

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi

Violence Towards Health Care Staff: Risk Factors, Aftereffects, Evaluation and Prevention

Bilge Annagür ¹

¹ Uzm. Dr., Konya Numune Hastanesi, Konya

ÖZET

Sağlık ortamında hekime ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet son yıllarda artış göstermektedir. Sağlık kurumunda çalışmak diğer iş yerlerine göre şiddete uğrama yönünden daha risklidir. Bu konuda yürütülmüş çalışmaların bulguları da sağlık alanında ortaya çıkan şiddetin diğer iş yerlerine göre oldukça fazla olduğu gerçeğini doğrulamış ve bu olayların sadece yaralanma gibi ciddi olanlarının şiddet olarak algılandığı, çok azının kayda alındığını göstermiştir. Hastalar kadar hasta yakınlarının da sağlık çalışanlarına şiddet uygulama eğiliminde oldukları görülmüştür. Sözel şiddetin sıklığı fiziksel şiddetten daha fazladır. Şiddet en sık acil servislerde, ikinci sıklıkta da psikiyatri kliniklerinde sergilenmektedir. Şiddete uğrayan sağlık çalışanlarında şiddetin ardından anksiyete ve huzursuzlukta artış gibi psikolojik etkiler görülmektedir. Sağlık çalışanları şiddet davranışı ile baş etme konusunda yeterli eğitim görmedikleri saptanmıştır. Tıp eğitiminde hasta-hekim ilişkisi konusunda verilen eğitim içerisindeki eksiklikler giderilmesi sorunun çözümü yolunda önemli bir adım olacaktır. Ülkemizde sağlık personelinin mağdur olduğu eylemlere ilişkin yasal düzenlemeler bulunmamaktadır. Sağlık personeline yapılan sözel saldırılar, yaralamalar, darp ve öldürmeye ilişkin hükümler genel hükümlere tabi tutulmaktadır. Gerek sağlık hizmetindeki hızlı değişimler gerek yasal uygulamalardaki eksiklikler şiddetin önlenmesinde ve çalışan güvenliği sağlama konusunda boşluklar bırakmaktadır. Güvenli ortamın sağlanmasında çalışanların eğitimi, mevzuatların düzenlenmesi, yöneticilerin üzerine düşen görevler gibi çok yönlü konular olmakla birlikte yasal düzenlemelerin de gerektiği kaçınılmazdır.

Anahtar Sözcükler: Şiddet, Sağlık Çalışanları, Önleme

ABSTRACT

There has been an increase in violence against physicians and healthcare staff in the health-care environment in recent years. The risk of violence remains stronger in people working in health institutions than the ones working in other businesses. Results of previous studies in this issue consistently confirmed the fact that violence in health care business is quite higher in frequency than the violence reported in other business environments. However it has also been reported that only attacks resulting in serious injuries have been considered as incidents of violence and other violence attempts are inclined not to be reported to legal au-

thorities resulting in a much lower official rates. Not only patients but also the relatives of patients have been reported to expose violence against healthcare workers. Verbal violence were found to be more common than physical violence. Violence incidents happen most commonly in the emergency room settings, and psychiatric clinic settings. Health care staff exposed to violence usually suffer from anxiety and restlessness as psychological after-effects. Health care workers are not sufficiently trained about how to cope with acute and chronic effects of violent behavior. This issue should be handled within the framework of medical faculty and related schools' curriculum. All health care staff including physicians should get sufficient education to take immediate actions on such incidents. Unfortunately in Turkey, there is no specific legal regulation related to violence towards health employees. The verbal attacks, injuries, assault and murder of health workers are subject to general legal provisions. Both rapid changes in health care services, facilities and shortcomings in legal regulations cause gaps in violence prevention and employing safety issues in hospitals and related health care facilities. Training employees and hospital managers, and considering the creation and application of present and future regulations remain as main prerequisites for ensuring a safe environment for healthcare staff.

Keywords: Health Care Staff, Violence, Prevention

*(Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2010; 2(2):161-173)
Çevrimiçi adresi/ Available online at: www.cappsy.org/archives/vol2/no2/
Çevrimiçi yayım tarihi / Online publication date: 01 Şubat 2010 / February 01, 2010*

Şiddet; kendine ya da bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanması olardır.[1] Sağlık kurumunda şiddet ise; hasta, hasta yakınları ya da diğer başka bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan sözel ya da davranışsal tehdit, fiziksel saldırı veya cinsel saldırdır.[2]

Sağlık ortamında hekime ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet son yıllarda artış göstermektedir. Hastaneler sağlık çalışanları için belki de gün geçtikçe tehlikeli ortamlar olmaktadır. Bu durumda hekimler ve sağlık çalışanları kendilerini güvende hissetmemektedir. Gerek sağlık hizmetindeki hızlı değişimler gerek yasal uygulamalardaki eksiklikler şiddetin önlenmesinde ve çalışan güvenliği sağlama konusunda boşluklar bırakmaktadır.

