

Acil Serviste Çalışan Hekimlerin Şiddete İlişkin Deneyimlerinin Fenomenolojik Desen Kullanılarak Niteliksel Olarak Değerlendirilmesi

Qualitative Evaluation of Emergency Department Physicians' Experiences Regarding Violence Using a Phenomenological Design

Esra Gemici

*Araştırma Görevlisi Doktor, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
ORCID: 0009-0003-5536-8267 E-posta: mdesragemici@gmail.com*

Nimet Emel Lüleci

*Profesör Doktor, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
ORCID: 0000-0002-3435-7214 E-posta: nokcesiz@marmara.edu.tr*

Seyhan Hıdıroğlu

*Profesör Doktor, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
ORCID: 0000-0001-8656-4613 E-posta: seyhanerginh@gmail.com*

Melda Karavuş

*Profesör Doktor, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
ORCID: 0000-0003-2629-2374 E-posta: karavusmelda@gmail.com*

Nurhan Bakır Keser

*Araştırma Görevlisi Doktor, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
ORCID: 0000-0001-8103-6774 E-posta: keser.nurhan35@hotmail.com*

Beste Tatlı

*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi
ORCID: 0000-0003-2236-3454 E-posta: bestetatli@outlook.com*

Damla Toprakçı

*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi
ORCID: 0000-0002-8477-709X E-posta: damlatoprakci1@gmail.com*

Eda Deniz Falay

*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi
ORCID: 0000-0002-7377-8708 E-posta: edadeniz1999@hotmail.com*

Volkan Kiper

*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi
ORCID: 0000-0002-5150-0975 E-posta: volkan.kiper98@gmail.com*

Geliş Tarihi: 30 Nisan 2026, Kabul Tarihi: 18 Haziran 2026

ÖZET

Giriş: Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, küresel ölçekte önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkabilmektedir. Türkiye'de yasal düzenlemelere ve alınan güvenlik önlemlerine rağmen, özellikle acil servislerde çalışan sağlık çalışanları sıkça sözlü ve fiziksel şiddete maruz kalabildiği bildirilmiştir. Bu çalışmanın amacı, İstanbul'daki bir devlet üniversite hastanesinin acil servisinde görev yapan hekimlerin şiddete ilişkin deneyimlerini, algılarını ve önerilerini fenomenolojik desen kullanarak nitel olarak incelemektir.

Yöntem: Bu çalışma fenomenolojik desende yürütülen nitel bir araştırmadır. Pratisyen hekim, acil tıp asistanı, acil tıp uzmanı, kadın hastalıkları ve doğum asistanı, aile hekimliği asistanı, pediatri asistanı ve ortopedi asistanı gibi farklı alanlarından 14 hekim, derinlemesine görüşmelere katılmıştır. Görüşmeler yüz yüze veya çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiştir. Literatür taramasına dayalı olarak geliştirilen yarı yapılandırılmış görüşme rehberi, katılımcıların fikirlerini serbestçe ifade etmelerine olanak sağlamıştır. Veri doygunluğuna ulaşıldığında veri toplama süreci 14 katılımcı ile sonlandırılmıştır. Görüşmeler katılımcı onamı alınarak ses kaydına alınmış ve transkript hâline getirilerek tematik analiz yöntemiyle değerlendirilmiştir. Kodlama ve tema geliştirme süreçleri iki araştırmacı tarafından bağımsız olarak yürütülmüş, farklılıklarda konsensüs sağlanmıştır.

Bulgular: Hekimlerin 13'ü (%92,9) sözlü şiddetin yaygın olduğunu ve günlük rutinlerinin bir parçası olarak görüldüğünü, 7'si (%50) ise öngörülebilir olduğunu ifade etmiştir. Katılımcılardan 11 kişi (%78,6), uzun bekleme süreleri, personel yetersizliği ve karşılanamayan hasta beklentileri gibi sistemik sorunlarla ilişkili olduğunu belirtmiştir. Duygusal sonuçlar arasında motivasyon düşüklüğü, mesleği bırakma hissi, hasta görmeyen alanlarda ya da özel sektörde mesleği sürdürme isteği dile getirilmiştir. Katılımcıların 4'ü (%28,6), hasta veya hasta yakınlarıyla tartışmayı büyütmemek için gereksiz tetkik veya ilaç yazmayı tercih ederek sorunları azaltırken, 2'si (%14,3) hastalara yetkilerinin sınırlı olduğunu belirterek tartışmadan kaçınma yöntemi geliştirmiştir. Katılımcılar, psikolojik etkilerle baş edebilmek için profesyonel destek alarak ve yaşadıklarını yakın çevreleriyle paylaşarak rahatlamayı tercih ederken spor, hobiler, müzik veya huzurlu ev ortamı gibi aktivitelerle streslerini azaltmayı ve olumsuz deneyimlerden uzaklaşmayı sağlamışlardır.

Sonuç: Acil servis hekimleri, özellikle sözlü şiddet olmak üzere işyeri şiddeti açısından yüksek risk altındadır. Hekimlere yönelik şiddet, hekimlerin iyi oluş hâli ile motivasyonunu olumsuz etkilemektedir. Çalışmamızın sonucuna göre daha güvenli sağlık hizmeti ortamları oluşturmak için personel sayısının artırılması, altyapının iyileştirilmesi, toplumsal farkındalığın artırılması ve iletişimin güçlendirilmesini içeren kapsamlı stratejilere ihtiyaç vardır. Ayrıca, acil servislerde şiddetin sistematik olarak izlenmesini ve hedefe yönelik müdahalelerin geliştirilmesini sağlamak amacıyla geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracının geliştirilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Şiddet, acil servis, hekim, niteliksel araştırma, fenomenolojik desen

ABSTRACT

Background: Violence against health care professionals can be considered a significant public health concern globally. In Turkey, despite legal and safety measures, health care workers—particularly those in emergency departments—can frequently face verbal and physical assaults. This study aims to qualitatively investigate the experiences, perceptions, and recommendations of physicians concerning violence in the emergency department of a public university hospital in Istanbul.

Methods: A qualitative study with a phenomenological design was conducted. Fourteen physicians from different fields, including general practitioners, emergency medicine residents, emergency medicine specialists, obstetrics and gynecology residents, family medicine resident, pediatrics resident and orthopedics residents, participated in in-depth interviews. A semi-structured interview guide, developed based on a literature review, allowed participants to freely express their lived experiences. Data collection was ended with 14 participants when data saturation was reached. Interviews were audio-recorded with informed consent, transcribed verbatim, and analyzed thematically. Coding and theme development were performed independently by two researchers; discrepancies were resolved through consensus.

Results: Thirteen of the 14 physicians (92.9%) reported that verbal abuse was common and had become a part of their daily routine, while 7 of the 14 participants (50.0%) stated that such incidents were predictable. Eleven participants (78.6%) associated workplace violence with systemic problems, including long waiting times, staff shortages, and unmet patient expectations. Emotional consequences included decreased motivation, feelings of wanting to leave the profession, and a desire to continue practicing medicine in settings without direct patient contact or in the private sector. Four participants (28.6%) reported preferring to order unnecessary tests or prescribe medications to avoid escalating conflicts with patients or their relatives, whereas 2 participants (14.3%) developed avoidance strategies by explaining to patients that their authority was limited. Participants coped with the psychological effects of violence by seeking professional support and sharing their experiences with close friends or family members. In addition, activities such as sports, hobbies, listening to music, and spending time in a peaceful home environment helped them reduce stress and distance themselves from negative experiences.

