgusu ve Önlenmesine Yönelik Öneriler. Değerler Eğitimi Dergisi. 2007;5(14):61-78.
- http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori1=veritbn&kelimesec=298685 (10 Şubat 2019).
- <https://www.saglik.gov.tr/TR,3282/calisan-guvenligi-genelgesi-14052012.html> (5 Mayıs 2019).
- <https://www.urac.org/> (25 Haziran 2019).
- <https://www.icisleri.gov.tr/illeridaresi/112-acil-cagri-sistemi-hakkinda> (25 Haziran 2019).

- <https://www.aselsan.com.tr/tr/cozumlerimiz/bilgi-teknolojileri-sistemleri/acil-cagri-merkezi-cozumleri/112-acil-yarim-sistemi> (25 Haziran 2019).
- <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (25 Haziran 2019).
- <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4798&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=acil%20sa%C4%9Fl%C4%B1k%20hizmetleri>.
- ILO (2002) Workplace Violence. September 2008.
- İslamoğlu AH. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. Beta Basım, İzmit, 2009.
- Kara H, Bayir A, Ak A, Akinci M, Uyanık A, Degirmenci S, Kalaycı F, Inal F, Doğru A, 2015. Prehospital cardiopulmonary resuscitation: A survey of prehospital providers. Clinical Research, 32, 3, 103-7.
- Keane J. Şiddetin Uzun Yüzyılı (Çev.: Bülent Peker). Dost Kitabevi, 1998. Ankara.
- Keser A. Çalışma Psikolojisi. Ekin Yayınevi Birinci Baskı. 2009. Bursa.
- Kışlalı AT. Öğrenci Ayaklanmaları Bilge Yayınları, 1974. İstanbul.
- Kıdak L, Keskinoğlu P, Sofuoğlu T, Ölmezoğlu Z, 2009. İzmir ilinde 112 acil ambulans hizmetlerinin kullanımının değerlendirilmesi. Genel Tıp Derg, 19, 3, 113-19.
- Kızmaz Z. Şiddetin Sosyo-Kültürel Kaynakları Üzerine Sosyolojik Bir Yaklaşım. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2006;16(2):248.
- Kocacık F. Aile İçi İlişkilerde Kadına Yönelik Şiddet, Türkiye'den Örnekler. Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları, Ocak 2004. Sivas.
- Kocacık F, Çağlayandereli M. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2009;6(2).
- Korkut Owen F, Owen Dean W. Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele El Kitabı. 2008:18.
- Kowalenko T. Workplace Violence: A Survey of Emergency Physicians in the State of Michigan. Annals of Medicine. 2005; 46(2): 142-147.
- Köknel Ö. Bireysel ve Toplumsal Şiddet. Altın Kitabevi, 1996. İstanbul.
- Lore RK ve Schultz LA. İnsan Saldırganlığının Kontrolü: Karşılaştırmalı Bir Yaklaşım. (Çev.: Hatice Karaçanta). Türk Psikoloji Bülteni. 1996; 2(5).
- Mavili AA. Aile İçi Şiddet, Kadının ve Çocuğun Korunması, Elma Yayınevi, 2006. İstanbul.
- Mechem GD. Tintinalli Acil Tıp Kapsamlı Bir Çalışma Klavuzu. Nobel Tıp Kitabevleri. 2013:1-3. İstanbul.
- Mian M. "World Report on Violence and Health: What it Means For Children and Pediatricians", The Journal of Pediatrics, 2014; 145: 14-19.
- Michaud Y. Şiddet. İletişim Yayınları, 1991. İstanbul.
- Moses R. Şiddet Nerede Başlıyor, Cogita Dergisi (Çev.: Ayşe Kul), 1996, Sayı: 6-7, Kış-Bahar.
- Nasution I.W. Doğal Afetler Sonrasında Kullanılacak Geçici Barınak Tasarımı Üzerine Bir Çalışma: Endonezya-Sinabung Örneği. Doğal Afetler ve Çevre Dergisi. 2017;3(2):93-111.
- Öğüt A, Kaya ŞD. Sağlık Kurumlarında Ekip Çalışması. Selçuk Üniversitesi Kadınhanı Faik İçil Meslek Yüksekokulu. Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi. 2011; 1(1): 87-96.
- Özbay Ö. Çapraz Tablo Analizi Nasıl Yapılır?: Pratik Bir Açıklama. HÜTAD, 2009, 9.
- Özen S. İş Yerinde Psikolojik Şiddet ve Nedenleri. İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi. 2007; 9(3): 8.
- Özerkmen N. Akademik Bakış Dergisi, Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi, Ocak-Şubat 2012, Sayı: 28.
- Öztunç G. Adana İlindeki Çeşitli Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Saatlerinde Karşılaştıkları Sözel ve Fiziksel Taciz Olaylarının İncelenmesi. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001; 5(1): 1-9.
- Öztürk H, Babacan E (2014). Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2014, Sayı: 2. Hastanede Çalışan Sağlık Personeline Hasta/Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddet: Nedenleri ve İlgili Faktörler.

