



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI

**HASTA/YAKINI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İLETİŞİM
BECERİLERİNİN ŞİDDET EĞİLİMİNE ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

Şeyda ÖZTUNA

Danışman: Prof. Dr. Nermin GÜRHAN

TOKAT- 2022

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Prof. Dr. Nermin Gürhan danışmanlığında hazırlamış olduğum “Hasta/Hasta Yakını ve Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerilerinin Şiddet Eğilimine Etkisi” adlı Doktora tezinin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

21/06/2022

Şeyda Öztuna



TEŞEKKÜR

Tez ve ders dönemim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, bilim serüveni ile tanışmamı sağlayarak gelişimimde büyük katkısı olan ve tüm yaşantım boyunca rol model almaya devam edeceğim büyük şansım, saygıdeğer danışmanım Sayın Prof. Dr. Nermin GÜRHAN'a,

Tez izleme komitesinde yer alarak sürecime ılık tutan değerli hocalarım Doç. Dr. Aygöl KISSAL ve Dr. Öğr. Üyesi Bahadır GENİŞ'e,

Tezimin istatistik veri girişinde emeği olan kardeşim Sena ALTINSOY'a,

Bilim yolculuğum süresince yanımda olarak beni destekleyen, gücüme güç katan, hoşgörü ve tüm emekleri için hayatımı paylaştığım Sercan ÖZTUNA'ya,

Tüm gereksinimlerimi tamamlayarak hayata emin adımlar atmamı sağlayan canım annem Ayşe ALTINSOY'a,

Yaşama dair bakışı ile her zaman rol model edindiğim, bendeki yerini tarif edemediğim, öykülerimin güçlü karakteri babam İbrahim ALTINSOY'a

Ve hayata merhaba dediği ilk andan itibaren beni onurlandıran, tüm zorluklarda bana kokusu ile güç veren biricik oğlum, göz bebeğim Ahmet Tuğra ÖZTUNA'ya gönülden teşekkürlerimi sunuyorum.

ÖZET

HASTA/YAKINI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İLETİŞİM BECERİLERİNİN ŞİDDET EĞİLİMİNE ETKİSİ

Öztuna, Şeyda

Doktora, Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nermin Gürhan

Haziran 2022. xi + 105 sayfa

Çalışmamızın amacı hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanlarının, iletişim becerileri ve şiddet eğilimleri arasındaki ilişkiyi, hasta/yakını ve sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ve şiddet eğilimlerine etki eden faktörleri belirlemektir. Araştırmamız tanımlayıcı ve ilişki arayıcı özelliktedir. Araştırmanın evrenini, Tokat ili merkezinde faaliyet gösteren üç kamu hastanesinde görev yapan sağlık çalışanları, bu hastanelerden 10 Ağustos 2021 ve 30 Ekim 2021 tarihleri arasında polikliniklerde hizmet almış ve yataklı servislerde hizmet almaya devam eden hasta ve yakınları oluşturmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden iki yüz hasta, iki yüz hasta yakını ve yüz yetmiş iki sağlık çalışanı olmak üzere beş yüz yetmiş iki hasta/yakını ve sağlık çalışanları örneklem grubunu oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, üç grup için ayrı ayrı oluşturulan Bilgi Formu, Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği (ŞYTÖ) ve İletişim Becerileri Envanteri (İBE) ile elde edilmiştir. Araştırma verilerimizin değerlendirilmesinde SPSS 23.0 programı kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov Smirnov testi ile incelenirken, ölçek puanları ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesinde normal dağılmayan verilerde Spearman rho korelasyon katsayısı normal dağılan verilerde ise Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Elde edilen veriler, lineer regresyon analizi ile değerlendirilerek, hasta/yakını ve sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ve şiddet eğilimleri üzerine etkili, bilgi formumuzdaki tanımlayıcı özelliklere ilişkin risk faktörleri belirlenmeye çalışılmıştır. Çalışmamızda sağlık çalışanları için ŞYTÖ ile İBE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki; hasta bireyler için ŞYTÖ ile İBE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki; hasta yakınları için ise ŞYTÖ ile İBE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır. Regresyon analiz sonucumuza göre ise; yaş, cinsiyet, medeni

durum, eğitim, yaşanan yer, meslek, çalışma ortamındaki iletişimi değerlendirme, sunulan hizmeti değerlendirme ve kendine zarar vermeyi düşünme durumu değişkenlerimiz ile İBE ve ŞYTÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Her alanda olduğu gibi sağlık alanında da giderek artan şiddet olaylarının önlenmesi amacıyla, hasta/yakını ve sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin güçlendirilmesi ve şiddet olgusuna etkisi olan risk faktörlerinin belirlenmesinin sorunun çözümüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta, Hasta Yakını, Sağlık Çalışanı, Şiddet, İletişim Becerileri



ABSTRACT

THE EFFECT OF COMMUNICATION SKILLS OF PATIENTS/RELATED AND HEALTHCARE PROFESSIONALS ON VIOLENCE TENDENCIES

Oztuna, Seyda

Ph.D., Department of Psychiatric Nursing

Thesis Advisor: Prof. Dr. Nermin Gurhan

June 2022. xi + 105 pages

The aim of our study is to determine the relationship between communication skills and violence tendencies of patients, patient relatives and healthcare professionals, and the factors affecting communication skills and violence tendencies of patients/relatives and healthcare professionals. Our research is descriptive and relationship-seeking. The population of the research consisted of healthcare professionals working in three public hospitals operating in the city center of Tokat, patients and their relatives who received service from these hospitals in outpatient clinics between August 10, 2021 and October 30, 2021 and continued to receive services in inpatient services. Two hundred patients who agreed to participate in the study, two hundred patients' relatives and one hundred seventy-two healthcare professionals, comprised the sample group of five hundred and seventy-two patients/relatives and healthcare professionals. The data of the study were obtained with the Information Form, the Attitudes towards Violence Scale (ŞYTÖ), and the Communication Skills Inventory (HCI), which were created separately for three groups. SPSS 23.0 program was used in the evaluation of our research data. While the compatibility with normal distribution was examined with the Kolmogorov Smirnov test, Spearman's rho correlation coefficient was used in the data that was not normally distributed, and the Pearson correlation coefficient was used in the data that was normally distributed. The data obtained were evaluated by linear regression analysis and it was tried to determine the risk factors related to the descriptive features in our information form, which are effective on the communication skills and violence tendencies of the patients/relatives and healthcare professionals. In our study, there was a statistically significant, positive and weak relationship between SHIT and IBE scores for healthcare professionals; a statistically significant, positive and weak correlation between SHIT and

IBE scores for sick individuals; For the relatives of the patients, a statistically significant, positive and weak correlation was found between SHIT and IBE scores. According to our regression analysis result; A significant relationship was found between our variables of age, gender, marital status, education, place of residence, occupation, evaluation of communication in the working environment, evaluation of the service provided, and self-harm, and ICI and SHIT scores. It is thought that strengthening the communication skills of patients/relatives and health workers and determining the risk factors that affect the phenomenon of violence will contribute to the solution of the problem, in order to prevent the increasing violence in the field of health as in every field.

Keywords: Patient, Relatives, Health Employee, Violence, Communication Skills



İÇİNDEKİLER

ETİK SÖZLEŞME	Sayfa
TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ	vii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
1. GİRİŞ.....	xi
2. GENEL BİLGİLER.....	1
2.1 Şiddet Kavramı.....	5
2.2. Şiddetin Çeşit ve Boyutları	5
2.2.1. <i>Duygusal/Psikolojik Şiddet</i>	6
2.2.2. <i>Fiziksel Şiddet</i>	7
2.2.3. <i>Ekonomik Şiddet</i>	7
2.2.4. <i>Cinsel Şiddet</i>	8
2.3. Şiddetin Ruh Sağlığı Üzerine Etkisi.....	9
2.4. Bireyleri Şiddete Yönelten Sebepler	9
2.5. Sağlık Kurumlarında Şiddet ve Nedenleri.....	11
2.6. Hasta/Yakınları ve Sağlık Çalışanlarının Birbirlerine Uyguladıkları Şiddetin Olası Etkileri.....	16
2.7. İletişim Becerisi ve Önemi	18
2.8. Hasta/Yakınları ve Sağlık Çalışanları Arasındaki İletişim Süreci	20
3. SAĞLIK KURUMLARINDA ŞİDDETİN ÖNLENEBİLMESİ İÇİN İLETİŞİM BECERİLERİNE YÖNELİK ALINMIŞ ÖNLEMLER	24
4. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
4.1. Araştırmanın Yeri.....	26
4.2. Araştırmanın Tipi	27
4.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	27
4.4. Veri Toplama Araçları.....	28
4.4.1. <i>Hasta Birey İçin Bilgi Formu</i>	28
4.4.2. <i>Hasta Yakını İçin Bilgi Formu</i>	28
4.4.3. <i>Sağlık Çalışanı İçin Bilgi Formu</i>	29

4.4.4. Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği.....	29
4.4.5. İletişim Becerileri Envanteri	29
4.5. Araştırmanın Veri Analizi.....	31
4.6. Araştırmanın Dahil Edilme ve Çıkarılma Kriterleri	31
4.7. Araştırmanın Bütçesi	32
4.8. Araştırmanın Zaman Aralığı	32
4.9. Bilgi Formu ve Ölçeklerin Uygulanması.....	32
4.10. Araştırmanın Etik Boyutu.....	33
4.11. Araştırmanın Sınırlılığı.....	33
4.12. Araştırmanın Değişkenleri	33
4.12.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri.....	33
4.12.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	34
4.13. Tezin Hipotezleri	34
5. BULGU VE YORUMLAR.....	35
5.1. Sağlık Çalışanlarına Ait Tanımlayıcı Özellikler.....	35
5.2. Hasta Bireylere Ait Tanımlayıcı Özellikler.....	36
5.3. Hasta Yakınlarına Ait Tanımlayıcı Özellikler.....	37
5.5. Hasta Bireyler İçin İBE ve ŞYTÖ Ölçeklerinin Güvenilirlik Analiz Sonuçları	39
5.6. Hasta Yakınları İçin İBE ve ŞYTÖ Ölçeklerinin Güvenilirlik Analiz Sonuçları	40
5.7. Sağlık Çalışanları İçin İBE ve ŞYTÖ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	40
5.8. Hasta Bireyler İçin İBE ve ŞYTÖ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	41
5.9. Hasta Yakınları İçin İBE ve ŞYTÖ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	42
5.10. ŞYTÖ Puanı Üzerine Hasta Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi	44
5.12. ŞYTÖ Puanı Üzerine Hasta Yakınlarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi.....	49
5.13. Hasta Yakınlarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre İBE Puanlarının Karşılaştırması	51
5.14. ŞYTÖ Puanı Üzerine Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi.....	54
5.15. İBE Puanı Üzerine Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi.....	56
5.16. Hipotezlerin İncelenmesi	58

6. TARTIŞMA.....	59
6.1. Hasta Bireyler İçin ŞYTÖ, İBE ve Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	59
6.2. Hasta Yakınları İçin ŞYTÖ, İBE ve Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulguların İncelenmesi	60
6.3. Sağlık Çalışanları İçin ŞYTÖ, İBE ve Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulguların İncelenmesi	64
7. SONUÇ ve ÖNERİLER	68
KAYNAKLAR	74
EKLER	85
Ek 1: Hasta Birey İçin Bilgi Formu	85
Ek 2: Hasta Yakını İçin Bilgi Formu.....	87
Ek 3: Sağlık Çalışanı İçin Bilgi Formu.....	89
Ek 4: Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği	91
Ek 5: İletişim Becerileri Envanteri	92
Ek 6: Etik Kurul İzni	96
Ek 7: İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzin Yazısı.....	98
Ek 8: Üniversite Hastanesi Kurum İzin Yazısı.....	99
Ek 9: Alt Hipotezlerin İncelenmesi.....	100

TABLOLAR LİSTESİ

	sayfa
Tablo 1. Sağlık Çalışanlarına Ait Tanımlayıcı Özellikler.....	35
Tablo 2. Hasta Bireylere Ait Tanımlayıcı Özellikler.....	36
Tablo 3. Hasta Yakınlarına Ait Tanımlayıcı Özellikler.....	37
Tablo 4. Sağlık Çalışanları İçin İBE ve ŞYTÖ Ölçeklerinin Güvenilirlik Analiz Sonuçları	39
Tablo 5. Hasta Bireyler İçin İBE ve ŞYTÖ Ölçeklerinin Güvenilirlik Analiz Sonuçları	39
Tablo 6. Hasta Yakınları İçin İBE ve ŞYTÖ Ölçeklerinin Güvenilirlik Analiz Sonuçları	40
Tablo 7. Sağlık Çalışanları İçin İBE ve ŞYTÖ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	40
Tablo 8. Hasta Bireyler İçin İBE ve ŞYTÖ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	41
Tablo 9. Hasta Yakınları İçin İBE ve ŞYTÖ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	42
Tablo 10. ŞYTÖ Puanı Üzerine Hasta Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi.....	44
Tablo 11. Hasta Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre İBE Puanlarının Karşılaştırması	46
Tablo 12. ŞYTÖ Puanı Üzerine Hasta Yakınlarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi.....	49
Tablo 13. Hasta Yakınlarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre İBE Puanlarının Karşılaştırması	51
Tablo 14. ŞYTÖ Puanı Üzerine Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi	54
Tablo 15. İBE Puanı Üzerine Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi.....	56
Tablo 16. Hipotezlerin İncelenmesi.....	58

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

CMAJ: Canadian Medical Association Journal

DSÖ-WHO: Dünya Sağlık Örgütü-World Health Organization

ICN: Uluslararası Hemşireler Birliği-International Council of Nurses

ILO: Uluslararası Çalışma Örgütü- International Labour Organization

İBE: İletişim Becerileri Envanteri

İİBF: İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

JAMA: The Journal of the American Medical Association Veritabanı

KLP: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi

OSHA: Occupation Safet and Health Administration

PTSD: Post Travmatik Stres Bozukluğu

SPSS: Statistical Packages for the Social Sciences

ŞYTÖ: Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

1. GİRİŞ

Ulusal ve uluslararası literatüre bakıldığında sağlık kurumlarında yaşanan şiddetin çoğunlukla hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanları arasındaki iletişimsizliğe bağlı olduğu görülmektedir (Miedema vd., 2010; Zafar vd., 2013; Sönmez vd., 2013; Xing vd., 2015; Baykan vd., 2015; Al vd., 2015; Ferri vd., 2016; Dağ & Baysal, 2017; Özkan vd., 2019; Zorlu & Kunçer, 2020, Akgün, 2021). İletişim sürecinde yaşanan sorunlar, çalışan memnuniyetini olumsuz yönde etkileyerek stres ve tükenmişliğe bağlı olarak bakım kalitesi üzerinde olumsuz sebeplere neden olurken, hasta ve yakınlarında da gereksinimlerinin yeterli düzeyde karşılanamamasına bağlı olarak stres, gerginlik ve tedavi/bakıma uyumda sorunlara neden olabilmektedir (Khairunnisaa & Hatta, 2017). Stresli bir durumun algılanmasından sonra oluşan gerginlik, gerginliğe karşı olgun olmayan savunma mekanizmalarının kullanılması sonucunda, hala çözüme ulaşılamaması nedeniyle şiddet olgusunun ortaya çıktığı görülmektedir (Gürhan, 2020). Bu durum genel olarak, sağlık çalışanlarının riskli bir ortamda çalışmasına neden olmakla birlikte arzu edilen mesleki itibara ulaşamama durumunu da doğurmaktadır (Cheung & Yip, 2017). Hasta ve yakınlarında ise, etkili bakım alamama ve alamadıkları yönündeki düşüncelerle, sağlık çalışanlarına karşı olumsuz bir yaklaşım oluşturmalarına neden olabilmektedir (Dağ & Baysal, 2017). Dolayısıyla bu çalışma, hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanlarının, iletişim becerileri ve şiddet eğilimleri arasındaki ilişkiyi, hasta/yakını ve sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ve şiddet eğilimlerine etki eden faktörleri saptayabilmek için yapılmıştır.