Conclusion: Emergency physicians are at high risk of workplace violence, especially verbal abuse. Violence against physicians is a predictable and recurrent issue in high-pressure clinical settings, undermining their well-being and motivation. Although legal and safety frameworks exist, they are undermined by structural deficiencies. Comprehensive strategies—including improved staffing, better infrastructure, and strengthened communication, raising community awareness—are needed to create safer health care environments. Additionally, developing a validated measurement tool to assess violence in emergency departments is recommended to facilitate systematic monitoring and guide targeted interventions.

Keywords: Violence, emergency department, physicians, qualitative research, phenomenological design

GİRİŞ ve AMAÇ

Tarihi insanlığın var oluşuna kadar uzanan şiddet; sert davranışı, istenmeyen, zarar verici kaba kuvvet kullanımını içeren yıkıcı bir eylemdir (1-3). Dünya Sağlık Örgütü şiddeti; kendine, başka bir kişiye ya da gruplara karşı ölüme, yaralamaya, psikolojik zararlara, gelişimsel bozukluklara yol açabilecek güç veya tehdidin kasıtlı kullanılması olarak tanımlamaktadır (4). Şiddet hem gelişmiş hem gelişmekte olan ülkelerde, hemen hemen bütün meslekleri, farklı yaş ve etnik grupları etkileyen günümüzün önemli halk sağlığı sorunlarından biridir (5,6). Sağlık kurumlarında şiddet ise; hasta veya hasta yakınları ya da başka bir birey tarafından gerçekleştirilen, sağlık çalışanı için risk oluşturan sözel hakaret, tehdit, fiziksel veya cinsel saldırı olarak tanımlanmaktadır (7).

Sağlık çalışanlarının şiddete uğrama riski, hastalık, yaşlılık veya başka durumlar nedeni ile bakım gücü azalmış, genellikle sıkıntı içindeki toplumun her kesimine hizmet vermeleri sebebiyle diğer mesleklere oranla daha fazla olabilmektedir (8-11). Türkiye’de sağlık çalışanlarının %86’sının hayatlarında en az bir defa şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir. (12).

Şiddetin boyutları sözel şiddetten, ağır fiziksel şiddete varacak kadar çeşitlilik göstermektedir (13). Şiddetin sebepleri arasında hasta ve hasta yakınlarının karşılanamayan beklentileri, her hastanın kendisini daha acil görmesi, personel yetersizliği, fiziki ortam şartları, iş yükü fazlalığı ve bu sebeple artan bekleme süreleri, iletişim yetersizlikleri sayılabilir (13-16).

Hastanelerin acil servislerinde, cerrahi birimlerinde ve psikiyatri kliniklerinde diğer branşlara göre şiddet sıklığının daha yüksek olduğu gösterilmektedir. Geçmişinde şiddet öyküsü bulunanların, alkol veya madde kullananların, bazı kişilik bozuklukları olan kimselerin şiddet uygulama riskinin daha fazla olduğu bilinmektedir (17-21). Yaşanan tüm bu şiddet olayları hizmetlerde aksamaya, sağlık çalışanlarının iş gücü ve motivasyon kaybına, sağlık maliyetlerinin artmasına neden olabilmektedir (22).

Bu çalışmanın amacı, İstanbul’daki bir devlet üniversite hastanesinin acil servisinde görev yapan hekimlerin şiddete ilişkin deneyimlerini, algılarını ve önerilerini fenomenolojik desen kullanarak nitel olarak incelemektir.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu deskriptif/tanımlayıcı niteliksel (kalitatif) araştırma derinlemesine görüşmeler ile verilerin toplandığı tanımlayıcı fenomenolojik desen kullanılarak tasarlanmıştır. Nitel araştırmaların amacı özellikle algıların ve deneyimlerin ortaya çıkarılmasıdır. Fenomenoloji ise, insanların belirli bir fenomen ya da kavramla ilgili anlayışlarını, duygularını, bakış açıları ve algılarını ifade etmelerini sağlayan ve bu fenomen ile ilgili deneyimlerini tanımlamak için kullanılan nitel bir araştırma desendir (23).

Çalışma Grubu ve Örneklem

Çalışma, Eylül–Ekim 2022 tarihleri arasında İstanbul'da kamuya ait bir üniversite hastanesinin acil servisinde görev yapan hekimler (pratisyen hekim, acil tıp asistanı, acil tıp uzmanı, kadın hastalıkları ve doğum asistanı, aile hekimliği asistanı, pediatri asistanı ve ortopedi asistanı) ile yürütülmüştür. Araştırmaya toplam 14 hekim katılmıştır. Katılımcılar amaçlı örnekleme yöntemi kapsamında, maksimum çeşitlilik sağlanacak şekilde seçilmiştir.

Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak, ilgili literatürdeki nitel çalışmalardan (24,25) yararlanılarak geliştirilen sosyodemografik soru rehberi ile on iki açık uçlu sorudan oluşan yarı yapılandırılmış görüşme rehberi kullanılmıştır (görüşme rehberinin tamamı Ek-1'de sunulmuştur). Sorular genelden özele doğru yazılmış ancak görüşmenin akışına göre esnekliğin sağlanabilmesi için görüşme sırasında soruların sırası gerektiğinde değiştirilmiştir.

Veri Toplama Süreci

Katılımcılar görüşme öncesinde araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgilendirilmiş, gönüllü katılım esas alınmış ve sözlü aydınlatılmış onamları alınmıştır. Görüşmeler, katılımcıların kendilerini rahat ifade edebilecekleri uygun ortamlarda gerçekleştirilmiş; katılımcı tercihinine bağlı olarak yüz yüze veya çevrimiçi platformlar aracılığıyla yapılmıştır. Görüşmeler katılımcıların izni doğrultusunda ses kaydına alınmış ve aynı gün içerisinde araştırmacılar tarafından sözcüğü sözcüğüne yazıya aktarılmıştır. Katılımcılara ait kişisel bilgiler gizli tutulmuş, tüm veriler anonimleştirilerek analiz edilmiştir. Her bir katılımcı yalnızca sıra numarası ile (K1, K2, ... K14) tanımlanmış; anonimliğin artırılması amacıyla katılımcı kodlarında cinsiyet ve uzmanlık alanı bilgisi yer almamıştır.

Veri toplama süreci, tematik doygunluğa ulaşıldığı noktada sonlandırılmıştır. Bir başka deyişle görüşmeler sırasında verilen yanıtlarda araştırmacılar tarafından yeni içerik elde edilemediğine ilişkin konsensüs sağlandığında görüşmelerin doygunluğa/satürasyona ulaştığı kabul edilerek görüşmeler sonlandırılmıştır. Görüşmeler ortalama 30–45 dakika sürmüştür.