- Piyal B, Kaya M, Çelen Ü. Occupational Correlates of Fear of Violence, Harassment and Threats among 112 Emergency Aid Health Workers. The Anatolian Journal of Clinical Investigaton.2006;1(1):1-6.
- Polat O. Şiddet, Adli Tıp Ders Kitabı. Der Yayınları, 2001. İstanbul.
- Rigel N. Haber, Çocuk ve Şiddet. Der Yayınları. 1995. İstanbul.
- Sanders B. Öküzün A'sı, Elektronik Çağda Yazılı Kültürün Çöküşü ve Şiddetin Yükselişi (Çev.: Şehnaz Tahir), Ayrıntı Yayınları, 1999, İstanbul.
- Serin ve ark. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet, Sted (Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi). 2016; (3): 109-113.
- Şenuzun Ergün F. Karadakovan A. Violence Toward Nursing Staff in Emergency Departments in one Turkish City. Int Nurs Rev. 2005; (52): 154-160.
- T. C. Resmî Gazete, 11 Mayıs 2000, Sayı: 24046.
- Talas MS, Kocaöz S, Akgüç S. A Survey of Violence Against Staff Working in the Emergency Departments in Ankara, Turkey. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2011; 5: 197-203.
- Taşdemir Afşar S. Türkiye’de Şiddetin “Kadın Yüzü”. Sosyoloji Konferansları. 2015(2):715-753. Ankara.
- Trend D. Medyada Şiddet Efsanesi (Çev.: Gül Bostancı). Yapı Kredi Yayınları, 2007. İstanbul.
- TTB. (2012). Şiddetle Başa Çıkmak. 2. Baskı. Türk Tabipler Birliği, Ankara, 4.
- Uludağ A., Zengin N. Sağlıkta Şiddete Hasta Şikayetlerinde Yer Alan Olumsuz İfadeler Açısından Bir Bakış: Konya Örneği. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2016;16(3):71-86.
- Umar F. Rogers ve Maslow’un Yaklaşımları Kapsamında Kendini Gerçekleştirme Kavramının Psikolojik Danışmadaki Yerinin İncelenmesi. Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2016 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Süleyman Çetin Özoglu).
- Ünal G. Aile İçi Şiddet, Aile ve Toplum Dergisi. 2005;2(9):1-8.
- Ünlüoğlu İ, Ekşi A, Anık N, 2002. Yeni bir sağlık meslek grubu; paramedikler. Sted, 11, 4, 308.
- Ünsal Atan ve ark. Violence Experienced by Nurses at Six University Hospitals in Turkey. J.Psychiatr Ment Health Nurs. 2013; (20): 882-889.
- Warshaww LJ. Workplace Violence: Prevetive and Interventive Strategies. JOEM. 1996; (167): 74-78.
- World Health Organization Report (2002). Violence and Health: Summary, Geneva.
- Yakupoğlu MM. Ahlak ve Şiddet. Göçebe Yayınları, 1997. İstanbul.
- Yalçıntaş N. “Türkiye’de Televizyon Rahatsızlığı”, Yeni Türkiye Medya Özel Sayısı, 1996; 11(Eylül-Ekim): 179.
- Yalın A. Televizyondaki Şiddet ve Müstehcenliğin Çocuk ve Aile Üzerindeki Etkisi Paneli, T. C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, 1998. Ankara.
- Yaşar M.R. İki Şiddet Arasında Kadın. Akademik Matbuat Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2017;1(1):1-20.
- Yavuz S. Şiddetin Sosyo-Kültürel Kaynakları ve Medya Metinleri Aracılığıyla Sunumu. “Güneşi Beklerken” Dizi Filmdeki Şiddet Olgusunun İçerik Analizi Yöntemi ile Belirlenmesi. İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Medya Ve Kültürel Çalışmalar Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014 (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Filiz Susar).
- Yeşilbaş H. Sağlıkta Şiddete Genel Bakış. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2016; 1(3): 46.
- Yeşildal N. Sağlık hizmetlerinde iş kazaları ve şiddetin değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2005; 4 (5):280-302.
- Yıldırım A. Sıradan Şiddet, Türkiye’ye Özgü Olmayan Bir Sorun: Kadına ve Çocuğa Yönelik Şiddetin Toplumsal Kaynakları. Boyut Kitapları, 1998. İstanbul.
- Yılmaz A. Türk Kamu Yönetiminin Sorun Alanlarından Biri Olarak Afet Yönetimi. Pegem A Yayıncılık. 2003. Ankara.
- Zengin N. Sağlık Çalışanı-Hasta İlişkisinde Güncel Konular. 2012. Konya. s: 97.