Hasta/yakını hastanede bulunduğu süre içerisinde bilmediği ya da kendini hazır hissetmediği tıbbi müdahaleler, endişe verici tetkik ve tahliller nedeniyle kendilerinin anlaşılmadıklarını ya da bağımlı olduklarını hissetmeleri sebepleriyle istendik olmayan

baş etme yöntemlerine başvurabilmektedirler (Newell & Jordan, 2015). Hasta ve yakınlarının yaşamakta olduğu bu gibi durumlar sağlık çalışanları tarafından “sinir bozucu, sürekli isteyen, kaba vb.” algılanabilmektedir. Sağlık çalışanları böylesi bir durumlarda hastaların sadece fiziksel gereksinimlerini karşılarken, yakınları ile iletişim kurmaktan kaçınabilir veya etkin iletişimi kullanamayabilirler. İletişim becerilerinin etkin bir şekilde sürdürülememesi bütüncül bakımı olanaksız kılarken her grubunda birbirlerine karşı güvensizlik, öfke, endişe vb. gibi duygular yaşamalarına sebep olabilmektedir (Swain & Gale, 2014). Bütün bu olumsuzluklar hasta/yakınlarını iletişimsizliğe yönlendirirken kendilerini savunmak amacı ile şiddete başvurulabilmektedirler. Sağlık kurumlarında hastaların ve onların bakımlarına katılan yakınlarının adil/demokratik ve insancıl hizmet alma haklarının olduğu aynı şekilde sağlık çalışanları, hasta ve yakınlarının ruhsal/fiziksel anlamda güvende olduklarını hissetme (Molin vd., 2016) ve şiddetin yaşanmadığı ortamlarda tedavilerin uygulandığı normlardan faydalanma hakları vardır (Stenhouse, 2013). İyi ve etkili bir iletişim, sağlık çalışanı ve hasta/yakınları arasındaki ilişkinin dinamizmini etkileyebilmektedir.

Konu ile ilgili yapılmış şiddet ve iletişim konulu çalışmalarda, bağımlı ile bağımsız değişken arasında bağlantı olduğu ortaya konularak önerilerde bulunulduğu görülmektedir. Güvenlik tedbirlerinin artırılması, performansa dayalı sistemde düzenleme ve değişiklikler, hizmet içi eğitim programlarının yaygınlaştırılması, cezai yaptırımların artırılması, medya aracılığı ile farkındalık oluşturulması, şiddetin yoğun yaşandığı birimlerde sağlık çalışanı sayısının artırılması vb. temaları içeren bu önerilerin, 2022 yılında yayımlanan bir raporda sağlık çalışanlarına yönelik saldırıların % 62 oranında arttığının da ifade edilmesiyle (Sağlık Sen Şiddet Raporu, 2022), şiddeti azaltma yada ortadan kaldırmada etkilerinin istendik düzeyde olmadığını, sorunun

çözümünde koruyucu önlemlerin artırılması için şiddet öncesi döneme odaklanılmasının önemli olduğunu söyleyebiliriz. Şiddetin sorunların giderilmesinde bir yöntem olarak görülmeye başlanan ortamlarda fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik alanlarda yıkımlar oluşabilmektedir. Sadece şiddetin yaşandığı mekanlardaki kişileri etkilemekle kalmayıp nesilden nesile aktararak çözümsüz bir hal alabilmektedir (Özcan & Gürhan, 2016). Sorunun çözümü için çok boyutlu düşünülmesinin ve çözümlerin tüm boyutları kapsamasının yarar sağlayacağı söylenebilir. Dolayısıyla bilgi formumuzdaki tanımlayıcı verilerimizin iletişim becerilerini etkileme ve şiddetin öngörülebilirliği konusunda bilgi vermesi ve önleyici faaliyetler olarak farklı bakış açısı ile önerilerin sunulduğu çalışmamız hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanlarının, iletişim becerileri ve şiddet eğilimleri arasındaki ilişkiyi, hasta/yakını ve sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ve şiddet eğilimlerine etki eden faktörleri belirlemede faydalı olacağı, alana istendik yarar sağlayacağını söyleyebiliriz.

Hildegard Peplau kişilerarası iletişim sürecini, hemşire ve kişilerin birbirleri ile olan etkileşim sürecine odaklanarak, bu karşılıklı ilişkiyi devam ettirmesi şeklinde ifade etmiştir. İletişim becerilerinin uygun kullanılarak sürecin istendik olabilmesi, iletişim temelli sorunların azalmasında yardımcı bir faktördür. Bu sürecin istendik olması, sunulacak bakımın kalitesi için de önemli bir kriterdir (Arslan vd., 2018). Çoğunlukla stresli durumlarla karşılaşan sağlık çalışanları, zor durumda olan hasta bireylere tedavi ve bakım vermeleri sebebiyle doğrudan veya dolaylı pek çok durumla karşılaşmaktadır. Bu durumların ise sağlık çalışanların üzerinde fiziksel ve ruhsal anlamda olumsuz etkileri görülebilmektedir. Psikiyatri hemşirelerinin hasta bireye uygulayacağı bakımın kalitesi; tedavi edici ortamda aktif rolde olabilme, etkin iletişim becerilerini kullanabilme, alternatif çözümler üretebilme ve problem çözebilme (Çam vd., 2014), hasta ve

yakınlarına ait kültürel farklılıkları göz önünde bulundurabilme, ekip ile iş birliği yapabilme, terapi becerilerini, uyum ve adaptasyonu sağlamaya yönelik becerilerini kullanabilme (Metzl & Morrell, 2008), şiddet ile ilgili ipuçlarını erken dönemde fark edebilme ile (Papadopoulos vd., 2012) ilgili olduğu belirtilmektedir. Tüm bu durumlar uygun şekilde yönetilemediğinde sunulan tedavi ve bakım kalitesi, birey, toplum, sağlık ekibi ve kurumlar sonuçlarından olumsuz etkilenebilmektedir (Günüşen, 2016).

Sonuç olarak; toplumumuzda bireylerin ruh sağlığını olumsuz etkileyen olayların sayısı ve şiddeti gün geçtikçe artmaktadır (Öz & Yılmaz, 2009). Özellikle psikiyatri ve KLP Hemşireleri şiddet gibi durumların ele alınması ve önlenmesinin odağında yer alması sebebiyle (Murphy, 2004) şiddetin belirtilerini ve risk taşıyan bireylerin özelliklerini bilmelidir (Günüşen, 2016).

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Şiddet Kavramı

Şiddet olgusu oldukça eski bir geçmişe sahip olup, kişisel ve toplumsal birçok parçadan oluşan kompleks bir olgudur (Kocacık, 2001). Gün geçtikçe şiddetin yaşantımıza daha fazla yerleştiği ve çeşitlenerek arttığı düşünülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre şiddet, günümüz de önemli bir halk sağlığı problemlerinden biri olmuş durumdadır (WHO, 2014).

Şiddet kavramının yaygınlığı sebebiyle farklı anlamda çok sayıda tanım yapılmıştır (Michaud, 1991). Şiddet daha yaygın olarak davranışın kendisini tanımlamak için kullanılmasına rağmen, zaman zaman bir duygusal hali tanımlamak için de kullanılır. Böylece şiddet kavramının kavranabilmesi, bireylerin ruhsal durumlarının ve kendilerine özgü motivasyonlarının, neden ve sonuçlarının ifade edilmesine bağlı hale gelmektedir (Riches, 1989).

DSÖ'ye göre ise şiddet "Kişinin kendisine ya da başka birine, bir gruba ya da topluma karşı fiziksel gücünü istemli olarak kullanması ya da tehdit etmesi sonucu, yaralanma, ölüm, psikolojik zarar görme ve gelişiminin olumsuz etkilenmesi ya da tükenme durumunun ortaya çıkması" şeklinde tanımlanmaktadır. Görülmektedir ki şiddet, karşısındaki insana ruhsal veya fiziksel olarak istemli bir şekilde zarar verme amacıyla yapılan davranışlar bütünüdür (Krug vd., 2002).

Avrupa Komisyonu'nun şiddet ile ilgili yaptığı tanımda ise, kişinin tehdit edildiği veya saldırıya uğradığı, işi ile ilgili olarak güvenliğinde, sağlığında ve iyilik halinde olumsuz değişimlere neden olan olaylar olarak belirtilmektedir (Wyne vd., 1997).

Başka bir tanıma göre şiddet, insan üzerindeki fiziksel ve psikolojik etkileri alenen ölçülemeyen, somut ve dolaylı bir şekilde hissedilen çeşitli zorlamalardır. Şiddet

daha çok fiziksel olarak açıklanmaya çalışılsa da sözel, psikolojik, ekonomik ve cinsel boyutları da olan bir olgudur (Gürhan, 2016).

2.2. Şiddetin Çeşit ve Boyutları

Şiddet uygulayıcısının hedeflerinin ve isteklerinin yerine getirilmemesi şiddetin oluşumunda birinci aşamayı oluşturmaktadır. İstekleri yerine gelmeyen bireyde anksiyete oluşmaktadır. Şayet birey dahil olduğu bu durumu kontrol altına alamaz ise şiddet olgusu ortaya çıkabilmektedir (Shoda & Smith, 2004).

Anksiyete seviyesi artan şiddet uygulayıcısı bireyin, uyguladığı şiddet eyleminin türü de değişmektedir. Az seviyelerdeki anksiyete daha çok sözel şiddeti doğururken, anksiyete seviyesi artıkça fiziksel şiddete doğru bir hareketlenme oluşabilmektedir (Chen vd., 2008). DSÖ'nün sınıflamasına ve ilgili literatüre dayanarak, şiddet çeşitleri duygusal, fiziksel, ekonomik ve cinsel olarak sınıflandırılabilir (Yekeler, 2010).

2.2.1. Duygusal/Psikolojik Şiddet

Birey veya topluma karşı; ruhsal, davranışsal, ahlaki, manevi veya toplumsal ilerlemeye zarar verebilecek ve fiziksel güçle birlikte tehdit de olmak üzere, istemli güç davranışı kullanımı şeklinde tanımlanabilmektedir (ICN, 2003). Aşağılamak, bağırarak tehdit etmek, gergin bakışlar, başka kişilerin önünde birini küçümsemek ve alaycı bir tutum sergilemek birer psikolojik şiddet örneğidir (Keashly vd., 1997).

Psikolojik şiddet mağdurlarının cinsiyet ve yaş dağılımları incelendiğinde on sekiz-otuz yaş aralığındaki bireylerin farklı yaş gruplarına ve erkeklere göre kadınların daha fazla sözel tacizle karşılaştığı saptanmıştır (Chappell & Martino, 2006). Hasta ve hasta yakınları tarafından uygulanan şiddet çeşidinin tersine, sağlık çalışanları kendi aralarında daha çok fiziksel eylem içermeyen şiddet uygulamaktadır (Longo & Sherman,

2007). Veriler, sözel şiddetin sağlık çalışanlarının birbirleri ile daha çok yaşanan şiddet çeşidi olduğunu göstermesine rağmen şiddet yaşamış bireylerin birçoğu kendilerine uygulanan şiddeti önemsemediğinden ya da kendi oluşturdıkları baş etme mekanizmaları ile problemi çözdüklerini düşünmeleri sebebiyle ilgili kuruma bildirmekten kaçınmaktadır (Snyder vd., 2007).

Kalıcı psikolojik ve psikosomatik etkiler bırakabilmesi açısından psikolojik şiddet, fiziksel şiddetten daha tehlikeli olabilmektedir (Davenport vd., 2003) ve şiddete yönelik yapılan boylamsal araştırmalar, psikolojik şiddetin çoğunlukla fiziksel şiddetin önemli bir habercisi olduğunu göstermektedir (Murphy & O’Leary, 1989).

2.2.2. Fiziksel Şiddet

Birey veya topluluğa yönelik tokat atma, bir şeyler fırlatma, vurma, kesici delici alet ile zarar verme, silahla saldırma, ısırma, çimdikleme ve itme gibi fiziksel eylemlerde bulunarak zarar verme durumu fiziksel şiddet olarak tanımlanmaktadır (ICN, ILO, WHO, PSI, 2003).

Daha çok bedene yönelik ve bedensel kuvvet ile yapılan fiziksel şiddet, kontrol etmeyi, korku ve acı yaşatacak talepleri yerine getirmeyi hedef olarak belirlemiştir. Fiziksel şiddete tehdit etmek ve küçümsemek gibi şiddet unsurları da eşlik edebilir (Amargi, 2005).