Verilerin Analizi

Verilerin analizinde tematik analiz yöntemi kullanılmıştır. Transkriptler, görüşmeleri gerçekleştiren iki araştırmacı tarafından bağımsız olarak incelenmiş ve açık kodlama yapılmıştır. Araştırmacılar tarafından oluşturulan kodlar karşılaştırılarak uzlaşa sağlanmış, ardından ortak bir kodlama çerçevesi geliştirilmiştir. Kodlardan hareketle alt temalar ve ana temalar oluşturulmuştur. Verilerin analizinde; verilerin hazırlanması (paranteze alma), fenomenolojik olarak azaltılması (basamaklama ve fenomenolojik indirgeme), yaratıcı varyasyon (imgesel çeşitleme) ve deneyimin özünü ortaya çıkarma (anlam ve özlerin sentezlenmesi) aşamaları kullanılmıştır. Veri analizi sürecinde ATLAS.ti programından yararlanılmıştır.

Confirmability (onaylanabilirlik, doğrulanabilirlik) için birden fazla araştırmacının bir fenomen üzerinde hemfikir olması (consensus) sağlanmasına dikkat edilmiştir. Araştırmanın inandırıcılığını ve güvenilirliğini artırmak amacıyla

birden fazla araştırmacı tarafından analiz yapılması (araştırmacı üçgenlemesi) sağlanmış, kodlama sürecinde araştırmacılar arası görüş birliği aranmıştır. Ayrıca araştırmacılar analiz sürecinde kendi öznelliklerinin farkında olarak refleksif bir yaklaşım benimsemişlerdir. Çalışma süreci boyunca denetlenebilirliği sağlamak amacıyla görüşme kayıtları ve araştırmacı notları saklanmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Birincisi, araştırmanın tek bir kamu üniversite hastanesinde yürütülmüş olması nedeniyle bulguların farklı kurumlara ve sağlık sistemlerine genellenebilirliği sınırlıdır. İkincisi, katılımcı tercihiyle bağlı olarak görüşmelerin yüz yüze veya çevrimiçi platformlar aracılığıyla yapılması, farklı veri toplama biçimlerinin olası etkileri açısından bir sınırlılık oluşturabilir. Üçüncüsü, verilerin katılımcı beyanlarına dayanması, hatırlama yanlılığı ve sosyal istenirlik etkisi gibi yöntemsel sınırlılıkları beraberinde getirebilir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Bu araştırma Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütülmüş ve raporlamada COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) rehberinden yararlanılmıştır. Araştırma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 02.09.2022 tarih ve 09.2022.1198 sayılı karar ile etik onay alınmıştır. Çalışmanın yürütülmesi için ilgili hastane yönetiminden gerekli kurum izinleri temin edilmiştir. Tüm katılımcılardan görüşme öncesinde sözlü aydınlatılmış onam alınmış ve katılımcı kimlikleri tüm analiz ve raporlama sürecinde anonim tutulmuştur.

BULGULAR

Araştırma kapsamında İstanbul'da kamuya ait bir üniversite hastanesinin acil servisinde görev yapan 14 hekim ile görüşülmüştür. Katılımcıların yaş ortalaması $28,8 \pm 5,4$ yıl olup, sekizi (%57,1) erkek, altısı (%42,9) kadındır. Mesleki dağılım: dört pratisyen hekim, üç acil tıp asistanı, bir acil tıp uzmanı, üç pediatri asistanı, bir kadın hastalıkları ve doğum asistanı, bir aile hekimliği asistanı, bir ortopedi asistanı şeklinde olup, ortalama mesleki deneyim süresi 3,3 yıldır (Tablo 1). Bu çalışmada elde edilen bulgular; Şiddetin Niteliği, Şiddetin Nedenleri, Şiddetin Etkileri, Şiddetten Korunma Yolları ve Şiddetle Baş Etme Yöntemleri olmak üzere beş ana tema altında incelenmiştir (Tablo 2).

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri (n=14)

Değişken	n (%) / Ortalama $\pm$ SS
Yaş (yıl)	$28,8 \pm 5,4$
Cinsiyet	Kadın 6 (%42,9) Erkek 8 (%57,1)
Mesleki deneyim (yıl)	$3,3 \pm 5,2$
Meslek / Uzmanlık Alanı	Pratisyen Hekim: 4 Acil Tıp Asistanı: 3 Acil Tıp Uzmanı: 1 Pediatri Asistanı: 3 Kadın Doğum Asistanı: 1 Aile Hekimliği Asistanı: 1 Ortopedi Asistanı: 1

Tablo 2: Oluşturulan Temalar ve Alt Temalar

Şiddetin Niteliği	Şiddetin Nedenleri	Şiddetin Etkileri	Şiddetten Korunma Yolları	Şiddetle Baş Etme Yöntemleri
• Şiddetin Çeşitleri • Şiddetin Sıklığı • Şiddetin Öngörülebilirliği • Şiddetin Değişkenliği • Şiddetin Öngörülemezliği	• Sağlık Sisteminden Kaynaklı Sorunlar • Toplumun Sosyokültürel Yapısı • Güvenliğin Yetersizliği • İletişim Bozukluğu	• Kişisel Hayata Etkileri • Meslek Hayatına ve İş Performansına Etkileri • Gelecek Planlarına Etkileri	• Güvenlik Önlemlerinin Artırılması • Hekimlerin Kendilerini Koruma Yöntemleri • Sağlık Politikalarının Düzenlenmesi	• Pasif Baş Etme Yöntemleri • Aktif Baş Etme Yöntemleri

Şiddetin Niteliği

Bu tema altında şiddetin çeşitleri, sıklığı, öngörülebilirliği, değişkenliği ve öngörülemezliği ele alınmıştır.

Şiddetin çeşitleri

Katılımcıların 13'ü (%92,9) ağırlıklı olarak sözlü şiddete maruz kaldıklarını belirtmiştir.

"Sözel şiddet, yani bağırma çağırmaya anlamında, çok ileriye gitmedi. Buna açıkcası sevinirim diyebilirim. Çünkü en azından fiziksel olarak birilerinin başına bir şey gelmiyor. Yani kavga çıkıyor, insanlar yatıştırmaya çalışıyor ya da diyor ki, çıkın terk edin odayı." (K1)

"Hakaret, beddua. En çok beddua ediyorlar. Yani genelde sözlü şiddet." (K9)

"Orada sekreterimize, bizim gıyabımızda, 'Bu doktorlar öldürülmeyi hak ediyorlar. Bu doktorlar, dövülmeyi hak ediyorlar.' diye konuştuğunu işittik ve sonuçta bu da bir şiddetti. Bizi yaralayan bir şeydi." (K11)

Şiddetin sıklığı

Katılımcıların 13'ü (%92,9) şiddetin oldukça sık yaşandığını, çoğu zaman her nöbette karşılaşıldığını ifade etmiştir.

"Benim başıma her nöbetimde denk gelmiyor ama etrafımda muhakkak duyuyorum, bana denk gelme de başkasına mutlaka denk geliyor çünkü. Hastanedeki ortamı biliyorsunuzdur yani beş altı oda yan yana. Dördünde beşinde olmasa birinde muhakkak birisi birisiyle tartışıyor." (K1)

"... Neredeyse her nöbette saçma sapan bir münakaşa oluyor." (K4)

"Her gün ... Sekiz yıl öncesiyle bugünü değerlendirdiğimde arada çok ciddi fark var." (K14)

Şiddetin öngörülebilirliği

Katılımcıların 7'si (%50) şiddetin öngörülebilir olduğunu ifade etmiştir.