Bu yazıda amaç; hekimlerin ve sağlık çalışanlarının şiddete uğrama sıklığına ilişkin yapılmış çalışmaları gözden geçirmek ve gelecekte bu konuya ilişkin sorunların giderilmesine ve güvenli ortamların sağlanmasına yönelik çalışmalara ışık tutmaktır.

Şiddeti Açıklayan Teoriler

Şiddete ilişkin birçok teori şiddetin oldukça karışık bir davranış biçimi olduğunu açıklamaktadır. Şiddete yönelik üç ana teori ileri sürülmektedir. Bunlar biyolojik, sosyal öğrenme ve zedelenme-saldırganlık teorileridir.[3,4]

Biyolojik teoriye göre bazı kişiler nörolojik, genetik ve hormonal fonksiyonları ile şiddete yatkındırlar.[5,6] Temporal lob epilepsisi gibi beyin disfonksiyonu olanlar buna örnek verilebilir. Biyolojik teori şiddetle ilgili tıbbi bir yaklaşımın da gerekli olduğunu öne sürer. Sosyal öğrenme teorisine göre şiddet diğer sosyal davranışlar gibi öğrenilen bir davranıştır.[7] Örneğin öncesinde otoriter bir ortamda şiddet deneyimi yaşayan kişinin benzer ortamlardaki bir uyarana ile öfkesi provoke olabilir. Yine geçmiş yaşantısında şiddete maruz kalanlar yaşamlarında şiddet davranışını sürdürebilirler. Zedelenme-saldırganlık teorisine göre şiddet, önemli beklentilerin yerine gelmemesi sonucu oluşan bir zedelenmeye yanittir.[8] Bu teori hastanelerde karşımıza çıkan şiddet davranışını çoğunlukla açıklayabilir.

Sağlık Kurumlarında Şiddetin Sıklığı ve Özellikleri

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddete ilişkin yurt dışı ve yurt içinde birçok çalışma yapılmıştır. Çalışmalardan elde edilen bulguların ortak noktası; sağlık alanında ortaya çıkan şiddetin diğer iş yerlerine göre oldukça fazla olduğu ve daha az kayda alındığıdır. Sağlık kurumlarındaki şiddetin az oranda bildirildiği, sadece yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılandığı, diğerlerinin bildirilmediği çalışmalarda öne çıkmıştır.[9,10] İşyerlerinde şiddete uğrama durumunun bildirilmesinde eksiklikler ve engeller olduğu için gerçek sıklığın bilinmediği, sadece bildirilen olgularla sınırlı kaldığı belirtilmiştir.[11] Bir çalışmada sağlık kurumunda çalışmanın diğer iş yerlerine göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu gösterilmiştir.[12] Araştırmalar hastalar kadar hasta yakınlarının da sağlık çalışanlarına şiddet uyguladığını göstermektedir.[13,14] Sözel şiddetin fiziksel şiddetten daha sık olduğu belirtilmiştir.[13]

Kanada'da yürütülen bir çalışmada acil servislerde şiddete uğrama oranlarının oldukça yüksek olduğu saptanmıştır.[15] Bu çalışmada herhangi bir zamanda şiddete uğrama sıklığının %60, sözel istismarın %76, fiziksel tehdit veya saldırının %86 olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada katılımcıların %73'nün şiddete uğramalarından dolayı hastalardan korktukları, %49'nun hastalar tarafından tanındığı ve %74'nün iş doyumunun azaldığı belirtilmiştir. Ayrıca şiddete maruz kalanların %67'si uğradığı şiddeti rapor etmiş, bir kısmının da iş değişikliği yapılmıştır.

İngiltere'de yapılan bir çalışmada ise genel hastanede çalışanlarda şiddete maruz kalanların çoğunluğunun kadın olduğu, saldırıya maruz kaldığı, %23'nün hastalar tarafından davranışsal tehdit aldığı, %15.5'nin de hasta yakınları tarafından davranışsal tehdit aldığı gösterilmiştir. Fiziksel

saldırı oranının %20 olduğu belirtilmiştir.[16] Avustralya'da psikiyatri kliniklerinde yapılan bir çalışmada, şiddet zarar verici özelliğine göre 8 dereceye ayrılmış ve en sık düşük derecede fiziksel şiddetin olduğu gözlenmiştir. Hemşirelerin daha fazla şiddete maruz kaldıkları, şiddet uygulayan hastalar arasında alkol ve madde bağımlılarının daha fazla olduğu belirtilmiştir [17].