8. EKLER

Ek-A Araştırmada Kullanılan Anket Formu

ANKET FORMU

Sayın katılımcı, aşağıda yer alan anket sorularına vereceğiniz cevaplar Yrd. Doç. Dr. Şerife Didem KAYA' nın danışmanlığında araştırılacak olan yüksek lisans tez projesi çalışmasında kullanılacaktır. Anket sorularında kimliğiniz istenmeyecektir. Anket sorularından alınacak olan cevaplarda Konya 112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarına Yönelik Şiddet ölçülecektir. Araştırmaya vereceğiniz destek için teşekkür ederiz.

Merve DURMUŞ

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi

Tanımlayıcı Özellikler

Cinsiyetiniz:

1)Erkek 2) Kadın

Medeni Durumunuz:

1)Evli 2) Bekâr

Yaşınız:

Eğitim durumunuz:

1) Lise 2) Lisans 3) Lisansüstü

Mesleki statünüz (Lütfen bulunduğunuz departmanı ve kurumunuzdaki ünvanınızla birlikte yazınız):

Görev yeriniz:

1)Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu (Merkez/taşıra olarak lütfen belirtiniz)

2)Komuta Kontrol Merkezi

Çalışma Yılıınız:

Hizmet verdiğiniz kurumdaki toplam çalışma süreniz:

Ortalama vaka sayınız:

Anket Soruları

1. Son bir yıl içerisinde şiddet korkusu yaşadınız ya da şiddet içeren olaylara tanık oldunuz mu?

1)Evet 2) Hayır

2. Çalıştığınız bölümde daha önce şiddete uğradınız mı?

1)Evet 2) Hayır

(cevabınız evet ise lütfen diğer soruya geçiniz)

