



**AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ ÇALIŞANLARININ
SAĞLIKTA ŞİDDETE MARUZ KALMA DURUMLARI
VE İLETİŞİM BECERİLERİNİN BELİRLENMESİ**

Nedim ERSOY

**Yüksek Lisans Tezi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nilüfer YILDIRIM**

**2024
Her hakkı saklıdır.**



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ ÇALIŞANLARININ
SAĞLIKTA ŞİDDETE MARUZ KALMA
DURUMLARI VE İLETİŞİM BECERİLERİNİN
BELİRLENMESİ

Nedim ERSOY

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Nilüfer YILDIRIM

Anabilim Dalı: Halk Sağlığı Hemşireliği

Erzurum

2024

Her hakkı saklıdır

BEYANNAME

Bu tez çalışmasının Erzurum Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak hazırlanarak yazıldığını; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçların akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak sunulduğunu; bu tezin özgün bir bilimsel araştırma olduğunu; tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını; tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

25/06/2024

Nedim ERSOY

İÇİNDEKİLER

Sayfa

BEYANNAME	4
İÇİNDEKİLER.....	IV
TEŞEKKÜR.....	I
ÖZET	II
ABSTRACT	III
TABLolar DİZİNİ	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VI
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Şiddet Kavramı.....	4
2.2. Şiddet Çeşitleri.....	6
2.2.1. Fiziksel şiddet.....	6
2.2.2. Sözel şiddet.....	7
2.2.3. Psikolojik şiddet.....	8
2.2.4. Cinsel şiddet	8
2.2.5. Ekonomik şiddet.....	8
2.3. Sağlıkta Şiddet	9
2.3.1. Dünyada sağlıkta şiddet.....	10
2.3.2. Ülkemizde sağlıkta şiddet	11
2.4. İletişim Kavramı.....	12
2.4.1. İletişim becerileri.....	14
3. YÖNTEM	16
3.1. Araştırmanın Tipi.....	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	16
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	16
3.4. Veri Toplama Araçları.....	16
3.5. Verilerin Toplanması	17
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	18
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	18
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	19
4. BULGULAR	20
5. TARTIŞMA	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	43

KAYNAKLAR.....	45
EKLER.....	59



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca bana desteklerini, tecrübesini ve bilgisini esirgemeyen, her zaman sabırla yaklaşan, öğrencisi olmaktan daima gurur ve onur duyacağım kıymetli ve değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nilüfer Yıldırım'a en içten saygılarımı ve teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitimim boyunca bize destek olan, ilgi ve alakalarını her daim hissettiğim kıymetli hocalarım Doç. Dr. Nihal Gördes Aydoğdu ve Prof. Dr. Ayşe Gürol'a, istatistik analizlerimde bilgi ve desteğini esirgemeyen Prof. Dr. Cantürk Çapık'a,

Hayatıma girdiği günden bugüne bana güç veren, varlığı ve desteğiyle hayatımı kolaylaştıran, sabrıyla ve sevgisiyle her zaman yanımda olan değerli eşim Derya Ersoy'a,

Araştırmama katılmayı kabul eden bütün aile sağlığı merkezi çalışanlarına ve çalışmam boyunca bana destek olan acil servis ekibi arkadaşlarıma,

Yaşamının her anında desteklerini hissettiğim sevgili babam, canım annem ve değerli kardeşlerime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

25/06/2024

İmza

Nedim ERSOY

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Aile Sağlığı Merkezi Çalışanlarının Sağlıkta Şiddete Maruz Kalma Durumları ve İletişim Becerilerinin Belirlenmesi

Amaç: Sağlıkta şiddet ile ilgili birçok çalışma bulunmasına rağmen aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık çalışanlarının şiddete maruziyeti ile ilgili yapılmış çalışma sayısı çok azdır. Bu çalışma aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumlarını, iletişim becerileri ile şiddete maruz kalma arasında ilişki olup olmadığı, bir ilişki var ise ilişkinin yönüne uygun olarak strateji ve öneriler geliştirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte yürütülmüştür. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden, 11.11.2022 ile 02.02.2024 tarihleri arasında Erzurum ili merkez ilçelerinde bulunan aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık çalışanlarıyla yapılmıştır. Araştırmaya gönüllü 214 sağlık çalışanına ulaşılmıştır. Verilerin toplanmasında tanıtıcı bilgi formu, şiddet soruları ve sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ölçeği formu kullanılmıştır. Formlar sağlık çalışanları tarafından yüz yüze görüşme sırasında doldurulmuştur.

Bulgular: Çalışmada aile sağlığı merkezi çalışanlarının %89,7'si şiddete maruz kaldığını, şiddet türünün ise sırasıyla sözel şiddet %52,79, psikolojik şiddet %29,61, fiziksel şiddet %10,06, ekonomik şiddet %5,87 ve cinsel şiddet %1,68 olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının iletişim becerileri toplam ortalaması $92,69 \pm 12,67$ puan olarak belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının iletişim becerilerine baktığımızda empati alt boyutundan $26,52 \pm 4,08$, bilgilendirici iletişim alt boyutundan $31,69 \pm 4,43$, saygı alt boyutundan $16,22 \pm 2,47$, sosyal beceri alt boyutundan $18,26 \pm 3,57$ puan ortalaması aldığı görülmektedir.

Sonuç: Aile sağlığı merkezinde çalışan sağlık çalışanlarının büyük kısmı şiddet görmektedir. En fazla görülen şiddet türü sözel şiddettir ve en fazla şiddete uğrayan meslek grubu hemşirelerdir. Sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ortalaması yüksek bulunmuştur. Şiddet ile iletişim becerileri ilişkisi anlamlı bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Aile sağlığı merkezi, İletişim becerileri, Sağlık çalışanları, Sağlıkta şiddet, Hemşire

ABSTRACT

MS. Thesis

Determination of Exposure to Health Violence and Communication Skills of Family Health Center Employees

Aim: Although there are many studies on violence in healthcare, there are very few studies on the exposure of healthcare professionals working in family health centers to violence. This study aims to evaluate the exposure to violence of healthcare professionals working in family health centers, whether there is a relationship between communication skills and exposure to violence, and if there is a relationship, to develop strategies and suggestions by the direction of the relationship.

Methods: The study was conducted in a descriptive and relationship-seeking nature. The research was conducted with healthcare professionals working in family health centers in the central districts of Erzurum province between 11.11.2022 and 02.02.2024, without selecting a sample. 214 volunteer healthcare professionals were reached for the research. Introductory information forms, violence questions, and health workers' communication skills scale forms were used to collect data. The forms were filled out by healthcare professionals during a face-to-face meeting.

Results: In the study, 89,7% of family health center employees stated that they were exposed to violence, and the types of violence were verbal violence 52,79%, psychological violence 29,61%, physical violence 10,06%, economic violence 5,87% and sexual violence 5%, respectively. It was determined to be 1,68. The total average of healthcare professionals' communication skills was $92,69 \pm 12,67$ points. When we look at the communication skills of healthcare professionals, the score is $26,52 \pm 4,08$ in the empathy sub-dimension, $31,69 \pm 4,43$ in the informative communication sub-dimension, $16,22 \pm 2,47$ in the respect sub-dimension, and $18,26 \pm 3,57$ in the social skills sub-dimension. It is seen that the score is average.

Conclusion: Most of the healthcare professionals working in family health centers are subjected to violence. The most common type of violence is verbal violence, and the professional group that suffers the most violence is nurses. The

average communication skills of healthcare professionals were found to be high. The relationship between violence and communication skills was not found to be significant.

Keywords: Family health center, Communication skills, Health workers, Violence in health, Nurse



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler.....	18
Tablo 3.2. Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu	19
Tablo 3.3. İç Geçerlilik Katsayıları.	19
Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri	20
Tablo 4.2. Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerileri Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı.....	21
Tablo 4.3. Şiddete Maruz Kalma Durumları ve Şiddet Şekli ve Türü	21
Tablo 4.5. Şiddet Uygulayan Kişinin Özellikleri	22
Tablo 4.6. Şiddet ile İlgili Duygu ve Düşünceler	23
Tablo 4.7. Şiddet Sonrası Mesaiye Devam Etme ve Hata Yapma Korkusu.....	24
Tablo 4.8. Şiddet Sonrası Şikayetçi Olma Durumu.....	25
Tablo 4.9. Şiddetin Artma Durumu ve Şiddet Uygulayanların Ceza Alma Durumları	26
Tablo 4.10. Sağlık Çalışanlarına Göre Şiddetin Nedenleri.....	27
Tablo 4.11. Demografik Özelliklere Göre Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerileri Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.12. Daha Önce Şiddete Uğrama Durumuna Göre Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.13. Daha Önce Şiddete Uğrama Durumuna Göre Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerileri Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	33

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<u>Simgeler</u>	<u>Açıklama</u>
p	Anlamlılık düzeyi
SS	Standart sapma
X	Ortalama

<u>Kısaltmalar</u>	<u>Açıklama</u>
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ATT	Acil Tıp Teknisyeni
OSHA	İş Güvenliği ve Sağlığı İdaresi
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TDK	Türk Dil Kurumu
ILO	Uluslararası Çalışma Örgütü
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
NHS	Ulusal Sağlık Servisi

1. GİRİŞ

İnsanlığın ilk zamanlarından beri var olan şiddet olgusunu Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); “fiziksel gücün ya da iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması” olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 2014). Sağlık kurumlarının şiddetin en fazla yaşandığı iş alanlarından biri olduğu bilinmektedir (Büyükbayram & Okçay, 2013). Yapılan bir çalışmada sağlık alanında çalışan hemşire, doktor ve diğer personellerin diğer işlerde çalışan kişilere göre 16 kez daha fazla şiddet gördüğü belirlenmiştir (Al vd., 2012). Acil servisler ve psikiyatri servisleri en fazla şiddetin görüldüğü yerlerdir (Civiloti vd., 2021). Sağlık çalışanlarına şiddet, sağlık çalışanlarını, hasta ve hasta yakınları da başta olmak üzere toplumu derinden yaralayan bir halk sağlığı problemidir (Yeşilbaş, 2016). Sağlık kurumlarına tedavi amaçlı gelen hasta ve hasta yakınları çevrelerinde oluşan bu şiddetten etkilenmektedir (Özişli, 2022).

Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma riski tüm dünyada yüksek oranlardadır. DSÖ’ne göre sağlık çalışanlarının meslek hayatlarında fiziksel şiddet oranını %8 ile %38 arasında açıklamıştır (DSÖ, 2024). Almanya’da yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının %94,1’i son on iki ayda sözlü tacize, %69,8’i ise fiziksel saldırıya maruz kaldığı belirlenmiştir (Schablon vd., 2018). Türkiye’de yapılan başka bir araştırmada meslek hayatları süresince sağlık çalışanlarının %98’inin sözel şiddete maruz kaldığı bulunmuştur (Çamcı & Kutlu, 2011). Eğitim seviyesi düştükçe şiddetin arttığı, sağlık çalışanlarının sözel şiddete diğer şiddet çeşitlerinden (fiziksel veya ekonomik) daha fazla maruz kaldığı belirlenmiştir (Şahin vd., 2011). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise sağlık çalışanlarına şiddet uygulayan kişilerin en fazla %44,3 ile hasta yakınları tarafından uygulandığı görülmektedir (Çuvadar, 2017). Başka bir çalışmada, aile sağlığı merkezinde çalışan hemşirelerin %68,2’sinin hekimlerin ise %77,8’inin şiddette maruz kaldığı saptanmıştır (Çınar, 2020). Sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarında şiddet açısından kendilerini rahat hissetmedikleri hatta çalışanların %88,3 çalışma ortamlarını riskli bulduğu görülmüştür (Erkan, 2014).

Genel kanıların aksine sağlık çalışanlarına karşı şiddete sadece hastanelerin acil servislerde, yoğun bakımlarında veya kliniklerinde karşılaşılmamakta aksine birinci basamak sağlık hizmetlerinde de sıklıkla rastlanılmaktadır (Ardıç & Öztürk,

2018). Aile Sağlığı Merkezlerinin sürekli toplum ile i içe olması, kolay ulaşılabilir olması, hasta başvurularının fazla olması, hasta yakınlarının hastalarından dolayı duygularının ve geriliminin yüksek olması nedeniyle şiddet açısından çok riskli birimlerdir (Annagür, 2010). Yapılan bir çalışmada evde sağlık hizmeti veren sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma ihtimalinin daha fazla olduğu bulunmuştur (Vorderwülbecke vd., 2015). Başka bir çalışmada, birinci basamak hekimlerinin son bir yıl içinde en az bir defa şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir (Mento vd., 2020).

şiddetin maddi ve manevi birçok etkisi vardır ve bu etkilerin başında tükenmişlik, depresyon, anksiyete, sinirlilik, çaresizlik gibi sorunlar bulunmakta bu da bireyin hayatını olumsuz etkilemektedir (Edward vd., 2014). şiddet gören sağlık çalışanları ayrıca psikolojik, duygusal problemlerde yaşamakta ve bu durum sosyal ilişkilerini, iş hayatlarını negatif yönde etkilemektedir (Al vd., 2012). şiddet sağlık alışanlarında uzun süreli olumsuz etkiler göstermekte bunlar moral düşüklüğü, iş doyumunda belirgin azalma, anksiyete, bitkinlik, korku ve depresyon, uykuya dalmada zorluk, özgüvende azalma ve mesleğe saygısında kayba ve iş bırakma düşüncelerine yol açmaktadır (Büyükbayram & Okçay, 2013).

şiddete neden olan diğer bir durumda kişiler arasındaki iletişim sorunlarıdır (zcan & Bilgin, 2011). İletişim sorunları hem sağlık çalışanları hem de hasta ve hasta yakını kaynaklı olabilmektedir (Gr & Baykal, 2023). Hasta ve hasta yakınlarının eğitim düzeyleri, sağlık okur yazarlığı, inanç düzeyi, kişilik yapıları, psikolojik durumu, empati yetenekleri, öfke kontrolü, beden dili ve iletişim becerileri şiddet yaşanması üzerinde etkilidir (Solmaz & Duğan, 2018; Gr & Baykal, 2023; Yalçın, 2023). Sağlık alışanlarının hasta ve hasta yakınlarını yeterli bilgilendirmemesi, güler yüzlü davranmaması, ilgisiz davranmaları, sorulara yeterince cevap vermeme ve iletişim becerilerinin düşüklüğü şiddetin nedenleri arasında yer almaktadır (Solmaz & Duğan, 2018; Terkeş vd., 2021; Yalçın, 2023).

Literatüre bakıldığında hem hasta ve yakınları hem de sağlık çalışanları açısından iletişim becerilerinin şiddete yol açan faktörlerden biri olduğu söylenebilir. Ancak yapılan taramalarda iletişimin şiddet ile ilişkisini araştıran bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Ayrıca yapılan çalışmaların genellikle hastane ortamındaki şiddet vakalarını araştırdığı da görülmektedir (Enişte, 2019; Andy, 2020; Batmaz vd., 2022). Bu nedenle çalışmada, Aile Sağlığı merkezlerinde

bulunan sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumlarını ve iletişim becerilerini lmek amaçlanmıştır. Bu zden yola çıkılarak řu sorulara yanıt aranacaktır:

1. Aile sağlığı merkezi çalışanların sağlıkta şiddete maruz kalma durumları nedir?
2. Aile sağlığı merkezi çalışanları en çok hangi şiddet türüne maruz kalmaktadır?
3. Aile sağlığı merkezi çalışanları bakış açısıyla şiddetin nedenleri nedir?
4. Aile sağlığı merkezi çalışanlarının şiddete maruz kalma durumları tanıtıcı özelliklerine göre farklılık gösterir mi?
5. Aile sağlığı merkezi çalışanlarının iletişim becerileri düzeyi nedir?
6. Aile sağlığı merkezi çalışanlarının şiddete maruz kalma durumları ile iletişim becerileri arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şiddet Kavramı

Şiddet kavramı insanlığın ilk zamanlarından beri olan en eski kavramlardandır (Köseoğlu, 2018). İlk şiddetle ilgili anlatılan olgu kutsal kitaplarda anlatılan Habil ve Kabil olayıdır ve ilk çağlardan beri insanların şiddete yöneldiğinin göstergesidir (Sancar, 2016). İlk insanlardan başlayarak bu güne kadar artarak devam eden şiddet olgusu artık hayatımızın her alanında sıkça karşılaşılan bir durum haline gelmiştir (Kocacık, 2001; Sancar, 2016). Şiddet güçlü olanın güçsüz olana isteklerini kabul ettirme, kişi üzerinde baskı kurma hatta kişinin ya da toplumun tehdit edildiği bir davranış türü olduğundan halk sağlığının bir unsurudur (Altun, 2006). Nedeni ya da biçimini ne olursa olsun şiddetin temelinde gücünü kabul ettirme bulunmaktadır (Türkmenoğlu & Sümer, 2017).