"Kimin daha çok olay çıkarabileceğini anlayabiliyorsun. Ama ne çapta bir olay çıkarabileceğini anlayamıyorsun. Problem orada." (K7)

"Acilde bunu sıklıkla ön görebileceğimi düşünüyorum. Çünkü insanlar, hastasının kötüleşmesini doktordan kaynaklı olarak görebiliyor. Siz yaptınız gibi düşünebiliyor insanlar." (K10)

"Kesinlikle öngörülebilir bir şey. Öngörülebilir olması, genel toplumsal ruh sağlığının bozulmasıyla ilgili bir şey." (K14)

Şiddetin değişkenliği

Katılımcıların 5'i (%35,7) ise şiddetin duruma göre değişken olduğunu, bazen öngörülebilirken bazen tamamen beklenmedik şekilde ortaya çıkabildiğini belirtmiştir.

"Her zaman değil. Kesinlikle her zaman değil. Çünkü bir anda, dediğiniz bir kelimeyle, işte 'Beyin kanaması geçiriyorsunuz, kalp krizi geçiriyorsunuz.' gibi cümlelerle tetiklenebilecek hastalar da varken; bir noktada bazı hastalar, daha önce de dediğim gibi, gelip streslerini sizden çıkarmaya çalışabiliyorlar." (K8)

"Yani onun konuşmasından, içeri girme tarzından belli olabiliyor; ama bazen hiç belli olmadan bile direkt içeri dalıp yapabiliyorlar. Bazen öngörülebilir, bazen hayır." (K9)

Şiddetin öngörülemezliği

Katılımcıların 3'ü (%21,4) ise şiddetin tamamen öngörülemez bir nitelik taşıdığını ifade etmiştir.

"Hayır öngörülemez bir şey, ama bir tehlike sezdiğimde daha ılımlı yaklaşmaya çalışıyorum." (K5)

Şiddetin Nedenleri

Sağlık sisteminden kaynaklanan sorunlar

Katılımcıların 11'i (%78,6) şiddeti sağlık sistemine ilişkin sorunlarla ilişkilendirmiştir.

"... Beklentileri var tabii, hani kendi randevu saatlerinde girme, muayene olma ya da acil işleri olduğu için işte hızlı bir şekilde halletme gibi beklentileri var." (K2)

"... bir hekime düşen hasta sayısının artmasından kaynaklı da şiddetin arttığını düşünüyorum." (K3)

"Sağlık çalışanlarına şiddet sistemin de sıkıntısı. Artan hasta yoğunluğu hem doktorun hem de hastaların asabilesmesine neden oluyor." (K5)

Toplumun sosyokültürel yapısı

Katılımcıların 9'u (%64,3) şiddeti toplumsal faktörlerle ilişkilendirmiştir.

"... mesela normalde antibiyotik yazılmayacak mı? Gece ikide benimle kavga etmeye mi çalışıyor? İlacını yazıp geçmek zorunda kalıyorum. Çünkü öbür türlü kavga çıkacak. ... Tırnak içinde söylüyorum, 'modern tıp sevdalıları'. İşte yok bana şu antibiyotiği verme ya da şunu yapma." (K1)

"Cehalet çok fazla arttı. Yani orada uygulanan şiddet, edilen küfür aslında genel toplumsal sağlığın bozulmasıyla alakalı bir şey. Bunu bireyselleştirmemem gerektiğini, bu aslında bir toplumsal sorunu, bir halk sağlığı sorunu." (K14)

Güvenliğin yetersizliği

Katılımcıların 7'si (%50), fiziksel güvenlik önlemlerindeki yetersizliğin, şiddetin ortaya çıkmasını kolaylaştıran bir zemin oluşturduğunu ve caydırıcılığı azalttığını ifade etmiştir.

"Acillerin kapısında güvenlik yok, bizim acilin pencereleri direkt dışarıya açılıyor, kapısı da direkt girişte zaten. Hastane girişlerinde de pek bir önlem yok zaten her şeyi sokabilirsin içeri. Açıkçası pek bir güvenlik önleminde bahsedemeyiz ki yeterliliğini tartışalım. Bu herhangi bir hastaneye özel bir şey de değil zaten tüm hastaneler için geçerli bir durum." (K4)

İletişim bozukluğu

Katılımcıların 7'si (%50) şiddetin ortaya çıkmasında iletişim sorunlarının belirleyici bir rol oynadığını ifade etmiştir. Özellikle hekim ile hasta ve hasta yakını arasında ortak bir iletişim dilinin kurulamaması, tıbbi süreçlerin yeterince anlaşılabilmesi ve stres altında verilen ani tepkiler iletişim kopukluğuyla ilişkilendirilmiştir.

"İletişim bozukluğu nedeniyle çıkıyor genelde. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan insanların cahilliklerinden ve içinde bulundukları hastalıklı duruma alışık olmadıklarından dolayı verecekleri tepkileri belirleyemedikleri için şiddet eğilimi olduğunu düşünüyorum. Stres durumu ile baş edemeyip saldırgan tavır alıyorlar, hasta olmayı haksızlık olarak görüyorlar belki de ve doktorlara yöneltiyorlar bu öfkeyi..." (K6)

"...Bir de hastane gibi yerler, nasıl diyeyim, kişinin kendisinin veya yakınının hayati tehlikede ya da ajite durumda başvurmuş olabileceği yerler olduğu için çok primitif özelliklerimize dönebiliyoruz. Çünkü can sağlığı göz önüne alınıncaya, insan her şeyi bir anda unutabiliyor. Hem hasta, hem hekim kimliğinde bulunabildiğim için bunu iki yönde görebiliyorum. Bu noktada o yüzden nasıl diyeyim? Hasta açısından bu duruma hazırlıklı olmamak ve ani tepki vermeye yatkınlıklarından dolayı da kaynaklanıyor sağlıkta şiddet..." (K8)

Şiddetin Etkileri

Katılımcılarla gerçekleştirilen görüşmeler doğrultusunda, sağlıkta şiddetin hekimler üzerinde çok boyutlu etkiler oluşturduğu görülmüştür. Bu etkiler; bireylerin duygusal durumlarını ve günlük yaşamlarını etkileyen kişisel yansımalar, mesleki motivasyon ve performans üzerindeki sonuçlar ile uzun vadede kariyer planlarına yönelik değişimler olmak üzere üç alt tema altında ele alınmıştır.

Kişisel hayata etkileri

Katılımcıların 8'i (%57,1) şiddetin kişisel yaşamlarını olumsuz etkilediğini ifade etmiştir.

"... Mesela eve gittiğinde hala onun etkisinde oluyorsun, kendine gelmen kolay olmuyor. Ben eve gittiğimde çoğu zaman etkiden hala çıkamamış ve kendim de gergin ve asabi oluyorum. E doğal olarak özel hayatımızı oldukça etkiliyor." (K5)

"... O gün nöbetten çıktığımda moralim çok bozuktu. Eve geldim çok kötüydüm. Rahatlayamadım. Hep olayı düşündüm, yani takılı kaldım. Etkiledi ve korku da var tabii ki..." (K9)

Meslek hayatına ve iş performansına etkileri

Katılımcıların 7'si (%50) olay sonrası iş performansında azalma ve motivasyon düşüklüğü yaşadığını belirtirken, 6'sı (%42,9) işe gitme isteğinin azaldığını veya mesleği bırakma hissi yaşadığını ifade etmiştir. Katılımcıların 6'sı (%42,9) mesleki tatmininin azaldığını ve bazen verdiği çabanın boş olduğu hissine kapıldığını belirtmiştir.