2.2.3. Ekonomik Şiddet

Ekonomik şiddet üç biçimde oluşabilmektedir;

- Kişinin ekonomik kaynaklara ulaşımını kontrol etme
- Kişinin iş arama, işe başlama ve işi sürdürme yeteneğini engelleme

-Kişinin bireysel ekonomik durumunu sömürme olmak üzere şiddet uygulayıcısı tarafından ekonomik durumu kontrol altında tutma amacı ile ortaya çıkabilir (Sylianu, 2016).

Dünya genelinde cinsiyet, yaş, ırk, dil, din, eğitim seviyesi ayırt edilmeksizin toplumdaki tüm kişileri etkileyen şiddet eylemi, son zamanlarda daha fazla günlük yaşantımızın ögesi haline dönüşmekte, herkes ve her kurum için ciddi bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkabilmektedir (Kingma, 2001).

Bütün şiddet çeşitlerinden herhangi biri ile karşılaşan bireyler duygusal, davranışsal ve sosyal boyutta bu olaydan önemli bir biçimde etkilenebilmektedir. Şiddetin bireylere yönelik sadece olumsuz etkileri bulunmamakta, ortaya çıktığı kurumlarda da olumsuz etkilerinden bahsedilebilmektedir. Şiddetin görüldüğü kurumlarda adalet sisteminde oluşturduğu tahribatlar sebebiyle, maddi ve manevi olarak ekonomik sorunları da ortaya çıkarabilmektedir (Cullen vd., 2015).

2.2.4. Cinsel Şiddet

İstenilmeyen cinsel içerikli her türlü eylemler cinsel şiddet olarak tanımlanmaktadır (Hegney vd., 2006). Yapılan çalışmalarda daha fazla oranda görülen şiddet çeşidinin sözel şiddet olduğu, bu verileri de cinsel ve fiziksel şiddetin takip ettiği saptanmıştır (Guay vd., 2014). Daha az sayıda bildirilen şiddet türünün ise psikolojik şiddet olduğu görülmektedir (Hesketh vd., 2003).

Sağlık çalışanları yaşadıkları cinsel şiddeti, bazı sebeplerden dolayı göz ardı etmekte, saklamakta veya bildirimini yapamamaktadırlar. Sağlık çalışanları tarafından bazı sebeplerle bildirimi yapılmayan cinsel şiddet durumları nedeniyle, kurumların konuyla ilgili yeterli bilgi sahibi olamadıkları görülebilmektedir (Çelik & Çelik, 2007).

2.3. Şiddetin Ruh Sağlığı Üzerine Etkisi

Ülkelerin gelişmişlik seviyesi ile birlikte azalması beklenen şiddet olaylarının, üzücü bir biçimde ve şiddetin farklı türleri ile devam etmekte olduğu görülmektedir. Bunun sonucunda şiddet olgusu, birey ve toplumların haklarına yönelik tehdit oluşturabilmektedir (Kepençi & Çınkır, 2005).

Şiddet gibi travmatik yaşantılara maruz kalan mağdurlar, ruhsal bozukluklar açısından riskli grupta değerlendirilmelidir. Şiddet olgusuna maruz kalmış birey ve toplumlar, yaşadıkları travmanın psikolojik etkileri sebebiyle yoğun stres altında olabilmektedirler (Bloom, 2009) ve şiddetten etkilenen sadece olayın mağduru da olmamaktadır (Lewis vd., 2015). Sonuç olarak bu aşırı ve beklenmedik olaylarla karşı karşıya kalan birey ve toplumlarda anksiyete, korku, geri çekilme ve kaçınma gibi davranış örüntüleri ortaya çıkabilmektedir (Bisson, 2007).

2.4. Bireyleri Şiddete Yönelten Sebepler

Şiddet toplumda her geçen gün artmakta ve artan etkisi ile de tüm toplumları etkileyebilmektedir (Gürhan & Özcan, 2016). Psikiyatri alanı sorunun çözümü yaklaşımı amacıyla şiddete yönelik eylemlerin oluşma nedenleriyle ilgili çalışmalar yapmaktadır (Moses, 1996).

Etki ve çeşitliliğini artıran şiddet durumunun sebebi olarak farklı faktörler belirtilirken, geçmiş yaşantısında şiddet uygulayan bireylerin daha çok, alkol madde kullanım bozukluğu, ruhsal rahatsızlık veya kişilik bozukluğu tanısı olanların şiddete başvurma potansiyellerinin yüksek olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca cinsiyet, yaş, yüksek sesli ortamların ve sağlık çalışanları ile yaşanan iletişim problemlerinin şiddet olaylarında etkili olduğu belirtilmektedir. (Nicholls vd., 2009).

Bireylerde şiddet eylemine sebep olan durumlar kesin olarak bilinmese de bazı teoriler savunulmaktadır (Gürhan & Özcan, 2016):

Biyoloji alanında şiddet; beyin fonksiyonlarının işlerliğine bağlı olarak ele alınmakta ve şiddet ile birlikte bazı hormonal/kimyasal etkileşimler ortaya çıkmaktadır. Bu doğrultuda biyoloji disiplini içinde şiddet tutumları, alerjiler, diyet, hormonal düzensizlikler, testosteron gibi biyokimyasal faktörler, beyin bozuklukları ve tümör gibi nöropsikolojik faktörler, XYY sendromu gibi genetiksel faktörler üzerinden analiz edilmektedir (Gürhan, 2016).

Psikoloji alanında şiddet; bireyin zihinsel süreci, psikopatolojik sendromlar, içgüdüsellik, egosantrizm, hiperaktiflik, rijitlik, zeka düzeyi, zihinsel rahatsızlıklar, kişilik bozuklukları ve sinirlilik gibi kişilik özellikleri ile tanımlanmaktadır. Psikolojik olarak şiddet davranışını başlatan bir eylem veya güdü bulunmaktadır. Bu güdünün kaynağı ise kişinin veya grupların bir yaşam beklentisi, dayanılmaz hale gelen baskılar, namus cinayetleri, kan davaları gibi ortaya çıkan davranışlar olabilmektedir (Gürhan, 2016).

Sosyoloji alanında ise şiddet; yaşam biçimini şekillendiren değerler yapısı, toplumsal ve kurumsal yapı, sosyalleşme süreci ve kişiler arası ilişkiler tarzı üzerinden incelenirken, hukuk alanında şiddet; kişiye zarar veren eylemlerde bulunmak, kanuna uymamak, kötü söz söylemek, onuru kırmak, huzura son vermek, birinin haklarını görmezden gelmek, hırpalamak, incitmek, zor kullanmak vb. şekilde birçok şiddet tanımı ile karşılaşabilmekteyiz (Gürhan, 2016).

Zaman içerisinde değişen toplum kurallarının topluma uymadığı, nüfusun fazlaştıkça bireyler arasındaki mesafenin arttığı ve bunun sonucu olarak da kişiler arası iletişimde bozulmaların görüldüğü gözlenmektedir. Bireylerin diğer kişiler üzerinde daha

fazla egemenlik kurmaya çalışmasıyla saldırganlık dürtülerinin de arttığı görülebilmektedir (Uludağ & Zengin, 2013).

Şiddetin psikolojik etkilerinin olmasının yanında (Adler & Denmark, 1995), fiziksel, sosyal ve ekonomik etkileri de olan bir durumdur. DSÖ sadece Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) kişilerarası şiddetin sebep olduğu maliyetlerin toplamının yıllık ulusal gelirin %3.3'üne denk gelmekte olduğunu rapor etmiştir (WHO, 2002).

2.5. Sağlık Kurumlarında Şiddet ve Nedenleri

Şiddet, toplumlardaki bireyleri etkileyerek çalışılan kurumlarda bir problem olarak karşımıza çıkabilmektedir (Kingma, 2001).

Günümüzde birçok alanda karşılaştığımız şiddeti bir şemsiye olarak değerlendirirsek; Kadına, kolluk güçlerine, hayvana, sağlık çalışanlarına ve doğaya şiddet, akran zorbalığı ve yıldırma, terör ve daha birçok şiddet şemsiyesi altında bulunan ve son zamanlarda artarak daha sık duyduğumuz ya da şahit olduğumuz kavramlardır (Gürhan & Özcan, 2016). Eğitim kurumlarında çalışanlar, sosyal hizmet ve sağlık çalışanları, şiddet yaşama hususunda yüksek risk grubunda bulunmaktadır (OSHA, 2016). Sağlık kurumları, sağlığın korunması, hastalıkların teşhis ve tedavi edilmesi, kişilerin rehabilitasyonlarının sağlanması, toplumun sağlık düzeylerinin geliştirilerek sürdürülmesi gibi etkinliklerde bulunmaktadır (Korkmaz & Yalçın, 2018). Dolayısıyla birçok meslek grubunun birlikte çalıştığı, yoğun iş temposu ve yüksek stres seviyesinin görüldüğü çalışma ortamları olarak tanımlanabilmektedir. Çalışma ortamının bu olumsuz tanımına ek olarak sağlık çalışanların çatışma, birbirlerini eleştirme, küçümseme ve birbirleri ile rekabet etmeleri de sağlık çalışanları arasında şiddeti doğurabilmektedir (Duffy, 1995).

Sağlık kurumlarındaki görülen şiddet “hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, ekonomik istismar, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum” olarak tanımlanmaktadır (Saines, 1999). Bu tanım birçok ülkede şiddet ile mücadele eylemlerinde ifade edilmektedir. Bu tanımla birlikte Avrupa Komisyonu’nun “iş ile ilgili şiddet” tanımı da özellikle son zamanlarda sağlık çalışanlarına yönelik artmakta olan şiddet ile mücadelede Avrupa Birliği ülkelerinde daha sık karşımıza çıkabilmektedir. İş ile ilgili şiddet 1994 yılında uzmanların katıldığı bir toplantı neticesinde Komisyon tarafından “kişilerin işleri ile ilgili durumlarda istismar, tehdit edildikleri veya saldırıya uğradıkları; güvenlikleri, iyi olma halleri ve sağlıklarına yönelik açık ya da örtülü olaylara atıfta bulunmaktadır” şeklinde ifade edilmektedir (Milczarek, 2010).

İşyeri şiddeti, çalışma ortamında meydana gelen bir şiddet çeşididir ve şiddet uygulayanlar sağlık çalışanları olabileceği gibi hasta/yakını da olabilmektedir (Krug vd., 2002). Bu sebeple işyeri şiddeti oluş şekline göre dört grupta sınıflandırılmaktadır. Birinci grupta, işyeri ile ilişkisi olmayan bireyler tarafından yapılan yaralama, hırsızlık, öldürme gibi suç içeren şiddet faaliyetleri yer alır. İkinci grupta, çalışanın, çalışana karşı uyguladığı şiddet uygulamaları; üçüncü grupta, hasta/yakını gibi çalışanın işi gereği iletişim kurduğu bireylerin çalışana uyguladığı şiddet ve dördüncü grupta ise çalışana, eş, dost, aile, arkadaş ya da toplum tarafından uygulanan şiddet uygulamaları yer almaktadır (OSHA, 1995).

Sağlıkta şiddet, toplumda görülen şiddetten ayrı değildir. Şiddetin normal görülmesi, karşılaşılan zorluklar ve toplumsal olaylara karşı kendini savunma davranışı olarak düşünülmesi, sorunun yaygınlaşmasına ve büyümesine sebep olabilmektedir (Kansagra, 2008).

Son zamanlarda farkındalığın daha fazla oranda artması ile ulusal ve uluslararası boyutta sağlık çalışanlarının yaşadıkları şiddet problemine yönelik birçok çalışma yapılmıştır (Nau vd., 2009). Sağlık çalışanları için olumsuz çıktıları olan bu problemle etkin baş edebilmek ve çözümler üretebilmek amacıyla yapılan çalışmalar artmaktadır. İstemli ya da istemsiz yaşanan şiddet olayları, fiziksel ya da sözel olabilmektedir (Cooper & Swanson, 2002). Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)'nin 2002 yılında yayımladığı ortak raporunda, sağlık çalışanlarının %27-67'si'nin sözel, %3-17'sinin fiziksel, %10-23'ünün psikolojik, %0.7-8'inin cinsel ve %0.8-2.7'sinin etnik şiddete uğradıklarını belirtmiştir (Chen vd., 2008).

Literatürde Avustralya'da %95'inin, %62'sinin, İngiltere'de %88'inin, Hong Kong'daki sağlık çalışanlarının %76'sının çalıştıkları süre boyunca en az bir kez şiddet türlerinden bir ya da birkaçına maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Bu yaşanan üzücü olaylarda daha sık görülen şiddet çeşidinin ise sırasıyla sözel, fiziksel ve cinsel şiddet olduğu rapor edilmiştir (Alshehri, 2016). Uluslararası yaygınlıkta olan şiddet, belirtilen bu sıralama ile dünyanın pek çok ülkesinde benzerlik göstermektedir ve kurumsal olarak uzun dönemli tahribatlara neden olabilmektedir (Farrell vd., 2006).

İletişimin başladığı ve devam ettiği süreçte, hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanları süreci etkili yönetememeleri sebebiyle şiddet sorunu ile karşılaşabilmektedirler. Ayrıca ortamın fiziki koşullarının uygun olmaması, yüksek sesli bir ortam, hastalığın bireylerde yaratmış olduğu endişe, sağlık çalışanlarının kullanmış olduğu karışık ve terminolojik dil, hasta bireylere yeterli zaman ayıramama, gecikmiş randevular sebebiyle uzayan süreler, boş yatak bulunamaması, çalışan eksikliği de şiddet eylemlerine zemin hazırlamakta etkili olabilmektedir (Coşkun & Erdem, 2016). Bu

sebepler hasta ve hasta yakınlarından sonra bir diğer şiddet uygulayıcısını sağlık çalışanı olarak gösterebilmektedir (Hesketh vd., 2003). Bu durum bireyi, çalışma performansında düşüş ve hatalar yapmasına sebep olarak ekip üyeleri tarafından, daha çok sözel şiddet olmak üzere, şiddete açık hale getirebilmektedir. Çalışma performansı azalan sağlık çalışanının verdiği bakımın kalitesinde de azalmalar olabileceğinden, hasta ve hasta yakınlarının da şiddetiyle karşılaşma riski oluşabilmektedir (Purpora vd., 2015).