Şiddet kelimesinin kökeni Arapça olan bir kelimedir (Arıkan, 2019). Türk Dil Kurumu ise Türkçe sözlüğünde şiddeti “karşıt görüşte olanlara kaba kuvvet kullanma, kaba güç” olarak tanımlamaktadır (TDK, 2023). Şiddet terimi Latince “violentia” kelimesinden türemiştir ve saldırgan olmak, insanları sindirmek ve korkuya sebep olmak amacıyla başvurulmuş olaylar bütünü, sertlik olarak tanımlanmıştır. Şiddet kelimesi İngilizce de ise “violence” olarak geçmektedir ve kuvvetli, hiddetli, zarar vermek ve incitmek manasını taşımaktadır (Dursun, 2011). Başka bir tanımda ise şiddet; insanların birbirleriyle ilişkilerinin birey halinde veya toplu halde direk veya dolaylı yollardan diğer bireylerin veya toplumların fiziksel bütünlüğüne, mallarına veya manevi ve kültürel unsurlarına zarar verecek her türlü eylemlerin bütünüdür (Yeşiltaş & Erdem, 2019).

Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Organization- ILO) şiddeti “Bir bireye veya bir gruba uygulanan fiziksel, zihinsel, ruhsal, sosyal ve manevi gelişimine zarar verebilecek şekilde fiziksel güç kullanımı ve ya güç kullanma ile korkutma, kötü söz ve taciz” olarak tanımlamaktadır (ILO, 2013). Türk Medeni Kanunu’nda ise şiddet “bireyin fiziksel, psikolojik, ekonomik veya cinsel yönlerden zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanan yada sonuçlanabilecek davranışların baskıyla yada özgürlüğün keyfi engellenmesini içeren toplumsal, kamusal veya özel alanlarda meydana gelen fiziksel, psikolojik,

sözlü, cinsel veya ekonomik her türlü davranış ve tutum” olarak tanımlamaktadır (Demirci, 2018).

Şiddetin diğer bir tanımı ise; insanın elinde olan gücü başka insan veya topluluğa ya da kendini yaralama veya kayıpla sonlanması olası tüm eylemler olarak tanımlanmaktadır (Kocacık, 2001). Şiddet çoğu problemin nedeni ya da sonucu olarak gelişen bir durumdur ve kişiye yada topluma ruhsal ve ya fiziksel acı vermek adına yapılan tüm saldırılardır (Köse & Beşer, 2007).

Şiddetin en basit tanımı ise bireyin veya toplumun, bireye veya topluma fiziksel veya psikolojik zararlar vermesi ve yaralaması olarak tanımlanmaktadır (Coşkun & Öztürk, 2010). Şiddet denilince akla ilk gelen birine zor kullanarak istediğimizi yaptırmak ve bedenlen veya herhangi bir aletle karşıdaki insanın bedenine zarar vermek gelse de toplumda ekonomik baskı, cinsel ayrımcılık, küfür ve aşağılamada şiddetin görmezden gelinemeyecek kadar büyük bir kısmını oluşturmaktadır (Altıntaş, 2006; Polat, 2016).

Dünyada kişiler arası şiddet eyleminden 2019 yılında Dünya Sağlık Örgütünün verilerine göre 475.000 kişi ölmüştür ve aynı çalışmada küresel tahminlere göre, 1.000.000 çocuk – 2-17 yaş arası tüm çocukların yarısından fazlasının – yalnızca son 12 ayda fiziksel, cinsel veya duygusal şiddete maruz kaldığını göstermektedir. Şiddet dünya ülkelerine de aşırı yük oluşturmaktadır ve dünya gayri safi yurtiçi hasılasının %11’i kadarı şiddet olayları ve etkilerine harcanmaktadır (DSÖ, 2022).

Şiddet olaylarına etki eden faktörlere bakıldığında ise geçmişte şiddet davranışında bulunmak, madde ve alkol kullanımı, psikiyatrik hastalığı olması kişilerin şiddete eğilimini arttırmaktadır (Coşkun & Öztürk, 2010). Şiddet olaylarının kişiler, kurumlar, ülkeler arasında farklılık gösterdiği ve şiddetle karşılaşan sağlık çalışanlarının çoğunlukla olayı bildirmediği de belirtilmektedir (Bilgin & Buzlu, 2006).

Şiddet insanların hayatlarını uzun yıllar etkileyen depresyon, intihar, okulu bırakma ve iş gücü kaybı gibi birçok fiziksel ve psikolojik etkilere sahiptir (Butchart & Mikton, 2014). Bu yüzden Dünya Sağlık Örgütü’ne göre her yıl binlerce insanın ölmesine yaralanmasına çeşitli kardiyovasküler, nörolojik ve diğer

biyolojik zararlı etkileri olan şiddet en önemli halk sağlığı sorunlarından biri kabul edilmektedir (DSÖ, 2022).

Şiddetin önlenmesinde her ülkenin kendi kültür ve bilgi birikimine göre farklı politikalar oluşturulmaktadır (Di Martino, 2002). Bunlar toplumdaki bireylerin şiddeti kabul etme eşiğinin düşürülmesi, problem çözümü ve iletişim becerilerinin geliştirilmesi için küçük yaştan itibaren eğitimlere başlanması, sosyal ve ekonomik koşulların iyileştirilmesi ve şiddetle ilgili politikaları geliştirmektir (Gabua, 2014).

2.2. Şiddet Çeşitleri

Şiddetin günümüzde sıkça karşılaşılan bir olgu olması neticesinde de artık literatürümüze sağlıkta şiddet, medya şiddeti, kadına şiddet, hayvanlara şiddet, siber şiddet, flört şiddeti gibi çeşitli şiddet türleri de dahil edilmiştir (Taşdemir Afşar, 2015). Şiddeti uygulama şekline göre ayrıldığında fiziksel şiddet, sözel şiddet, psikolojik şiddet, cinsel şiddet ve ekonomik şiddet olarak karşımıza çıkmaktadır (Arıkan, 2019; Polat, 2016).

2.2.1. Fiziksel şiddet

Fiziksel şiddet dövme, tekmeleme, vurma, saç ve tırnak çekme, tükürme, silah ya da bıçak ile yaralama, fiziksel güç uygulayarak bireyde yaralanmaya neden olan tüm davranışlar bütünüdür ve bedensel güce dayalıdır (Demir, 2000). Ölçülebilir olmasıyla diğer şiddet türlerine göre daha çok dikkat çekmektedir (Şahin, 2020). Bireylerin sadece başkalarına değil kendilerine de zarar verebilecekleri her türlü fiziki temasları da fiziksel şiddet sayılmaktadır ve en ciddi örneği ise intihar vakalarıdır (Krug vd., 2002).

Fiziksel şiddet yapılaş biçimine göre aletli saldırılar ve aletsiz saldırılar olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir. Aletli saldırılar; bir alet kullanılıp bireye zarar verildiği saldırılardır ve kemer, bıçak, sigara, ütü, sıcak şeyler ve ev eşyalarının kullanılması aletli saldırılara örnektir. Aletsiz saldırılar; alet kullanılmaksızın fiziksel şiddetin uygulanmasıdır ve çimdiklemek, tokat atmak, tekme atmak, itip kakmak, yumruk bu olaylara örnektir (Polat, 2016).

Fiziksel şiddete maruz kalan kişilerde vücut bütünlüğü bozulabilmekte hatta kişi gördüğü şiddet nedeniyle ölebilmektedir (Yeşildal, 2005). Fiziksel şiddette amaç kişiye acı ve korku yaşamasına neden olmaktır (Şahin, 2020). Genellikle

küçük hareketlerle başlayan fiziksel şiddet zamanla artmakta hatta ölüme kadar gidebilmektedir (Erhan & Baysal, 2017).

Çocukluğunda fiziksel şiddete uğramış bireylerin ileriki yıllarda eğitimine ve statüsüne bakmaksızın olumsuzluklar karşısında şiddete meyilleri artmaktadır (TBMM, 2013). Fiziksel şiddet mağdurları; toplum içinde küçük düşme, alay edilme korkusu ve acınma nedeniyle yaşadıkları şiddeti gizleme eğilimindedirler (Erhan & Baysal, 2017). Genel anlamda etkilerinin ölçülebilir olması fiziksel şiddeti toplum nazarında şiddetin fiziksel şiddet ile aynı tanım olduğunu düşündürmektedir (Enişte, 2019).

2.2.2. Sözel şiddet

Sözel şiddet kişinin ruhsal dengesini bozmak sosyal statüsüne zarar vermek amacıyla yapılan sözel ifadelerdir (Rufen vd., 2018). Alay etmek, hakaret etmek, küfür etmek, tehdit etmek, baskı oluşturmak, yıldırım, bağırarak sözel şiddetin en başlıca örnekleridir (Altıntaş, 2006). Yapılan bir araştırmada hemşirelerin %86'sı meslek hayatlarında bir ve ya daha fazla kez sözel şiddete maruz kaldıkları ortaya çıkmıştır (Coşkun & Öztürk, 2010). En sık uygulanan şiddet türü olmasına rağmen tanımlanması zor olan, göz ardı edilen ve en zor kanıtlanan, tanığının bulunması zor olan şiddet türü de sözel şiddettir (Altıntaş, 2006; Alış, 2022).

Kişileri üzen, aşağılanmış hissetmesini sağlayan, stres oluşturan, tehdit hissettiren, özgüvenlerini baltalayan, saldırgan, tekrarlayıcı, aşağılayıcı, yıldırıcı ve taciz edici tüm eylemler sözel şiddet olarak tanımlanır (Vessey vd., 2010). Sözel şiddet üstü kapalı ya da açık şekilde olabilmektedir ve özellikle yüz ifadeleri, el hareketlerinden kişinin kendini tehdit altında hissetmesine, korkmasına ya da küçümsendiğini hissetmesine neden olabilmektedir (ACNN, 2019). Genellikle sözel şiddeti uygulayan bireyler en savunmasız insanları hedef almaktadır (Kerzner, 2013). Sözel şiddete uğrayan bireylerde güven ve benlik saygısı kaybı, depresyon, aşağılanma hissi ve psikolojik sıkıntılar olmak üzere birçok olumsuz etkiler görülmektedir (Gale vd., 2019). Uyku bozuklukları, mide bağırsak problemleri ve baş ağrıları gibi fizyolojik etkilere sahip olan sözel şiddet kişilerde işten ayrılma hissi, üretkenlikte düşüş ve moral düşüklüğüne gibi örgütsel etkilere de sahiptir (Lamothe vd., 2018; Del Carmen Pérez-Fuentes vd., 2020).

2.2.3. Psikolojik şiddet

Psikolojik şiddet, kişiye fiziksel şiddet uygulamadan ruh sağlığını bozmaya yönelik yapılan davranışlar bütünüdür (Arıkan, 2019). Sözel şiddeti de içeren psikolojik şiddet; ayrımcılık yapmak, aşağılamak, görmezden gelmek, sözünü kesmek ve küçük düşürmek olarak tanımlanmaktadır (TBMM, 2013). Psikolojik şiddet, şiddet uygulayan bireyin mağdurunun kim olacağına karar vermesiyle başlar, ara ara devam ederek uzun süreler sonunda kişinin başka kişilere muhtaç olmasıyla sonuçlanan bir süreçtir (Ersin, 2017). Psikolojik şiddet mağduru bireyler durumu kabullenmekte bir süre sonra bu şiddeti normal olduğunu hatta kendi suçu olduğunu düşünüp yardım bile istememektedirler (Gücenmez, 2007). Psikolojik şiddeti diğer şiddet türlerinden ayıran en önemli özelliği uzun zaman boyunca sistematik şekilde ve düzenli olarak uygulanmasıdır (Gücenmez, 2007). Zorbalık ve mobbingde psikolojik şiddetin alt başlıklarındandır (TBMM, 2013).

Psikolojik şiddete uğrayan bireylerde uyku problemleri, mide ve bağırsak rahatsızlıkları kaygı bozuklukları, intihara teşebbüs gibi bireysel sağlık problemleri görülmektedir (Eroğlu, 2015).

2.2.4. Cinsel şiddet

Cinsel şiddet ise fiziksel, sözel veya beden diliyle kişinin utanmasına, rencide hissetmesine neden olan cinsel eylem ve ya imadır (Tokgöz, 2019). Cinsel şiddet, bir halk sağlığı sorunudur ve kişilerin sınıf, ırk, yaş, cinsiyet, savaş veya barış durumlarından etkilenmeden gerçekleşmektedir (Dartnall & Jewkes, 2013). Cinsel şiddet bir çok ortam ve koşulda gerçekleşebilir örneğin; evlilik ve ya flört ilişkilerinde tecavüz, toplumun güvenilir konumundaki insanlar tarafından istismarlar, sarhoş veya rıza gösteremeyecek kadar uyuşturulmuş kişilere cinsel temaslar, istenmeyen pornografiye maruz kalmak, çocuklara yönelik istismarlar, kadın sünnetleri, bekaret muayeneleri, cinsel sömürü amacıyla zorla insan kaçakçılığı, istenmeyen fiziksel temaslar, fiziki sarkıntılık, cinsel içerikli şakalar gibi davranışlar cinsel şiddetin örnekleridir (Dartnall & Jewkes, 2013; Sarcan, 2013).

2.2.5. Ekonomik şiddet

Ekonomik şiddet kişinin işyerinde emeğinin karşılığı olan parayı vermeme, yapılan işleri görmezden gelme, parasını elinden alma, çalışmaya zorlama veya

alışmasını engelleme, çalışma hayatını sonlandırmayla tehdit etme gibi maddiyatla kişiye tehdit ve kontrol aracı olarak kullanıldı bir şiddet türüdür (Bykbyram & Okçay, 2013; Konuk & Alici, 2022). Fiziksel şiddet ya da cinsel şiddet eşlik etmediğinde ekonomik şiddeti belirlemek zor olmakta, kişiler ekonomik şiddeti bir şiddet türü olarak görmemekte birçok işyerinde de ekonomik şiddet görülmektedir (Kocadaş & Kılıç, 2012; Konuk & Alici, 2022).

2.3. Sağlıkta şiddet

Sağlıkta şiddet; hasta, hasta yakınlarının ya da diğer bireylerin sağlık çalışanlarına göstermiş oldukları her türlü fiziksel, sözel, psikolojik, cinsel ve ekonomik şiddet eylemleri olarak tanımlanmaktadır (Ayrancı vd., 2002). Acı, ağrı hisseden ve bundan dolayı öfke kontrolu yapamayan hastalar ve hastalığından dolayı endişe duyan bir an önce sağlığına kavuşmasını isteyen hasta yakınlarıyla birebir temas halinde olan sağlık çalışanları şiddete maruz kalma riski altındadır (Beech & Leather, 2006). Ayrıca sağlık kurumlarının 24 saat hizmet vermeleri, hasta yakınlarının hastalarından dolayı stresli olması, uzun bekleme süreleri ve kişilerin sağlık bakım hizmetlerinden yeterince yararlanamaması şiddeti arttırmaktadır (Serin vd., 2015). Bunların yanında personel sayısının yetersizliği, aşırı kalabalık ortamda çalışma, güvenlik elemanı sayısında yetersizlik, şiddetle ilgili düzenlemelerde eksikliğe bağlı da şiddet olaylarında artış meydana geldiği belirtilmiştir (Hariklia, 2007). Diğer bir faktör ise sağlık sisteminde hastaların müşteri gibi değerlendirilmesi de sağlık çalışanlarıyla hastaları karşı karşıya getirmektedir (Farrell vd., 2006).

şiddet tüm meslekler için bir tehdit unsuru olmakla beraber sağlık hizmetleri ve sosyal hizmet sağlayıcıları için büyük bir endişe kaynağı oluşturmaktadır (Schwartz, 2011). İş Güvenliği ve Sağlığı İdaresi (Occupational Safety and Health Administration-OSHA) yayınladığı bir makalede iş yerlerinde görülen şiddetin %70'i sağlık kurumlarında meydana geldiğini belirtmektedir (Osha, 2015).

Kişiler arasındaki iletişim eksikliği, yanlış anlaşılmalar, eksik bilgilendirmeler verilen bilgilerin çarpıtılması sağlık alanındaki en önemli sorunlardandır (Tanalı vd., 2022). Kurumlardaki personel yetersizliği, hastaların

uzun bekleme süreleri, aşırı kalabalık ortamda çalışma, tek başına çalışma gibi nedenlerde şiddeti arttırmaktadır (Stathopoulou, 2007).

Dizi, film, reklam gibi medyada yer alan ve gerçeği araştırılmadan servis edilen hasta müdahale sahneleri kişilerde aslında hastanede yanlış müdahale uygulanıyor duygusunu oluşturmaktadır (Özcan & Yavuz, 2017). Özellikle sağlık haberleri yeterince araştırılmadan ve sağlık çalışanlarına karşı kışkırtıcı ve yargılayıcı şekilde yayınlanmakta bu da şiddetin oluşmasına neden olmaktadır (Ankara Tabip Odası, 2011). Dağ ve Baysal'ın yapmış olduğu bir çalışmada dizi filmlerde geçen sağlıkçıya şiddet görüntüleri de şiddetin normalmiş gibi görünmesine neden olmaktadır ve bu durumun şiddeti arttırdığı ortaya çıkarılmıştır (Erhan & Baysal, 2017). Gene aynı çalışmada görülmüştür ki katılımcıların %69'u medyadaki yayınların düzgün kullanılması şiddeti azaltacağını düşünmektedir (Erhan & Baysal, 2017).