"Mesela bende iz bırakan o olaydan sonra bir süre kendime gelemedim, iş verimim azaldı ister istemez." (K4)

"... Yani söylediğim gibi birazcık motivasyonumu düşürüyor açıkçası yani, çünkü her ne kadar siz yardımcı olmak isterseniz de böyle bir tepkiyle karşılaşınca..." (K12)

Gelecek planlarına etkileri

Katılımcıların 4'ü (%28,6) şiddet deneyimlerinin gelecek planlarını etkilediğini ve özellikle yurt dışında çalışma isteğini artırdığını ifade etmiştir.

"... Yani zaten yurt dışına gitmek istiyordum aslında da. Bu iyi geldi artık beni şey körükledi diyeyim. Daha çok motive etti diyeyim size." (K12)

"...Yurtdışına gitme planım var. İngiltere'ye gitmeyi düşünüyorum." (K6)

Bunun yanı sıra, şiddet deneyimlerinin hasta ile doğrudan temasın daha az olduğu alanlara yönelme eğilimini artırdığı görülmüştür. Katılımcıların 3'ü (%21,4) temel bilimlere geçiş ya da hasta görmeyen alanlarda çalışma isteğini dile getirmiştir:

"... Bazen klinikten uzaklaşıp temel bilim yazma isteği oluşturuyor." (K6)

"... son bu yaşadığım olaydan sonra yok dedim, 'ben uzmanlık yazacağım, hasta görmek istemiyorum' dedim. 'Temel bilimde olmak istiyorum.' dedim..." (K12)

Ayrıca katılımcıların 3'ü (%21,4) kamu yerine özel sektörde çalışma fikrine yöneldiklerini ifade etmiştir:

"... belki devlette değil de özelde çalışma fikri kafama daha çok yerleşmiş olabilir." (K11)

Bununla birlikte 2'si (%14,3) mesleği bırakma veya istifa etme düşüncesinin zaman zaman gündeme geldiğini belirtmiştir.

"... Böyle de kaygılarım oluyor ara ara. Hani bıraksam mı? İstifa mı etsem?" (K3)

Buna karşın, katılımcıların 2'si (%14,3) mevcut koşulları tolere edilebilir düzeyde değerlendirerek şiddet sıklığında belirgin bir artış olmadığı sürece kariyer planlarında değişiklik düşünmediklerini ifade etmiştir.

"Yani bunu mesela frekansa artarsa değişikliğe sebep olur ama şu an için beklediğim aralıkta gidiyor." (K13)

Şiddetten Korunma

Şiddetten korunma yolları katılımcılar tarafından hem bireysel hem de sistem düzeyinde ele alınmıştır.

Güvenlik önlemlerinin artırılması

Katılımcıların 9'u (%64,3) mevcut güvenlik önlemlerini yetersiz bulmuştur. Önerilen başlıca önlemler; hastanelere X-ray cihazı yerleştirilmesi, güvenlik görevlilerinin sayısının ve yetkilerinin artırılması, güvenlik hizmetine ek olarak kolluk kuvvetlerinin aktif rol alması, triyaj ve sevk sisteminin düzenlenmesi ve toplumun acil servis işleyişi hakkında bilinçlendirilmesidir.

"... Kendi yaşadığım olayda da genel olarak düşündüğümde de güvenlik önlemleri yetersiz. Bunları söylediğinde mesela güvenlikler sana çoğu zaman 'cop kullanma yetkimiz bile yok' diyor. Eğer böyleyse biz yandık. Ya o adamın müdahale etmesi yoksa, etme yetkisi yoksa niye orada zaten?" (K11)

"Kırmızı alana hasta yakını almıyoruz, bu iyi bir uygulama. Beyaz kod istemi var. Muayene kapılarında güvenlik var ama çok da yeterli olmuyor. Başka ek bir önlem yok. Yeterli olduğunu düşünmüyorum açıkçası. Çünkü görüyoruz, duyuyoruz neler oluyor." (K6)

"... Hayır, yeterli bulmuyorum. Öncelikle, her şeyden önce, x-ray cihazının olması muhakkak gerekli. Çünkü her türlü aletle içeriye girebiliyorlar, dalabiliyorlar." (K9)

"Şu an acilde sadece kapıda güvenlik görevlisi var. Başka bir şey yok. Bunlar yetersiz. Çünkü insanlar üzerinde acile girerken her türlü silahı sokabilirler yani. Onun için can güvenliğimiz yok şu anda." (K10)

Hekimlerin kendini koruma yöntemleri

Katılımcıların 7'si (%50) idealleri ve bilgi birikimlerinden taviz vererek, hasta veya hasta yakınlarıyla tartışmayı büyütmemek için onların beklentilerini karşılamaya çalıştıklarını belirtmiştir. Katılımcıların 4'ü (%28,6) gereksiz tetkik veya ilaç yazmayı tercih ederek sorunları azaltırken, 2'si (%14,3) hastalara yetkilerinin sınırlı olduğunu belirterek tartışmadan kaçınma yöntemi geliştirmiştir.

"Hastalarla mümkün olduğunca tartışma yaşamamaya çalışıyorum. Tartışma şiddetlenecekse direkt güvenlik görevlisi veya hastane polisini çağırıyorum. Sözlü münakaşaya girmemeye özen gösteriyorum. Eğer sözlü bir münakaşa olursa konuşmamayı tercih ediyorum." (K14)

Sağlık politikalarının düzenlenmesi

Katılımcıların 8'i (%57,1), şiddetin önlenmesi için sistem düzeyinde değişiklikler yapılması gerektiğini ve toplumun acil servislere ve hekimlere yönelik bakış açısının yeniden şekillendirilmesinin önemini vurgulamışlardır.

"... Bence daha ulaşılmaz yapılırsa doktor; yani etten, süttten, her sebepten acile gelmeseler, daha ulaşılmaz bir noktaya çekilse acil servisler. Özellikle bence halkın bakış açısı da değişebilir diye düşünüyorum ben." (K12)

"... Öncelikle hekimlere yönelik söylemlerin ortadan kaldırılması gerekiyor. Hekimlerin tekrar meslek onuru ve saygınlığının toplum nezdinde kazandırılması için aslında ülke çapında siyasal olarak yapılması gereken şeyler var." (K14)

Şiddetle Baş Etme Yöntemleri

Katılımcılar, yaşadıkları veya tanık oldukları şiddet olaylarının psikolojik etkilerine karşı hem pasif hem aktif baş etme yöntemleri geliştirmişlerdir.

Pasif baş etme yöntemleri

Katılımcıların 6'sı (%42,9) şiddet gerçeğini kabullenmiş, normalleştirerek veya olayları yok sayarak etkilerle baş etmeye çalışmıştır.

"... yaşadıklarımın normal olduğunu hissedip ... yaşayan kişiler de var diyerek normalleştirerek atlatmaya çalışıyorum açıkçası." (K3)

"Meslekte ilerledikçe bunların azalacağına, meslekte ilerledikçe daha az hastayla karşılaşacağıma vs. dair kendimi telkin ediyorum." (K5)

Aktif baş etme yöntemleri

Katılımcıların 8'i (%57,1) psikolojik etkilerle baş edebilmek için profesyonel destek almış, yaşadıklarını yakın çevre veya arkadaşlarla paylaşarak rahatlamayı tercih etmiştir.