3. Bugüne kadar kaç kez şiddete maruz kaldınız?

1) 1-2 kez
2) 3-5 kez
3) 5 ve üzeri

4. En son ne zaman şiddete maruz kaldınız?

1. Son 6 ay içinde
2. Son 1-2 yıl içinde
3. Son 5 yıl içinde

4. Son 10 yıl içinde
 5. 10 yıldan daha geçmiş bir zamanda
 5. En son maruz kaldığınız şiddet esnasında ne ile meşguldünüz?
 1. Vakaya çıkıyordum
 2. Vaka yerindeydim
 3. Ambulanstaydım
 4. Acil serviste hasta teslim ediyordum
 5. Hastaya hizmet vermekteydim
 6. Dinlenme/Yemek molasındaydım
 7. Yürüyordum
 8. Diğer (Belirtiniz)
 6. Yaşadığınız şiddet olaylarının sağlık sistemi veya uygulamalarıyla ilişkisi olduğunu düşünüyor musunuz?
 - 1)Evet
 - 2) Hayır
 7. Yaşadığınız şiddet sonrası işinizde hata yaptınız mı?
 - 1)Evet
 - 2) Hayır
 8. Şiddete maruz kalma durumlarında kadın ve erkek sağlık çalışanları arasında cinsiyet farklılığından doğan bir ayırım yapıldığını düşünüyor musunuz?
 - 1)Evet
 - 2) Hayır
 9. En son maruz kaldığınız şiddetin türü?
 1. Fiziksel şiddet
 2. Sözel şiddet (Taciz, Korkutma, Cinsel Taciz gibi)
 3. Cinsel şiddet
 4. Psikolojik şiddet (tehdit vs)
 10. Fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?
 - 1)Evet
 - 2) Hayır
- (cevabınız hayır ise lütfen 21. soruya geçiniz. Cevabınız evet ise sorulara devam ediniz.)
11. Maruz kaldığınız fiziksel şiddetin türü nedir?
 1. İtme, tokatlama, yumruklama, tekmeleme
 2. Herhangi bir cisimle vurma
 3. Diğer
 12. En son maruz kaldığınız şiddette saldırgan herhangi bir nesne kullandı mı?
 - 1)Evet
 - 2) Hayır
 13. Maruz kaldığınız şiddet sonrasında yara aldınız mı?
 - 1)Evet
 - 2) Hayır
 14. Yaralandığınız için tıbbi destek aldınız mı?
 - 1)Evet
 - 2) Hayır
 15. Maruz kalınan şiddet sebebiyle rapor aldınız mı?
 - 1)Evet
 - 2) Hayır
 16. Fiziksel şiddeti uygulayan kişinin hasta ile yakınlık derecesi nedir?
 1. Hastanın kendisi
 2. Hasta yakını
 3. Çalışma arkadaşım
 4. Diğer kişiler(belirtiniz).
 17. Fiziksel şiddeti uygulayan kişinin;
 1. Tahmini Yaşı:
 2. Cinsiyeti:
 3. Eğitim Durumu:
 4. Mesleği:
 5. Psikolojik rahatsızlığının varlığı:

6. Medeni durumu:
18. Fiziksel şiddet gösteren saldırgan kişinin özellikleri nelerdir?
1. Alkollü şahıs
 2. Madde bağımlısı
 3. Psikiyatrik bozukluğu varlığı
 4. Diğer
19. Fiziksel şiddete maruz kalınan yer neresi?
1. Ambulansın içerisi
 2. Olay yeri
 3. Hastane ortamı
 4. 112 acil sağlık hizmetleri istasyonu
20. Fiziksel şiddetin görüldüğü saat:
1. 09: 00-17: 00
 2. 17: 00-09: 00
21. Maruz kaldığınız sözel şiddet türü:
1. Küfür, tehdit, hakaret ve bağırma
 2. Küfretmeyle birlikte tehdit edilme
 3. Bağırma
22. Çalışma saatleri içerisinde sözel/fiziksel taciz deneyimine maruz kaldınız mı?
- 1)Evet 2) Hayır
- (Cevabınız hayır ise lütfen 27. soruya geçiniz.)
23. Sözel/fiziksel taciz uygulayan kişinin hasta ile yakınlık derecesi nedir?
1. Hastanın kendisi
 2. Hasta yakını
 3. Diğer kişiler(belirtiniz).
 4. Çalışma arkadaşım
24. Sözel/fiziksel taciz uygulayan kişinin;
1. Tahmini Yaşı:
 2. Cinsiyeti:
 3. Eğitim Durumu:
 4. Mesleği:
 5. Psikolojik rahatsızlığının varlığı
25. Sözel/fiziksel tacize maruz kalınan yer neresi?
1. Ambulansın içerisi
 2. Olay yeri
 3. Hastane ortamı
 4. 112 acil sağlık hizmetleri istasyonu
26. Sözel/fiziksel tacize maruz kalınan zaman dilimi?
1. 09: 00-17: 00
 2. 17: 00-09: 00
27. Cinsel şiddete maruz kaldınız mı?
- 1)Evet 2) Hayır
- (Cevabınız hayır ise lütfen 32. soruya geçiniz.)
28. Cinsel şiddet uygulayan kişinin hasta ile yakınlık derecesi nedir?
1. Hastanın kendisi
 2. Hasta yakını
 3. Diğer kişiler (belirtiniz).
 4. Çalışma arkadaşım
29. Cinsel şiddet uygulayan kişinin;
1. Tahmini Yaşı:
 2. Cinsiyeti:
 3. Eğitim Durumu:
 4. Mesleği:
 5. Psikolojik rahatsızlığının varlığı:

30. Cinsel şiddete maruz kalınan yer neresi?
1. Ambulansın içerisi
 2. Olay yeri
 3. Hastane ortamı
 4. 112 acil sağlık hizmetleri istasyonu
31. Cinsel şiddete maruz kalınan zaman dilimi?
1. 09: 00-17: 00
 2. 17: 00-09: 00
32. Psikolojik şiddete maruz kaldınız mı?
- 1)Evet 2) Hayır
33. Psikolojik şiddeti uygulayan kişinin hasta ile yakınlık derecesi nedir?
1. Hastanın kendisi
 2. Hasta yakını
 3. Çalışma arkadaşım
34. Psikolojik şiddeti uygulayan kişinin;
1. Tahmini Yaşı:
 2. Cinsiyeti:
 3. Eğitim Durumu:
 4. Mesleği:
 5. Psikolojik rahatsızlığının varlığı:
35. Psikolojik şiddete maruz kalınan yer neresi?
1. Ambulansın içerisi
 2. Olay yeri
 3. Hastane ortamı
 4. 112 acil sağlık hizmetleri istasyonu
36. Psikolojik şiddete maruz kalınan zaman dilimi?
1. 09: 00-17: 00
 2. 17: 00-09: 00
37. Şiddet gördüğünüzde yalnız mıydınız?
- 1)Evet 2) Hayır
38. Maruz kalınan şiddetin nedeni sizce ne/neler olabilir?
1. Bürokrasiden kaynaklanan işlemlerin uzaması
 2. Ambulans donanımının yetersiz ve düzensiz olması
 3. Ambulansın hasta /yakınına göre gecikmesi
 4. Personel yetersizliği
 5. Hasta/yakını ile olan iletişim kopukluğu
 6. Hasta/yaralının ex olması
 7. Uyuşturucu maddeye bağlı saldırganlık
 8. Refakatçi sayısının gerektiğinden fazla olması isteği
 9. Hasta/yakınının güç gösterisinde bulunmaları
 10. Hasta/yakınının sağlık personeline anlayışsız davranması
 11. Hasta ve yakınının kibar davranmaması
 12. Hasta/yakınının asabi kişiliğe sahip oluşu
 13. Hasta/yakınlarının eğitim seviyesinin düşüklüğünden kaynaklanan anlaşmazlıklar
 14. Güvenliğin yeterli düzeyde olmayışı
 15. Medyada yer alan sağlıkta şiddet haberlerinin kışkırtıcı etkisi
 16. Herhangi bir neden olmaması
 17. Hastanın tedavisinin geciktiğinin düşünülmesi
 18. Hastanın durumu hakkında ilgili bilgilendirmenin yapılmaması
 19. Hasta yakını haricinde kişi/kişilerin bilgi talebinde bulunmaları
 20. Asık suratlı davranma

39. Şiddete uğradığınızda ilgili birim ya da birimlere bilgi verdiniz mi?