Sağlıkta şiddet son yıllarda arttığı önlemlere rağmen azalma olmadığı görülmüştür (Al vd., 2012). Şiddet ile ilgili dünya da ve ülkemizde birçok çalışma yapılmış ve ortak nokta olarak sağlıkta şiddet olayları diğer iş yerlerine göre daha fazla görülmekte ve daha az bildirilmektedir (Annagür, 2010; Özcan & Yavuz, 2017).

2.3.1. Dünyada sağlıkta şiddet

Dünya da şiddet sağlık ile ilgili literatüre baktığımızda Çin Hastaneler Birliğine bağlı 316 hastanede yapılan araştırmada katılımcıların %96'sının iş yerinde şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir (Yao vd., 2014). Çin Yüksek Mahkemesi tarafından yayınlanan bir çalışmada ise 2010 ile 2016 yılları arasında sağlık çalışanlarına yapılan şiddet davaları incelendiğinde tehdit, dayak, hastane mallarına zarar verme suçları daha fazla bulunmuştur (Li vd., 2019). Çin'de ki başka bir çalışmada katılımcıların 199 kişide 130 kişi; %65.33) fiziksel olmayan şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir (Zhan vd., 2019). Başka bir çalışmada 5926 sağlık personelinin içeren ve toplam 19 literatür çalışması dahil edilen bir meta-analiz sonuçları işyerinde şiddet görülme sıklığının yaklaşık %78 olduğu belirlendi (Li vd., 2022). Çin'de araştırmacılar sağlık çalışanlarının %48,5'i sözel şiddet uğradığını belirtmiştir (Cao vd., 2023). Çin'deki başka bir çalışmada ise sağlık

alışanlarının %23'ünün fiziksel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (Zhu vd., 2022).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan bir çalışmada işyeri saldırılarının %70-74'ü sağlık hizmetleri veren kurumlarda meydana gelmektedir (OSHA & Administration, 2004). ABD'de 2012 yılı verilerine göre 100 yatak başına 2 şiddet vakası bildirilirken 2015 yılında 2,8 vakaya çıktığı bulunmuştur (The Joint Commision, 2016). Başka bir çalışmada ise %85,1'i sözel şiddete maruz kalmıştır (McGuire vd., 2022). ABD'de yapılan başka bir araştırmada katılımcıların %42'si fiziksel şiddet tehdidi ile karşılaşmıştır (Barrett vd., 2023).

Birleşik Krallık'ta yapılan bir araştırma da ise İngiltere'de 2016-2017 yılları arasında sağlık personeline şiddete yönelik 56.435 fiziksel saldırı bildirilmiştir (Andy, 2020). Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Servisi (NHS) personel araştırması, son 12 ay içinde tüm NHS personelinin %14'ünün bir tür fiziksel şiddete maruz kaldığını ortaya çıkarmıştır (Ulusal Sağlık Servisi, 2023).

Diğer ülkelere baktığımızda Almanya'daki başka bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının %56 fiziksel şiddete %10'nun ise cinsel tacize maruz kaldığı bulunmuştur (Schablon vd., 2012). Almanya'da birinci basamakta çalışan hekimlerin %23' saldırganlığa maruz kalmıştır (Vorderwülbecke vd., 2015). Brezilya'da yapılan birinci basamaktaki bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının %44,9'u hakarete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (Da Silva vd., 2015). İtalya'da yapılan bir araştırma da hemşirelerin %11'i fiziksel şiddete maruz kalmış, %50'si ise sözlü şiddet görmüştür ve %4' silahla tehdit edilmiştir (DSÖ, 2019). Bosna-Hersek'teki birinci basamakta yapılan bir çalışmada ise sağlık çalışanlarına sözel şiddet oranı %89,2 olarak belirtilmiştir (Jatic vd., 2019).

2.3.2. Ülkemizde sağlıkta şiddet

Ülkemizde baktığımızda sağlıkta şiddet ile ilgili bir çok çalışma yapıldığı görülmekte özellikle Ankara, Kütahya ve Eskişehir'de yapılan bir 1071 sağlık çalışanının katılımı ile yapılan araştırmada sağlık çalışanlarının %50,8'inin çalıştıkları esnada bir yada birden fazla şiddet türüne maruz kaldığı saptanmıştır (Ayrancı vd., 2002). Erzurum'da diyaliz ve nefroloji ünitelerinde yapılan bir çalışmada ise araştırmaya katılan hemşirelerin %80,9'u sözel ve %23,7'si ise fiziksel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (Cürcani & Tan, 2009).

Kocaeli’nde yapılan başka bir çalışmada ise en sık görülen şiddet çeşidi %98,5 ile sözel şiddet olup en fazla hasta yakınları ve erkek bireyler tarafından şiddet gösterildiği bulunmuştur (Çamcı & Kutlu, 2011). Çalışmalar göstermektedir ki ülkemizde ve dünya da sağlık çalışanları şiddete maruz kalmakta ve yapılan düzenlemeler sağlık çalışanlarını korumaya yeterli olmamaktadır (Çamcı & Kutlu, 2011; Vento vd., 2020).

Edirne’de yapılan Aile Sağlığı Merkezleri, Devlet Hastanelerini ve Üniversite Hastanelerini kapsayan bir araştırmada ise sağlık çalışanları meslek hayatları boyunca en az bir kez şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir (Erten vd., 2019). Gene aynı çalışmada en fazla şiddet uygulayanlar %50 ile hasta yakınları olduğu saptanmıştır (Erten vd., 2019).

Aile sağlığı merkezinde yapılan başka bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının %64,3’ü meslek hayatları boyunca şiddete maruz kaldığını belirtmişlerdir (Hıdıroğlu vd., 2019). Şiddetin türü incelendiğinde ise son bir yıl içerisinde %81,8’i sözel şiddete %19,6 ise fiziksel şiddete maruz kalmışlardır (Hıdıroğlu vd., 2019). Araştırmada sağlık çalışanlarının aile sağlığı merkezlerinde kendilerini güvende hissetmedikleri de belirtilmiştir (Hıdıroğlu vd., 2019).

Hoşgör ve Türkmen’in yaptığı bir sağlıkta şiddet haberlerinin derlemesinde en fazla %27,6 ile Marmara Bölgesinde sağlıkta şiddet haberleri yapıldığı, en az ise %8,4 Akdeniz Bölgesinde sağlıkçıya şiddet haberi bulunmuştur (Hoşgör & Türkmen, 2021).

Ülkemizdeki bir araştırma hastanesinde çalışan 474 sağlık çalışanının %30,2’si meslek hayatları döneminde en az bir kez şiddete uğradığı ve son bir yıl içinde şiddete uğrayanlar sayısı ise %19,6 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada şiddet uygulayan kişilerin cinsiyeti %75,5 ile erkek bireyler olarak belirlenmiştir. Şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının yalnızca %22,4’ü şikâyetle bulunmuştur (Batmaz vd., 2022).

2.4. İletişim Kavramı

İletişim ilk insanlardan günümüze kadar sosyalleşme, hayatta kalma ve bilgiyi gelişmenin ana unsuru olarak kullanılmıştır (Erdoğan, 2021). İletişim; kültür ve coğrafya gözetmeksizin insanların birbirleriyle, doğayla, etrafında bulunan canlı cansız tüm nesnelerle bilgi alışverişi yapmasını sağlamaktadır (Begtumur, 2021).

İletişimin en geniş tanımı bir bireyin kendisiyle veya başka bir bireyle ya da bir grubun bir bireyle ya da bir grupta, sözel ya da yazılı olmasına bakılmaksızın aralarında gerçekleşen fikir, duygu, haber ve düşünceyi her türlü yolla ve kanalla aktarmasıdır (Hazar, 2006; Lapum vd., 2020; Begtimur, 2021).

İletişim kelimesinin kökeni Latince “communis” sözcüğüdür ve Türkçe karşılığı “paylaşmak, ortaklık, toplulukla bir arada hareket etme, beraber yaşama, iletişim kurma” manaları taşımaktadır (Adigüzel vd., 2022). TDK ise iletişimi “duygu, düşünce veya bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılması, bildirişim, haberleşme ve iletişimasyon olarak tanımlamaktadır (TDK, 2024).

İletişim bilgi paylaşımı olması yönüyle toplumların gelişmesinde büyük rol oynamaktadır (Akgün & Deniz, 2020). Sosyal bir varlık olan insan iletişim ile karşılıklı anlaşmayı, kendini ifade etmeyi, bilgi edinmeyi ve bu bilgileri aktarmayı başarmıştır (Balcı & Ersanlı, 2006). Sosyalleşen insanlar ve sosyal ilişkiler içinde ortaya çıkan iletişim, bir kavram ve bir süreçtir (Adigüzel vd., 2022).

İletişim süreç olarak bakıldığında ise kaynak, alıcı, mesaj, kanal ve geri bildirim gibi öğeleri içermektedir (Lapum vd., 2020). Kaynaktan çıkan mesajların herhangi bir kanalla alıcıya iletilmesi ve geri bildirim alınması genel iletişim sürecidir (Hazar, 2006).

Kaynak; mesajın çıkış noktasıdır ve kişi mesajı kendi de oluşturabilir veya başkaları tarafından oluşturulan mesajları iletmek görevini de üstlenebilmektedir (Işık, 2016).

Kanal; kaynak tarafından oluşturulan mesajın herhangi bir yolla alıcıya veya hedef kitleye iletilmesini sağlayan araçtır (Işık, 2016; Lapum vd., 2020).

Mesaj; kaynağın oluşturduğu her türlü duygu ve düşüncenin herhangi bir kanalla alıcıya iletebilmesidir (Işık, 2016; Akgün & Deniz, 2020). Mesajlar sözlü, sözsüz, yazılı, dijital, kitlesel gibi şekillerde alıcıya iletebilmektedir (Erdoğan, 2021). Sözlü iletişim de kelimeler önemliyken sözsüz iletişimde ise kişilerin beden dilleri, duruşları, yüz ifadeleri, baş hareketleri ve göz temasları daha önemlidir (Boyd, 2008).

Alıcı; mesajın ulaşılması amaçlanan kişi yada kitle olarak tanımlanmıştır ve iletişimin amacı alıcıya mesajın ulaştırılması ve istenen etkiyi sağlamasıdır (Hazar,

2006; Işık, 2016). Alıcı ya gönderilen mesajı algılaması ne söylendiğin çok kimin söylediği ve hangi kanalları kullandığına bağlı değişimler göstermektedir (Uzuntaş, 2013). Geri bildirim ise kaynak tarafından oluşturulan mesaja alıcının verdiği cevap olarak tanımlanmaktadır (Işık, 2016).

Her ne kadar mesajlar aynı kaynaktan aynı kanallarla iletilse de farklı alıcılar tarafından farklı algılanabilmek bu da iletişim becerilerinin önemini ortaya çıkarmaktadır (Hazar, 2006; Uzuntaş, 2013).

2.4.1. İletişim becerileri

İletişim becerileri, konuşmanın etkili şekilde iletilmesi ve dinleme stratejileri gibi sözlü iletişim ve göz teması, jestler ve mimikler ve beden dili gibi sözsüz iletişim de dahil olmak üzere bilginin verimli aktarımından oluşmaktadır (Mata vd., 2021). İletişim becerileri; kişilerin kendini ifade edebilmelerini, karşdakini anlayabilmelerini, çıkan çatışmaları önlemeyi, problem çözümünü, kişinin kendisiyle ve sosyal çevresiyle anlaşabilmesi sağlayan temel insani becerilerdendir (Uzuntaş, 2013). İletişim becerileri kişilerde doğuştan sezgisel şekilde var olsa da iletişim teknikleriyle geliştirilebilir ve eğitimle iletişim becerilerinin artırılabilir olduğu pek çok çalışmayla ortaya çıkarılmıştır (Korkut, 2005; Balcı & Ersanlı, 2006; Mata vd., 2021; White vd., 2023).

İletişim becerileri sosyal hayatta önemli olduğu gibi kişilerin meslek hayatlarında da önemli bir yere sahiptir (Korkut, 2005). Özellikle insanlarla birebir iletişim halinde bulunan hemşireler, doktorlar, ebeler, öğretmenler, psikologlar bankacılar, polisler, hakimler, savcılar ve esnafların etkili iletişim becerilerine sahip olmaları gerekmektedir (Korkut, 2005; Uzuntaş, 2013; Dalokay & Aydın, 2023). Sağlık çalışanlarının hastalarla ve hasta yakınlarıyla sürekli birebir iletişim halinde bulunmasından dolayı hastalarıyla uygun iletişim becerilerine sahip olmak ve bunları etkili şekilde kullanmak son derece önemlidir (Moudatsou vd., 2020; Dalokay & Aydın, 2023). Sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınlarından aldıkları bilgi ve hastalık geçmişinin belirlenmesi ve bu bilgiler ışığında tedavinin ve gerekli bakımın planlanması doğru ve etkili bir iletişimle gerçekleşmektedir (Mata vd., 2021). Birçok çalışma göstermiştir ki sağlık çalışanlarının iletişim becerileri; hastaların memnuniyetinin artmasında, tedaviye uyum ve bakım kalitesinin gelişmesinde önemli yere sahiptir (Barth & Lannen, 2011; Rezaei &

Askari, 2014; Topaloğlu vd., 2023). Hasta ve sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin yüksek olması; hastaların tedavi ve bakıma uyumu sağlanması, hasta bakım kalitesinin artması ve sağlık çalışanlarının iş stresinin azalması gibi konularda etkili olmaktadır (Mendi vd., 2020). Ayrıca sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin yüksek olmasının hastaların tıbbi önerileri anlayıp takip etmesi, kronik hastalıkları kendi kendine yönetmesi ve hastaların koruyucu sağlık davranışlarını benimsemesi arasında pozitif etkiler olduğunu göstermiştir (Rocque & Leanza, 2015; Butow & Hoque, 2020; Zhong vd., 2023).

İletişim becerilerinin yüksek olmasının yararları birçok çalışma ile ortaya koyulduğu gibi iletişim becerilerinin düşük olması kişiler arasında çatışmalar çıkmasına neden olmaktadır (Butow & Hoque, 2020; Mendi vd., 2020; Zhong vd., 2023). Sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin eksikliği, hasta bakım ve tedavisinde memnuniyetsizliğe, tedavinin anlaşılamamasına, yetersiz veya fazla kaynak kullanımına neden olmaktadır (Beck vd., 2002; Sommer vd., 2012). Ayrıca iletişimdeki sorunlar nedeniyle oluşan yanlış teşhis, hatalı ilaç kullanımı ve tedavide gecikme gibi telafisi mümkün olmayan hatalar görülmektedir (Rocque & Leanza, 2015). Yapılan bir çalışmada iletişim becerileri düşük doktorların dava edilme ihtimalinin arttığı ve davacı olan kişilerin doktorları umursamaz, kötü dinleyici ve bilgileri aktarmada yetersiz gördüğü bulunmuştur (Beckman vd., 1994).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarının sağlıkta şiddete maruz kalma durumları ve iletişim becerilerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Erzurum ilinin merkez ilçeleri olan Yakutiye, Palandöken ve Aziziye ilçelerinde bulunan aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık çalışanlarıyla yürütülmüştür. Araştırma verileri 11.11.2022 ile 02.02.2024 tarihleri arasında toplanılmıştır. Araştırma yazım süreci 25.05.2024 itibarıyla bitirilmiştir ve 25.06.2024 tarihinde tez savunması gerçekleşmiştir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, çalışmanın yürütüleceği Erzurum ili merkez ilçeleri olan Aziziye, Palandöken ve Yakutiye ilçelerinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan 285 sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden çalışmaya katılmayı kabul eden sağlık çalışanlarıyla gönüllülük esası ile yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden 214 sağlık çalışanı ile çalışma tamamlanmış ve evrenin %75'ine ulaşılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında sağlık çalışanı tanıtıcı bilgi formu, sağlıkta şiddete yönelik soru formu ve sağlık çalışanlarına yönelik iletişim becerileri ölçeği kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgiler Formu (EK-1): Araştırmacıların oluşturduğu bu form yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu, çalışma şekli, mesleki deneyim süresi, bulunduğu klinikte çalışma süresi, çalıştığı birimdeki pozisyonu gibi sorulardan oluşmaktadır.

Sağlıkta Şiddete Yönelik Soru Formu (EK-2): Çalışmanın amaçları doğrultusunda araştırmacılar tarafından literatürden yararlanarak hazırlanan bu formda ankete katılanların daha önce şiddete maruz kalıp kalmadığı, şiddete maruz kaldı ise kaç kere şiddete maruz kaldığı, karşılaşılan şiddet olayının türü, en son ne zaman şiddete uğradığı, şiddetin şekli, fiziksel şiddet tanıklığı, aile sağlığı

merkezinde çalışırken şiddete uğrama konusunda endişe durumu, kim tarafından saldırganlık veya şiddet uygulandığı, saldırganın cinsiyeti ve yaş aralığı, saldırganın durumu, şiddetle başa çıkma yöntemleri, çalışma arkadaşlarından destek görüp görmediği, şiddet ile duygu ve düşünceleri, şiddet sonrası aynı mesaiye çalışıp çalışmadı, şiddet sonrası hata yapma durumu, şikayetçi olup olmadığı ve sonucunda ne olduğu, şiddetin nedenleri, iletişim ile ilgili eğitim alıp almadığı, şiddetin önlenabilir bir durum mu olduğu gibi sorular yer almaktadır (Almutairi & Jahan, 2022; Batmaz vd., 2022; Enişte, 2019).