Türkiye'de bu konuda yapılmış çok merkezli çalışmalar vardır. Bunlardan en kapsamlılarından biri 2002 yılında Eskişehir, Ankara ve Kütahya'da sağlık kurumlarında yapılan çalışmadır.[18] Çalışmaya hem birinci basamaktan, hem devlet hastanesi hem de üniversite hastanesinde çalışanlar dâhil edilmiş. Son bir yıl içinde sözel, fiziksel veya cinsel saldırıya uğrayıp uğramadıkları sorulmuş. Çalışanların yaklaşık yarısı (erkeklerde %48 ve kadınlarda %52.5) şiddete uğradığını ifade etmiştir. Şiddete uğrama sıklığı illere göre farklılık göstermiştir. Şiddete en sık pratisyen hekimler ve hemşirelerin uğradığı, en az öğretim görevlilerinin uğradığı gösterilmiştir. Çalışma birimi açısından en sık acil servislerde çalışanların şiddete maruz kalmakta olduğu gösterilmiştir. Türkiye'nin batısında 2006 yılında yapılmış yine çok merkezli bir çalışmada son bir yıl içinde en az bir kez şiddete maruz kalma oranı %49.5 olarak belirtilmiş. Olguların %48.3'inin 1-5 kez arasında şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır.[13] Çalışanın yaş ortalaması ve deneyim süresi ile şiddete uğrama sıklığında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Kadınlarda şiddete uğrama sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (%60'a %40). Diğer çalışmaya benzer olarak pratisyen hekimler ve hemşirelerin şiddete daha fazla maruz kaldıkları, çalışma ortamı olarak devlet hastanelerinde ve acil servislerde şiddetle karşılaşma oranının diğer bölümlerden fazla olduğu gösterilmiştir. Ayrıca çalışmada sözel şiddetin %72.4, fiziksel şiddetin %11.7 sıklığında görüldüğü; cinsel şiddet oranının çok düşük olduğu (%0.025); silah, bıçak veya kesici delici aletlerin %0,3 oranında kullanıldığı belirtilmiştir. Çalışmada değinilen bir başka nokta da çalışanın şiddete uğrama sırasında genellikle yardım alamadığıdır. Şiddete maruz kalan çalışanların yarıdan fazlasında olay sonrasında yüksek oranlarda anksiyete ve huzursuzluk hissettikleri gösterilmiştir.

Bolu'da yapılmış tek merkezli bir çalışmada şehir merkezinde devlet hastanesi ve üniversite hastanesinde çalışanlar çalışmaya dâhil edilmiştir. Uzman doktor, hemşire ve diğer çalışanlardan oluşan grubun %87.1'nin şiddet davranışına maruz kaldığı; sözel şiddetin %46.9, saldırgan davranışın %33.5, fiziksel saldırının %19.4 olduğu gösterilmiştir.[19] Şiddet gösterenlerin profiline bakıldığında daha çok 21-30 yaşları arasında ve eğitim düzeylerinin düşük olduğu; şiddetin en sık olarak hasta yakınları tarafından, ikinci sıklıkta ise hasta ile birlikte hasta yakını tarafından daha az oranda hasta tarafından yapıldığı belirtilmiştir. Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde

yapılmış bir çalışmada çalışanların son bir yıl içerisinde şiddete maruz kalma oranı %85.9 olarsaptanmıştır. Şiddete uğrayanların %59'nun sözel şiddete uğradığı, %26.5'nin fiziksel şiddete uğradığı belirtilmiştir.[20]

Gerek hastanenin tüm bölümlerini kapsayan, gerek sadece acil servislerde yapılmış çalışmalarda şiddet oranlarının acil servis hizmeti veren bölümlerde daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Acil servislerde yapılan çalışmalara bakacak olursak oranlar birbirine benzerdir. [21-28]

İzmir'de yapılan bir çalışmada katılımcıların %98.5'i sözel şiddete uğradıkları, %19.7'sinin de fiziksel şiddete uğradıkları belirtilmiştir.[29] Adana'da acil servislerde yapılan bir çalışmada katılımcıların %100'ü her nöbetlerinde en az bir kez sözel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Bir aylık sürede saldırgan davranışın %53.2, fiziksel şiddetin ise %38.5 olduğu gösterilmiştir. Şiddet gösteren kişilerin genellikle 15-30 yaş arası gençlerde fazla olduğu; alkol ve madde kullanan kişilerin daha fazla şiddet eğiliminde olduğuna değinilmiştir.[23]