- 1)Evet 2) Hayır

40. Saldırgan kişi hakkında ne tür bir işlem uygulanmıştır?

1. Güvenlik ekipleri tarafından saldırgan uzaklaştırıldı
2. Olay adli mercilere yansıdı
3. Hiçbir şey yapılmadı
4. Şiddet nedeniyle hastaya başka ekip sevk edildi
5. Disiplin soruşturmasına tabi tutuldum ve ceza aldım

41. Şiddete uğradığınızda verdiğiniz tepkiler nasıl olmuştur?

1. Telsizden şiddete uğradığıma dair anons geçtim
2. Güvenlik ekipleriyle irtibata geçtim
3. Olay yerinden uzaklaştım
4. Kızdım ve öfkelenim
5. Sözlü olarak tepki verdim
6. Şiddetle karşılık verdim
7. Prosedürün bu şekilde olduğunu belirterek hakkımda şikâyetçi olabileceklerini ifade ettim
8. Tepki göstermeyerek hastanın tedavisini ekip arkadaşşıma bıraktım
9. Saldırgan hakkında şikâyette bulundum
10. Şiddeti bildirir rapor tuttum
11. Kendimi ambulansa kilitledim
12. Hastaya tedavisinde zorluk çıkardım
13. Hasta/yakınına kaba davrandım.

42. Şiddete maruz kaldıktan sonra duygu ve düşünceleriniz neler oldu?

1. Sinirlendim
2. Korktum
3. Çalışma ortamının düzeleceğine dair umudumu yitirdim
4. Sağlık uygulama ve sistemlerinden kaynaklı şiddetin artacağını düşündüm
5. Hastanın durumuyla ilgili tepkisini normal karşıladım
6. Mesleği bırakmayı düşündüm
7. Meslekten soğudum

43. Şiddete maruziyetinizin sonrasında hasta/yakınlarına yönelik bakış açınız nasıl olmuştur?

1. Olaydan etkilenmedim ve normalleştirdim
2. Daha temkinli davranarak saldırma ihtimali olabilecek kişilere karşı kendimi korudum
3. İnsanlara saygımı yitirdim
4. Diğer

44. Şiddete maruz kaldığınızda size kim yardımcı oldu?

1. Güvenlik ekipleri
2. Çalışma arkadaşlarım
3. Olay yerindeki kişiler
4. Hasta yakınları
5. Diğer

45. Şiddet uygulayan kişi ya da kişilerden şikâyetçi olduğunuzda akabinde tehdit vs. gibi olumsuz durumlarla karşılaştınız mı?

- 1)Evet 2) Hayır

46. Şiddete uğradığınız kişilerden korktuğunuzda şikâyetinizi geri çektiniz mi?

- 1)Evet 2) Hayır

47. Şiddete uğradığınızda ekibiniz tarafından desteklendiniz mi?

- 1)Evet 2) Hayır

48. Beyaz Kod uygulaması hakkında bilgi sahibi misiniz?

- 1)Evet 2) Hayır

49. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet gösterenler için ceza uygulandığını düşünüyor musunuz?

- 1)Evet 2) Hayır

50. Hasta iletişimi konusunda bilgilendirme ve eğitim aldınız mı?

- 1)Evet 2) Hayır

51. Son 1 yıl içerisinde Türkiye genelinde sağlık çalışanlarına yönelik uygulanan şiddetin arttığını düşünüyor musunuz?

- 1)Evet 2) Hayır

52. Son 1 yıl içerisinde çalıştığınız kurumda sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin arttığını düşünüyor musunuz?

- 1)Evet 2) Hayır

53. Kişi ya da kişilerin şiddete başvurmasıyla gelir düzeyi arasında ilişki kurulabilir mi?

- 1)Evet 2) Hayır

54. Hasta haklarının kişilerin şiddete yönelmesinde doğrudan etkisinin olduğunu düşünüyor musunuz?

- 1)Evet 2) Hayır

55. Sağlıkta şiddetin artmasında medyanın etkisinin olduğunu düşünüyor musunuz?

- 1)Evet 2) Hayır

**EK-B Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz
Dışı Araştırmalar Etik Kurulu Kararı**



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 14567952-050/
Konu :



Sayın

Yrd. Doç. Dr. Ş. Didem KAYA
N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü
Sağlık Hizmetleri Yönetimi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