Sağlık Çalışanlarına Yönelik İletişim Becerileri Ölçeği (EK-3): Ölçek, Leal-Costa ve arkadaşları tarafından 2016 yılında geliştirilmiş (Leal vd., 2016) olup Onur Mendi ve arkadaşları tarafından 2020 yılında Türkçeye uyarlanmıştır (Mendi vd., 2020). Ölçek 18 sorudur ve 6'lı likert tipinde hazırlanmıştır. Ölçekte her bir sorunun cevabı "Neredeyse hiçbir zaman (1)" ile " Neredeyse her zaman (6)" arasında değişmektedir. Ölçekte en düşük 18, en yüksek 108 puan alınabilir. Ölçek dört alt boyuttan oluşmaktadır ve bunlar empati, sosyal beceri, saygı ve bilgilendirici iletişimdir. Empati alt boyutu beş maddeden (2., 4., 6., 11., 12), Bilgilendirici İletişim alt boyutu altı maddeden (5., 8., 9., 14., 17., 18), Saygı alt boyutu üç maddeden (1, 3, 15) ve Sosyal Beceri alt boyutu ise dört maddeden (7., 10., 13., 16) oluşmaktadır. Ölçekten alınan puanların yüksek olması sağlık profesyonellerinin daha iyi iletişim becerilerine sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayıları Empati, Bilgilendirici İletişim, Saygı ve Sosyal Beceri boyutları için sırasıyla 0,79, 0,74, 0,73 ve 0,72 olarak bildirilmiştir (Mendi vd., 2020). Tablo 3.3'de görüldüğü gibi bu çalışmada Chronbach alfa değeri Empati alt boyutu için 0,87, Bilgilendirici İletişim alt boyutu için 0,80, Saygı alt boyutu için 0,82 ve Sosyal Beceri alt boyutu için 0,54 olarak belirlenmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Çalışmada öncelikle 11.11.2022 tarihinde Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli etik kurul izinleri alındıktan sonra Aile Sağlığı Merkezleri ziyaret edilerek sorumlu hekim, hemşire, ebe ve acil tıp teknisyenleri (ATT) çalışma hakkında bilgilendirilmiştir. Belirlenen tarihler arasında araştırmaya katılmaya kabul eden sağlık çalışanlarına ölçekler ve ölçeklerin nasıl doldurulacağı hakkında bilgi verilmiştir. Ardından sağlık çalışanlarına tanıtıcı bilgiler formu,

şiddet ölçeği ve sağlık profesyonelleri iletişim becerileri ölçeklerini doldurmaları istenmiştir. Formlar sağlık çalışanları tarafından yüz yüze görüşme esnasında sağlık çalışanları tarafından doldurulmuştur.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Aile sağlığı merkezinde çalışan sağlık çalışanlarının mesleği, cinsiyeti, medeni durumu, yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu meslekteki toplam çalışma süresi ve şimdiki kurumda çalışma yılı bu araştırmamızın bağımsız değişkenleridir.

Bağımlı değişkenler: Sağlıkta şiddete yönelik sorular ve sağlık profesyonelleri iletişim becerileri ölçeği bu araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra aşağıdaki tabloda yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır. Verilerin normallik varsayımına uygunlukları ise “Kurtosis” ve “Skewness” kat sayıları (± 2) ile hesaplanmıştır.

Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
İkili grupların karşılaştırılmasında	Bağımsız Gruplarda t Testi	Mann Whitney U Analizi
Çoklu grupların karşılaştırılmasında	Varyans Analizi (İleri analiz olarak varyansların homojen olduğu durumlarda LSD, olmadığı durumlarda Dunnet C kullanılmıştır).	Kruskall Wallis Analizi (İleri analiz olarak Mann Whitney U kullanılmıştır).
İlişkisel Çıkarımlarda	Pearson Korelasyon Analizi	Spearman Korelasyon Analizi
İç Geçerlilik	Cronbach α kat sayısı	
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve Skewness kat sayıları*	

* (Büyükoztürk, 2014)

Tablo 3.2. Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu

Sürekli Değişkenler	n	Skewness		Kurtosis	
		Kat Sayısı		Kat Sayısı	
		İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Empati*	214	-1.442	0.166	2.256	0.331
Bilgilendirici iletişim	214	-1.257	0.166	1.610	0.331
Saygı*	214	-1.789	0.166	3.335	0.331
Sosyal beceri	214	-0.213	0.166	-0.221	0.331
Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerileri Ölçeği*	214	-1.279	0.166	2.258	0.331

* Normal dağılmayan verilerdir.

Tablo 3.3. İç Geçerlilik Katsayıları

Ölçek	Cronbach α
Empati	0.872
Bilgilendirici iletişim	0.806
Saygı	0.820
Sosyal beceri	0.542
Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerileri Ölçeği	0.915

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul’undan B.30.2.ATA.0.01.00/635 sayılı etik izni (EK-4) ve çalışmanın yürütüleceği Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü’nden kurum izni (EK-5) alınmıştır. Ölçeğin kullanılabilmesi için ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliğini yapan araştırmacılardan e-mail aracılığı ile izinler alınmıştır (EK-6). Form ve ölçekler doldurulmadan önce Helsinki Bildirgesi’nin ilkeleri doğrultusunda katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilerek ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan sağlık çalışanlarına form ve ölçekler uygulanmıştır.

4. BULGULAR

Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

		n	%		
Yaş	18-30	76	35,5		
	31-40	87	40,7		
	41-50	39	18,2		
	50 yaş ve üzeri	12	5,6		
Cinsiyet	Kadın	147	68,7		
	Erkek	67	31,3		
Meslek	Doktor	70	32,7		
	Hemşire	91	42,5		
	Ebe	42	19,6		
	ATT	11	5,1		
Medeni Durum	Evli	148	69,2		
	Bekâr	66	30,8		
Eğitim Durumu	Lise	33	15,4		
	Ön Lisans	50	23,4		
	Lisans	57	26,6		
	Lisans üstü	74	34,6		
Çalışma Durumu	Kadrolu	140	65,4		
	Sözleşmeli	74	34,6		
Çalışma Yılı	5 yıl ve altı	53	24,8		
	6-10 yıl	65	30,4		
	11-20 yıl	58	27,1		
	20 yıl ve üstü	38	17,8		
Şimdiki Kurumda Çalışma Yılı	5 yıl ve altı	116	54,2		
	6-10 yıl	63	29,4		
	11-20 yıl	32	15,0		
	20 yıl ve üstü	3	1,4		
Sayısal Değişkenler	n	Min.	Max.	Ort.	SS
Yaş	214	21	66	34,35	8,41

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi, katılımcıların %40,7’si 31-40 yaş grubundadır, %68,7’si kadındır, %42,5’i hemşiredir ve %69,2’si evlidir. Katılımcıların %34,6’sı lisans üstü eğitim almıştır, %65,4’ü kadrolu olarak çalışmaktadır, %30,4’ü 6-10 yıldır çalışmaktadır ve %54,2’si şimdiki kurumda beş yıl ve daha az süredir çalışmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması $34,35 \pm 8,41$ yıldır.

Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerileri Ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı Tablo 4.2’de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerileri Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı

Ölçek ve Alt Ölçekler	n	Min.	Max.	Ort.	SS
Empati	214	10,00	30,00	26,52	4,08
Bilgilendirici iletişim	214	14,00	36,00	31,69	4,43
Saygı	214	6,00	18,00	16,22	2,47
Sosyal beceri	214	8,00	24,00	18,26	3,57
Sağlık çalışanlarının iletişim Becerileri Ölçeği	214	40,00	108,00	92,69	12,67

SS: Standart Sapma

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi katılımcılar, Empati alt boyutundan $26,52 \pm 4,08$, Bilgilendirici iletişim alt boyutundan $31,69 \pm 4,43$, Saygı alt boyutundan $16,22 \pm 2,47$, Sosyal beceri alt boyutundan $18,26 \pm 3,57$ puan ve Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerileri Ölçeği toplamından $92,69 \pm 12,67$ puan almışlardır.

Şiddet özellikleri formuna verilen yanıtların dağılımı Tablo 4.3’den Tablo 4.10’a kadar sunulmuştur.

Tablo 4.3. Şiddete Maruz Kalma Durumları ve Şiddetin Şekli ve Türü

		n	%
Daha Önce Şiddete Uğrama	Evet	192	89,7
	Hayır	22	10,3
Daha Önce Uğranılan Şiddetin Türü*	Fiziksel şiddet	36	10,06
	Sözel şiddet	189	52,79
	Psikolojik şiddet	106	29,61
	Cinsel şiddet	6	1,68
	Ekonomik şiddet	21	5,87
Yaşanılan Şiddetin Şekli*	Çevreye Saldırı	34	6,94
	Bağırma	178	36,33
	Hakaret- küfür	144	29,39
	Fiziksel saldırı (tartaklama, tokat, yumruk)	20	4,08
	Fiziksel saldırı (alet kullanımı)	7	1,43
	Sözle cinsel taciz	9	1,84
	Fiziksel zarar vermekle tehdit	42	8,57
	Sürgün ettirmekle tehdit	35	7,14
	Ekonomik tehdit	21	4,29

* Birden fazla işaretleme yapılmıştır.

Tablo 4.3’de görüldüğü gibi, katılımcıların %89.7’si daha önce şiddete uğramıştır, %52.79 uğranılan şiddet sözel şiddettir ve %36.33’ü “bağırma” şeklinde şiddete uğramışlardır.

Tablo 4.4 Şiddet Özellikleri Formuna Verilen Yanıtların Dağılımı

		n	%
En Son Şiddete Maruz Kalma Zamanı	Son 6 ay içinde	95	47,98
	Son 1-2 yıl içinde	71	35,86
	Son 5 yıl içinde	18	9,09
	Son 10 yıl içinde	11	5,56
	10 yıldan daha uzun süre önce	3	1,52
Bugüne Kadar Şiddete Uğrama Sayısı	1-2 Kez	76	38,4
	3-5 Kez	39	19,7
	5 Kez ve üstü	83	41,9
Çalışma Hayatında Fiziksel Şiddete Tanık Olma	Hiç Görmedim	28	13,1
	1-2 Kez	82	38,3
	3-5 Kez	36	16,8
	5 ve üstü	68	31,8
Aile Sağlığı Merkezinde Çalışırken Şiddete Uğrama Konusunda Endişe Durumu	Endişeli Değilim	21	9,8
	Az Endişeliyim	17	7,9
	Endişeliyim	43	20,1
	Fazla Endişeliyim	47	22,0
	Çok Fazla Endişeliyim	86	40,2

* Birden fazla işaretleme yapılmıştır.

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, katılımcıların %41.9’u 5 ve daha fazla sayıda şiddete uğramıştır, ve %47.8’i son 6 ay içinde şiddete uğramışlardır, %38.3’ü 1-2 kez çalışma hayatında fiziksel şiddete tanık olmuşlardır ve %40.2’si aile sağlığı merkezinde çalışırken şiddete maruz kalma konusunda “çok fazla” endişelidirler.

Tablo 4.5. Şiddet Uygulayan Kişilerin Özellikleri

		n	%
Kim Tarafından Şiddete Uğranıldığı (Şiddete Maruz Kalınmışsa)	Hasta	146	40,56
	Hasta Yakını	158	43,89
	Amir- Yönetici	30	8,33
	İş Arkadaşım	25	6,94
	Diğer	1	0,28
Şiddet Uygulayan Kişinin Cinsiyeti*	Kadın	102	36,82
	Erkek	175	63,18
Şiddet Uygulayan Kişinin Yaş Aralığı*	10-18	4	1,29
	19-29	47	15,11
	30-39	103	33,12
	40-49	102	32,80
	50 Yaş ve üstü	55	17,68
Size Göre Saldırgan...*	Psikiyatri hastası olabilir	28	11,48
	Alkol ya da uyuşturucu etkisinde olabilir	18	7,38
	Demans/mental retarde olabilir	10	4,10
	İlaç Etkisinde Olabilir	5	2,05
	Hiçbirisi değil. Sıradan Biri	133	54,51
	Bilmiyorum	45	18,44
	Diğer	5	2,05

* Birden fazla işaretleme yapılmıştır.

Tablo 4.5.'de görüldüğü gibi katılımcıların %43.89'u hasta yakını tarafından şiddete uğramışlardır, şiddet uygulayanın cinsiyeti %63.18 erkektir, şiddet uygulayan kişinin yaşı %33.12 30-39 yaş aralığındadır, katılımcıların %54.51'ine göre saldırgan "hiç birisi değil, sıradan biri" olarak tanımlanmaktadır.

Tablo 4.6. Şiddet ile İlgili Duygu ve Düşünceler

		n	%
Maruz Kalınan Şiddetle İlgili Başa Çıkmak İçin Yapılanlar*	Hiçbir şey yapmadım	38	11,99
	Meslektaşlarımdan Yardım İstedim	43	13,56
	Oradan Uzaklaştım	64	20,19
	Sözlü Olarak Karşılık Verdim	102	32,18
	Fiziksel Olarak Karşılık Verdim	8	2,52
	Polis/ Güvenlik Çağırdım	61	19,24
	Diğer	1	0,32
Maruz Kalınan Şiddet Sonrası Çalışılan Kurumdaki Diğer Çalışanlardan Destek Görme	Evet	164	82,8
	Hayır	34	17,2

Şiddete Uğradıktan Sonra Duygu ve Düşünceler*	Sinirlendim	160	32,59
	Korktum	81	16,50
	Kendimi suçladım	12	2,44
	Sürekli hasta ve hasta yakınlarından şiddet göreceğim endişesi oluştu	58	11,81
	Çalışma ortamının güvenliğinden endişelendim	123	25,05
	Mesleği bırakmayı düşündüm	50	10,18
	Hasta/ hasta yakınının durumu ile ilgili tepkisini normal karşıladım	5	1,02
	Diğer	2	0,41

* Birden fazla işaretleme yapılmıştır.

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi , %32.18’i maruz kalınan şiddetle başa çıkmak için sözlü olarak karşılık vermişlerdir, %82.8’i maruz kalınan şiddet sonrası çalışılan kurumda destek görülmüştür ve %32.59’u şiddete uğradıktan sonra sinirlenmiş hissetmiştir.

Tablo 4.7. Şiddet Sonrası Mesaiye Devam Etme ve Hata Yapma Korkusu

		n	%
Maruz Kalınan Şiddet Sonrası Mesaiye Devam Etme	Evet	194	98,5
	Hayır	3	1,5
Maruz Kalınan Şiddet Sonrası Çalışırken Hata Yapma ya da Hata Yapmaktan Korkma	Hayır, hata yapmadım	110	55,84
	Evet, hata yaptım	15	7,61
	Hata yapmaktan korktum	72	36,55

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi katılımcıların %98.5’i şiddete maruz kaldıktan sonra mesaiye devam etmiştir, %55.84’ü maruz kalınan şiddet sonrası çalışırken hata yapmamıştır.

Tablo 4.8. Şiddet Sonrası Şikâyetçi Olma Durumu

		n	%
Maruz Kalınan Şiddet	Evet	57	28,9
	Hayır	140	71,1
Şikâyetçi Olmama Nedeni*	Utandım	2	0,74
	Olumsuz sonuçlanmasından korktum	16	5,90
	Çok önemli olmadığı için şikâyeti gereksiz gördüm	27	9,96
	Şikâyet etsem de faydası olmayacağını düşündüm	113	41,70
	Hukuki prosedürlerin uzun ve yorucu olduğunu düşündüm	73	26,94
	Kendimi güvende hissetmedim	30	11,07
	Uzlaşmaya vardık	6	2,21
	Diğer	4	1,48
	Dava devam ediyor	8	11,6
	Tatmin edici bir sonuç aldım	18	26,1
	Tatmin edici bir sonuç alamadım	28	40,6
	Şikâyetçi olduğuma pişman oldum	11	15,9
Şikâyetin Sonucu*	Diğer	4	5,8

* Birden fazla işaretleme yapılmıştır.

Tablo 4.8’de de görüldüğü gibi katılımcıların %71.1’i şiddet sonrası şikâyetçi olmamıştır ve şikâyetçi olmama nedeni %41.70 “Şikâyet etsem de faydası olmayacağını düşündüm” şeklindedir. Şikâyet edenlerde ise şikâyet sonucu %40.6 “Tatmin edici bir sonuç alamadım” şeklindedir.