Sağlık çalışanlarının yaşadıkları şiddetin kaynaklarını ve uygulayıcılarını saptamak amacıyla yapılmış çalışmalarda, şiddet uygulayanların daha çok hasta ve hasta yakınlarının olduğu belirlenmiştir (Hahn vd., 2012). Birçok çalışmada sağlık kurumlarında şiddet durumlarının bildirimlerinde eksiklikler olduğu için gerçek sıklığın bilinmediği, yalnızca bildirilen olgularla sınırlı kaldığı belirtilmektedir (Al vd., 2012).

Sağlık kurumlarında şiddet olgusunun sebepleri incelendiğinde birden fazla durumun olduğu söylenebilir (Büyükbayram & Okçay, 2013). Hastaneye yatan kişilerin içinde

bulundukları yabancı ortamda bazı engel ve kısıtlamaların olması, almış oldukları

hastalık tanıları sebebiyle otokontrol mekanizmasındaki değişimler, bedenlerindeki değişiklikler, sevdiklerinden uzakta olma, günlük yaşamdan uzak olma gibi problemler, biyolojik, psikolojik ve sosyal bütünlüklerine yönelik tehdit oluşturarak benlik saygılarını da düşürebilmektedir (Beder, 2009). Yapılmış olan çalışmalar bizlere maruz kalınan

şiddetin genellikle yaşanan stresli durumlardan sonra bir olgun olmayan savunma mekanizması olarak meydana geldiğini göstermektedir. Biyopsikososyal bir varlık olan

bireylerin duygularını ifade etme biçimi birbirinden farklıdır. Araştırmalar, hasta bireylerin sağlıkları ile ilgili durumlarını gerçek anlamda anlamaya başladıktan sonra

duygularının öfke şeklinde ortaya çıktığını, bu kontrol edilemeyen öfkenin sağlık çalışanları tarafından anlaşılma ve istendik tedavi almak için bir işaret olduğunu, hasta

bireylerin korkularını ve duygularını tanımlayacak kelimeleri bulamamaları sebebiyle tedaviyi kabul etmeme, bakımlarına katılmama, sıklıkla ve aşırı taleplerde bulunma, mutlu olmama, sözlü saldırı ya da hoş olmayan kelimeler kullanma, sözel yada fiziksel tehditlere yönelme gibi öfkelerini direkt ya da dolaylı olarak ortaya çıkaran tepkiler verdiklerini göstermiştir (Beder, 2009).

Ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde; hasta bireylerin kimlik kontrollerinde uzun süre bekletilmeleri, sağlık çalışanlarının gerekli durumlarda yerinde bulunmamaları, hastane politika ve kurallarına duyulan öfke, aşırı iş yükü, hasta bireylere gerekli zamanın ayırılamaması, sağlık kurumlarındaki fiziksel yetersizlikler, çalışan sayısının az olmasına bağlı uzun süre bekleyen hasta/yakınları, çok ileri tarihlere verilen randevular, servislerde boş yatak bulunamaması, hasta bireyler için asgari konforun sağlanamaması, bazı hasta ve yakınlarına ayrıcalıklı bir yaklaşım sergilenmesi, sağlık bakım uygulamalarının değişmesi gibi nedenler sağlık kurumlarında şiddete zemin oluşturabilmektedir (Hahn vd., 2008). Ayrıca bunlara ek olarak hasta ve yakınlarının eğitim düzeylerinin düşük olmaları, söylenilenleri doğru anlayamama, aşırı istekte bulunmaları ve kurallara uymamaları gibi iletişim problemlerinin de şiddete sebep olduğu ifade edilmektedir (Özcan & Bilgin, 2011). Yapılan çalışmalarda şiddet olgusuna zemin hazırlayan birçok faktörden bahsedilirken, şiddet eyleminde bulunanların, ruhsal hastalık tanısı almış olmalarının şiddete başvurma potansiyellerinde artışa sebep olabileceği de belirtilmektedir. Ayrıca hasta/yakınlarının yaş, cinsiyet, kalabalık ve yüksek sesli ortam faktörlerinin sağlık çalışanları ile etkin olmayan iletişim süreci yaşamalarına ve böylece şiddet olaylarının başlamasında etkili olabileceği ifade edilmektedir (Kessinger, 2000).

Hasta bireyler tarafından alınan şikayetlerin günümüzde en yaygın sebebi sağlık çalışanlarının etkin olmayan iletişim süreci kullanmaları olarak belirtilmiştir (McCorry &

Mason, 2019). Etkin olmayan iletişim yanlış anlaşılmalara sebep olabilir ve sağlık çalışanlarının uyguladıkları bakımın kalitesinde sorunlar oluşabilmektedir (Ramasamy vd., 2014). Dökmen, iletişim sürecindeki aksaklıkların sebeplerini “başlangıç faktörü” olarak adlandırdığı on bir maddede belirtmiştir. Bunlar; duygusal, bilinçdışı süreçleri, iletişim halinde olan bireylerin bilişsel, algısal, kişisel ihtiyaç ve faktörleri, kültürel etmenler, mesaj, roller, sosyal/fiziksel çevre ve iletişim becerisinin niteliğidir (Dökmen, 2008).

Sağlık çalışanlarının bakım uygulamalarına yönelik teorik bilgi ve uygulama deneyim eksikliği ile iletişimi devam ettirebilme becerilerindeki yetersizliğin, hasta bireylerin memnuniyetsizliklerine sebep olarak şiddete maruz kalma riskini artırabileceği ifade edilmektedir (Whittington & Wykes, 1996). Dolayısıyla iletişim becerilerindeki yetersizlikler sebebiyle bireylerin birbirlerini anlayabilmeleri zor olabilmektedir (Horkmeimer, 1998).

2.6. Hasta/Yakınları ve Sağlık Çalışanlarının Birbirlerine Uyguladıkları Şiddetin Olası Etkileri

Geniş bir çalışan grubunu (eczacı, hastabakıcı, hekim, hemşire, sağlık teknikerleri vb.) içeren sağlık kurumları bazı sebeplerle şiddetin daha fazla yaşandığı alanlar arasında görülmektedir (Günaydın & Kutlu, 2012).

Sağlık bakım kurumlarında şiddet, yeni olmayan günden güne büyüyen psikososyal bir problemdir ve günümüzde sadece konuya ilginin derecesinin artmış olduğu söylenebilmektedir. Son on beş yıldır toplumdaki değişimlerin bir yansıması olarak görülme oranı ve çeşitliliğindeki artış sebebi ile şiddet ve önleme faaliyetleri yoğunlaşarak ele alınan konu olmaktadır. Yapılan çalışmalarda beş milyon ABD sağlık çalışanının diğer mesleklerden daha fazla oranda sağlık tehlikesi yaşadıkları saptanmıştır.

Sağlık kurumlarının, riskli alanlar olduğu kabul edilerek, yaşanan şiddet olaylarının son yıllarda artış gösterdiğini veriler doğrultusunda söyleyebiliriz (Altıntaş, 2006).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin, psikolojik ve ekonomik durumunun yanı sıra mesleki yaşantı üzerinde de olumsuz etkileri olabilmektedir (Stanko, 2002). Şiddet yaşamış sağlık çalışanlarında travma, travma sonrası sorunlar ve uzun dönemli ruhsal hastalıklara rastlanabilmektedir (Caldwell, 1992). Bunlar motivasyon düşüklüğü, bitkinlik, kronik ağrı, kendine güvende eksiklikler, memnuniyetsizlik, meslek kaybı, özgüven eksikliği, çaresizlik duygusu, mesleki doyunda azalma, anksiyete, öfke, huzursuzluk, stres bozukluğu, uyku problemleri, tekrarlayan yoğun baş ağrıları, hayal kırıklıkları, depresyon, endişe, alkol, sigara kullanımı, intihar, fiziksel yaralanma, kendini suçlama, cinsel sorunlar, tükenmişlik duygusu, kişiler arası ilişkilerde bozulma biçiminde ortaya çıkabilmektedir (Franz vd., 2010). Şiddetin bu psikolojik etkilerinin yanında morarma, ağrı, işitme kaybı, şişlik, incinme gibi fiziksel durumlarda görülebilmektedir (Barrett, 1997). Bu olumsuzluklar, sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınlarıyla yeterli düzeyde ilgilenememelerine ve onların ihtiyaçlarını istendik oranda karşılayamamalarına sebep olabilmektedir. Sonuç olarak ise şiddet, hasta/yakınlarının algıladığı hizmet kalitesindeki olumsuzluklara bağlı olarak hasta ve yakınlarının, sağlık çalışanlarına karşı negatif düşüncelere sahip olmalarına yol açabilmektedir. Konu çözülemez veya engellenemez ise, şiddet olaylarının tekrarlayan bir durum haline dönüşmesine sebep olunabilecektir (Roche vd., 2010).

DSÖ, ILO ve ICN'nin 2002 yılı "sağlık sektöründe iş yeri şiddeti" başlıklı yayımladığı ortak raporunda sağlık profesyonellerinin çoğunun mesleklerini uyguladıkları zaman içinde şiddete maruz kaldıkları bildirilmektedir (Nau vd., 2009). Yine DSÖ, ILO ve ICN'nin 2002 yılı ortak raporunda farklı ülkelerde sağlık çalışanlarına

yönelik şiddet yaygınlığına bakıldığında, genel olarak profesyonellerin %3-17'sinin fiziksel, %0.8-2.7'sinin etnik, %27-67'sinin sözel, %10-23'unun psikolojik, %0.7-8'inin cinsel şiddete maruz kaldığını belirtilmiştir (Chen vd., 2008). Kanada'da yapılan bir çalışmada şiddete uğrama sıklığında sözel şiddetin %76, fiziksel şiddetin ise %86 olduğu gösterilmiştir (Fernandes vd., 1999). Bu durum ön yargılı olarak diğer kişilere de anlayışlı, sabırlı ve hoşgörülü olma yeterliliğinin de azalmasına sebep olabilmektedir (Gates vd., 2011). Değerlendirilen şiddet olgularında şiddete maruz kalan bireylerde görülen durumlar; %40- %70'inde kronik tükenmişlik olarak izlenirken, yaşadığı olay hakkında konuşamama, olayı hatırlamaktan ve olayın hatırlatılmasından rahatsızlık duyma, fiziksel yaralanma, travma sonrası stres bozuklukları, anksiyete, işe devam edememe, stres, özgüven eksikliği, öfke, kişilerarası ilişkilerin bozulması, mesleki doyum ve mesleğe bağlılığın azalması şeklinde özetlenebilmektedir (Jabbari-Bairami vd., 2013).

Ülkemizde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin engellenebilmesi amacıyla yapılan uygulamalara 2012 yılında “Beyaz Kod” eklenmiştir. Sağlık Bakanlığı Beyaz Kod birimine gelen şiddet başvuru verileri; 2015 yılı içerisinde 3 533 fiziksel, 8 386 sözel şiddet olmak üzere toplam 11 919, 2016 yılı içerisinde 2 730 fiziksel, 8 041 sözel şiddet olmak üzere toplam 10 771 olarak belirtilmiştir (Türk Tabipler Birliği, 2013). Araştırmacılar sunulan öneri ve uygulanan tedbirlere rağmen sağlık kurumlarında şiddetin artmakta olduğunu ve sağlık çalışanlarının şiddetin çeşitleri ile karşılaşmaları yönünden risk altında olduklarını vurgulamaktadırlar (Ayrancı vd., 2002).

2.7. İletişim Becerisi ve Önemi

Bilgiyi üretebilme, aktarabilme ve anlamlandırabilme süreci iletişim olarak tanımlanmaktadır (Dökmen, 2003). İnsanın sosyal bir varlık olması yönüyle iletişim

becerisinin temel hedefi, ilişkiyi başlatmak ve geliştirmek, uygun eylemlerde bulunmak ve uyumlu çalışarak problemleri çözebilmektir (Kırmızı, 2003). İnsanlar için iletişimi önemli yapan, onların iletişim olmadan hiçbir şey yapamayacak olmalarını bilmelerindendir. Bireyler ihtiyaçlarını açıkça belirtmekten, kendilerine toplumda yer bulma davranışlarına kadar bazı hedefler için iletişimi kullanmaktadırlar (Gökçe vd., 2001). Ayrıca bireylerin doğumları ile başlayan yeni yaşamlarında uygun ses tonu ile kurulan olumlu iletişim, hayat boyu iletişim sürecini besleyen literatürü oluşturabilmektedir (Üzel & Özbaltacı, 2017). İnsanların toplumda var olabilmeleri için birlikte yaşamaları dolayısıyla iletişimde bulunarak yaşamlarına devam etmeleri gerekmektedir (Özdemir, 2011). İletişimin amacına ulaşabilmesi, etkin iletişimle mümkün olmaktadır (Larbi-Apau vd., 2009). Etkin iletişim becerilerinin, insan ve meslek ilişkilerinde kolaylaştırıcı önemli faktör olduğunu söyleyebiliriz (Kumcağız vd., 2011).

İletişim becerileri psikososyal bir süreçtir (Cüceloğlu, 2011) ve başkalarını anlayabilmede, onların duygu ve düşüncelerini hissetme gücüne sahip olmada önemlidir (Çetinkaya & Alparslan, 2011). Bunun için ise kişide kendini tanıma, iyi ilişki geliştirebilme, soru sorma ve dinleme gibi temel becerilere ihtiyaç bulunmaktadır (Molu vd., 2019). Yapılan çalışmalar ile son zamanlarda çalışma hayatında iletişim becerilerinin önemli olduğuna ilişkin verilere daha fazla rastlanmaya başlanmıştır (Kruijver vd., 2000). Sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınlarının iletişim becerileri, iletişimin sağlıklı olarak başlatılması ve sürdürülmesinde önemlidir (Ergüç vd., 2013). Çünkü, insanlarla daha fazla iletişimde bulunulması gereken mesleklere sahip olan bireylerin, karşılıklı memnuniyet amacıyla iletişim beceri düzeylerinin daha yüksek olması beklenmektedir (Ersanlı & Balcı, 1998). İletişim becerilerinde problem yaşanması durumunda ise iletişim sürecinin başarılı, etkin ve sağlıklı olması engellenebilmektedir (Kurtyılmaz, 2005).