İlgi:31.10.2017 tarihli dilekçeniz;
“Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Konya 112 Acil Sağlık Hizmetleri’nde Bir Uygulama”-“Violence Against Healthcare Workers: A Study in 112 Emergency Health Services in Konya” başlıklı, Yrd. Doç. Dr. Ş. Didem KAYA’ nın sorumluluğunda, Merve DURMUŞ’ un yardımcı araştırmacısı olduğu yüksek lisans tez çalışması hakkında Fakültemiz İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulunun 03 Kasım 2017 tarihinde aldığı 2017/1060 sayılı karar ilişikte gönderilmiştir.
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Ayşe S. ŞAHİN
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar
Etik Kurul Başkan Yardımcısı

Ek: Etik Kurul Kararı

Adres:Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı 42080 –Meram KONYA
Tel: (0332) 223 65 00 Faks: (0332) 223 61 81

Bilgi İçin : Personel Şubesi Tel : (0332) 2236504

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:56

Toplantı Tarihi: 03.11.2017

Karar Sayısı:2017/1060:N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Sağlık Hizmetleri Yönetimi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Ş. Didem KAYA' nın "**Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Konya 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde Bir Uygulama**"-"**Violence Against Healthcare Workers: A Study in 112 Emergency Health Services in Konya**" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 31.10.2017 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Merve DURMUŞ' un yüksek lisans tez çalışmasının N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Sağlık Hizmetleri Yönetimi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Ş. Didem KAYA' nın sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Yrd. Doç. Dr. Ş. Didem KAYA

Yardımcı araştırmacı: Merve DURMUŞ

ASLI GİBİDİR

03.11/2017

Prof. Dr. Ayşe S. SAHİN

İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkan Yardımcısı

EK-C Konya İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni



T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

KONYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KONYA KAMU
SAĞLIK HİZMETLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
28.02.2018 12.57 - 94723667 - 806.01.03 - E.1501



Sayı : 94723667-806.01.03
Konu : Bilimsel Araştırma İzin Komisyonu

Sayın: Merve DURMUŞ

İlgi : ~~150~~/2018 tarihli müracaatınız,

Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık tesislerinde yapılması planlanan bilimsel araştırma, tez, anket, vb. başvurularını incelemek, görüş bildirmek ve değerlendirmek üzere kurulan komisyon tarafından ilgili başvuru değerlendirilmiştir.

İlgi sayılı yazınız ekinde yer alan müracaatınız incelenmiş ve Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, onay sureti ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Uz.Dr. Tarık ACAR
İl Sağlık Müdürü a.
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek:
Yazı (2 adet)

DAĞITIM :
Ekli Liste

Tuba FELHAN
Tıbbi Sekreter
Güvenli Elektronik İmza
Aşlı ile Ayarlıdır
12.01.2018

Kazım Karabekir C. No: 14 Selçuklu 42040/KONYA

Bilgi için: Mehmet Ufuk YEŞİL

Faks No: (0332)3517268

Unvan: SAĞLIK MEMURU

e-Posta: mehmetufuk.yesil@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Telefon No:

konya.kamusagligi@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden abd2ea6c-ad6d-4aa0-8b26-8761ff62b1af kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

KONYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KONYA KAMU
SAĞLIK HİZMETLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
26/02/2018 09:37 - 94723667 - 806.01.03 - E 1372



00063527281

Sayı : 94723667-806.01.03
Konu : Bilimsel Araştırma İzin Komisyonu

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık tesislerinde yapılması planlanan bilimsel araştırma, tez, anket, vb. başvurularını incelemek, görüş bildirmek ve değerlendirmek üzere kurulan komisyon tarafından Müdürlüğümüze yapılan başvurular değerlendirilmiştir.