Şiddet Gören Sağlık Çalışanlarının Özellikleri

Bazı çalışmalarda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, genel olarak kadınların daha çok şiddete uğradıkları gösterilmiştir.[13,18,27] Genel bir profil çizilecek olursa genç, küçük fiziksel yapıya sahip, anksiyöz görünümlü bayanlar şiddete daha fazla maruz kalmaktadır.[30-33] Meslek gruplarına göre incelendiğinde hemşirelerin daha sık şiddete uğradığı, ikinci sıklıkta ise pratisyen hekimlerin daha sonra da uzman hekimlerin ve diğer personelin olduğu gösterilmiştir.[13,18] Çoğu çalışmada çalışanların deneyimleri de ele alınmıştır. Bazı çalışmalarda 5-10 yıl arası çalışanlarda şiddet riski daha yüksek çıkarken [13,18], bazı çalışmalarda ilk 5 yılda şiddete uğrama riski daha yüksek olduğu bulunmuştur.[34]

Şiddetin Ortaya Çıktığı Ortamın Özelliği

Şiddetin gerçekleştiği yerle ilgili bildirilene baktığımızda en sık acil servislerde ve ikinci sıklıkta psikiyatri kliniklerinde şiddetin olduğu gösterilmiştir.[5,13,16,18,23,27,34] Dahili ve cerrahi branşlar incelendiğinde; Türkiye'de ve yurt dışında yapılan çoğu çalışmalar cerrahi branşlarda şiddetin daha fazla olduğunu gösterirken,[18,27,34] yurt dışında yapılan bazı çalışmalarda dâhili branşlarda şiddetin daha fazla olduğuna değinilmiştir.[16] Hastane ortamında en sık acil odalarında şiddet oluşmakla birlikte servisler ve poliklinikler de güvenli ortamlar değildir.[18] Bunun yanında sırasıyla azalan oranlarda bekleme salonları, park yerleri, koridorlar ve kafeteryalar da riskli alanlar olarak belirtilmiştir.[34]

Araştırmalar şiddetin en sık olduğu saati 16.00-20.00 olarak göstermektedir.[27] Yine çalışmalar özellikle gece mesailerinde şiddetin gündüz mesailerinden daha fazla olduğunu göstermektedir.[29] Genellikle hastanın başvurduğu ilk bir saat içerisinde şiddet olayı yaşanmaktadır.[32]

Acil Servislerin Özelliği

Acil servisler, acil müdahale gerektiren vakaların, yaralanmaların, riski yüksek hastaların kısacası hayat ile ölüm arasındaki çizginin yüksek gerilimle yaşandığı yerlerdir. Bu nedenle hem acil çalışanları hem hasta ve hasta sahipleri için stresli mekânlardır. Endişeli hasta ve yakınları tetkik ve konsültasyonlar nedeni ile tedavinin uzamasını geç müdahale olarak algılayabilir. Bu nedenle de sağlık çalışanı sorumlu tutulabilir ve hasta yakını saldırganlaşma eğilimi gösterebilir.[18]

Acil serviste ölüm olayının nedeni hasta yakınları tarafından tedavi yetersizliği olarak görülebilir ve şiddet eğilimini artırır.[22] Muayene ve tedavi sırasında oluşan tartışmalar, anlaşmazlıklar, saygısızca sarf edilen sözler, ihtarlar, tavırlar karşılıklı olarak hem hastayı hem de acil servis çalışanını provoke edebilir.Acil servislerde genellikle mesleğinin ilk yıllarında olan kişiler çalışmaktadır. Çalışan kişilerin deneyimlerinin az olması şiddete uğrama riskini arttırabilir.[27,34,35] Acil servislerde hekimlerin ve sağlık çalışanlarının çalışma koşulları, mesai ve iş yükleri de stres ve gerilimi arttırıcı bir diğer husustur. Yoğun ve yorgun mesailer çalışanların enerjilerini tüketmekte ve empati yapabilme yetisini ve toleransını azaltmaktadır. Stresli sağlık çalışanı da karşısındakinden anlayış beklemektedir.

Şiddet Eğiliminin Belirlenmesi

Şiddete eğilimli kişilerin özellikleri incelendiğinde; bu kişiler genellikle otuz yaş altı, erkek, düşük sosyoekonomik düzeye sahip, yasal veya yasal olmayan sebeplerle silah bulundurabilen, otorite ile sorunları olup daha önce yasal sorunlar yaşayan veya tutuklanma öyküsü olan kişilerdir. Bu kişilerin çoğunluğunun alkol ya da madde kullanımı öyküleri vardır.[36] Ayrıca metabolik hastalığı olanlar, alkol ve madde kullanımına bağlı yönelim bozukluğu ve konfüzyonu olanlar, nörolojik sorunu olanlar (Alzheimer hastalığı veya beyin disfonksiyonu gibi), psikiyatrik hastalığı olanlar şiddet uygulama riski yüksek olan kişilerdir.[27]

Sağlık çalışanının hastalardan bulaşabilecek bulaşıcı hastalıklardan kendisini koruması gerektiği hem eğitim sürecinde hem de meslek hayatı boyunca önemle vurgulanır. Ancak şiddet oranlarının yüksek olduğu bilindiği halde şiddete maruz kalma riski ve kendisini şiddetten koruması

gerektiği hem eğitim sürecinde hem de çalışma hayatında pek de söz edilmez. Şiddetten korunmanın en iyi yolu olay ortaya çıkmadan önlem almak veya yardım aramaktır.