"... psikiyatrimla konuşuyorum." (K1)

"Çevremden destek alıyorum. Bir arkadaşınla konuşmak olur, bir hocana danışmak olur. Özel hayatta da mesela işte büyüklerimle, işte annemle babamla konuyu paylaşıyorum. Onun üzüntüsünü tek başına içinde yaşamak daha büyütebilir çünkü." (K11)

"... arkadaşlarıma anlatarak; benim acaba yaptığım bir şey mi var, benden mi kaynaklandı diye onların fikirlerini aldım birkaç defasında." (K12)

"Cerrahi branşlarda herkesin hobileri, huzurlu bir ailesi olmalı kafasını dağıtabileceği çünkü başka türlü zor. İşten çıktığında onlarda huzur bulabilmeli." (K4)

"Boş zamanlarımda kafamı dinlemek, rahatlamak için hobilerimle uğraşıyorum. Arada sahile gidip koşuyorum. Bazen yeni bir müzik aleti öğrenmeye çalışıyorum." (K6)

TARTIŞMA ve SONUÇ

Söz konusu çalışmada İstanbul'daki bir devlet üniversite hastanesinin acil servisinde görev yapan hekimlerin şiddete ilişkin deneyimleri, algıları ve önerileri fenomenolojik desen kullanılarak nitel olarak incelenmiştir. Bulgular, şiddetin hekimler tarafından yalnızca fiziksel boyutuyla değil; sözel ve psikolojik yönleriyle çok katmanlı deneyimlendiğini ortaya koymuştur.

Çalışmamızda şiddetin çoğunlukla sözlü olarak yaşandığı görülmüştür. Sözlü şiddetin baskın olması, literatürde en sık bildirilen şiddet türünün sözlü şiddet olduğunu gösteren çalışmalarla uyumludur (26). Acil servis çalışanlarını kapsayan bir sistematik derleme ve meta-analizde, şiddet olaylarının yaklaşık %72'sinin sözlü şiddet, %18'inin ise fiziksel şiddet niteliğinde olduğu bildirilmiştir (27). Benzer şekilde, acil servislerde şiddetin yaygınlığını inceleyen çalışmalar da sözlü şiddetin fiziksel şiddetten belirgin olarak daha sık görüldüğünü göstermektedir (28).

Şiddetin sıklığına ilişkin bulgularımız da literatür tarafından desteklenmektedir. Amerikan Acil Hekimler Koleji'nin (ACEP) 2024 yılında gerçekleştirdiği ulusal ankette, acil hekimlerinin %91'i son bir yıl içerisinde kendilerinin veya bir meslektaşlarının işyeri şiddetine maruz kaldığını ya da böyle bir olaya tanıklık ettiğini bildirmiştir. Bu sonuç, şiddetin acil servis çalışanları açısından istisnai bir durum olmaktan çıkıp mesleki yaşamın olağan bir parçası haline geldiğini göstermektedir (29). Ayrıca uzun dönemli gözlemsel çalışmalar, acil servislerin sağlık kurumları içerisinde şiddetin en sık görüldüğü çalışma alanlarından biri olmaya devam ettiğini ve olayların yıllar içerisinde azalma göstermediğini ortaya koymaktadır (30).

Katılımcıların şiddetin öngörülemezliğine yaptığı vurgu, acil servislerin doğası gereği yüksek stres ve belirsizlik içeren yapısının bu riski artırdığını düşündürmektedir. Tayvan'da sağlık çalışanlarıyla gerçekleştirilen nitel bir çalışmada hemşireler, işyeri şiddetini kendilerini yoğun strese sürükleyen, öngörülemeyen ve karmaşık bir süreç olarak tanımlamışlardır (31). Acil servislerde hasta yoğunluğu, kritik klinik durumlar ve hasta yakınlarının yüksek beklentileri gibi faktörler göz önüne alındığında, şiddetin ortaya çıkışını her zaman önceden tahmin etmek mümkün olmayabilmektedir. Şiddetin bu denli sık yaşanması ise zamanla normalleşmesine ve görünmez hale gelmesine neden olarak maruziyetin olduğundan daha düşük algılanmasına yol açabilmektedir.

Şiddetin nedenlerine ilişkin olarak, sağlık sisteminden kaynaklanan ve özellikle yapısal olan sorunlar, toplumun sosyokültürel yapısı, güvenliğin yetersizliği ve iletişim bozukluğu ön plana çıkmıştır. Literatürde sağlık hizmetlerine yönelik beklentilerin giderek artması, sağlık sisteminin doğasından kaynaklanan belirsizlik ve riskler, medyanın sağlık algısı üzerindeki toplumsal etkisi ile birlikte; uzun bekleme süreleri, sağlık personelinin aşırı iş yükü, yatak kapasitesinin ve iletişimin yetersizliği gibi sorunlar, şiddet vakalarının artışına sebep olan başlıca etmenler olarak değerlendirilmektedir (32). Türkiye'de yapılan bir araştırmada, acil serviste çalışan sağlık personelinin %77,4'ünün sözlü şiddete, %68,8'inin tehdit ve hakarete maruz kaldığı; faillerin büyük çoğunluğunu hasta ve hasta yakınlarının oluşturduğu bildirilmiş olup bulgularımızla uyumludur (33).

Güvenlik önlemlerine ilişkin bulgular, katılımcıların güvenlik zafiyetini hem şiddetin önemli bir nedeni olarak gördüklerini hem de çözüm önerileri arasında güvenlik önlemlerinin artırılmasını vurguladıklarını göstermektedir. Fiziksel güvenlik eksikliklerinin caydırıcılığı azalttığı ve şiddet için uygun bir zemin oluşturduğu ifade edilmiştir. Bununla birlikte, güvenlik personelinin yetki ve müdahale kapasitesine ilişkin sınırlılıklar, yalnızca fiziksel önlem varlığının yeterli olmadığını; işlevsel, etkin ve kurumsal olarak desteklenmiş güvenlik mekanizmalarının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Literatürde, güvenlik önlemlerinin artırılmasının her zaman beklenen etkiyi sağlamadığına dair bilgiler de mevcuttur. Örneğin, metal dedektörlerinin silah yakalama oranını artırmasına rağmen şiddet olaylarını azaltmada anlamlı bir etkisinin olmadığı bildirilmektedir (34). Ayrıca farklı giriş noktaları ve ambulansla gelen hastaların taranamaması gibi nedenlerle bu tür önlemlerin etkinliği sınırlı kalabilmektedir (35). Bununla birlikte, güncel literatürde acil servislerde şiddetin önlenmesinde yalnızca fiziksel güvenlik tedbirlerine odaklanmanın yeterli

olmadığı, güvenliğin kurumsal politikalar, etkili olay yönetimi, çalışan desteği ve güvenlik kültürünü güçlendiren uygulamalarla birlikte ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır (36). Bu yaklaşım, katılımcılarımızın yalnızca daha fazla güvenlik personeli değil, aynı zamanda daha etkin ve işlevsel bir güvenlik sistemi talep etmeleriyle uyumludur.