Anılan komisyonca uygun görülen, ekte komisyon toplantı tutanağında bilgileri bulunan personellerin bahse konu araştırmaları, Sağlık Müdürlüğüne bağlı ilgili sağlık kurum ve kuruluşlarında yapması hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

Uz.Dr. Tarık ACAR
Sağlık Hizmetleri Başkanı

OLUR
.../.../2018

e-imzalıdır.
Prof.Dr.Mehmet KOÇ
İl Sağlık Müdürü

Kazım Karabekir C. No: 14 Selçuklu 42040/KONYA

Faks No:(0332)3517268

e-Posta:mehmetufuk.yesil@saglik.gov.tr İnt.Adresi:
konya.kamusagligi@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden abd2ea6c-ad6d-4aa0-8b26-8761ff62b1af kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Mehmet Ufuk YEŞİL

Unvan:SAĞLIK MEMURU

Telefon No:

KARAR NO	İSİM	ARAŞTIRMANIN ADI	YAPILACAĞI YER
1	Nergis KARAMAN	Travayda Primar gebelere verilen hemşirelik desteğinin doğum ağrılarına ve doğum beklentisine etkisi.	Akşehir Devlet Hastanesi
2	Hem. Sibel KIYAK	Depresyon semptomu gösteren gebelere verilen sanat içerikli antenatal müdahalelerin postpartum dönem mental (Ruh sağlığı) sağlık düzeyine etkisi.	48. Nolu Selçuklu Aile Sağlığı Merkezi.
3	Fatma BAY	Postpartum kadınlarda travmatik doğum algısı, prevelansı ve depresyon ile ilişkisi.	Selçuklu, Meram ve Karatay ilçelerinde bulunan 111 A.S.M.
4	Yasin CAN	Hastane öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde görev yapan paramediklerin geniş QRS 'li taşikardilerin tanısı ve tedavi konusundaki bilgi düzeylerinin incelenmesi.	Konya İl Ambulans KKM'ye bağlı A.S.H.I.
5	Dr. Sadık TAŞER	65 yaş üstü bireylerde standart minimal test üzerine nutrisyonel durum, sosyodemografik özelliklerle ve diğer sağlık değişkenlerine etkisi.	Karatay 21 nolu A.S.M, Meram 40 nolu A.S.M Selçuklu 58 nolu A.S.M
6	Sevinç AKKOYUN	Annelerde hemşire desteği ve emzirme öz-yeterlilik ilişkisi.	Konya Ereğli Devlet Hastanesi
7	Merve DURMUŞ	Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Konya 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde bir uygulama.	Konya İl Ambulans KKM'ye bağlı A.S.H.I.
8	Büşra KONUKLU	Yetişkinlerde süt tüketimi alışkanlığı ve süt tüketiminin kas iskelet sistemi sorunları ile ilişkisi.	75 ve 80 Nolu A.S.M
9	Esra ÜN.	Sağlık çalışanlarının advers, ilaç reaksiyoları ve farmakovijilans uygulamaları hakkında bilgi ve farkındalığı; Konya İli örneği	Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık tesisleri
10	Hazal ÖZDEMİR	Aile sağlığı merkezine başvuran annelerde anne bebek bağlanma düzeyinin incelenmesi	Selçuklu 28 Nolu A.S.M.

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden abd2ea6c-ad6d-4aa0-8b26-8761ff62b1af kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

8. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	Merve Durmuş
Doğum Tarihi	25. 01. 1991
Doğum Yeri	Çumra
Medeni Hali	Evli
Uyruğu	Türkiye Cumhuriyeti
Adres	Alparslan mahallesi, Besmele sokak No:14/1. Meram/Konya
Mail	mervearici42@gmail. com
EĞİTİM	
Lise	Çumra Sağlık Meslek Lisesi- Acil Tıp Teknisyenliği (2005-2009)
Lisans	Selçuk Üniversitesi- Sağlık Bilimleri Fakültesi- Sağlık Yönetimi Bölümü (2009- 2013) Selçuk Üniversitesi- İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi- Kamu Yönetimi Bölümü (çiftanadal programı) (2011-2013)
Yüksek Lisans	Necmettin Erbakan Üniversitesi- Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı (2015-2019)
İŞ DENEYİMİ	
Konya 112 Acil Sağlık Hizmetleri (2012-2019)	