Yapılan çalışmalarda fiziksel saldırı öncesinde bir prodromal dönemin olduğu belirtilmektedir. Bu dönemde anksiyete ve gerginlikte artış, ses yükseltme, postür değişikliği, kuşku bakışlar, artmış fiziksel aktivite ve yerinde duramama gibi belirtiler olabilmektedir. Bazen de çok sessiz duran bir kişi aniden patlama tarzında tepki verebilmektedir.[36-38]

Şiddete Karşı Alınacak Önlemler ve Şiddetle Başa Çıkma

Şiddetle başa çıkmada genel olarak iki ana yöntem vardır. Birincisi; hasta ve çalışan düzeyinde küçük çaplı önlemler. İkincisi de hastaneyi ilgilendiren büyük çaplı önlemlerdir.

Hastaya odaklı önleyici yöntemler; hastayı yakından gözlemek, detaylı öykü almak, hastaya yaklaşımda stresle baş etme yollarını öğrenmek, etkili sözel ve sözel olmayan beceriler gibi güncel yaklaşımlar yanı sıra kısıtlama, tecrit etme ve ilaçla tedavi gibi geleneksel yöntemler de sayılabilir.[39] Bazı görüşler geleneksel yöntemlerin zorlayıcı olup hasta ve ortamda bulunan kişileri travmatize ettiğini ileri sürmektedir. Geleneksel yöntemlerin sürdürülmesi ile tepkisel bir durumun oluştuğu, çalışanların stresini arttırdığı, hasta ilişkisini azalttığı belirtilmiştir. Bu yöntemin kısa sürede etkili olduğu ancak uzun sürede dolaylı olarak hasta agresyonunu arttırdığı vurgulanmaktadır.[40] Sağlık çalışanlarının kişilerarası ilişkilerde sözel ve sözel olmayan beceri eğitimi almaları olumsuz duygusal etkiyi azaltır.[41] Şiddet öncesi prodromal dönemdeki belirtileri iyi gözlemlemeleri en etkili önlemlerdir.[42] Hasta hekim ilişkisinde değinilecek başka bir konu da hasta bilgilendirilmesi ve aydınlatılmış onam konusunda eksikliklerin olduğudur. Hasta ve hasta yakınına karşı teknik konuşmak veya olabilecek riskler hakkında yeterli bilgi vermemek şiddet riskini arttırmaktadır.

Hastane geneli ile ilgili geniş çaplı önlemler; uygun raporlama sistemleri, etkili güvenlik eğitimleri, 24 saat alan içi güvenlik sağlanması, güvenli kapılar, güvenlik kameraları, metal detektörler ve kontrol noktaları, koruyucu akrilik pencere ve panik alarmlarıdır.[43] Tablo.1'de aniden saldırganlaşan kişiyi kontrol etmek için önerilen bazı yaklaşımlar verilmiştir.[37]

Saldırgan bir kişiyi sakinleştirmek için önerilen 3 seçenek vardır.[21,38,44] Bunlardan ilki konuşarak sakinleştirmektir. Konuşurken özellikle şiddet öncesi prodromal dönemde hasta ya da yakınlarının endişeleri giderilmeye çalışılmalı, fazla umut verici konuşmamalıdır.

Konuşma sakin ve ses tonuna dikkat edilerek yapılmalıdır. İkinci seçenek güç kullanarak etkisizleştirmez. Birey ile yalnızsanız güç kullanmaktan kaçınılmalıdır. Yeterince güvenlik elemanını olması gerekir. Herkesin ayrı bir ekstremiteyi ve kafayı tespit etmesini sağlanmalıdır. Bu işlem için en az beş erişkin gerekir. Hasta yumuşak bir tespitle kontrol edilmelidir. Son seçenek ise antipsikotik veya sedative hipnotik ilaçlar gibi farmakolojik ajanlar ile müdahale etmedir.[44-46]

Tablo.1. Aniden Saldırganlaşan Kişiyne Yönelik Önlemler [37]

Saldırgan ile göz göze gelmeyin.

Saldırgan ile en az bir kol uzunluğu kadar güvenlik mesafeniz olsun, ani bir hamle ile size vuramasın.

Başarılı olamayacaksınız kaçmayın ve dövüşmeyin

Hasta sizden ısrarla uzaklaşıyor ise ısrarcı olmayın onun istediği yerde durun.

Eęer gerekiyorsa hastadan korkmuş gibi görünün.

Saldırganlaşma eğilimi gördüğünüzde yardım isteyin.