İletişim becerisinde ortaya çıkan aksaklıklar duygu, düşünce veya bilgilerin doğru iletilmemesine sebep olabilmektedir. İletişim sürecinde aksaklıklar oluştuğunda da bireyler kendi ihtiyaçlarını karşılayamaz, sağlıklı, doyurucu ilişkiler geliştiremez ve memnuniyetleri yerini hoşnutsuzluğa bırakabilir (Deniz, 2003).

Sağlık kurumlarının insanların ruhsal iyilik halleri üzerinde olumsuzluklara sebep olduğu, uzun süreli yatışlar veya tedavi süreçleri söz konusu olduğunda da olumsuz etkilerin daha fazla oranda arttığı söylenebilmektedir (Akduman vd., 2018). Hasta/yakınları ile tanışmak, öykü almak, tanı koymak, tedavi sürecine karar vererek tedaviyi uygulamak, bakıma yön vermek ve bakımın etkinliğini artırmak için iletişimin tedavide önemli bir bakım aracı olduğu görülmektedir (Bowles vd., 2001). Açık ve etkin iletişim, bireyler arasında kendilerinin önemsendikleri ve dikkate alındıkları hissini uyandırarak güvenli bir bakım ortamı oluşturulabilmektedir (Schiavo, 2007).

İnsan ilişkilerinde fikirlerin paylaşılabilmesi ve değerlendirilebilmesinde iletişim temeldir ve yaşamdan ayrı tutulmaması gerekmektedir (Macit, 2010). İletişimde başarılı olan bireyler, genellikle iş birliğine ve paylaşmaya istekli, öz güvenleri yüksek, saygı duyan ve duyulan, kendisinin ve başkalarının problemlerine açık, sorun yerine çözüme odaklanan bireylerdir (Bilen, 2004). Bu sebeple iletişim, hayati bir önem arz etmektedir (Keçeci & Taşocak, 2009).

2.8. Hasta/Yakınları ve Sağlık Çalışanları Arasındaki İletişim Süreci

İletişim kavramının bu kadar gündemde olmasının, iletişim sürecinin önemi ile ilgili farkındalığın yeni oluşmaya başlamasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Gökçe vd., 2001). Bireylerin içinde yaşadığı toplumla uyum içerisinde yaşayabilmeleri ve başarılı olabilmeleri, mutlu bir hayat sürdürebilmeleri, karşılaştıkları sorunları uygun biçimde çözebilme becerileri ile ilişkili olabilmektedir (Cüceloğlu, 2004).

Sağlık kurumları basit bir tanımlama ile insan ilişkilerinin başlatıldığı ve devam ettirildiği uygulama alanlarıdır (Winefield & Chur-Hansen, 2000). Her meslekte, farklı bilgi, beceri ve yeteneklerin olması gerekmektedir. Neredeyse her meslek için önemli olan becerilerden biri de “iletişim becerileri” dir ve her mesleğin belirli seviyede iletişim becerisine sahip olması gerekmektedir. Kişiler arası ilişkileri temel almayan teknik içerikli mesleklerde daha az önemli olduğu söylenen iletişim becerileri, kişiler arası ilişkilerin ön plana çıktığı mesleklerde ise daha önemli olarak değerlendirilmektedir (Toy, 2007). İletişim becerilerinin, insanlarla iletişim halinde olan meslek gruplarında çalışanlarda etkili kullanılabilmesi ve iyi geliştirilebilmesi gerekmektedir. (Ersanlı & Balcı, 1998).

Bireyi merkezine alan sağlık bakım hizmetlerinde etkili iletişim, tanı, tedavi ve bakım sürecini destekleyen klinik beceri olarak ifade edilmektedir (Baghcheghi vd., 2011). Bu süreçlerin istendik olabilmesi için yaşanan/karşılaşılan zorlukların saptanması, çözümlenmesi önemli aşamayı oluşturmaktadır (Biol, 2007). Yaşanılan/karşılaşılan problemlere daha sağlıklı ve kalıcı çözümler üretebilmek ve insanlarla olumlu ilişkiler geliştirebilmek için sağlık çalışanlarının etkili iletişim becerilerine sahip olmaları gerekmektedir (McNeill vd., 2008). İletişim, sağlık çalışanları için rol ilişkilerini saptamada ve çalışanların birbirleri ile bilgi alışverişi yaparak hasta/yakınlarına kaliteli bakımı sağlamada önemli olduğu belirtilmektedir (Korkmaz & Yalçın, 2018).

Sağlık bakım hizmeti boyunca hasta/yakınları ile başlatılan ve devam ettirilen iletişimin daha itinalı olması bakımın kalitesini artırabilir ve tedavi sürecini kolaylaştırabilmektedir (Dağ & Baysal, 2017). Sağlık çalışanlarının etkin iletişim becerileri, istendik sağlık sonuçları, yüksek hasta/yakını ve çalışan memnuniyeti, kendi

bakımına hızlı uyum ve kronik hastalıkları etkin bir şekilde yönetebilme ile ilişkili olabilmektedir (McCorry & Mason, 2019). Dolayısıyla bireylerin iletişim becerileri, önemli yararlar sağlayabilmektedir (Schemel, 1997). Bununla birlikte sağlık çalışanlarının mesleki doyumu ve motivasyonu da artabilir (Draper & Sahai, 2006).

Sağlık bakım hizmeti boyunca sağlık çalışanları; hastane içerisinde yaşayabilecekleri bilinmezlik duygusu ile öfkeli, sağlık durumları ile ilgili aldıkları kötü haberler sebebiyle otokontrolünü kaybetmiş ve problemlerinin çözülmesini beklemekten sıkılmış hasta ve hasta yakınlarıyla aynı ortamda bulunabilmektedirler (Beech & Leather, 2006). Sağlık çalışanları problem çözme, öğretim, öfke yönetimi süreçlerini etkin kullanabilmesi için iletişim becerilerini geliştirmesi gerekmektedir (Terakye, 1998). Bu süreçleri yönetebilmek için de bireylerin iletişim becerilerine ihtiyaçları bulunmaktadır (Parlayan & Dökme, 2016).

Sağlık çalışanı ile hasta/yakınları arasında kurulan etkili iletişimin üç grup için de yararları bulunmaktadır. Hasta ve yakını, bakım sürecinden memnun olurken, sağlık çalışanlarının da mesleki doyumları artabilmektedir. Sağlık çalışanları ile hasta/yakınları arasında yaşanan iletişim aksaklıkları, sağlık çalışanlarına karşı başlatılan hukuki süreci de etkileyebilmektedir. Sağlık çalışanlarına karşı başlatılan hukuki süreçlerin %70'i için şu üç durum iletişim sorununu göstermektedir: Hasta bireyle ilgilenmemek, bireye eksik/doğru olmayan bilgi vermek ve bireyi anlayamamak olduğu rapor edilmektedir (Beckman vd., 1994). Olası yaşanacak hukuki sorunları en aza indirmek için etkili iletişim becerilerinin kullanılması sağlanmalıdır (Ünver, 2012).

Sağlık çalışanları, hasta ve yakınları arasındaki iletişimin yararlı olması için sağlık profesyonellerinin hasta/yakınlarına yaklaşma, onları dinleme, kişiye uygun soru sorma, saygı gösterme, doğru sözcükleri doğru zamanda söyleme, dürüst olma, onlarla doğru

zaman geçirme, sözsüz iletişimi gerçekleştirebilme becerilerine sahip olmaları gerekmektedir (Ferreira vd., 2016). Bu iletişim becerilerine sahip olan sağlık çalışanları ile hasta/yakınlarının yaşayacakları/yaşadıkları olumsuzluklar aza indirilebilir ve gruplar arasındaki şiddet durumlarının azalması sağlanabilmektedir (Bellet & Maloney, 1991). Bu sebeple sağlık çalışanları, hasta/yakınları arasındaki iletişim becerileri önemlidir. İletişimin etkili gerçekleşmediği durumlarda ise problemler oluşabilmektedir ve üç grup için tehdit edici durumlar ortaya çıkabilmektedir (Nadzam, 2009).



3. SAĞLIK KURUMLARINDA ŞİDDETİN ÖNLENEBİLMESİ İÇİN İLETİŞİM BECERİLERİNE YÖNELİK ALINMIŞ ÖNLEMLER

Sağlık kurumlarında şiddetin önlenmesine yönelik çözüm önerileri ülkeden ülkeye değişiklik gösterebilmektedir. Örneğin, Arnetz ve Arnetz (2001), İsveç'te yapmış olduğu bir çalışmada; hastanelerde yaşanan şiddet olaylarının önlenmesinde, hastane yönetiminin, şiddet öncesi dönemde sağlık hizmeti verilen ortamın şartlarına odaklanabilmesi ve iyileştirmelerde bulunabilmesi gerektiği belirtilmiştir (Arnetz & Arnetz, 2001). Şiddet öncesi dönemde belirtilerin iyi gözlemlenebilmesi de etkili tedbirler arasında sayılabilmektedir (Flannery, 2001). Bunların yanında etkin bir şekilde sağlık kurumlarının yönetimi, riskli durumların fark edilebilmesi ya da etkin baş etme becerilerinin kullanılabilmesi gibi şiddet riskinin azaltılabilmesinin mümkün olabileceği belirtilmiştir (Gillespie vd., 2010).

İnsanlarla doğru, tedavi edici bir iletişim kurmak saldırganlık ve şiddeti azaltabilmek için önemli bir faktör olabilmektedir (Kurtz vd., 1998). İnsanlar arasında etkin ve doğru iletişim, iletişimi engelleyen unsurların ortadan kaldırılması ile etkili olabilmektedir. Etkili olmayan iletişim sürecinde insanlar arasında duygu ve düşünceler tam olarak ve doğru bir şekilde paylaşılamayarak, iletişim sürecinde her iki kişiyi de negatif yönde etkileyebilmektedir (Özdem & Günaydın, 2011). Konunun içeriği ne olursa olsun bir problemi çözmek için, bireylerin fikir alışverişinde bulunabilmeleri, yani iletişim sürecini başlatabilmeleri ve sürdürebilmeleri, iletişim becerilerini kullanabilmeleri gerekmektedir (Cüceloğlu, 2003).

Sonuç olarak, iletişim becerilerinde temel kavram iyi ilişki geliştirebilmektir (Boztepe & Terzioğlu, 2013). İyi ilişki; anlayış, karşılıklı katılım ve empatinin, olduğu bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır (Kıssal vd., 2016). Ses, dil, vücut dili ve göz

kontakta gibi unsurların doğru tekniklerle kullanılarak iletişim becerilerinin yeterli olması hasta ve hasta yakınlarıyla olan ilişkide önemli bir faktördür (Hahn vd., 2012). İletişim becerileri ile olumlu sonuçlar elde etmek mümkün olabilir (Kocaman, 2010). Sağlık çalışanları iletişim becerileri ile, hasta/yakınlarının duygusal, fiziksel ve psikolojik durumları hakkında doğru bilgi sahipleri olduklarını düşündürebilir ve sorunun çözümü hakkında hasta/yakınlarına istedik bilgiyi verebilmektedirler Böylece hasta/yakınları problemleri ile ilgilenildiğini düşünebilirler ve şiddete başvurmaktan vazgeçebilir veya şiddet eğilimi göstermeyebilirler (Hahn vd., 2012). Dolayısıyla hasta/yakınları ve sağlık çalışanları iletişim becerilerinden etkilenebilmektedirler (Özer & Çakıl, 2007).

4. GEREÇ VE YÖNTEM

İlk bölümde, çalışmamızın hangi problemi çözmek için yapıldığı ve konusu, amacımız, hipotezlerimiz ve çalışmamızın önemi; ikinci bölümde kavramlara yönelik genel bilgiler; üçüncü bölümde literatürde konuya ilişkin yapılmış uygulamalar ve alınmış önlemler; dördüncü bölümde çalışmamızın yöntemleri; beşinci bölümde çalışmamızın yorumlar eşliğinde veri analizi; altıncı bölümde bulgularımızın nedenlerinin tartışılması ve son bölümde ise bulgularımıza yönelik öneriler bulunmaktadır.

4.1. Araştırmanın Yeri

Tokat Devlet Hastanesi, Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Tokat Gaziosmanpaşa Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan tüm sağlık çalışanları, polikliniklerde ve yataklı servislerde hizmet almakta olan hasta ve yakınları ile yürütülmüştür.

Araştırmanın yapıldığı 10 Ağustos 2021 ve 30 Ekim 2021 tarihlerinde;

Tokat Devlet Hastanesinde altı yüz yetmiş beş yatak, bin dokuz yüz altmış sekiz çalışan, seksen yedi poliklinik, yirmi dokuz servis

Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde yüz yirmi beş yatak, iki yüz yirmi bir çalışan, beş poliklinik, yedi servis

Tokat Gaziosmanpaşa Araştırma ve Uygulama Hastanesinde altı yüz on beş yatak, bin dört yüz otuz çalışan, beş yüz on bir poliklinik, yirmi dokuz servis

bulunmaktadır.

4.2. Araştırmanın Tipi

Araştırmamız, nicel araştırma metodolojisinde, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı özelliktedir. Tokat Devlet Hastanesi, Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Tokat Gaziosmanpaşa Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan tüm sağlık çalışanlarının, polikliniklerde ve yataklı servislerde hizmet almakta olan hasta ve yakınlarının, bireysel algı ve düşüncelerine yönelik yapmış oldukları öz değerlendirmeleri ile iletişim becerilerinin şiddet eğilimine etkisi ölçülmüştür.

4.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmamızın evrenini Tokat Devlet Hastanesi, Dr. Cevdet Aykan Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Tokat Gaziosmanpaşa Araştırma ve Uygulama Hastanesinde görev yapmakta olan tüm sağlık çalışanları ile, bu hastanelerden 10 Ağustos 2021 ve 30 Ekim 2021 tarihleri arasında polikliniklerde ve yataklı servislerde hizmet almakta olan hasta ve yakınları çalışmanın evrenini, çalışmaya katılmayı kabul eden hasta/yakını ve sağlık çalışanları ise örneklemi oluşturmuştur.