Tablo 4.9. Şiddetin Artma Durumu ve Şiddet Uygulayanların Ceza Alma Durumları

		n	%
Son Yıllarda Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Arttığını Düşünme	Hiç artmadı	1	,5
	Çok az arttı	5	2,3
	Az arttı	7	3,3
	Arttı	23	10,7
	Çok Arttı	178	83,2
Sağlık Çalışanlarına Karşı Şiddet Uygulayan Kişilere. Hak Ettikleri Cezaların Verildiğini Düşünme	Evet	8	3,7
	Hayır	206	96,3
Hasta/Hasta Yakınları ile İletişim Konusunda Eğitim Alma	Evet	154	72,0
	Hayır	60	28,0
Covid-19 Pandemisinde Şiddetin Arttığını Düşünme	Evet	143	66,8
	Hayır	71	33,2
Size göre Hasta ve Hasta Yakınlarının Sağlıkçıya Şiddet Uyguladıklarında Alacakları Cezaları Bilme Durumları	Evet	27	12,6
	Hayır	187	87,4
Sağlıkta Şiddet Önlenebilir mi?	Evet	159	74,3
	Hayır	55	25,7

* Birden fazla işaretleme yapılmıştır.

Tablo 4.9’da da görüldüğü üzere katılımcıların %83.2’si son yıllarda sağlık çalışanlarına şiddetin çok arttığını düşünmektedirler. Katılımcıların %96.3’ü sağlık çalışanlarına karşı şiddete hak edilen cezanın verilmediğini düşünmektedirler, %72’si hasta/hasta yakını ile iletişim eğitimi almıştır, %66.8’i Covid-19 pandemisinin şiddeti artırdığını düşünmektedirler, %87.4’ü hasta/hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına şiddet uyguladıktan sonra alacakları cezayı bilmediklerini düşünmektedirler ve %74.3’ü sağlıkta şiddetin önlenebileceğini düşünmektedirler.

Tablo 4.10. Sağlık Çalışanlarına Göre Şiddetin Nedenleri

	n	%
Muayene için uzun bekleme süresi	81	6,35
Tetkikler için uzun bekleme süresi	45	3,53
Personel yetersizliği	89	6,97
Haksız isteklerinin reddedilmesi (reçete, rapor vb.)	170	13,32
Hasta/yakını ile olan iletişim kopukluğu	64	5,02
Medyada yer alan sağlıkta şiddet haberlerinin olumsuz etkileri	107	8,39
Hasta/hasta yakınının sinirli olması	107	8,39
Hasta/hasta yakınının güç gösterisinde bulunması	119	9,33
Sağlık politikaları	101	7,92
Güvenliğin yeterli düzeyde olmayışı	137	10,74
Herhangi bir neden olmaması	38	2,98
Hasta/hasta yakınının sağlık personeline anlayışsız davranması	135	10,58
Hasta/hasta yakınına bilginin yetersiz verilmesi	48	3,76
Uyuşturucu maddeye bağlı saldırganlık	13	1,02
Asık suratlı davranma	18	1,41
Diğer	4	0,31

* Birden fazla işaretleme yapılmıştır.

Tablo 4.10’da da görüldüğü gibi katılımcıların %13.32 sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma nedeni olarak haksız isteklerinin reddedilmesi (reçete. rapor vb.)’dir.

Demografik özelliklere göre Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerileri Ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.11’de sunulmuştur.

Tablo 4.11. Demografik Özelliklere Göre Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerileri Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması

		n	Empati		Bilgilendirici iletişim		Saygı		Sosyal beceri		SÇİBÖ Toplam	
			Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS
Yaş (yıl)	18-30	76	26,61	4,84	31,84	4,98	16,20	2,84	18,28	3,67	92,92	14,72
	31-40	87	26,76	3,50	31,95	3,78	16,53	1,85	18,62	3,44	93,86	10,36
	41-50	39	25,72	3,94	30,67	4,79	15,67	2,88	17,26	3,69	89,31	13,39
	50 yaş ve üzeri	12	26,83	3,24	32,17	3,90	15,92	2,35	18,75	3,33	93,67	11,02
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}=3,862$ p=0,277		F=0,871 p=0,457		$\chi^2_{KW}=3,193$ p=0,363		F=1,405 p=0,242		$\chi^2_{KW}=4,339$ p=0,227	
Cinsiyet	Kadın	147	26,71	3,89	31,93	4,23	16,14	2,47	17,89	3,50	92,67	12,10
	Erkek	67	26,09	4,47	31,18	4,83	16,40	2,47	19,06	3,63	92,73	13,95
	Test ve Önemlilik		U=4580,500 p=0,402		t=1,143 p=0,254		U=4495,500 p=0,280		t=-2,240 p=0,026		U=4711,000 p=0,611	
Meslek	Doktor	70	25,71	4,30	30,80	4,91	16,04	2,83	19,13	3,50	91,69	14,13
	Hemşire	91	26,43	4,40	31,69	4,62	16,04	2,58	17,85	3,79	92,01	13,48
	Ebe	42	27,55	2,84	32,57	3,13	16,55	1,64	17,40	3,06	94,07	8,34
	ATT	11	28,45	2,62	34,00	2,28	17,55	,82	19,36	2,91	99,36	7,45
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}=7,843$ p=0,049		F=2,546 p=0,057		$\chi^2_{KW}=4,239$ p=0,237		F=3,022 p=0,031		$\chi^2_{KW}=3,841$ p=0,279	
Medeni Durum	Evli	148	26,31	4,06	31,51	4,34	16,25	2,27	18,26	3,69	92,32	12,52
	Bekâr	66	26,98	4,13	32,11	4,62	16,15	2,87	18,26	3,32	93,50	13,07
	Test ve Önemlilik		U=4295,500 p=0,150		t=-0,913 p=0,362		U=4600,500 p=0,474		t=-0,002 p=0,999		U=4444,500 p=0,293	
Eğitim Durumu	Lise	33	27,42	3,32	32,58	3,72	16,58	1,62	17,88	4,23	94,45	10,56
	Ön Lisans	50	27,48	3,92	32,94	3,97	16,52	2,45	18,36	3,34	95,30	12,10
	Lisans	57	26,14	4,22	31,04	4,35	15,98	2,47	17,51	3,35	90,67	12,43
	Lisans Üstü	74	25,76	4,25	30,96	4,88	16,04	2,77	18,93	3,52	91,69	13,88
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}=9,274$ p=0,026		F=2,929 p=0,035		$\chi^2_{KW}=2,171$ p=0,538		F=1,875 p=0,135		$\chi^2_{KW}=5,111$ p=0,164	

Çalışma Durumu	Kadrolu	140	26,34	3,89	31,37	4,25	16,15	2,34	18,10	3,33	91,96	11,80
	Sözleşmeli	74	26,85	4,43	32,30	4,73	16,35	2,71	18,55	4,00	94,05	14,16
Test ve Önemlilik			U=2,460		t=-1,458		U=2,102		t=-0,884		U=4,237	
			p=0,117		p=0,146		p=0,147		p=0,378		p=0,040	
Çalışma Yılı	5 yıl ve altı	53	26,28	5,38	31,66	5,19	16,23	3,00	18,62	3,84	92,79	16,17
	6-10 yıl	65	26,80	3,82	32,17	4,31	16,42	2,31	18,85	3,41	94,23	11,95
	11-20 yıl	58	26,43	3,21	30,97	4,26	16,02	2,28	17,45	3,30	90,86	10,36
	20 yıl ve üstü	38	26,50	3,73	32,03	3,70	16,18	2,23	17,97	3,72	92,68	11,63
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}=2,328$		F=0,842		$\chi^2_{KW}=3,209$		F=1,867		$\chi^2_{KW}=5,886$	
			p=0,507		p=0,472		p=0,361		p=0,136		p=0,117	
Şimdiki Kurumda Çalışma Yılı	5 yıl ve altı	116	26,47	4,56	31,72	4,69	16,44	2,51	18,59	3,70	93,22	13,73
	6-10 yıl	63	26,21	3,47	31,25	4,31	15,63	2,57	17,79	3,42	90,89	11,65
	11-20 yıl	32	27,09	3,45	32,19	3,86	16,50	2,03	17,69	3,27	93,47	10,75
	20 yıl ve üstü	3	29,00	1,73	34,33	1,53	17,00	1,00	21,00	3,61	101,33	5,86
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}=4,264$		F=0,693		$\chi^2_{KW}=7,748$		F=1,572		$\chi^2_{KW}=5,537$	
			p=0,234		p=0,557		p=0,052		p=0,197		p=0,136	

SS: Standart Sapma

Empati Alt Boyutu İçin;

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi, meslek ve eğitim durumuna göre **Empati** alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Mesleğe göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); doktoraların puan ortalamalarının ebe ve ATT’lerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğitim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); lisansüstü mezunlarının puanlarının, lise ve ön lisans mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi, yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, çalışma yılı ve şimdiki kurumda çalışma yılına göre **Empati** alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Bilgilendirici iletişim Alt Boyutu İçin;

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi, eğitim durumuna göre **Bilgilendirici iletişim** alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Eğitim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); ön lisans mezunlarının puanlarının, lisans ve lisansüstü mezunlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi, yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, çalışma durumu, çalışma yılı ve şimdiki kurumda çalışma yılına göre **Bilgilendirici iletişim** alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Saygı Alt Boyutu İçin;

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi, yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, çalışma yılı ve şimdiki kurumda çalışma yılına göre **Saygı** alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Sosyal beceri Alt Boyutu İçin;

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi, cinsiyet ve mesleğe göre **Sosyal beceri** alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Erkeklerin puan ortalaması daha yüksektir.

Mesleğe göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); doktoraların puan ortalamalarının hemşire ve ebelerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, çalışma yılı ve şimdiki kurumda çalışma yılına göre **Sosyal beceri** alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerileri Ölçeği Toplam Puanı İçin;

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi, çalışma durumuna göre **Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerileri Ölçeği toplam** puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Sözleşmeli çalışanların puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi, yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, eğitim durumu, çalışma yılı ve şimdiki kurumda çalışma yılına göre **Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerileri Ölçeği toplam** puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Daha önce şiddete uğrama durumuna göre demografik özelliklerin karşılaştırılması Tablo 4.12’de sunulmuştur.

Tablo 4.12. Daha Önce Şiddete Uğrama Durumuna Göre Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Daha Önce Şiddete Uğrama Durumu		Evet		Hayır		Önemlilik
		n	%	n	%	
Yaş (yıl)	18-30	72	37,5	4	18,2	$\chi^2=3,560$ $p=0,313$
	31-40	75	39,1	12	54,5	
	41-50	34	17,7	5	22,7	
	50 yaş ve üzeri	11	5,7	1	4,5	
Cinsiyet	Kadın	130	67,7	17	77,3	$\chi^2=0,840$ $p=0,360$
	Erkek	62	32,3	5	22,7	
Meslek	Doktor	63	32,8	7	31,8	$\chi^2=8,267$ $p=0,041$
	Hemşire	85	44,3	6	27,3	
	Ebe	33	17,2	9	40,9	
	ATT	11	5,7	-	-	
Medeni Durum	Evli	131	68,2	17	77,3	$\chi^2=0,757$ $p=0,384$
	Bekâr	61	31,8	5	22,7	
Eğitim Durumu	Lise	32	16,7	1	4,5	$\chi^2=2,966$ $p=0,397$
	Ön Lisans	44	22,9	6	27,3	
	Lisans	49	25,5	8	36,4	
	Lisans Üstü	67	34,9	7	31,8	
Çalışma Durumu	Kadrolu	122	63,5	18	81,8	$\chi^2=2,915$ $p=0,088$
	Sözleşmeli	70	36,5	4	18,2	
Çalışma Yılı	5 yıl ve altı	50	26,0	3	13,6	$\chi^2=1,786$ $p=0,618$
	6-10 yıl	58	30,2	7	31,8	
	11-20 yıl	51	26,6	7	31,8	
	20 yıl ve üstü	33	17,2	5	22,7	
Şimdiki Kurumda Çalışma Yılı	5 yıl ve altı	101	52,6	15	68,2	$\chi^2=2,166$ $p=0,539$
	6-10 yıl	58	30,2	5	22,7	
	11-20 yıl	30	15,6	2	9,1	
	20 yıl ve üstü	3	1,6	-	-	

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, çalışma yılı ve şimdiki kurumda çalışma yılına göre daha önce şiddete uğrama durumu oranları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi mesleğe göre daha önce şiddete uğrama durumu oranları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Farkın hangi meslekten kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (χ^2); hemşirelerde daha önce şiddete uğrayanların oranının daha yüksek, ebelerde daha önce şiddete uğramayanların oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Daha Önce Şiddete Uğrama Durumuna Göre Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerileri Ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo 4.13’de sunulmuştur.

Tablo 4.13. Daha Önce Şiddete Uğrama Durumuna Göre Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerileri Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

			Daha Önce Şiddete Uğrama Durumu			
			Ort.	SS	Test	p
Empati	Evet	192	26,48	4,21	U=1989,500	0,648
	Hayır	22	26,82	2,74		
Bilgilendirici İletişim	Evet	192	31,61	4,55	t=-0,750	0,454
	Hayır	22	32,36	3,16		
Saygı	Evet	192	16,17	2,53	U=1940,500	0,540
	Hayır	22	16,64	1,79		
Sosyal Beceri	Evet	192	18,18	3,66	t=-0,903	0,367
	Hayır	22	18,91	2,65		
SÇİBÖ	Evet	192	92,45	13,07	U=2052,000	0,827
	Hayır	22	94,73	8,38		

SS: Standart Sapma

Tablo 4.13’da görüldüğü gibi, daha önce şiddete uğrama durumuna göre Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerileri Ölçeği ve Alt Boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, aile sağlığı merkezi çalışanlarının sağlıkta şiddete maruz kalma durumları ve iletişim becerilerinin belirlemesi amacıyla yürütülen çalışmada elde edilen bulgular literatür ile tartışılmıştır.

Çalışmada aile sağlığı merkezi çalışanlarının sağlıkta şiddete maruz kalma durumları sorgulanmış ve %89,7 ile gibi yüksek bir oranda şiddete uğradığı bulunmuştur, şiddet türünün ise sırasıyla sözel şiddet %52,79, psikolojik şiddet %29,61, fiziksel şiddet %10,06, ekonomik şiddet %5,87 ve cinsel şiddet %1,68 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Literatür verileri incelendiğinde sonuçların paralel olduğu görülmektedir. Vorderwülbecke ve arkadaşlarının (2015) Almanya’da birinci basamakta yaptığı çalışma da sağlık çalışanlarının %91’inin şiddete uğramış olduğu bulunmuştur. Pakistan’da birinci basamakta yapılan çalışmada ise doktorların son bir yılda en az bir kere şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (Ahmed vd., 2018). Türkiye’de yapılan çalışmalara bakıldığında Hıdıroğlu ve arkadaşları (2019) İstanbul’da aile sağlığı merkezinde çalışan sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmada şiddete uğrama durumunu %64,3 olarak bulmuştur. Samsunda yapılan aile sağlığı merkezlerindeki başka bir çalışmada ise şiddete uğrama oranı %80,9 olarak belirlenmiştir (Altan & Şahin, 2023). Çalışmalar aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık çalışanlarının şiddete uğrama durumlarının yüksek olduğunun bir kanıtıdır.

Aile sağlığı merkezi çalışanlarının sözel, psikolojik ve fiziksel şiddete uğrama oranı çalışmalarda farklılık göstermektedir. Brezilya’da Da Silva ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan geniş katılımlı birinci basamak sağlık çalışanlarını içeren bir çalışmada sözel şiddet ve fiziksel şiddet oranı sırasıyla %44,9 ve %2,3 olarak bulunmuştur. Almanya’da ki bir çalışmada ise sözel şiddet oranını %79 bulurken fiziksel şiddet oranı %23 olarak bulunmuştur (Vorderwülbecke vd., 2015). Bosna- Hersek’te Jatic ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan bir çalışmada %89,2 oranında sözel şiddet ve %11 oranında nesnelerle saldırı ve fiziksel yara verme belirlenmiştir. Çin’de Zhu ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan çalışmada sözel şiddet %48,6 olarak bulunurken fiziksel şiddet %23 olarak bulunmuştur. Türkiye’deki çalışmalara baktığımızda ise Ardıç ve Öztürk (2018) aile sağlığı merkezinde çalışan doktorların maruz kaldıkları sözel şiddet oranını %90,77, fiziksel şiddet oranını ise %20,65 olarak belirlemiştir.

Hıdıroğlu ve arkadaşları (2019) yaptığı çalışmada ise son bir yılda sözel ve psikolojik şiddeti %81,6 ve fiziksel şiddeti de %19,6 olarak bulmuşlardır. Tüm çalışmalarda farklı oranlarda da olsa sözel şiddet birinci sırada çıkmıştır bu da çalışmamız ile uyumludur. Şiddet oranlarının bu kadar farklı çıkması kişilerin deneyimlerinin, şiddeti sadece fiziksel şiddet olarak düşünmesinin, yaşanan olayların unutulmasının veya göz ardı edilmesinin, ülkeler ve bölgelerin arasındaki kültür farklılıklarının ve eğitim düzeylerinin şiddete bakış açısı değiştirdiği düşünülmektedir.

Çalışmamızın önemli sonuçlarından bir tanesi de cinsel şiddet oranının düşük olarak bulunmasıdır. Literatürde Jatic ve arkadaşları (2019) cinsel şiddet oranını %4,3 olarak bulmuşlardır. Zhu ve arkadaşları (2021) ise cinsel şiddeti %1,3 olarak belirtmişlerdir. Türkiye’de bir kamu hastanesinde yapılan çalışmada ise cinsel şiddet oranı %2,9 olarak bulunmuştur (Er vd., 2021). Sağlık çalışanlarına cinsel şiddet eksik raporlama ve kişilerin cinsel saldırıyı dillendirmek istemediği göz önüne alınırsa endişe verici olabilir.