Herhangi bir tehlike anında kaçmak için kapiya yakın durun.

Saldırganlık potansiyeli olan bir olgu ile konuşma ya da muayene etme durumunda önerilen bazı yaklaşımlar Tablo.2’de verilmiştir.

Tablo.2. Saldırgan Eğilimleri Olan Hastaya Yaklaşım

Güvenlik personelinden hastanın üzerini aramasını ve silah varsa uzaklaştırmasını isteyin

Güvenlik personelini oda içinde veya hemen kapı önünde bekletin

Mümkünse iki çıkışı olan bir oda kullanın

Odada hastanın saldırı arci olarak kullanabileceği alet veya nesnelere (bistüri, makas, keskin nesnelere, sıcak içecek, kişisel ürünler vs) bulundurmuyun.

Boęmak amacı ile boğazınızı sıkarsa karotidleri korumak için çenenizi kullanın.

Eęer sizi ısırır ise elinizle burnunu sıkın, nefes almak için ağzını açmak zorunda kalır.

Eęer silah ile tehdit varsa korkunuzu belli etmemeye çalışın. Asla tartışmayın, bağırma-
yın ve sözlü yakınmayın. Başarılı olacağınızdan emin değilseniz koşarak kaçmayın.

Mümkün olduğu kadar yumuşak ve alttan alarak yatıştırıcı konuşun. İnsani bir ilişki kurmaya çalışın.

Silahlı bir saldırgan hasta karşısında ise ideal olan acil servise girmeden önce hastaların güvenlik personeli tarafından aranması ve silahsızlandırılmasıdır. Eęer muayene sırasında bir silah ile karılaşırsanız asla silahı almayın ve hastadan onu bir yere koymasını isteyin. Sonra silahı güvenlik personeline teslim edin. Şiddet eğilimi yoksa kişisel bir mülk olduğu için silahı muayeneden sonra iade edin.

Sağlık Çalışanlarında Saldırı Sonrası Görülen Sorunlar

Kanada'da yapılan bir çalışmada acil serviste şiddete maruz kalanların %38'inin sağlık alanı dışında başka bir işe geçmeyi istedikleri, yaklaşık %18'inin acil serviste çalışmak istemedikleri, bir kısmının da işlerinden ayrıldıkları belirtilmiştir. Şiddete uğrayanların %25'inin şiddet olayı sonrasındaki ilk mesailerinde kötü performans gösterdikleri, %24'ünün ilk bir haftasında kötü performans gösterdikleri, ilerleyen zamanlarda da %19'unun performansının etkilendiği gösterilmiştir. Yaşanan şiddet olayı sonrasında %73'ünün hastalarından korktukları, %24'ünün hastaların şiddetinden korktukları, %35'inin hastaları "potansiyel şiddet gösteren" olarak gördükleri bildirilmiştir.[15]

Yapılan çalışmalarda şiddete uğrayanlarda şiddetin psikolojik etkileri gösterilmiştir. Şaşkınlık, kızgınlık, çaresizlik, korku, tükenmişlik, güven kaybı kendini suçlama gibi farklı duygulara neden olduğu belirtilmiştir.[15,28,47,48] Ayrıca özellikle fiziksel şiddete uğrayan çalışanlarda travma sonrası stres bozukluğu gelişebileceğine değinilmiştir.[49] Çalışmalarda saptanan bir diğer sonuç şiddete uğrayan sağlık çalışanının diğer hastalara sunduğu hizmet kalitesinin dolaylı olarak düşmesidir.[15,50]

Türkiye'de 2006 da yapılan çalışmada şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının %43.5'i herhangi bir sorun belirtmezken, %56.2'sinin anksiyete veya irritasyon bulguları gösterdikleri saptanmıştır. Bu kişilerin büyük bir çoğunluğunun (%87.8) tedavi almadığı görülmüştür.[13] Samsun'da yapılan bir çalışmada ise, psikiyatri çalışanlarının durumluk kaygı ve sürekli kaygı skorları yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni de psikiyatri kliniklerinde şiddete uğrama riskinin yüksek olması olarak gösterilmiştir.[20]

Ne yazık ki genel olarak bu yönde yapılan çalışmalarda şiddete uğrayan sağlık çalışanlarında akut ve ileriki dönemde ortaya çıkan psikiyatrik durumlara ilişkin detaylı veriler olmadığı görülmektedir.

Güvenli Çalışma Ortamının Oluşturulması

Şiddet riskini azaltmanın en önemli yolu çalışma ortamında yeterli güvenlik önlemlerinin alınmasıdır. Çalışmalar daha çok acil servisler için yapılmış olsa da diğer bölümler için de uyarlanabilir.