Çalışmamıza katılmayı kabul eden sağlık çalışanları ile hasta/yakınlarından gönüllülük esasına dayalı olarak veriler alınmıştır. Çalışmaya katılan yüz yetmiş iki sağlık çalışanı, iki yüz hasta ve iki yüz hasta yakını olmak üzere beş yüz yetmiş iki kişi ile çalışma tamamlanmıştır. Bivariate normal model ile önsel güç analizi yapılmış olup iki yönlü hipotez doğrultusunda %95 güven ($1-\alpha$), %95 test gücü ($1-\beta$), $r=0,3$ ilişki ile çalışmaya dahil edilmesi gereken minimum örnek genişliği, hasta kırk altı, hasta yakını kırk altı ve sağlık çalışanları kırk altı olmak üzere, toplam yüz otuz sekiz olarak saptanmıştır.

4.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama yöntemi olarak yapılandırılmış öz bildirime dayalı araştırmacılar tarafından üç başlık altında oluşturulan bilgi formu ve likert tipi ölçekler kullanılmıştır. Uygulama öncesi bireylerle yüz yüze görüşülmüş olup, çalışmanın amacı açıklanmış ve gönüllü olanların onamları alındıktan sonra anket formları hasta ve yakınlarına yüz yüze yöntemi ile, çalışmaya katılmayı kabul eden sağlık çalışanlarına ise çalışanların talepleri doğrultusunda çalışma koşulları da göz önünde bulundurularak çevrimiçi yöntemi ile toplanmıştır.

4.4.1. Hasta Birey İçin Bilgi Formu

Literatür tarama ve inceleme sonrası (Sarıbiyık, 2012; Yılmaz, 2020; Takak, 2017; Çelik, 2020; Demirci, 2018; Açıkgöz, 2014; Alan, 2021; Demir, 2019; Şen vd., 2012; Demirbaş & Karaoğlu; 2021) hazırladığımız bu form, çalışmaya dahil edilen sağlık kuruluşlarındaki polikliniklerde ve yataklı servislerde hizmet almakta olan hasta bireylerin özellikleri ve şiddete ilişkin düşüncelerini içeren on altı sorudan oluşmaktadır.

4.4.2. Hasta Yakını İçin Bilgi Formu

Literatür tarama ve inceleme sonrası (Sarıbiyık, 2012; Yılmaz, 2020; Takak, 2017; Çelik, 2020; Demirci, 2018; Açıkgöz, 2014; Alan, 2021; Demir, 2019; Şen vd., 2012; Demirbaş & Karaoğlu; 2021) hazırlanan bu form, çalışmaya dahil edilen sağlık kuruluşlarındaki polikliniklerde ve yataklı servislerde hizmet almakta olan hasta yakınlarının özellikleri ve şiddete ilişkin düşüncelerini içeren on üç sorudan oluşmaktadır.

4.4.3. Sağlık Çalışanı İçin Bilgi Formu

Literatür tarama ve inceleme sonrası (Sarıbıyık, 2012; Yılmaz, 2020; Takak, 2017; Çelik, 2020; Demirci, 2018; Açıkgöz, 2014; Alan, 2021; Demir, 2019; Şen vd., 2012; Demirbaş & Karaoğlu, 2021) hazırlanan bu form, çalışmaya dahil edilen sağlık kuruluşlarında görev yapmakta olan sağlık çalışanlarının özellikleri ve şiddete ilişkin düşüncelerini içeren on üç sorudan oluşmaktadır.

4.4.4. Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği

Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği (ŞYTÖ) on maddeden oluşmaktadır ve tek boyutludur. Beşli likert tipi olarak geliştirilmiş olan ölçekte en düşük puan 10, en yüksek puan 50'dir. Ölçek sonucunda elde edilen puanların yüksek olması, şiddeti onaylamayı ve şiddete yönelik olarak olumlu bir tutuma sahip olmayı ifade etmektedir. Ölçekte tersten yorumlanacak maddeler bulunmamaktadır. Geçerlilik ve güvenilirliğinin yapıldığı çalışmada ölçeğin geçerlik çalışması için açımlayıcı faktör ve doğrulayıcı faktör analizi; güvenilirlik çalışmasında ise Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı kullanılmıştır. Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,85'tir (Çetin, 2011). Bizim çalışmamızda ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı sağlık çalışanları 0,901, hasta bireyler 0,701, hasta yakınları için 0,797 olarak saptanmıştır.

4.4.5. İletişim Becerileri Envanteri

Ersanlı & Balcı (1998), tarafından geliştirmiş olan İletişim Becerileri Envanteri (İBE), bireylerin iletişim becerilerini belirlemek amacıyla geliştirilen ve üç faktör, kırk beş maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Bireylerin sahip oldukları iletişim becerilerini bilişsel duygusal ve davranışsal boyutta değerlendirmektedir. İBE ölçeğinde her boyut için on beş soruya yer verilmiştir. Likert tipi olan envanterin değerlendirmesi ölçekte ki

her maddenin ‘‘Her zaman (5)’’ ‘‘Genellikle (4)’’, ‘‘Bazen (3)’’, ‘‘Nadiren (2)’’ ve ‘‘Hiçbir zaman (1)’’, biçiminde işaretlenmesi ile yapılmaktadır. Test tekrar test yöntemi ile yapılan İBE ölçeğinin güvenirlik çalışmasında güvenilirlik 0,64 ve ölçeğin iç tutarlılığını saptamak amacıyla uygulanan Cronbach Alpha katsayısı 0,72 olarak belirlenmiştir. Envanterin toplam puanı ile alt ölçekleri arasında 0,001 ve üç alt ölçeğinin kendi arasında 0,001 düzeyinde bağlantı bulunmuştur. İBE’nin alt boyutlarını bilişsel, duygusal ve davranışsal olarak adlandırılmıştır. Alt boyutların maddeleri ise şu şekildedir:

Bilişsel: 1-3-12-15-17-18-20-23-24-26-28-33-37-45

Duygusal: 5-9-11-27-29-31-34-35-36-38-39-40-42-43-44

Davranışsal: 2-4-7-8-10-13-14-16-19-21-22-25-30-32-41

Ölçeğin puanlanmasında 3-5-9-10-11-16-23-24-27-29-31-32-34-35-37-41 ve 42’nci maddeleri ters çevrilip ölçeğin toplam puanı ve alt ölçeklerin puanları saptanmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 45 en yüksek puan ise 225’dir. Ölçekten alınan yüksek puanlar iletişim becerilerinin de yüksek olduğunu göstermektedir. Her alt ölçek ayrı ayrı değerlendirileceği gibi ölçeğin toplamına bakılarak kişinin genel iletişim beceri düzeyi de saptanabilir. Her bir alt ölçekten alınabilecek en yüksek puan 75 en düşük puan ise 15’dir. Hangi alt ölçekteki puan yüksek ise iletişim becerisi bakımından o alt boyutta daha iyi olduğu şeklinde yorumlanabilir. Ölçeğin tamamı için ise, puanların yüksekliği o bireyin iletişim beceri düzeyini yüksek olarak değerlendirdiğini ifade etmektedir (Ersanlı & Balcı, 1998).

Bizim çalışmamızda ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı sağlık çalışanları 0,930, hasta bireyler 0,686, hasta yakınları için 0,757 olarak saptanmıştır.

4.5. Araştırmanın Veri Analizi

Uygulanan bilgi formları, ŞYTÖ ve İBE ölçeklerinin verileri ilgili literatür tarama ve inceleme sonucu, IBM SPSS V23 ile analiz edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov Smirnov testi ile incelenirken, ölçek puanları ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesinde normal dağılmayan verilerde Spearman rho korelasyon katsayısı normal dağılan verilerde ise Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Önem düzeyi $p<0,05$ olarak bulunmuştur.

Regresyon analizinde ise; veriler IBM SPSS V23 ile analiz edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk Testi ile incelenmiştir. İkili gruplarda normal dağılmayan verilerin karşılaştırması yapılırken Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Üçlü gruplarda normal dağılmayan verilerin karşılaştırması yapılırken Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Çoklu karşılaştırmalar Dunn Testi ile yapılmış olup normal dağılmayan değişkenler arasındaki ilişki Spearman's rho Korelasyon Katsayısı ve dağılan veriler arasındaki ilişki Pearson korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Ölçek puanları üzerine bilgi formu verilerinin etkisinin incelenmesinde çoklu lineer regresyon analizi ve bağımsız değişkenlerin modele dahil edilmesinde ise Enter metodu kullanılmıştır. Sonuçlar ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum) şeklinde bulunmuş ve önem düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

4.6. Araştırmanın Dahil Edilme ve Çıkarılma Kriterleri

Tokat Devlet Hastanesi, Dr. Cevdet Aykan Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Tokat Gaziosmanpaşa Araştırma ve Uygulama Hastanesinde görev yapmakta olan sağlık çalışanları, polikliniklerden ve yataklı servislerden hizmet almakta olan hasta ve yakınlarından araştırmamıza katılmayı kabul edenler dahil edilmiştir. Beynin işlevselliğinin bozulduğu düşünce içeriğine sahip olunması, duyuşsal algılamada

bozulmalar görülmesi, nörobilişsel bozukluklar, madde kötüye kullanım tanısı alan bireylerden intoksikasyon ve yoksunluk belirtileri olanlar, kontrol altına alınamamış mani yada depresif epizotları olan, bilinç bulanıklığı yada bilinci kapalı olan bireyler ve on sekiz yaş altı hasta/yakını ve sağlık çalışanları çalışmaya dahil edilmemiştir.

4.7. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmamız için kişi ya da kurumlardan herhangi bir destek alınmamış olup, form, kırtasiye araçları, anketlerin basılması ve ulaşım giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

4.8. Araştırmanın Zaman Aralığı

Eylül 2020'den itibaren araştırma konusu ile ilgili literatür incelemesine başlanmıştır. Etik kurul ve kurum izin tarihlerinin farklı olması sebebiyle, (Etik kurul izin tarihi 21 Mayıs 2021; İl Sağlık Müdürlüğü kurum izin tarihi 09 Ağustos 2021-30 Ekim 2021; Üniversite Hastanesi kurum izin tarihi 19 Ağustos 2021) 10 Ağustos 2021 ve 30 Ekim 2021 tarihleri arasında çalışmaya katılmayı kabul eden hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanları dahil edilmiştir. Bir kurumdaki sağlık çalışanları, hasta/yakınlarından veriler alındıktan sonra diğer kuruma geçilerek süreç işlemiştir.

4.9. Bilgi Formu ve Ölçeklerin Uygulanması

10 Ağustos 2021 ve 30 Ekim 2021 tarihleri arasında, hasta ve yakınlarına yüz yüze görüşme tekniği sağlık çalışanlarına ise web tabanlı Google formu ile bilgi formları ve ölçekler uygulanmıştır.

4.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için etik kurul izni (Ek-6) sonrası, Tokat Gaziosmanpaşa Araştırma ve Uygulama Hastanesi (Ek-8) ve Tokat İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izinleri (Ek-7) alınmıştır. Verilerin toplanması sırasında çalışmamızın amacı açıklanmış, ankete katılanların isimlerinin alınmayacağı ve alınan bilgilerin ise araştırmacı tarafından gizli tutulacağı açıklanmıştır.

4.11. Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırma, ankete dayalı olarak yapıldığı için, verilerin güvenilirliği, hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanlarının verdikleri yanıtlara dayalı olarak değerlendirilmelidir.

Çalışmamıza katılan hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanlarının tamamı Tokat İli, belirtilen hastanelerdeki bireylerden oluşmaktadır. Çalışmanın Tokat ilinde yapılmış olması nedeniyle tüm hastanelere ve topluma genelleymeyeceği için sonuçlar bu kapsamda değerlendirilmelidir. Ayrıca sayıca az olarak tersi durum söz konusu da olsa, çoğunlukla sağlık çalışanlarının eğitim durumlarının hasta ve yakınlarına oranla yüksek olması da verilen yanıtları etkilemiş olabilir. İletişim becerilerini yüksek olarak tanımlayan hasta ve yakınları var olan durum yerine olmasını arzu ettikleri durumu da rapor etmiş olabilirler.

Ayrıca araştırmamız, uygulanan ölçme araçlarından elde edilen bulgularla sınırlı olmuştur.

4.12. Araştırmanın Değişkenleri

4.12.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ve şiddete yönelik eğilimleri bağımlı değişken olarak belirlenmiştir.

4.12.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- **Demografik özellikler:** Yaş, cinsiyet, medeni, eğitim ve gelir durumu, mesleği, meslekte çalışma süresi, yaşanılan yer
- **Sağlık ile ilgili özellikler:** Şu an ki tanısı, en sık hangi tanı ile sağlık kurumlarına müracaat ettiği ve tercih ettiği hastane türü
- **Şiddet ile ilgili özellikler:** Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet olgusunun önlenabilirliği ile ilgili düşünceler ve bireyin kendisine zarar verme durumları da bağımsız değişken olarak kabul edilmiştir.

4.13. Tezin Hipotezleri

Hipotez 1 (H1) Hastaların iletişim becerileri ile şiddete yönelik eğilimleri arasında ilişki vardır.

Hipotez 1 (H1) Hasta yakınlarının iletişim becerileri ile şiddete yönelik eğilimleri arasında ilişki vardır.

Hipotez 1 (H1) Sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ile şiddete yönelik eğilimleri arasında ilişki vardır.

5. BULGU VE YORUMLAR

5.1. Sağlık Çalışanlarına Ait Tanımlayıcı Özellikler

Tablo 1. Sağlık Çalışanlarına Ait Tanımlayıcı Özellikler

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	107	62.20
Erkek	65	37.80
Medeni durum		
Evli	102	59.30
Bekar	70	40.70
Eğitim durumu		
Sağlık Meslek Lisesi	11	6.40
Ön Lisans	28	16.30
Lisans	116	67.40
Lisansüstü	17	9.90
Çocuk sahibi olma		
Evet	106	61.60
Hayır	66	38.40
Mesleki deneyim		
1 yıldan az	8	4.70
2-4 yıl	22	12.80
5-9 yıl	41	23.80
10 yıl ve üzeri	101	58.70
Kurumda çalışma süresi		
1 yıldan az	23	13.40
2-4 yıl	58	33.70
5-9 yıl	41	23.80
10 yıl ve üzeri	50	29.10
Çalışma ortamdaki iletişim düzeyi		
Çok kötü	3	1.70
Kötü	9	5.20
Orta	58	33.70
İyi	89	51.70
Çok iyi	13	7.60
Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin önlenabilirliği		
Önlenbilir	134	77.90
Önlenemez	38	22.10
Kendine zarar verme düşüncesi		
Var	3	1,70
Yok	169	98,30
Yaş*	35,2±9,1	33 (20 – 29)

*ortalama±s. sapma, ortanca (minimum – maksimum)

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarından %62.2'si kadın, %37.8'i erkektir.