Çalışmada sağlık çalışanlarına en son ne zaman şiddete maruz kaldıkları hakkındaki soruya %47,68 ile son altı ayda cevabı alınmıştır. Ondan sonraki en yüksek cevap oranı ise %35,86 ile son bir iki sene içinde olmuştur. Literatüre baktığımızda ise Zhu ve arkadaşları (2021) son bir yıl içinde karşılaşılan şiddet oranını %71,9 olarak bulmuşlardır. Türkiye’de ise Ardıç ve Öztürk (2018) son bir yıldaki fiziksel şiddeti %15,07 sözel şiddeti ise %55,85 olarak bulmuşlardır. Çalışmalarda sağlık çalışanlarına şiddetin her geçen gün arttığını göstermektedir.

Çalışmada sağlık çalışanlarının iş yerindeki fiziksel şiddet tanıklığı sorulmuş ve tanıklık sayıları farklı olsa da toplamda sağlık çalışanlarının %87,4 oranında fiziksel şiddet şiddete tanık olduğu bulunmuştur. Turla ve arkadaşlarının (2012) intörn hekimlerle yaptıkları çalışmada yaklaşık %80’inin başka bir hekime yönelik şiddete tanık olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda bugüne kadar şiddete uğrama sayısı beş kez ve üstü %41,9 olarak bulunmuştur. Ardıç ve Öztürk (2018) aile sağlığı merkezindeki çalışanların son bir yıl içinde üç kez ve üstü fiziksel şiddet ve sözel şiddet oranları sırasıyla %1,22 ve %4,35 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamız katılımcıların tüm çalışma hayatını kapsarken Ardıç ve Öztürk (2018) son bir yılı incelemişlerdir bu yüzden

bizim çalışmamızda şiddete uğrama sayısı daha yüksek oranda bulunduğu düşünülmektedir.

Yaşanılan şiddetin şekli sorulduğunda sağlık çalışanlarının %36,3'ü bağırma ve %29,39'u hakaret-küfür şeklinde bulunmuştur. İlgili çalışmalara baktığımızda ise oranlar farklı olsa da şiddetin şekli aynıdır ve literatürle paraleldir. Hıdıroğlu ve arkadaşları (2019) %55,2 bağırma ve %33,6 küfretmek olarak bulmuşlardır. Malatya'da bir hastanede yapılan çalışmada ise %51,1 bağırma ve %35,2 ile küfredilmesi belirlenmiştir (Uğurlu & Şantaş, 2023). Sağlık çalışanlarına şiddetin en fazla sözel şiddet ve psikolojik şiddet olmasıyla bağlantılı olarak bağırma ve hakaret- küfür oranlarında yüksek çıktığı düşünülmektedir.

Çalışmada sağlık çalışanlarına şiddet uygulayan kişilerin %43,89 ile hasta yakını %40,56 ile ise hastalar tarafından gerçekleştirildiği, şiddeti %63,18 ile genelde erkeklerin saldırganlık gösterdiği, şiddet uygulayan kişinin yaş aralığının %33,12 ile 30-39 yaş arası ve %32,80 ile 40-49 arası olduğu belirlenmiştir. Vorderwülbecke ve arkadaşları (2015) şiddet uygulayan kişinin özelliklerini %18 hasta yakını %73 hastalar tarafından meydana geldiğini ve şiddet uygulayan kişinin %80'inin erkekler olduğunu, saldırıyı gerçekleştiren kişilerin yaş ortalamasının 45 olduğunu bulmuşlardır. Ardıç ve Öztürk (2018) şiddet uygulayan kişinin özelliklerini %37,18 hasta yakını ve %31,41 hasta olarak belirtmiştir. Çalışmalara da bakıldığında verilerin dünyadaki literatür verileriyle uyumlu olmadığı, ülkemizdeki literatür verileriyle uyumlu olduğu görülmektedir. Kültürel ve sosyolojik farklılıkların bu oranda etkili olduğu; ülkemizde hastaya hürmet edilip hasta yakınlarının sık sık ziyaret etmesi de bu oranı arttırdığı düşünülmektedir.

Çalışmada saldırganın özellikleri sorulduğunda katılımcıların %54,51 kişinin sıradan biri olduğunu düşündüklerini %18,44 ise bilmediklerini belirtmişlerdir. Ülkemizdeki bir çalışmada aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerin %80,3'ü saldırgan hakkında fikri olmadığını, hemşirelerin ise %90'nı saldırgan hakkında fikirleri olmadığını belirlenmiştir (Çınar, 2020). Araştırmada şiddet uygulayan kişilerin kayıtları incelenmemiş sadece sağlık çalışanlarına saldırganın özellikleri ile ilgili bilgileri sorgulanmış bu yüzden farklı sonuçlar bulunmuştur.

Çalışmada aile sağlığı merkezinde çalışırken şiddete uğrama konusunda endişeli misiniz sorusuna sağlık çalışanlarının %40,2 çok fazla endişeliyim şeklinde cevap vermişlerdir. Literatüre baktığımızda Yusoff ve arkadaşları (2023) birinci basamak sağlık çalışanlarıyla yaptıkları çalışmada son derece endişeliyim seçeneğini %20,8 ve çok endişeliyim seçeneğini %48,7 oranında bulmuşlardır. Tekirdağ'da birinci basamakta yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının çok endişeliyim seçeneği %34,9 olarak bulunmuştur (Kıymazaslan, 2022). Sağlık çalışanları özellikle birinci basamakta güvenlik görevlilerinin olmaması nedeniyle şiddet endişesi yaşadıkları düşünülmektedir.

Çalışmada şiddetle başa çıkmak için yapılanlar sorulduğunda %32,18 sözlü olarak karşılık verdiğimi %20,19 oradan uzaklaştığını %19,24 polis/güvenlik çağırdığını belirtmişlerdir. Şiddet sonrası duygu ve düşüncelere bakıldığında ise sağlık çalışanlarının %32,59'u sinirlendiğini, %25,05'i çalışma ortamının güvenliğinden endişe ettiğini %16,50 ise korktuğunu belirtmişlerdir. Çalışmada maruz kalınan şiddet sonrası sağlık çalışanlarını %98,5 mesailerine devam etmiş ve %55,84 hata yapmadığını %36,53 ise hata yapmaktan korktuğunu %7,61 ise hata yaptığını belirtmişlerdir. Vorderwülbecke ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında %35'i endişelendiğini ve %13'u ise korktuğunu bulmuşlardır. Al-Turki ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında ise sağlık çalışanlarının %48'i şiddet sırasında hiçbir şey yapmadığını ve %4,9'u polis çağırdığını belirtmişlerdir. Hıdıroğlu ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %51'i karşılık vermeden işlerine devam ettiklerini ve %69,8'i ise şiddete maruz kalmaktan endişelendiğini belirtmişlerdir. Literatürdeki veriler göstermektedir ki sağlık çalışanları şiddet karşısında sözlü olarak cevap vermeyi ya da susmayı tercih etmektedirler ve şiddet sonrası sinirlenip korkmaktadırlar. Bu verileri de göstermektedir ki sağlık çalışanların çalışma ortamı güvenliğinden endişelenmesine neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda maruz kalınan şiddet sonrası çalıştığı kurumdaki diğer çalışanlardan destek gördünüz mü sorusuna ise sağlık çalışanları %82,8'i evet cevabı vermişlerdir. Ülkemizde hastanede yapılan başka bir tez çalışmasında bu oran %65,5 olarak bulunmuştur (Demirci, 2016). Çalışmamızda daha yüksek olma sebebi aile sağlığı merkezlerinin hastanelere oranla daha az sağlık çalışanına ev

sahipliği yapması ve sağlık çalışanlarının daha fazla birlikte vakit geçirebileceği zamana sahip olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda maruz kalınan şiddet sonrası sağlık çalışanlarını %98,5 mesailerine devam etmiş ve %55,84 hata yapmadığını %36,53 ise hata yapmaktan korktuğunu %7,61 ise hata yaptığını belirtmişlerdir. Literatüre bakıldığında ise sağlık çalışanları şiddet sonrası hata oranı artmaktadır (Hutton, 2006; Eryılmaz, 2007). Şiddet sonrası sağlık çalışanları mesaiye devam etmemeleri hata riskini azaltacağı düşünülmektedir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın 2012 yılında yayımladığı genelgede sağlık çalışanlarının şiddet sonrası görevden çekilme hakları vardır (Sağlık Bakanlığı, 2012). Sağlık çalışanlarına bu hakları hakkında bilgileri olmadığı veya olsa da bu haklarını kullanmadıkları görülmektedir.

Çalışmamızda maruz kalınan şiddet sonrası %71,1'i şikâyetçi olmamış ve şikâyetçi olmama nedenini ise %41,70 ile şikâyetçi olmalarının faydası olmayacağını düşünmeleri %26,94'le de hukuki prosedürlerin uzun ve yorucu olduğunu düşünmeleri olarak açıklamışlardır. Vorderwülbecke ve arkadaşları (2015) şikâyetçi olmama oranını %80 olarak bulmuşlardır. Al-Turki ve arkadaşları (2016) ise sağlık çalışanlarının %69,4 ile şiddeti bildirmenin bir etkisi olmadığını düşündüğünü belirlemişlerdir. Ardıç ve Öztürk (2018) ise şikâyetçi olmama oranını %72,25 ve şikâyetçi olmama nedenini de %59,47 ile bürokrasi ve davaların uzun olduğunu bulmuşlardır. Çalışmamızda dikkat çekici olarak ise şikâyetçi olan sağlık çalışanlarının %15,9'u ise şikâyetçi olduğundan pişmanlık duyduklarını belirtmişlerdir. Sağlık çalışanlarına karşı şiddet uygulayan kişilere hak ettikleri cezaların verildiğini düşünüyor musunuz sorusuna sağlık çalışanlarının %96,3 hayır cevabı vermişlerdir. Bu da sağlık çalışanlarının şiddet olaylarını raporlamaktan kaçınmasına neden olmaktadır. Literatürdeki diğer verilerde göstermektedir ki sağlık çalışanları şiddet görse de bunu bildirme oranları düşüktür (Nikathil vd., 2017; Ardıç & Öztürk, 2018).

Çalışmamızda şikâyetçi olanların oranı %28,9 olarak bulunmuş ve bunların %40,6 da tatmin edici sonuç alamadığını belirtmişler, %26,1 ise tatmin edici sonuç aldıklarını belirtmişlerdir. Vorderwülbecke ve arkadaşları (2015) şikâyetçi olma oranını %20 olarak bulmuşlardır. Ardıç ve Öztürk (2018) ise şikâyetçi olma oranını %27,25 olarak belirlemişlerdir. Sağlık çalışanları her ne kadar şikâyetçi olmak istese de dava süreçlerinin uzun ve yorucu olması şikâyetçi olmalarını

etkilemektedir. Çeşitli yasal düzenlemelerle bu işlemlerin kısaltılması gerekirse yasal politikaların sağlık çalışanlarını koruyucu şekilde düzenlemesi sağlanmalıdır. Daha hızlı olabilecek bildirim ve cezalarla sağlık çalışanlarının daha fazla oranda şiddet olayı bildirebileceği göz ardı edilmemelidir.

Katılımcılara sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddetin nedenlerini sorduğumuzda ise en fazla %13,32 ile kişilerin haksız isteklerinin reddedilmesi (reçete, rapor vb.) seçeneği bulunmuştur. Onu sırasıyla %10,74 ile güvenliğin yeterli düzeyde olmaması, %10,58 ile hasta veya hasta yakınının sağlık personeline anlayışsız davranması ve %9,33 ile hasta ve hasta yakınının güç gösterisinde bulunması seçenekleri gelmektedir. Ayrıca aile sağlığı merkezi çalışanları medyada yer alan sağlıkta şiddet haberlerinin olumsuz etkilerinin %8,39, hasta ve hasta yakınlarının sinirli olmasının %8,39 ve sağlık politikalarının %7,92 şiddet üzerine etkisi olduğunu belirtmişlerdir. İspanya’da doktorların katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada şiddetin nedenlerinin %11,9 ile ilaç reçetesi, %5,8 ile geçici ehliyet verilmesi ve %5,5 raporların oluşturulması bulunmuş bu verilerinde şiddetin nedenlerinin neredeyse dörtte birini oluşturduğu belirlenmiştir (ONAM, 2018). Almutairi ve Jahan (2022) birinci basamakta yapılan bir araştırmada şiddet olayının nedeni konusunda en sık verilen cevapları yanlış anlaşılma %41,1, karşılanmayan hizmet talebi %29,5, aşırı kalabalık %26,8 ve uzun bekleme süresini %25 olarak belirlemişlerdir (Almutairi & Jahan, 2022). Terkeş ve arkadaşları (2022) bir kamu hastanesinde yaptıkları bir araştırmada en çok belirtilen şiddet sebepleri; medyada sağlık çalışanları aleyhine haberler ve yayınların yapılması, yeterli düzeyde sağlık çalışanı olmaması, hasta/yakınınını yeterince bilgilendirmemesi veya az bilgilendirme yapılması, sorulan sorulara yanıt verilmemesi, hasta ve yakınlarının aceleci davranması olarak sıralamaktadır. Hem hastanede çalışan sağlık çalışanları hem aile sağlığı merkezi çalışanları medyadaki şiddet haberlerinin sağlıkta şiddete neden olduğunu düşünmektedir. Hastanelerdeki çalışmalarda muayene sürelerinin uzunluğu göze çarparken aile sağlığı merkezlerinde muayene süreleri kısa olması şiddetin nedenlerini değiştirmektedir. Literatürde farklı çalışmalarda farklı şekilde sonuçların olması yapılan ülkelerdeki sağlık politikalarının işleyişi ve ülkemizde aile sağlığı merkezlerinin kullanım farklılıkları olarak düşünülmektedir. Her ne kadar farklı konumlarda farklı nedenlerle şiddet uygulansa da sağlıkta şiddetin

birinci basamaktan üçüncü basamağa kadar devamlı karşılaşılan bir sorun olduğu görülmektedir.

Sağlık çalışanlarına son yıllarda sağlıkta şiddet arttı mı diye sorduğumuzda %83,2'si çok arttığını belirtmişlerdir. Covid-19 pandemisinin sağlıkta şiddeti arttırdığını düşünenlerin oranı ise %66,8 olarak bulunmuştur. Literatüre baktığımızda şiddetin arttığı çeşitli çalışmalar ile kanıtlanmıştır (Özcan & Yavuz, 2017; Sun vd., 2017; Jatic vd., 2019). ABD'de hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada ise Covid-19 pandemisi ile şiddetin arttığı bulunmuştur (Byon vd., 2022). Şiddet tüm toplumların ortak problemlerinden biri olmaya devam etmekte ve yıllar geçtikçe şiddet oranları sağlıkta artmaktadır.

Ayrıca sağlık çalışanları %74,3 oranında şiddetin önlenabilir olduğunu düşünmektedirler. Literatür bilgileri incelendiğinde veriler paralellik göstermektedir (Terkeş vd., 2022). Türkiye'de yapılan bir çalışmada sağlık çalışanları şiddetin önlenmesi için gerekli yasal düzenlemelerin yapılması gerektiği, gerekli güvenlik önlemlerinin alınması gerektiğini belirtmişlerdir (Uğurlu & Şantaş, 2023).

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının %72'si iletişim konusunda eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Durmuş ve arkadaşları (2023) hastanede çalışan hemşireler üzerinde yaptığı bir çalışmada iletişim eğitimi alan sağlık çalışanı oranı %67,1 olarak bulunmuştur. İletişim becerilerinin eğitimlerle artırılabilirdiği yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur (Korkut, 2005; Balcı & Ersanlı, 2006; Mata vd., 2021; White vd., 2023).

Çalışmamızda katılımcıların %87,4'u hasta ve hasta yakınlarının şiddet uyguladıklarında alacakları cezaları bilmediğini belirtmişleridir. Terkeş ve arkadaşları (2022) yılında yaptığı çalışmada bu oranı %54,9 olarak daha yüksek bulunmasına rağmen cevap gene hayır olmuştur. Sağlık bakanlığı tarafından basın ve yayın organları kullanılarak yapılacak kamu bilgilendirmeleriyle şiddete verilen cezalar kamuoyuna duyurulabilir bu da şiddeti önlemede caydırıcı olarak kullanılabilir.