İletişim bozukluğu da şiddetin önemli belirleyicilerinden biri olarak öne çıkmıştır. Yüksek stresli sağlık ortamlarında hasta ve hasta yakınlarının kaygı düzeylerinin artması, hastane ortamının doğası gereği yüksek kaygı ve belirsizlik içermesi bireylerin iletişim becerilerini olumsuz etkilemekte ve yanlış anlamalar ile çatışmalara zemin hazırlamaktadır. Tıbbi süreçlerin yeterince anlaşılması ve stres altında verilen ani tepkiler de iletişim kopukluğunu derinleştirmektedir. Bu durum, literatürde iletişim yetersizliklerinin şiddeti tetikleyebileceğini gösteren çalışmalarla uyumludur (37).

Şiddetin etkileri değerlendirildiğinde, bulgular yalnızca anlık bir stres yanıtını değil, uzun vadeli psikososyal sonuçları işaret etmektedir. Katılımcılar, şiddetin kaygı, tükenmişlik ve mesleki motivasyon kaybına yol açtığını; iş performanslarını ve hasta ile kurdukları iletişimi olumsuz etkilediğini ifade etmiştir. Literatürde de benzer şekilde şiddet sonrası tükenmişlik, anksiyete ve travma sonrası stres belirtilerinin gelişebileceği bildirilmektedir (38). Ayrıca, bazı katılımcıların gelecek planlarını yeniden şekillendirmesi, hatta meslekten uzaklaşma eğilimi göstermesi, literatürle uyumlu olarak sağlıkta şiddetin insan gücü kaybına yol açabilecek önemli bir sorun olduğunu düşündürmektedir (39). Türkiye'de acil servis hemşireleriyle yürütülen karma yöntem bir çalışmada işyeri şiddetinin meslekten ayrılma niyetini anlamlı şekilde artırdığı bildirilmiş; bu bulgu, hekimlere ilişkin gözlemlerimizle örtüşmektedir (40).

Çalışmamızda elde edilen bulgular sentezlendiğinde, şiddet maruziyetinin hekimler üzerindeki etkilerinin birbiriyle bağlantılı duygusal, mesleki ve davranışsal tepki örüntüleri biçiminde ortaya çıktığı görülmüştür. Bu örüntülerin bütünsel şekilde anlaşılabilmesi amacıyla bulgulardan hareketle kavramsal bir model geliştirilmiştir (Şekil 1). Modelde, şiddet maruziyetinin önce öfke, yorgunluk ve umutsuzluk gibi duygusal tepkilere yol açtığı; bunun ardından motivasyon düşüklüğü ve meslekten uzaklaşma gibi mesleki sonuçların geliştiği; bu sürecin sonunda gereksiz tetkik isteme ve kaçınma davranışı gibi davranışsal tepkilerin ortaya çıktığı ve nihayetinde sunulan sağlık hizmetinin niteliğinin olumsuz etkilendiği gösterilmektedir. Bu model, ileride yapılacak nicel çalışmalarda test edilmesi için bir hipotez çerçevesi sunmaktadır.

Katılımcılar, şiddetin önlenmesi için kurumsal düzeyde değişikliklerin gerekli olduğunu ve toplumun acil servislere ve hekimlere bakış açısının yeniden şekillendirilmesi gerektiğini vurgulamışlardır. Bu doğrultuda, iş yükünü azaltacak ve bekleme sürelerini iyileştirecek yapısal düzenlemeler, acil servis işleyişine yönelik toplumsal farkındalık ve beklenti yönetimi, hekim-hasta iletişimini güçlendirecek eğitim ve destek programları, işlevsel ve yetkilendirilmiş güvenlik sistemlerinin kurulması ile şiddet olaylarının düzenli izlenip raporlanmasına yönelik kurumsal mekanizmalar literatürde de öncelikli politika alanları olarak öne çıkmaktadır (41,42).

Baş etme stratejileri incelendiğinde, hekimlerin hem görmezden gelme, normalleştirme gibi pasif, hem de iletişim kurma, destek arama, hobilere yönelme gibi aktif yöntemleri birlikte kullandıkları görülmüştür. Ancak pasif baş etme stratejilerinin uzun vadede olumsuz psikolojik sonuçlara yol açabileceği bilinmektedir (24). Bu durum, kurumsal destek mekanizmalarının güçlendirilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Sınırlılıklarla birlikte değerlendirildiğinde, çalışmanın en önemli güçlü yönü, sağlıkta şiddet olgusunun yalnızca sıklık düzeyinde değil; nedenler, etkiler, baş etme stratejileri ve çözüm önerileriyle birlikte bütüncül bir yaklaşımla ve nitel araştırma yöntemiyle ele alınmasıdır. Farklı klinik deneyimlere sahip hekimlerin görüşlerinin dahil edilmesi, bulguların derinliğini artırmıştır.

Acil servis hekimleri, özellikle sözlü şiddet olmak üzere işyeri şiddeti açısından yüksek risk altındadır. Hekimlere yönelik şiddet, hekimlerin iyi oluş hâli ile motivasyonunu olumsuz etkilemektedir. Daha güvenli sağlık hizmeti ortamları oluşturmak için personel sayısının artırılması, altyapının iyileştirilmesi, toplumsal farkındalığın artırılması ve iletişimin güçlendirilmesini içeren kapsamlı stratejilere ihtiyaç vardır. Ayrıca, acil servislere şiddetin sistematik olarak izlenmesini ve hedefe yönelik müdahalelerin geliştirilmesini sağlamak amacıyla geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracının geliştirilmesi önerilebilir.



Şekil 1. Şiddetin hekimler üzerindeki duygusal, mesleki ve davranışsal etkilerine ilişkin kavramsal model.

KAYNAKLAR

1. Dursun Y. Şiddetin izini sürmek: Şiddet nedir? FLSF Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi 2011; (12): 1-18.
2. Ayoğlub FN, Era T. Violence against healthcare workers: risk factors, effects, evaluation and prevention. Turk J Public Health 2021; 19 (1): 69-78.
3. Köknel Ö. Bireysel ve toplumsal şiddet. 5. Baskı, İstanbul: Altın Yayınları; 2006: 217-218.
4. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002. Erişim: (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf). Erişim Tarihi: 30.04.2026.
5. Annagür B. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010; 2: 161-173.
6. World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: WHO; 2014.
7. Saines JC. Violence and aggression in A&E: recommendations for action. Accid Emerg Nurs 1999; 7: 8-12.