Medeni durumu evli olanların oranı %59.3 ve çocuk sahibi olanların oranı %61.62'dir.

Eğitim durumu lisans olanların oranı %67.4'tür. Mesleki deneyimi 10 yıldan fazla

olanların oranı %58.7 olarak elde edilmiş, şu an çalıştığı yerde 2-4 yıl arası çalışmakta olanların oranı ise %33.7'dir. Çalışma ortamındaki iletişim düzeyine “iyi” yanıtı verenlerin oranı %51.7 iken orta düzeyde olduğunu belirtenlerin oranı %33.7 olarak bulunmuştur. Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet için “önlenebilir” yanıtı veren sağlık çalışanları oranı %77.9 olarak saptanmıştır. Kendine zarar verme düşüncesinin olmadığını belirten sağlık çalışanlarının oranı %98.3 olarak elde edilmiştir. Sağlık çalışanlarının yaş ortalaması ise 35,4'tür.

5.2. Hasta Bireylere Ait Tanımlayıcı Özellikler

Tablo 2. Hasta Bireylere Ait Tanımlayıcı Özellikler

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	115	57.50
Erkek	85	42.50
Medeni durum		
Evli	149	74.50
Bekar	51	25.50
Eğitim durumu		
İlköğretim	46	23.00
Ortaokul	38	19.00
Ortaöğretim	81	40.50
Ön Lisans	18	9.00
Lisans	15	7.50
Lisansüstü	2	1.00
Gelir durumu		
Gelir giderden az	120	60.00
Gelir gider eşit	75	37.50
Gelir giderden fazla	5	2.50
Yaşanılan yer		
İl	29	14.50
İlçe	140	70.00
Köy	31	15.50
Meslek		
Çiftçi	2	1.00
Emekli	8	4.00
Ev Kadını	81	40.50
İşçi	42	21.00
Memur	23	11.50
Öğrenci	11	5.50
Serbest Meslek	33	16.50
En sık tercih edilen hastane türü		

Kamu	200	100.00
Özel	0	0.00
Hasta olarak verilen sağlık hizmetini değerlendirme düzeyi		
Zayıf	59	29.50
Orta	102	51.00
İyi	20	10.00
Çok İyi	12	6.00
Mükemmel	7	3.50
Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin önlenabilirliği		
Önlenebilir	192	96.00
Önlenemez	8	4.00
Kendinize zarar verme düşüncesi		
Var	4	2.00
Yok	196	98.00
Yaş	42,7±13,6	43 (18 – 76)

*ortalama±s. sapma, ortanca (minimum – maksimum)

Çalışmaya katılan hasta bireylerden %57.5'i kadın iken %42.5'i erkektir. Medeni durumu evli olanların oranı %74.5 olarak elde edilmiştir. Eğitim durumu orta öğretim (lise) olanların oranı %40.50 olarak bulunmuştur. Gelir durumu için gelir giderden az diyenlerin oranı %60 olarak saptanmıştır. Yaşadığı yer ilçe olanların oranı %70'tir. Mesleği ev hanımı olanların oranı %40.5'tir. En sık kamu hastanesi tercih edilmiştir. Verilen sağlık hizmetini değerlendirme düzeyi %51 oranında "orta" olmuştur. Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin önlenebilirliğine "önlenebilir" cevabını veren hasta bireylerin oranı %96 olarak elde edilmiştir. Kendinize zarar verme düşüncesinin olmadığını belirtenlerin oranı %98'dir. Hasta bireylerin yaş ortalaması ise 42,7'dir.

5.3. Hasta Yakınlarına Ait Tanımlayıcı Özellikler

Tablo 3. Hasta Yakınlarına Ait Tanımlayıcı Özellikler

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	125	62.50
Erkek	75	37.50
Medeni durum		
Evli	145	72.50
Bekar	55	27.50
Eğitim durumu		
İlköğretim	46	23.00

Orta Okul	38	19.00
Orta Öğretim	81	40.50
Ön Lisans	18	9.00
Lisans	15	7.50
Lisans Üstü	2	1.00
Gelir durumu		
Gelir giderden az	145	72.50
Gelir gider eşit	45	22.50
Gelir giderden fazla	10	5.00
Yaşanılan yer		
İl	35	17.50
İlçe	126	63.00
Köy	39	19.50
Meslek		
Çiftçi	2	1.00
Emekli	8	4.00
Ev Kadını	81	40.50
İşçi	42	21.00
Memur	23	11.50
Öğrenci	11	5.50
Serbest Meslek	33	16.50
Hasta yakını olarak verilen sağlık hizmetini değerlendirme düzeyi		
Zayıf	58	29.00
Orta	113	56.50
İyi	16	8.00
Çok İyi	8	4.00
Mükemmel	5	2.50
Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin önlenabilirliği		
Önlenebilir	173	86.50
Önlenemez	27	13.50
Kendinize zarar verme düşüncesi		
Var	28	14.00
Yok	172	86.00
Yaş*	40,4±10,9	40 (19 -77)

*ortalama±s. sapma, ortanca (minimum – maksimum)

Çalışmaya katılan hasta yakınlarından %62.5'i kadın, %37.5'i erkektir. Medeni durumu evli olanların oranı %72.5'tir. Eğitim durumu orta öğretim (lise) olanların oranı %40.5 olarak bulunmuştur. Gelir durumu için gelir giderden az diyenlerin oranı %72.5 olarak elde edilmiştir. Yaşadığı yer ilçe olanların oranı %63'tür. Mesleği ev hanımı olanların oranı %40.5'tir. Hasta yakını olarak verilen sağlık hizmetini değerlendirme düzeyi %56.5 oranında "orta" olarak verilmiştir. Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin önlenebilirliğine "önlenebilir" yanıtını verenlerin oranı %86.5'tir. Kendine zarar verme

düşüncesine "var" yanıtını verenlerin oranı %86 olarak elde edilmiştir. Hasta yakınlarının yaş ortalaması ise 40,4'tür.

5.4. Sağlık Çalışanları İçin İBE ve ŞYTÖ Ölçeklerinin Güvenilirlik Analiz Sonuçları

Tablo 4. Sağlık Çalışanları İçin İBE ve ŞYTÖ Ölçeklerinin Güvenilirlik Analiz Sonuçları

	Ortalama	Standart Sapma	Crobach's Alpha
Bilişsel Boyut	29,1	7,2	
Duygusal Boyut	35,2	8,5	
Davranışsal Boyut	30,6	7,1	
IBE	95,0	21,0	0,930
SYTÖ	17,6	6,8	0,901

Bilişsel alt boyutunun puan ortalaması 29,1, duygusal alt boyutunun ortalaması 35,2, davranışsal alt boyutunun ortalaması 30,6 olarak elde edilirken Cronbach's Alpha değerleri 0,810 ile 0,840 arasında değişmektedir. İletişim becerileri envanteri puanı ortalaması 95,0 olurken Cronbach's Alpha değeri 0,930 olarak elde edilmiştir. Şiddete yönelik tutum ölçeği puanı ortalaması 17,6 olurken Cronbach's Alpha değeri 0,901 olarak elde edilmiştir.

5.5. Hasta Bireyler İçin İBE ve ŞYTÖ Ölçeklerinin Güvenilirlik Analiz Sonuçları

Tablo 5. Hasta Bireyler İçin İBE ve ŞYTÖ Ölçeklerinin Güvenilirlik Analiz Sonuçları

	Ortalama	Standart Sapma	Crobach's Alpha
Bilişsel Boyut	59,0	2,5	
Duygusal Boyut	55,8	2,7	
Davranışsal Boyut	56,5	2,4	
IBE	171,3	5,9	0,686
SYTÖ	39,6	2,4	0,701

Bilişsel alt boyutu puanı ortalaması 59,0, duygusal alt boyutu ortalaması 55,8, davranışsal alt boyutunun ortalaması 56,5 olarak elde edilmişken Cronbach's Alpha değerleri 0,369 ile 0,446 arasında değişmektedir. İletişim becerileri envanteri puanı

ortalaması 171,3 iken Cronbach's Alpha değeri 0,686 olarak elde edilmiştir. Şiddete yönelik tutum ölçeği puan ortalaması 39,6 iken Cronbach's Alpha değeri 0,701 olarak elde edilmiştir.

5.6. Hasta Yakınları İçin İBE ve ŞYTÖ Ölçeklerinin Güvenilirlik Analiz Sonuçları

Tablo 6. Hasta Yakınları İçin İBE ve ŞYTÖ Ölçeklerinin Güvenilirlik Analiz Sonuçları

	Ortalama	Standart Sapma	Crobach's Alpha
Bilişsel Boyut	59,0	2,9	
Duygusal Boyut	50,9	2,5	
Davranışsal Boyut	55,6	2,4	
İBE	165,4	6,4	0,757
ŞYTÖ	38,6	3,7	0,797

Bilişsel alt boyutunun puan ortalaması 59,0, duygusal alt boyutunun puan ortalaması 50,9 ve davranışsal alt boyutunun puan ortalaması 55,6 elde edilmişken Cronbach's alpha değerleri 0,329 ile 0,605 arasında değişmektedir. İletişim becerileri envanteri puan ortalaması 165,4 iken Cronbach's Alpha değeri 0,757 olarak elde edilmiştir. Şiddete yönelik tutum ölçeği puan ortalaması 38,6 iken Cronbach's Alpha değeri 0,797 olarak elde edilmiştir.

5.7. Sağlık Çalışanları İçin İBE ve ŞYTÖ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 7. Sağlık Çalışanları İçin İBE ve ŞYTÖ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Bilişsel	Duygusal	Davranışsal	İBE
Duygusal	r	0,708			
	p	<0,001			
Davranışsal	r	0,871	0,740		
	p	<0,001	<0,001		
İBE	r	0,925	0,900	0,938	
	p	<0,001	<0,001	<0,001	
ŞYTÖ	r	0,256	0,138	0,275	0,237
	p	0,001	0,070	<0,001	0,002

r: Pearson korelasyon katsayısı

Duygusal ile Bilişsel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki vardır ($r=0,708$; $p<0,001$). Davranışsal ile Bilişsel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok yüksek bir ilişki vardır ($r=0,871$; $p<0,001$). İBE ile Bilişsel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok yüksek bir ilişki vardır ($r=0,925$; $p<0,001$). ŞYTÖ ile Bilişsel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,256$; $p=0,001$). Davranışsal ile Duygusal puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki vardır ($r=0,74$; $p<0,001$). İBE ile Duygusal puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok yüksek bir ilişki vardır ($r=0,9$; $p<0,001$). ŞYTÖ ile Duygusal puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($r=0,138$; $p=0,07$). İBE ile Davranışsal puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok yüksek bir ilişki vardır ($r=0,938$; $p<0,001$). ŞYTÖ ile Davranışsal puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,275$; $p<0,001$). ŞYTÖ ile İBE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,237$; $p=0,002$).

5.8. Hasta Bireyler İçin İBE ve ŞYTÖ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 8. Hasta Bireyler İçin İBE ve ŞYTÖ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Bilişsel	Duygusal	Davranışsal	İBE
Duygusal	r	0,255			
	p	<0,001			
Davranışsal	r	0,362	0,159		
	p	<0,001	0,024		
İBE	r	0,710	0,726	0,613	
	p	<0,001	<0,001	<0,001	
ŞYTÖ	r	0,264	0,121	0,278	0,325
	p	<0,001	0,089	<0,001	<0,001

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı

Duygusal ile Bilişsel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,255$; $p<0,001$). Davranışsal ile Bilişsel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,362$; $p<0,001$). İBE ile

Bilişsel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki vardır ($r=0,71$; $p<0,001$). ŞYTÖ ile Bilişsel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,264$; $p<0,001$). Davranışsal ile Duygusal puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0,159$; $p=0,024$). İBE ile Duygusal puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki vardır ($r=0,726$; $p<0,001$). ŞYTÖ ile Duygusal puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($r=0,121$; $p=0,089$). İBE ile Davranışsal puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki vardır ($r=0,613$; $p<0,001$). ŞYTÖ ile Davranışsal puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,278$; $p<0,001$). ŞYTÖ ile İBE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,325$; $p<0,001$).

5.9. Hasta Yakınları İçin İBE ve ŞYTÖ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 9. Hasta Yakınları İçin İBE ve ŞYTÖ Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Bilişsel	Duygusal	Davranışsal	İBE
Duygusal	r	0,213			
	p	0,003			
Davranışsal	r	0,118	0,203		
	p	0,095	0,004		
İBE	r	0,624	0,693	0,554	
	p	<0,001	<0,001	<0,001	
ŞYTÖ	r	0,120	0,322	0,385	0,389
	p	0,090	<0,001	<0,001	<0,001

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı

Duygusal ile Bilişsel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,213$; $p=0,003$). Davranışsal ile Bilişsel puanları arasında anlamlı ilişki yoktur ($r=0,118$; $p=0,095$). İBE ile Bilişsel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki vardır ($r=0,624$; $p<0,001$). ŞYTÖ ile Bilişsel puanları arasında ilişki yoktur ($r=0,120$; $p=0,09$). Davranışsal ile Duygusal puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,203$; $p=0,004$). İBE ile Duygusal puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü

yüksek bir ilişki vardır ($r=0,693$; $p<0,001$). ŞYTÖ ile Duygusal puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,322$; $p<0,001$). İBE ile Davranışsal puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ($r=0,554$; $p<0,001$). ŞYTÖ ile Davranışsal puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,385$; $p<0,001$). ŞYTÖ ile İBE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,389$; $p<0,001$).