Sağlık çalışanlarının iletişim becerileri toplam ortalaması $92,69 \pm 12,67$ puan olarak belirlenmiştir. Ortalama üzeri olan bu puan sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin yüksek olduğunun göstergesidir. Zhong ve arkadaşları (2023) yapılan

bir çalışmada toplam puan $91,94 \pm 9,56$ olarak bulunmuştur. Dalokay ve Aydın (2023) hemşirelerle yaptığı çalışmada ise $82,03 \pm 14,11$ olarak belirlenmiştir (Dalokay & Aydın, 2023). Sağlık çalışanlarının iletişim becerilerine baktığımızda empati alt boyutundan $26,52 \pm 4,08$, bilgilendirici iletişim alt boyutundan $31,69 \pm 4,43$, saygı alt boyutundan $16,22 \pm 2,47$, sosyal beceri alt boyutundan $18,26 \pm 3,57$ puan ortalaması aldığı görülmektedir. Sağlık çalışanlarının iletişim becerileri alt boyutları literatür ile incelendiğinde; Zhong ve arkadaşları (2023) empati alt boyutunda $26,43 \pm 3,17$, bilgilendirici iletişim alt boyutunda $30,60 \pm 3,44$, saygı alt boyutunda $16,36 \pm 1,79$ ve sosyal beceri alt boyutunda $18,56 \pm 2,57$ ortalaması bulunmuştur. Dalokay ve Aydın (2023) ise empati alt boyutunda $23,32 \pm 4,53$, bilgilendirici iletişim alt boyutunda $27,58 \pm 5,13$, saygı alt boyutunda $14,27 \pm 2,89$ ve sosyal beceri alt boyutunda $16,85 \pm 3,26$ ortalaması belirtmişlerdir. Sonuçlar göstermektedir ki sağlık çalışanlarının empati, saygı, bilgilendirici iletişim ve sosyal becerileri alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları literatür verilerinden yüksektir. Sağlık çalışanları genel olarak iletişim becerilerini sürekli kullandığının bir göstergesidir.

Çalışmamızda doktorların hem empati alt boyutunda hem de sosyal beceri alt boyutunda puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.11). Topaloğlu ve arkadaşları (2023) yaptığı çalışmada aile hekimi asistanlarının empati ve sosyal becerileri yüksek bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızda cinsiyete göre erkeklerin sosyal becerileri yüksek bulunmuştur. Topaloğlu ve arkadaşları (2023) yaptığı çalışmada cinsiyetle sosyal beceriler arasında erkeklerin sosyal beceri ortalamaları yüksek bulunsalar da istatistiksel olarak fark bulunamamıştır. Çalışmamızda katılımcılar sağlık çalışanlarını kapsarken Topaloğlu ve arkadaşları (2023) aile hekimliği asistanlarını incelemişler ve aradaki farkın bundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda mesleklere göre bakıldığında %44,3 ile hemşirelerin şiddete uğrama oranı daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.12). Literatür verilerine bakıldığında ise sonuçlar paraleldir. Yusoff ve arkadaşlarının (2023) yaptığı bir sistematik derlemede hemşirelerin daha fazla şiddet uğradığı belirlenmiştir. Türkmenoğlu ve Sümer (2017) yaptığı çalışmada hemşirelerin şiddete uğrama oranını %66,7 olarak belirlemişlerdir. Terkeş ve arkadaşları (2022) yaptıkları çalışmada meslek grubu içerisinde şiddete uğrayanlar arasında ilk sırada %65,6 ile

hemşirelerin aldığını belirlemiştir. Hemşirelerin hastalarla birebir etkileşim kurmaları, bakım vermeleri ve tedavi uygulamaları hemşirelere şiddeti arttırdığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda daha önce şiddete uğrama durumuna göre iletişim becerileri ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; şiddete uğramayanlarda şiddete uğrayanlara göre yüksek bulunmuştur fakat puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 4.13). Çalışma bulgumuzun aksine Ardıç ve Öztürk (2018) farklı bir iletişim ölçeğiyle yaptığı çalışmada şiddete maruz kalan katılımcılarda kişilerarası iletişim ve stres yönetimi puanlarının düşük olduğunu bulmuşlardır. Aradaki farklılığın kullanılan ölçeklerin farklı olması ve sağlık çalışanlarının iletişim becerileri yüksek olsa bile iletişim iki yönlü olduğu için bir tarafın iletişim becerisinin iyi olmasına rağmen diğer taraftaki kişinin iletişim becerisinin yetersiz olması iletişim sürecinin etkisiz hale gelmesine neden olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Aile sağığı merkezi çalışanlarının sağııkta şiddete maruz kalma durumları ve iletişim becerilerinin belirlenmesi ile ilgili çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir;

- Çalışmada aile sağığı merkezi çalışanlarının büyük çoğunluğunun şiddete maruz kaldığını, şiddet türünün ise yarısından fazlası sözel şiddet ve sırasıyla psikolojik şiddet, fiziksel şiddet, ekonomik şiddet ve cinsel şiddet olduğu belirlenmiştir.
- Aile sağığı merkezi çalışanlarının yarısına yakını hasta yakını tarafından şiddete uğramışlardır, şiddet uygulayan bireylerin yarısından fazlasının cinsiyeti erkektir, katılımcıların yarısından fazlasına göre saldırgan “hiç birisi değil, sıradan biri” olarak tanımlanmaktadır ve maruz kalınan şiddetle başa çıkmak için sözlü olarak karşılık vermişlerdir.
- Aile sağığı merkezi çalışanlarının büyük çoğunluğu şiddet sonrası şikayetçi olmamıştır ve şikayetçi olmama nedeni “Şikâyet etsem de faydası olmayacağını düşündüm” şeklindedir. Şikâyet edenlerin neredeyse yarısına yakını ise şikâyet sonucu “Tatmin edici bir sonuç alamadım” şeklindedir.
- Katılımcıların büyük kısmı son yıllarda sağıık çalışanlarına şiddetin çok arttığını düşünmektedirler.
- Sağıık çalışanlarının iletişim becerileri toplam ortalaması $92,69 \pm 12,67$ puan olarak belirlenmiştir.
- Sağıık çalışanlarının iletişim becerilerine baktığımızda empati alt boyutundan $26,52 \pm 4,08$, bilgilendirici iletişim alt boyutundan $31,69 \pm 4,43$, saygı alt boyutundan $16,22 \pm 2,47$, sosyal beceri alt boyutundan $18,26 \pm 3,57$ puan ortalaması aldığı görülmektedir.
- Mesleklere göre şiddete uğrama oranına bakıldığında hemşirelerde daha önce şiddete uğrayanların oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Daha önce şiddete uğrama durumuna göre Sağıık Çalışanlarının İletişim Becerileri Ölçeğı ve Alt Boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Sonuç olarak sağııkta şiddet gün geçtikçe artan ve bu artışı yüzünden normalmiş gibi karşılanmaya başlayan bir olgu olarak hayatımızda yer almaktadır.

Sözel şiddetin bu denli fazlalaşması da kişilerin sözel şiddeti şiddet olarak görmemesine ve şikâyet etse de sonuç alamayacağı düşüncesine sevk etmektedir. Sağlık çalışanları şiddetin türü ne olursa olsun şiddet yüzünden şikâyetçi bile olmayı düşünmemekte bu da şiddet uygulayan kişilerin gerekli cezaları almamasına ve sonraki sağlık hizmetleri başvurusunda da şiddet göstermeyi kendine hak olarak görmesine neden olmaktadır. Aile sağlığı merkezlerinde şiddeti azaltmak için:

- Şiddete uğrama bildirimleri kolaylaştırılmalı, sağlık çalışanları şiddet bildirimini sonrası hukuki prosedürlerle daha az uğraştırılmalıdır.
- Yasalar yoluyla şiddet uygulayan bireylere verilen cezalar arttırılmalı tatmin edici yasal cezalar yürürlüğe geçirilip uygulanması sağlanmalıdır.
- Sağlık çalışanlarına yasal haklarını hakkında eğitici seminerler verilmeli ve şiddet sonrası görevden çekilme haklarının olduğu belirtilmelidir.
- Sağlık çalışanlarına motivasyon arttırıcı psikolojik destek sağlanmalıdır.
- Aile sağlığı merkezlerinde güvenlik önlemleri arttırılmalıdır.
- Hastanelerde uygulanan beyaz kod uygulamasına benzer uygulamalar başlatılmalıdır.
- Aile sağlığı merkezlerinde şiddete maruz kalmış sağlık çalışanları ve şiddet uygulayan bireylere yönelik derinlemesine nitel çalışmalar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Adıgüzel, Y., Yılmaz, M. M., & Uybadın, A. (2022). Türkiye’de iletişim sosyolojisi çalışmaları üzerine tarihsel bir inceleme. *Türkiye Araştırmaları Literatür Dergisi*, 20(39), 1-46.
- Ahmed, F., Memon, M. K., & Memon, S. (2018). Violence against doctors, a serious concern for healthcare organizations to ponder about. *Annals of Medicine and Surgery*, 25, 3-5.
- Akgün, G., & Deniz, L. (2020). Kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik bir tutum ölçeğinin geliştirilmesi. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 51-64.
- Al, B., Zengin, S., Deryal, Y., Gken, C., Yılmaz, D. A., & Yıldırım, C. (2012). Increased violence towards health care staff. *Journal of Academic Emergency Medicine/Akademik Acil Tıp Olgu Sunumlari Dergisi*, 11(2).
- Alış, S. (2022). *Sağlık kurumlarından hizmet alanların sağlıkta şiddete ilişkin duygu ve tutumlarının belirlenmesi: Bir kamu hastanesi örneği* (Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Almutairi, M. R., & Jahan, S. (2022). Prevalence of physical and verbal violence against physicians and nurses in primary health care centres, buraidah, qassim province. *Middle East Journal of Family Medicine*, 7(10), 100.
- Altan, S., & Şahin, M. K. (2023). Samsun’da aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekimlerde ve aile hekimliği asistanlarında tükenmişlik ve ilişkili faktörler: kesitsel bir çalışma. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 17(1), 68-78.
- Altıntaş, N. (2006). *Sağlık kurumlarında çalışan hemşirelere yönelik şiddetin belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul)
- Altun, M. (2006). *Denizli ili kırsalında bir sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş evli kadınların fiziksel şiddet görme durumları ve kadınların şiddete ilişkin tutumları* (Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli).

- Al-Turki, N., Afify, A. A., & AlAteeq, M. (2016). Violence against health workers in family medicine centers. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 257-266.
- American Association of Critical-Care Nurses (ACNN). (2019). *Aacn position statement: Zero tolerance for bullying, incivility and verbal abuse*, <https://www.aacn.org/policy-and-advocacy/aacn-position-statement-zero-tolerance>
- Andy, C. (2020). *Violence against nhs staff: a special report by hsj and unison*, <https://guides.hsj.co.uk/5713.guide> Erişim Tarihi:12.11.2023
- Ankara Tabip Odası. (2011). *Hekimlere ve sağlık alışanlarına yönelik şiddet raporu*, http://static.ato.org.tr/fs/4f50993567cde95526000000/mucize_rapor.pdf Erişim Tarihi:12.11.2023
- Annagr, B. (2010). Sağlık alışanlarına yönelik şiddet: Risk faktrleri, etkileri, değerlendirilmesi ve nlenmesi. *Psikiyatride Gncel Yaklaşımlar*, 2(2), 161-173.
- Ardıç, C., & ztrk, G. (2018). The role of stress management and interpersonal communication in preventing violence against family physicians. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 6(4), 1094-1100.
- Arıkan, K. (2019). *Sağlık alışanlarının şiddete uğrama durumunda beyaz kod vermedeki bilgi, tutum ve davranışları ve sağlık çalışanlarının sağlıkta şiddeti nleme konusundaki nerileri*. (Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul).
- Ayrancı, ., Yenilmez, ., Günay, Y., & Kaptanoğlu, C. (2002). Çesitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(3), 147.
- Balcı, S., & Ersanlı, K. (2006). İletişim becerileri envanterinin geliştirilmesi: Geerlik ve gvenirlik alışması. *Türk Psikolog Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2(10), 7-12.

- Barrett, T. A., Di Tosto, G., Shiu-Yee, K., Melnyk, H. L., Rush, L. J., Sova, L. N., Lampert, B. C., Ganapathi, A. M., Whitson, B. A., & Waterman, B. L. (2023). Prevalence of violence against providers in heart and lung transplant programs. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), 4805.
- Barth, J., & Lannen, P. (2011). Efficacy of communication skills training courses in oncology: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Oncology*, 22(5), 1030-1040.
- Batmaz, K., Uskun, E., & Aydin, G. (2022). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve ilişkili faktörler: Araştırma uygulama hastanesi örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 29(1), 23-35.
- Beck, R. S., Daughtridge, R., & Sloane, P. D. (2002). Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 15(1), 25-38.
- Beckman, H. B., Markakis, K. M., Suchman, A. L., & Frankel, R. M. (1994). The doctor-patient relationship and malpractice: Lessons from plaintiff depositions. *Archives of Internal Medicine*, 154(12), 1365-1370.
- Beech, B., & Leather, P. (2006). Workplace violence in the health care sector: a review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggression and Violent Behavior*, 11(1), 27-43.
- Begtimur, M. E. (2021). Uygur diasporasında kullanılan kitle iletişim araçları üzerine bir değerlendirme. *Uluslararası Uygur Araştırmaları Dergisi*(18), 27-41.
- Bilgin, H., & Buzlu, S. (2006). A study of psychiatric nurses'beliefs and attitudes about work safety and assaults in turkey. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(1), 75-90.
- Boyd, M. A. (Ed.). (2005). *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Butchart, A., Mikton, C., Dahlberg, L. L., & Krug, E. G. (2015). Global status report on violence prevention 2014. *Injury prevention: journal of the International*

Society for Child and Adolescent Injury Prevention, 21(3), 213.
<https://doi.org/10.1136/injuryprev-2015-041640>

Butow, P., & Hoque, E. (2020). Using artificial intelligence to analyse and teach communication in healthcare. *Breast (Edinburgh, Scotland)*, 50, 49–55.
<https://doi.org/10.1016/j.breast.2020.01.008>

Büyükbayram, A., & Okçay, H. (2013). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti etkileyen sosyo-kültürel etmenler. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 4(1).

Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı* (20 ed.) (20. ed.). Pegem Akademi Yayınları.

Byon, H. D., Sagherian, K., Kim, Y., Lipscomb, J., Crandall, M., & Steege, L. (2022). Nurses' experience with type II workplace violence and underreporting during the Covid-19 pandemic. *Workplace Health & Safety*, 70(9), 412-420.

Cao, Y., Gao, L., Fan, L., Zhang, Z., Liu, X., Jiao, M., & Li, Y. (2023). Effects of verbal violence on job satisfaction, work engagement and the mediating role of emotional exhaustion among healthcare workers: A cross-sectional survey conducted in chinese tertiary public hospitals. *BMJ Open*, 13(3), e065918.

Civilotti, C., Berlanda, S., & Iozzino, L. (2021). Hospital-based healthcare workers victims of workplace violence in italy: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5860.

Coşkun, S., & Öztürk, A. T. (2010). Bakırköy ruh sağlığı ve sinir hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesi hemşirelerinde şiddete maruz kalma durumlarının incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 16-23.

Cürcani, M., & Tan, M. (2009). Diyaliz üniteleri ve nefroloji servislerinde çalışan hemşirelerin karşılaştıkları mesleki riskler ve sağlık sorunları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(4).

Çamcı, O., & Kutlu, Y. (2011). Kocaeli'nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 9-16.

- Çınar, C. (2020). *Aile Sağlığı Merkezi Çalışanlarında Empatinin Şiddete Maruz Kalma İle İlişkisinin Araştırılması* (Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul).
- Çuvadar A, Ekuklu G. (2020) Edirne merkez ilçede yataklı tedavi kurumlarında çalışan hekim ve hemşirelere yönelik şiddetin sıklığı ve nedenleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2):212-20.
- Da Silva, A. T. C., Peres, M. F. T., Lopes, C. d. S., Schraiber, L. B., Susser, E., & Menezes, P. R. (2015). Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: A cross-sectional study in brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50, 1347-1355.
- Dalokay, E. B., & Aydın, A. (2023). The relationship between alexithymia, communication skills and mental well-being of nurses' in turkey: A cross-sectional study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 43, 81-86.
- Dartnall, E., & Jewkes, R. (2013). Sexual violence against women: The scope of the problem. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(1), 3-13.
- Del Carmen Pérez-Fuentes, M., Jurado, M. D. M. M., Martínez, Á. M., Márquez, M. D. M. S., Ruiz, N. F. O., & Linares, J. J. G. (2020). Cross-sectional study of aggression against spanish nursing personnel and effects on somatisation of physical symptoms. *BMJ Open*, 10(3), e034143.
- Demirci, H. O. (2016). *Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Sağlık Çalışanlarında Mesleki Yorgunluk ve Travma Tepkilerine Bağlı Ruhsal Belirtilerle Baş Etme Biçimi Olarak Mizahın Kullanımı* (Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli).
- Demirci, Ş. (2018). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, Ankara)
- Di Martino, V. (2002). Workplace violence in the health sector: Country case studies. *Synthesis Report, International Labour Organisation/International Council of Nurses, World Health Organisation & Public Services Internationale Joint Programme, Geneva.*

- Dünya Sağlık. Örgütü (DSÖ). (2014). *Global Status Report on Violence Prevention* <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793> Erişim Tarihi: 01.05.2023
- Dünya Sağlık. Örgütü (DSÖ). (2023). *World Health Organization Violence Prevention Unit: Approach, Objectives And Activities, 2022-2026*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/who_2022_plv_strategy_2022-2026_finalfile.pdf?sfvrsn=c819ff54_3&download=true
- Dünya Sağlık. Örgütü (DSÖ). (2024). *Preventing Violence Against Health Workers*. <https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers>
- Dünya Sağlık. Örgütü (DSÖ). (2019). *Workplace Violence in The Health Sector*. <https://portale.fnomceo.it/sanita-ricerca-oms-nursing-up-un-infermiere-su-10-ha-subito-violenza-fisica-sul-lavoro-e-il-4-e-stato-minacciato-con-una-pistola-nellultimo-anno/> Erişim Tarihi : 14.01.2023
- Dursun, Y. (2011). Şiddetin izini sürmek: Şiddet nedir? *FLSF Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi*(12), 1-18.
- Edward, K.-I., Ousey, K., Warelow, P., & Lui, S. (2014). Nursing and aggression in the workplace: A systematic review. *British Journal of Nursing*, 23(12), 653-659.
- Enişte, S. (2019). *Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve nedenleri; Sivas numune hastanesi örneği* (Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas).
- Er, T., Ayoğlu, F., & Açıkgoz, B. (2021). Sağlık çalışanına yönelik şiddet: Risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Turkish Journal of Public Health*, 19(1), 69-78.
- Erdoğan, Ş. B. (2021). Görsel kültürün küresel kültüre dönüşmesinde kitle iletişim araçlarının rolü. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 25(3), 989-1006.