ABD'de acil servislerdeki şiddete karşı oldukça sıkı önlemler alınmaktadır. Örneğin metal detektörlerin kullanılması hastane içine silah sokmayı önlemektedir. Yapılan anketlerde hasta, hasta yakını ve çalışanların büyük bir oranının (%73-%89) metal detektörler sayesinde kendilerini güvende hissettikleri belirtilmiştir.[51] Başka bir önlem de güvenlik köpek-

rinin bulundurulmasıdır. Yapılan bir çalışmada acil serviste K-9 köpeklerinin bulundurulmasının şiddet riskini oldukça azalttığı özellikle çete aktivitelerini kontrol etmekte yardımcı olduğu gösterilmiştir.[52]

Alınabilecek diğer geniş çaplı önlemler; uygun raporlama sistemleri, etkili güvenlik eğitimleri, görevli kişilerle 24 saat alan içi güvenlik sağlanması, güvenli kapılar, güvenlik kameraları, metal detektörler ve kontrol noktaları, koruyucu akrilik pencere ve panik alarmlarıdır.[43]

Sonuç

Yapılan çalışmalar sağlık alanında şiddetin çok sık olduğu ancak az bildirildiğidir. Bunun birçok nedeni olmakla birlikte genel ortak kanı özellikle ülkemizde çalışanların haklarını savunacak yasal düzenlemelerin olmamasıdır. Türkiye’de sağlık personelinin mağdur olduğu eylemlere ilişkin yasal düzenlemeler bulunmamaktadır. Sağlık personeline yapılan sözel saldırılar, yaralamalar, darp ve öldürmeye ilişkin hükümler maalesef genel hükümlere tabi tutulmaktadır. Fakat görev başında yapıldığı için cezanın yarısı kadar daha arttırma yargı kararına bağlıdır. Bu konuda tabip odalarına önemli görevler düşmektedir. Türk Tabipler Birliği Ceza Kanunu’nda eksik olan yerlere madde ekleme konusunda kararlı olmalıdır. Tabipler birliği, amacı belirli, konusundaki eksiklikleri tespit eden, halkı eğiten aynı zamanda hekimlik mesleğini koruyan yönelimlerde ve uygulamalarda bulunmalıdır. Gerek sağlık hizmetindeki hızlı değişimler gerek yasal uygulamalardaki eksiklikler şiddetin önlenmesinde ve çalışan güvenliği sağlama konusunda boşluklar bırakmaktadır.

Amacı insanlara yardım ve tedavi olan hekimlerin ve sağlık çalışanlarının güvenli koşullarda çalışması ve olabilecek şiddet riskinin azaltılması en doğal haklarıdır. Güvenli ortamın sağlanmasında çalışanların eğitimi, mevzuatların düzenlenmesi, yöneticilerin üzerine düşen görevler gibi çok yönlü konular olmakla birlikte yasal düzenlemelerin de gerektiği açıktır.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Violence and Health: Task Force on Violence and Health. Cenevre, WHO, 1998.
2. Saines JC. Violence and aggression in A&E: recommendations for action. Accid Emerg Nurs 1999; 7:8-12.
3. Walter B. Aggression and violence: examine the theories. Nurs Stand 1998; 12: 36-37.
4. Mohr WK, Mohr BD. Brain, behavior, connections and implications: psychodynamics no more. Arch Psychiatr Nurs 2001; 15:171-181.
5. Volavka J. The neurobiology of violence: An update. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1999; 11:307-314.

6. Davidson R, Putnam KM, Larson CL. Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation- a possible prelude to violence. *Science* 2000; 289:591-594.
7. Bandura A. *Social learning theory*. London, Routledge, 1977.
8. Berkowitz L. On the formation and regulation of anger and aggression. *Am Psychol* 1990; 45:494-503.
9. Barrett S. Protecting against workplace. *Public Manag* 1997; 79:9-12.
10. Gates DM. Workplace violence. *AAOHN J* 1995; 43:536-543.
11. Warshaw LJ. Workplace violence: preventive and interventive strategies. *J Occup Environ Med* 1996; 38:993-1006.
12. Elliott PP. Violence in health care. What nurse managers need to know. *Nurs Manage* 1997; 28:38-41.
13. Ayrancı U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoğlu C. Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence* 2006; 21:276-296.
14. Dalphond D, Gessner M, Giblin E, Hijazi K, Love C. Violence against emergency nurses. *J Emerg Nurs* 2000; 26:105.
15. Fernandes C, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore C, Christenson JM, et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *CMAJ* 1999; 161:161-170.
16. Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *J Clin Nurs*, 2004; 13:3-10.
17. Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatr Serv* 1998; 49:1452-1457.
18. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3:147-154.
19. Erkol H, Gökdoğan MR, Erkol Z, Boz B. Aggression and violence towards health care providers--a problem in Turkey? *J Forensic Leg Med* 2007; 14:423-428.
20. Gökçe T, Dündar C. Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2008; 15:25-28.
21. Ölmezoğlu ZB, Vatansver K, Ergör A. İzmir metropol alanı 112 çalışanlarında şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi. *Toplum ve Hekim* 1999; 14:420-425.
22. Aktuğlu K, Hancı H. Acil servislerde şiddet tehdidi. 1999; www.ttb.org.tr/TD59/5911.html adresinden indirildi.
23. Güllalp B, Karcioğlu O, Köseoğlu Z, Sari A. Dangers faced by emergency staff: experience in urban centers in southern Turkey. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2009; 15:239-242.
24. James A, Madeley R, Dove A. Violence and aggression in the emergency department. *Emerg Med J* 2006; 23:431-434.
25. Jenkins MG, Rocke LG, McNicholl BP, Hughes DM. Violence and verbal abuse against staff in accident and emergency departments: a survey of consultants in the UK and the Republic of Ireland. *J Accid Emerg Med*, 1998; 15:262-265.
26. Kennedy MP. Violence in emergency departments: under-reported, unconstrained, and unconsionable. *Med J Aust* 2005; 183:362-365.
27. Lau J, Magarey J, McCutcheon H. Violence in the emergency department: A literature review. *Aust Emerg Nurs J* 2004; 7:27-37.