8. Kingma M. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. *Int Nurs Rev* 2001; 48: 129-130.
9. Hahn S, Hantikainen V, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJG. Patient and visitor violence in the general hospital: occurrence, staff interventions and consequences. *J Adv Nurs* 2012; 68 (12): 2685-2699.
10. Ferns T. Violence, aggression and physical assault in healthcare settings. *Nurs Stand* 2006; 21: 42-46.
11. Elliott PP. Violence in healthcare: what nurse managers need to know. *Nurs Manage* 1997; 28: 38-41.
12. Sağlık-Sen. Sağlık çalışanlarına karşı şiddet araştırması. Ankara: Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası; 2013. Erişim: (<http://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/fbda8576fd0d6d6de70f52f76b914672.pdf>). Erişim Tarihi: 30.04.2026.
13. Atan ŞÜ, Dönmez S. Hemşirelere karşı işyeri şiddeti. *Adli Tıp Dergisi* 2011; 25: 71-80.
14. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2002; 3: 147-154.
15. Çamcı O, Kutlu Y. Kocaeli’nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011; 2: 9-16.
16. Levin PF, Hewitt JB, Misner ST. Insights of nurses about assault in hospital-based emergency departments. *Image J Nurs Sch* 1998; 30: 249-254.
17. Yiğitbaş Ç, Deveci SE. Sağlık çalışanlarına yönelik mobbing. *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi* 2011; 42: 23-28.
18. Kessinger JA. The role of staffing ratios in patient assaults at an inpatient psychiatric facility (thesis. Kentucky (USA): University of Kentucky; 2000.
19. Calabro KS. A study of patient assault-related injuries in state psychiatric hospitals (doctoral thesis. Texas (USA): University of Texas School of Public Health; 2007.
20. Seibel LM. An exploration of the non-reporting violent incidents in nursing (thesis. Canada: Royal Roads University; 2007.
21. Nicholls TL, Brink J, Greaves C, Lussier P, Verdun-Jones S. Forensic psychiatric inpatients and aggression: an exploration of incidence, prevalence, severity, and interventions by gender. *Int J Law Psychiatry* 2009; 32 (1): 23-30.
22. Cooper CL, Swanson N. Workplace violence in the health sector: state of the art. Geneva: WHO; 2002. Erişim: (https://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVstateart.pdf). Erişim Tarihi: 30.04.2026.
23. Suveren Y. Sağlık bilimlerinde nitel araştırmaların yeri ve önemi üzerine bir değerlendirme. *Lokman Hekim Dergisi* 2022; 12 (1): 39-48.
24. Vrablik MC, Chipman AK, Rosenman ED, Simcox NJ, Huynh L, Moore M, et al. Identification of processes that mediate the impact of workplace violence on emergency department healthcare workers in the USA: results from a qualitative study. *BMJ Open* 2019; 9 (8): e031781.
25. Davey K, Ravishankar V, Mehta N, Ahluwalia T, Blanchard J, Smith J, et al. A qualitative study of workplace violence among healthcare providers in emergency departments in India. *Int J Emerg Med* 2020; 13 (1): 33.
26. Güleç R, Tel EA. Sağlık kurumlarında şiddet ve çözüm önerileri: yöneticiler üzerine nitel bir araştırma. *19 Mayıs Sos Bilim Derg* 2025; 6 (3): 9-22.
27. Aljohani B, Burkholder J, Tran QK, Chen C, Beisenova K, Pourmand A. Workplace violence in the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Public Health* 2021; 196: 186-197.

28. Al-Qadi MO, Alshraideh JA, Al-Serhan A, et al. Incidence and prevalence of violence toward health care workers in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey. *Int J Emerg Med* 2022; 15 (1): 4.
29. American College of Emergency Physicians. Violence in the Emergency Department (Internet. Irving (TX): ACEP; 2024 (cited 2026 Jun 5. Erişim: (<https://www.acep.org/administration/violence-in-the-emergency-department-resources-for-a-safer-workplace>). Erişim Tarihi: 30.04.2026.
30. Benning L, Teepe GW, Kleinekort J, Thoma J, Röttger MC, Prunotto A, et al. Workplace violence against healthcare workers in the emergency department: a 10-year retrospective single-center cohort study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2024; 32 (1): 88.
31. Hsu MC, Chou MH, Ouyang WC. Dilemmas and repercussions of workplace violence against emergency nurses: a qualitative study. *International journal of environmental research and public health* 2022 Feb 25; 19 (5): 2661.
32. Berger S, Grzonka P, Frei A, Hunziker S, Baumann S, Amacher S, et al. Violence against healthcare professionals in intensive care units: a systematic review and meta-analysis of frequency, risk factors, interventions, and preventive measures. *Crit Care* 2024; 28: 61.
33. Özel M, Balsak H, Yıldız T. Healthcare workers' safety and emotional exhaustion: exploring the impact of violence and trust in emergency departments. *J Patient Saf Risk Manag* 2024; 29 (2): 106-114.
34. Tadros A, Kiefer C. Violence in the emergency department: a global problem. *Psychiatr Clin North Am* 2017; 40 (3): 575-584.
35. Violence against ED workers a growing problem. *Emergency Physicians Monthly*. Erişim: (<http://epmonthly.com/article/violence-against-ed-workers-a-growing-problem/>). Erişim Tarihi: 30.04.2026.
36. Rabin S, Akinfemiwa O, Bradley M, Clayton GC, Cozzi N, Gottlieb M. Protecting frontline workers: strategies for preventing and mitigating violence in the emergency department. *Ann Emerg Med* 2025; 85 (3): 263-269.
37. Uğurlu H, Şantaş F. Sağlıkta şiddet: paydaş görüşleri üzerinden nitel bir araştırma. *Samsun Sağlık Bilimleri Derg* 2024; 9 (2): 249-268.
38. Gates DM, Ross CS, McQueen L. Violence against emergency department workers. *J Emerg Med* 2006; 31 (3): 331-337.
39. Querin LB, Dallaghan G, Shenvi C. Experiences of verbal and physical abuse in the emergency department: a qualitative study. *Ann Emerg Med* 2022; 79 (4): 391-396.
40. Kiymaz D, Koç Z. Workplace violence, occupational commitment and intention among emergency room nurses: a mixed-methods study. *J Clin Nurs* 2023; 32 (5-6): 764-779.
41. Reißmann S, Wirth T, Beringer V, Groneberg DA, Nienhaus A, Harth V, et al. Measures to prevent violence and aggression in German emergency departments: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2023; 23 (1): 97.
42. Phillips JP. Workplace violence against healthcare workers in the United States. *N Engl J Med* 2016; 374 (17): 1661-1669.

EK: YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME REHBERİ

Sosyodemografik Bilgiler

- a) Yaş, Cinsiyet
- b) Hangi acilde görev yaptığı
- c) Acildeki mesleği ve görevi
- d) Meslekte geçen süre

Görüşme Soruları

- 1) Sağlık çalışanlarına şiddet hakkında ne düşünüyorsunuz?
- 2) Sizce bu şiddetin sebepleri nelerdir?
- 3) Acil serviste ne sıklıkta fiziksel veya sözlü şiddete tanık oluyorsunuz? En son ne zaman tanık oldunuz?
- 4) Hangi şiddet türlerine maruz kaldınız? Yaşadıklarınızı anlatabilir misiniz? Başınızdan geçen ve sizi en etkileyen şiddet içerikli olay nedir?
- 5) Şiddet vakalarını önlemek için acil servisteki güvenlik önlemleri neler? Bunları yeterli buluyor musunuz?
- 6) Acil servisteki sağlık çalışanları olarak sizin geliştirdiğiniz güvenlik önlemleri var mı?
- 7) Şiddet önceden öngörülebilir bir şey mi? Hasta/hasta yakınının şiddete başvuracağını öngörebiliyor musunuz?
- 8) Şiddetin başvurulacağını öngördüğünüz zaman bunu önlemek için ne yapıyorsunuz?
- 9) Maruz kaldığınız şiddet olaylarının kişisel hayatınıza ne gibi etkileri oldu?
- 10) Bu olayların mesleki hayatınıza ve iş performansınıza ne gibi etkileri oldu?
- 11) Bu olaylar gelecek planlarınızda herhangi bir değişikliğe neden oldu mu?
- 12) Mesleki ve özel hayatınıza olan etkilerle nasıl baş ediyorsunuz? Baş etme yöntemleriniz var mı?