- Erhan, D., & Baysal, H. (2017). Hasta ve yakınlarını şiddete yönelten sebeplerin araştırılması-Burdur ili örneği. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 4(11), 95-118.
- Erkan, S. (2014). *Pamukkale Üniversite Hastanesi'nde Çalışan Hemşire ve Teknisyenlerin Mesleki Risk Algısının Belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli).
- Erten, R., Öztora, S., & Dağdeviren, H. N. (2019). Sağlık kuruluşlarında doktorlara yönelik şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 23(2), 52-63.
- Eryılmaz, M. (2007). Ülkemizde acil sağlık hizmetleri: İhtiyaca yönelik güncel çözüm önerileri. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery*, 13(1), 1-12.
- Farrell, G. A., Bobrowski, C., & Bobrowski, P. (2006). Scoping workplace aggression in nursing: Findings from an Australian study. *Journal of Advanced Nursing*, 55(6), 778-787.
- Gabua, S. E. (2014). *Patient/Visitor Violence Towards Nursing*. (Walden University, College of Health Sciences, Minnesota).
- Gale, S., Mordukhovich, I., Newlan, S., & Mcneely, E. (2019). The impact of workplace harassment on health in a working cohort. *Frontiers in Psychology*, 1181.
- Gür, D., & Baykal, Ü. (2023). Sağlık çalışanına uygulanan hasta ve hasta yakını şiddeti ve iletişim. *Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 1-9.
- Hariklia, S. (2007). Violence and aggression towards health care professionals. *Health Science Journal*, 1(2), 0-0.
- Hazar, Ç. (2006). Kişilik ve iletişim tipleri. *Selçuk İletişim*, 4(2), 125-140.
- Hıdıroğlu, S., Tanrıöver, Ö., Tosun, M., Turan, C. A., Günaydın, B. S., Eser, B., Htoo, K. M., & Karavuş, M. (2019). Birinci basamak sağlık çalışanlarının şiddete maruziyet düzeyleri ile iş doyumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 10(4), 173-184.

- Hoşgör, H., & Türkmen, İ. (2021). Bitmeyen çile: Sağlıkta şiddet (Medimagazin haber portalı üzerinden bir araştırma). *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*, 4(2), 192-211.
- Hutton, S. A. (2006). Workplace incivility: State of the science. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 36(1), 22-27.
- International Labour Organization (ILO). (2013). *Work-related violence and its integration into existing surveys*. https://labordoc.ilo.org/discovery/fulldisplay?context=L&vid=41ILO_INS T:41ILO_V1&tab=Everything&docid=alma994835343402676
- Işık, M. (2016). *İletişim Bilimine Giriş*. Eğitim Yayınevi.
- Jatic, Z., Erkocevic, H., Trifunovic, N., Tatarevic, E., Keco, A., Sporisevic, L., & Hasanovic, E. (2019). Frequency and forms of workplace violence in primary health care. *Medical Archives*, 73(1), 6.
- Kerzner, S. (2013). The crucial role of the “third” in bully/victim dynamics. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(2), 116-123.
- Kıymazaslan, E. (2022). *1. basamak sağlık kuruluşlarında sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Tekirdağ örneği* (Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Tekirdağ).
- Kocacık, F. (2001). Şiddet olgusu üzerine. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2(1), 1-7.
- Kocadaş, B., & Kılıç, M. (2012). Düşük sosyo-ekonomik yapıdaki kadın ve çocuğun şiddet algısı. *Uluslararası Katılımlı Kadına ve Çocuğa Karşı Şiddet Sempozyumu, Ankara: Mutlu Çocuklar Derneği Yayınları*.
- Konuk, N., & Alici, B. (2022). Ekonomik şiddetin toplumsal yansımalarına Türk sinemasından bakış: Nefesim kesilene kadar örneği. *Öneri Dergisi*, 17(57), 365-385.
- Korkut, F. (2005). Yetişkinlere yönelik iletişim becerileri eğitimi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 28(28), 143-149.
- Köse, A., & Beşer, A. (2007). Kadının değiştirilebilir yazgısı “Şiddet”. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(4), 114-121.

- Köseoğlu, M. (2018). Kadına yönelik şiddette sosyalleşme süreci ve toplumsal cinsiyet rollerinin etkisinin değerlendirilmesi. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 19(42 Kadın Çalışmaları Özel Sayısı), 77-96.
- Lamothe, J., Couvrette, A., Lebrun, G., Yale-Soulière, G., Roy, C., Guay, S., & Geoffrion, S. (2018). Violence against child protection workers: A study of workers' experiences, attributions and coping strategies. *Child Abuse & Neglect*, 81, 308-321.
- Lapum, J., St-Amant, O., Hughes, M., Garmaise-Yee, J., & Lee, C. (2020). *Introduction to Communication in Nursing*. <https://openlibrary-repo.ecampusontario.ca/jspui/handle/123456789/750>
- Leal, C., Tirado, S., & Rodríguez-Marín, J. (2016). Creation of the communication skills scale in health professionals, Csx-hp. *Anales de Psicología*, 32(1), 49.
- Li, L., Zhang, Q., Yang, H., & Undergraduate, S. L. (2022). Incidence and related influencing factors of workplace violence among psychiatric nurses in china: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 40, 68-76.
- Li, N., Wang, Z., & Dear, K. (2019). Violence against health professionals and facilities in China: Evidence from criminal litigation records. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 67, 1-6.
- Mata, Á. N. D. S., De Azevedo, K. P. M., Braga, L. P., De Medeiros, G. C. B. S., De Oliveira Segundo, V. H., Bezerra, I. N. M., Pimenta, I. D. S. F., Nicolás, I. M., & Piuvezam, G. (2021). Training in communication skills for self-efficacy of health professionals: A systematic review. *Human Resources for Health*, 19, 1-9.
- McGuire, S. S., Gazley, B., Majerus, A. C., Mullan, A. F., & Clements, C. M. (2022). Impact of the Covid-19 pandemic on workplace violence at an academic emergency department. *The American Journal of Emergency Medicine*, 53, 285. e281-285. e285.
- Mendi, O., Yildirim, N., & Mendi, B. (2020). Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the turkish version of the health professionals communication skills scale. *Asian Nursing Research*, 14(5), 312-319.

- Mento, C., Silvestri, M. C., Bruno, A., Muscatello, M. R. A., Cedro, C., Pandolfo, G., & Zoccali, R. A. (2020). Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior, 51*, 101381.
- Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukouli, S. (2020). The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare (Basel, Switzerland), 8*(1), 26. <https://doi.org/10.3390/healthcare8010026>
- National Observatory of Aggressions to Physicians (ONAM) Workgroup JM Garrote-Díaz A. Becerra-Becerra J. Bendaña-Jácome L. Casero-Cuevas G. Garrote-Cuevas M. Muñoz-García R. Marín-Montero L. Perez-Gallego D. Gutierrez-Bejarano JR Repullo, & General Council of Official Medical Associations of Spain (CGCOM) jmgarrote@cgcom.es. (2018). National report on aggressions to physicians in Spain 2010–2015: Violence in the workplace—ecological study. *BMC Research Notes, 11*, 1-6.
- Nikathil, S., Olaussen, A., Gocentas, R. A., Symons, E., & Mitra, B. (2017). Workplace violence in the emergency department: A systematic review and meta analysis. *Emergency Medicine Australasia, 29*(3), 265-275.
- Occupational Safety and Health Administration (OSHA). (2004). Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers. *Washington: US Department of Labor.*
- Occupational Safety and Health Administration (OSHA). (2015). *Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service workers.* <https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/osha3148.pdf>
- Özcan, F., & Yavuz, E. (2017). Türkiye’de sağlık çalışanları şiddet tehdidi altında. *The Journal of Turkish Family Physician, 8*(3), 66-74.
- Özcan, N., & Bilgin, H. (2011). Violence towards healthcare workers in turkey: a systematic review. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 31*(6), 1442-1456..
- Özişli, Ö. (2022). Sağlıkta şiddetin nedenleri üzerine bir araştırma. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 8*(1), 62-68.

- Polat, O. (2016). Şiddet. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 22(1), 15-34.
- Rezaei, F., & Askari, H. A. (2014). Checking the relationship between physicians' communication skills and outpatients' satisfaction in the clinics of Isfahan al-zahra (s) hospital in 2011. *Journal of Education and Health Promotion*, 3(1), 105.
- Rocque, R., & Leanza, Y. (2015). A systematic review of patients' experiences in communicating with primary care physicians: Intercultural encounters and a balance between vulnerability and integrity. *PloS One*, 10(10), e0139577.
- Rufen, O., Günaydin, H., & İshak, M. (2018). Çalışan hakları ve güvenliği birimlerinin işleyişi ile beyaz kod başvurularının retrospektif olarak değerlendirilmesi (Konya ili örneği). *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(2), 142-153.
- Sağlık Bakanlığı. (2012). "Hasta Çalışan Güvenliğinin Sağlanması" Konulu Genelge. 2011, s. 19. <https://edremitadsm.saglik.gov.tr/TR,551268/calisan-guvenliginin-saglanmasi-genelgesi.html> Erişim Tarihi: 02.12.2023
- Sancar, F. (2016). *Din Ve Şiddet: Tarihi, Dini, Siyasi, Kültürel, Sosyo-Psikolojik Boyutlarıyla*. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Yayınları.
- Sarcan, E. (2013). *Toplumun Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddete Bakış Açısı (Tıp Uzmanlık Tezi, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gaziantep)*.
- Schablon, A., Wendeler, D., Kozak, A., Nienhaus, A., & Steinke, S. (2018). Prevalence and consequences of aggression and violence towards nursing and care staff in Germany—a survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1274.
- Schablon, A., Zeh, A., Wendeler, D., Peters, C., Wohlert, C., Harling, M., & Nienhaus, A. (2012). Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 2(5), e001420.
- Schwartz, A. M. (2011). *Workplace Violence Screening and Prevention The College of St. Scholastica*.

- Serin, H., Serin, S., Bakacak, M., & Ölmez, S. (2015). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 24(3), 109-113.
- Solmaz, B., & Duğan, Ö. (2018). Sağlık çalışanı ile hasta ve yakınları arasında yaşanan şiddetin nedenlerinden "iletişim" üzerine bir inceleme. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18(2), 185-206.
- Sommer, J., Macdonald, W., Bulsara, C., & Lim, D. (2012). Grunt language versus accent: The perceived communication barriers between international medical graduates and patients in central wheatbelt catchments. *Australian Journal of Primary Health*, 18(3), 197-203.
- Stathopoulou, H. (2007). Violence and aggression towards health care professionals. *Health Science Journal*(2).
- Sun, P., Zhang, X., Sun, Y., Ma, H., Jiao, M., Xing, K., Kang, Z., Ning, N., Fu, Y., & Wu, Q. (2017). Workplace violence against health care workers in North Chinese hospitals: a cross-sectional survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(1), 96.
- Şahin, B., Gaygısız, Ş., Balcı, F. M., Öztürk, D., Sönmez, M. B., & Kavalcı, C. (2011). Yardımcı acil sağlık personeline yönelik şiddet. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 11(3), 110-114.
- Tanalı, G., Peker, U., Çopur, Ç., Şahin, B. C., Önel, B., Dalgıç, B., Yemez, R., Sünbül, F., Başaran, B. N., & Gündüz, N. G. (2022). Sağlıkta şiddet: Bir tıp fakültesinin öğrencilerinin bakış açısıyla nedenleri, etkileri ve çözüm önerileri. *Turkey Health Literacy Journal*, 3(1).
- Topaloğlu, MM, Çakit, MO, & Arslan, I. Aile hekimliği asistanlarının iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. *Ankara Tıp Dergisi* , 23 (3), 312-324.
- Türk Dil Kurumu (TDK). (2023). *Şiddet Kelime Anlamı*. <https://sozluk.gov.tr> Erişim Tarihi 14.01.2024
- Türk Dil Kurumu (TDK). *İletişimin Tanımı* <https://sozluk.gov.tr/> Erişim Tarihi 14.01.2024
- Terkeş, N., Değirmenci, K., & Bedir, G. (2021). hasta/hasta yakınları bakış açısıyla sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(4), 328-336.

- Terkeş, N., İlder, S., & Zorlu, E. (2022). Sağlık çalışanlarının şiddetle karşılaşma durumları ve sağlık çalışanları bakış açısıyla şiddetin nedenleri. *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*, 5(2), 620-634.
- Tokgöz, H. (2019). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü Kurumlarında Sağlıkta Şiddet Vakaları* (Yüksek Lisans Tezi, Namık Kemal Üniversitesi, Tekirdağ).
- Topaloğlu, M. M., Cakit, M. O., & Arslan, I. (2023). Evaluation of communication skills of family medicine assistants. *Ankara Medical Journal*, 23(3).
- Türkmenoğlu, B., & Sümer, H. E. (2017). Sivas İl merkezi sağlık çalışanlarında şiddete maruziyet sıklığı. *Ankara Medical Journal*, 17(4), 216-225.
- Uğurlu, H., & Şantaş, F. (2023). Sağlıkta şiddete ilişkin bir çalışma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(2), 305-334.
- Ulusal Sağlık Servisi, (NHS). (2023). *Nhs staff survey national results*. <https://www.nhsstaffsurveys.com/results/national-results/> Erişim Tarihi: 02.03.2024
- Uzuntaş, A. (2013). Etkili iletişim: Anlatabilmek ve anlayabilmek. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 21(1), 11-30.
- Vento, S., Cainelli, F., & Vallone, A. (2020). Violence against healthcare workers: A worldwide phenomenon with serious consequences. *Frontiers in Public Health*, 8, 570459.
- Vessey, J. A., Demarco, R., & Difazio, R. (2010). Bullying, harassment and horizontal violence in the nursing workforce the state of the science. *Annual Review of Nursing Research*, 28(1), 133-157.
- Vorderwülbecke, F., Feistle, M., Mehring, M., Schneider, A., & Linde, K. (2015). Aggression and violence against primary care physicians—a nationwide questionnaire survey. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112(10), 159.
- White, V., Chiswell, M., Webber, E., Martin, P., & Piper, A. (2023). What impact does participation in a communication skills training program have on health professionals' communication behaviors: Findings from a qualitative study. *Journal of Cancer Education*, 38(5), 1600-1607.

- Yalçın, H. (2023). Sağlık çalışanlarına şiddet ve şiddet oranları. *Aydın Sağlık Dergisi*, 9(3), 117-130.
- Yao, S., Zeng, Q., Peng, M., Ren, S., Chen, G., & Wang, J. (2014). Stop violence against medical workers in China. *Journal of Thoracic Disease*, 6(6), E141.
- Yeşilbaş, H. (2016). Sağlıkta şiddete genel bakış. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(3), 44-54.
- Yeşiltaş, Ö. G. A., & Erdem, R. (2019). Şiddet ve defansif tıp uygulamaları üzerine nitel bir çalışma. *The Journal of Academic Social Science* 74(74), 486-500.
- Yusoff, H. M., Ahmad, H., Ismail, H., Reffin, N., Chan, D., Kusnin, F., Bahari, N., Baharudin, H., Aris, A., Shen, H. Z., & Rahman, M. A. (2023). Contemporary evidence of workplace violence against the primary healthcare workforce worldwide: A systematic review. *Human Resources for Health*, 21(1), 82. <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00868-8>
- Zhan, Y., Kim, S. K., Zhou, L., Xie, B., Li, Y., Wen, B., & Nie, L. (2019). Patient violence and health professionals' occupational outcomes in China: A time-lagged survey study. *International Journal Of Nursing Studies*, 94, 120-130.
- Zhong, X., Tang, F., Lai, D., Hu, R., & Leal-Costa, C. (2023). The Chinese version of the health professional communication skills scale: Psychometric evaluation. *Frontiers in Psychology*, 14, 1125404.
- Zhu, H., Liu, X., Yao, L., Zhou, L., Qin, J., Zhu, C., Ye, Z., & Pan, H. (2022). Workplace violence in primary hospitals and associated risk factors: A cross-sectional study. *Nursing Open*, 9(1), 513-518.