28. Erickson L, William-Evans SA. Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. *J Emerg Nurs* 2000; 26:210-215.
29. Ergün FS, Karadakovan A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *Int Nurs Rev* 2005; 52: 154-160.
30. Arnetz JE, Arnetz BB, Petterson L. Violence in the nursing profession: occupational and lifestyle risk factors in Swedish nurses. *Work Stress* 1996; 10:119-127.
31. Ray CL, Subich LM. Staff assaults and injuries in a psychiatric hospital as a function of three attitudinal variables. *Issues Ment Health Nurs* 1998; 19:277-289.
32. Crilly J, Chaboyer W, Creedy D. Violence towards emergency department nurses by patients. *Accid Emerg Nurs* 2004; 3:1-7.
33. Winstanley S, Whittington R. Violence in general hospital: comparison of assailant and other assault-related factors on accident and emergency and inpatient wards. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106:144-147.
34. Barlow CB, Rizzo AG. Violence against surgical residents. *West J Med* 1997; 167:74-78.
35. Wyatt JP, Watt M. Violence towards junior doctors in accident and emergency departments. *J Accid Emerg Med* 1995; 12:40-42.
36. Young GP. The agitated patient in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 1987; 5:765-781.
37. Reid WH. Clinical evaluation of the violent patient. *Psychiatr Clin North Am* 1988; 11:527-537.
38. Novitsky MA, Julius RJ, Dubin WR. Non-pharmacologic management of violence in psychiatric emergencies. *Prim Psychiatry* 2009; 16:49-53.
39. Ericsson KI, Westrin CG. Coercion measures in psychiatric care. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92:225-230.
40. McDonnell A, Jones P. The physical management of challenging behaviour. *Clinical Psychology Forum* 1999; 127:20-23.
41. Hewitt JB, Levin PE. Violence in the workplace. *Annu Rev Nurs Res* 1997; 15:81-99.
42. Flannery RB. The employee victim of violence: Recognizing the impact of untreated psychological trauma. *Am J Alzheimers Dis* 2001; 16:230-233.
43. Khun W. Violence in the emergency department: managing aggressive patient in a high-stress environment. *Postgrad Med* 1999; 105:143-148.
44. Dilbaz N. Şiddet riskinin değerlendirilmesi ve saldırgan hastaya yaklaşım. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 1999; 2:179-188.
45. Borum R, Swartz M, Swanson J. Assessing and managing violence risk in clinical practice. *Prac Psych Behav Healt* 1996; 2:205-222.
46. Staby AE. *Handbook of Psychiatric Emergencies*. Connecticut, Appleton and Large, 1994.
47. Hoag-Apel CM. Violence in the emergency department. *Nurs Manage* 1998; 29:60-63.
48. Levin PF, Hewitt BJ, Misner TS. Insights of nurses about assault in hospital based emergency departments. *Image J Nurs Sch* 1998; 30:249-254.
49. Flannery RB. Violence in the workplace, 1970-1995: a review of the literature. *Aggress Violent Behav* 1996; 1:57-68.
50. Arnetz JE, Arnetz BB. Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Soc Sci Med* 2001; 52:417-427.

51. Meyer T, Wrenn K, Wright SW, Glaser J, Slovis CM. Attitudes toward the use of a metal detector in an urban emergency department. *Ann Emerg Med* 1997; 29:621-624.
52. Eddinger C. Security dogs in the emergency department: One hospital's solution to the crisis of violence. *J Emerg Nurs* 1991; 17:23-24.