5.10. ŞYTÖ Puanı Üzerine Hasta Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Tablo 10. ŞYTÖ Puanı Üzerine Hasta Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi

	β_0 (%95 CI)	S. Hata	β_1	t	p	r1	r2	VIF
Sabit	38,316 (34,982 - 41,65)	1,689		22,681	<0,001			
Yaş	0,027 (0 - 0,054)	0,014	0,158	1,985	0,049	-0,007	0,148	1,643
Cinsiyet				Referans				
Kadın	1,134 (0,112 - 2,157)	0,518	0,238	2,189	0,030	-0,01	0,163	3,08
Medeni durum				Referans				
Evli	-1,481 (-2,349 - -0,613)	0,44	-0,274	-3,367	0,001	-0,286	-0,247	1,726
Eğitim durumu				Referans				
Ortaokul	0,64 (-0,362 - 1,642)	0,508	0,107	1,261	0,209	0,138	0,095	1,862
Ortaöğretim	-0,223 (-1,085 - 0,64)	0,437	-0,046	-0,509	0,611	-0,213	-0,038	2,162
Ön lisans	0,999 (-0,326 - 2,324)	0,671	0,122	1,489	0,138	0,114	0,112	1,733
Lisans	1,921 (0,404 - 3,438)	0,769	0,215	2,499	0,013	0,267	0,186	1,924
Lisansüstü	3,662 (0,335 - 6,988)	1,686	0,155	2,172	0,031	0,146	0,162	1,321
Gelir durumu				Referans				
Gelir giderden az	0,063 (-0,622 - 0,749)	0,347	0,013	0,182	0,856	0,046	0,014	1,359
Gelir giderden fazla	-1,419 (-3,71 - 0,872)	1,161	-0,094	-1,223	0,223	-0,027	-0,092	1,542
Yaşanılan yer				Referans				
İl	0,201 (-1,062 - 1,465)	0,64	0,03	0,315	0,754	0,119	0,024	2,386
İlçe	0,359 (-0,573 - 1,291)	0,472	0,07	0,76	0,448	-0,099	0,057	2,2
Meslek				Referans				
İşçi	1,212 (-0,043 - 2,467)	0,636	0,21	1,906	0,058	0,084	0,143	3,15
Emekli	1,746 (-0,156 - 3,648)	0,964	0,145	1,812	0,072	0,144	0,136	1,675
Öğrenci	0,895 (-0,871 - 2,662)	0,895	0,087	1	0,318	0,191	0,075	1,955
Ev kadını	-0,387 (-1,721 - 0,946)	0,676	-0,081	-0,574	0,567	-0,157	-0,043	5,164
Serbest meslek	-0,201 (-1,511 - 1,109)	0,664	-0,032	-0,303	0,763	-0,101	-0,023	2,851
Diğer	-0,37 (-3,633 - 2,894)	1,654	-0,016	-0,223	0,823	-0,047	-0,017	1,271
Sağlık ekibinin sunduğu hizmeti değerlendirme düzeyi				Referans				
Orta	-0,398 (-1,089 - 0,294)	0,35	-0,085	-1,134	0,258	-0,124	-0,085	1,441
İyi	1,177 (0,091 - 2,263)	0,55	0,153	2,139	0,034	0,163	0,16	1,336
Çok iyi	-0,57 (-1,967 - 0,828)	0,708	-0,058	-0,805	0,422	-0,046	-0,061	1,328
Mükemmel	0,48 (-1,217 - 2,177)	0,86	0,038	0,559	0,577	0,068	0,042	1,172

Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin önlenabilirliği				Referans				
Önlenemez	-1,471 (-3,126 - 0,184)	0,838	-0,123	-1,755	0,081	-0,171	-0,131	1,267
Kendinize zarar verme düşüncesi				Referans				
Yok	-0,049 (-2,349 – 2,251)	1,165	-0,003	-0,042	0,967	0,067	-0,003	1,25

F:3,53; p<0,001; R²=%32,6; Düzeltilmiş R²=%23,4; β^0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β^1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, r¹: Zero-order korelasyon, r²: Partial korelasyon

Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği puanına etki eden bağımsız değişkenler lineer regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=3,53; p<0,001). Oluşturulan regresyon modelinde yöntem olarak enter metodu kullanılmış ve bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenin %23.4'lük kısmı açıklanmıştır. Yaş bir birim arttığında ŞYTÖ puanı 0,027 birim artmaktadır (p=0,049). Kadınlarda ŞYTÖ puanının erkeklere göre 1,134 birim daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p=0,030). Evli olanlarda ŞYTÖ puanının bekarlara göre 1,481 birim daha düşük olduğu saptanmıştır (p=0,001). Eğitim durumu lisans olanlarda ŞYTÖ puanının eğitim durumu ilköğretim olanlara göre 1,921 birim daha yüksek bulunmuştur (p=0,013). Eğitim durumu lisansüstü olanlarda ŞYTÖ puanının eğitim durumu ilköğretim olanlara göre 3,662 birim daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p=0,013). Sağlık ekibinin sunduğu hizmeti “iyi” olarak değerlendirenlerde ŞYTÖ puanı zayıf olarak değerlendirenlere göre 1,177 birim daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,034). Diğer değişkenlere ait regresyon katsayıları anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

5.11. Hasta Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre İBE Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 11. Hasta Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre İBE Puanlarının Karşılaştırması

	İBE Puanı		Test İst.	P
	Ort. $\pm$ S.sapma	Ort. (min- mak)		
Cinsiyet				
Kadın	171,15 $\pm$ 6,43	170 (147 – 198)	4711	0,662*
Erkek	171,41 $\pm$ 5,2	171 (155 – 191)		
Medeni durum				
Evli	170,87 $\pm$ 5,01	170 (147 – 198)	3290,5	0,153*
Bekar	172,41 $\pm$ 7,98	171 (155 – 193)		
Eğitim durumu				
İlköğretim	170,37 $\pm$ 6,44	170 (147 – 186)b	16,35	0,006**
Ortaokul	170,32 $\pm$ 3,76	170 (156 – 178)ab		
Ortaöğretim	171,04 $\pm$ 6,07	170 (155 – 198)b		
Ön lisans	173,33 $\pm$ 7,55	174 (155 – 191)ab		
Lisans	174,93 $\pm$ 4,62	175 (168 – 183)a		
Lisansüstü	172,5 $\pm$ 4,95	172,5 (169 -176)ab		
Gelir durumu				
Gelir gider eşit	171,13 $\pm$ 5,46	171 (155 - 186)	0,076	0,963**
Gelir giderden az	171,37 $\pm$ 6,33	170 (147 - 198)		
Gelir giderden fazla	170,6 $\pm$ 1,67	171 (168 - 172)		
Yaşanılan yer				
İl	172,24 $\pm$ 6,5	171 (155 - 186)	1,082	0,582**
İlçe	171,11 $\pm$ 5,68	170,5 (155 - 198)		
Köy	171,03 $\pm$ 6,58	170 (147 - 186)		

Meslek					
Memur	172,17 ± 5,32	172 (164 - 184)			
İşçi	171,67 ± 5,27	171 (162 - 193)			
Emekli	174,38 ± 10,21	171 (166 - 198)			
Öğrenci	175,73 ± 10,67	175 (155 - 192)	6,584	0,361**	
Ev kadını	170,2 ± 5,18	170 (147 - 186)			
Serbest meslek	170,48 ± 4,85	170 (155 - 186)			
Diğer	171 ± 5,66	171 (167 - 175)			
Sağlık ekibinin sunduğu hizmeti değerlendirme düzeyi					
Zayıf	171,2 ± 6,54	170 (147 - 193)			
Orta	171,2 ± 5,67	171 (155 - 198)			
İyi	172,38 ± 5,94	170 (167 - 192)	1,201	0,878**	
Çok iyi	171,67 ± 4,85	171,5 (163 - 180)			
Mükemmel	168,57 ± 6,6	170 (155 - 175)			
Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet önlenabilirliği					
Önlenebilir	171,41 ± 5,77	171 (155 - 198)	664,5	0,518*	
Önlenemez	167,75 ± 8,76	170 (147 - 174)			
Kendinize zarar verme düşüncesi					
Evet	169 ± 3,83	168 (166 - 174)	270	0,286*	
Hayır	171,31 ± 5,96	171 (147 - 198)			

*Mann Whitney U Testi; ** Kruskal Wallis Testi; a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Hasta bireylerin eğitim durumlarına göre İletişim Becerileri Envanteri puanlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,006$). Bu farklılık lisans mezunu olanların İBE puanının ortanca değeri (175) ile ilköğretim mezunu olanların (170) ve ortaokul mezunu olanların (170) İBE puanı ortanca değerleri arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. Cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, yaşanılan yer, meslek, sağlık ekibinin sunduğu hizmeti değerlendirme düzeyi, sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin önlenebilirliği ve kendine zarar verme düşüncesine göre İBE puanı ortanca değerleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).



5.12. ŞYTÖ Puanı Üzerine Hasta Yakınlarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Tablo 12. ŞYTÖ Puanı Üzerine Hasta Yakınlarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi

	β_0 (%95 CI)	S. Hata	β_1	t	p	r1	r2	VIF
Sabit	36,007 (32,487 - 39,527)	1,784		20,187	<0,001			
Yaş	0,034 (-0,018 - 0,086)	0,026	0,1	1,291	0,198	0,093	0,097	1,657
Cinsiyet			Referans					
Kadın	0,485 (-0,927 - 1,898)	0,716	0,063	0,678	0,499	-0,041	0,051	2,397
Medeni durum			Referans					
Evli	-0,705 (-1,928 - 0,517)	0,619	-0,085	-1,139	0,256	-0,095	-0,085	1,527
Eğitim durumu			Referans					
Ortaokul	1,775 (0,095 - 3,455)	0,851	0,189	2,085	0,039	0,214	0,155	2,271
Ortaöğretim	-0,834 (-2,625 - 0,956)	0,907	-0,112	-0,919	0,359	-0,32	-0,069	4,066
Ön lisans	1,742 (-0,421 - 3,906)	1,096	0,152	1,589	0,114	0,09	0,119	2,533
Lisans	3,557 (1,02 - 6,094)	1,286	0,252	2,767	0,006	0,21	0,204	2,288
Lisansüstü	4,279 (-0,96 - 9,517)	2,654	0,115	1,612	0,109	0,119	0,12	1,392
Gelir durumu			Referans					
Gelir giderden az	1,026 (-0,28 - 2,332)	0,662	0,123	1,55	0,123	-0,026	0,116	1,742
Gelir giderden fazla	-2,192 (-4,538 - 0,154)	1,189	-0,129	-1,844	0,067	-0,111	-0,137	1,339
Yaşanılan yer			Referans					
İl	0,688 (-1,214 - 2,59)	0,964	0,07	0,713	0,477	0,136	0,054	2,676
İlçe	0,013 (-1,465 - 1,492)	0,749	0,002	0,018	0,986	-0,152	0,001	2,61
Meslek			Referans					
İşçi	1,384 (-0,316 - 3,085)	0,862	0,165	1,607	0,110	0,103	0,12	2,887
Emekli	0,557 (-1,929 - 3,043)	1,26	0,034	0,442	0,659	0,103	0,033	1,647
Öğrenci	-0,635 (-2,928 - 1,659)	1,162	-0,045	-0,546	0,586	-0,086	-0,041	1,87
Ev kadını	-0,28 (-1,904 - 1,345)	0,823	-0,037	-0,34	0,734	-0,084	-0,026	3,314
Sağlık ekibinin sunduğu hizmeti değerlendirme düzeyi			Referans					
Orta	-1,507 (-2,593 - -0,421)	0,55	-0,201	-2,737	0,007	-0,192	-0,202	1,486
İyi	-0,512 (-2,389 - 1,366)	0,951	-0,037	-0,538	0,591	0,008	-0,04	1,329
Çok iyi	-3,925 (-6,47 - -1,379)	1,29	-0,207	-3,043	0,003	-0,142	-0,223	1,275
Mükemmel	-4,663 (-7,911 - -1,415)	1,646	-0,196	-2,833	0,005	-0,094	-0,208	1,318
Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin önlenabilirliği			Referans					
Önlenemez	-1,2 (-2,574 - 0,173)	0,696	-0,11	-1,724	0,086	-0,193	-0,129	1,129
Kendinize zarar verme düşüncesi			Referans					

Yok	1,463 (0,112 - 2,814)	0,685	0,137	2,136	0,034	0,219	0,159	1,127
-----	-----------------------	-------	-------	-------	--------------	-------	-------	-------

F:4,466; p<0,001; R²=%35,7; Düzeltilmiş R²=%27,7; β^0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β^1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, r¹: Zero-order korelasyon, r²: Partial korelasyon

Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği puanına etki eden bağımsız değişkenler lineer regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=4,466; p<0,001). Oluşturulan regresyon modelinde yöntem olarak enter metodu kullanılmış ve bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenin %27.7'lik kısmı açıklanmıştır. Eğitim durumu ortaokul olanlarda ŞYTÖ puanının eğitim durumu ilköğretim olanlara göre 1,775 birim daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p=0,039). Eğitim durumu lisans olanlarda ŞYTÖ puanının eğitim durumu ilköğretim olanlara göre 3,557 birim daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,006). Sağlık ekibinin sunduğu hizmeti “orta” olarak değerlendirenlerde ŞYTÖ puanı “zayıf” olarak değerlendirenlere göre 1,507 birim daha düşük olduğu tespit edilmiştir (p=0,007). Sağlık ekibinin sunduğu hizmeti “çok iyi” olarak değerlendirenlerde ŞYTÖ puanı zayıf olarak değerlendirenlere göre 3,925 birim daha düşük bulunmuştur (p=0,003). Sağlık ekibinin sunduğu hizmeti “mükemmel” olarak değerlendirenlerde ŞYTÖ puanı “zayıf” olarak değerlendirenlere göre 4,663 birim daha düşük olduğu tespit edilmiştir (p=0,005). Kendine zarar vermeyi düşünmeyenlerde ŞYTÖ puanını, kendine zarar vermeyi düşünenlere göre 1,463 birim daha yüksektir. Diğer değişkenlere ait regresyon katsayıları anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

5.13. Hasta Yakınlarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre İBE Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 13. Hasta Yakınlarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre İBE Puanlarının Karşılaştırması

	İBE Puanı		Test İst.	p
	Ort. $\pm$ S.sapma	Ort. (min- mak)		
Cinsiyet				
Kadın	166,21 $\pm$ 5,3	165 (151 - 190)	4226	0,239*
Erkek	164,15 $\pm$ 7,77	165 (120 - 175)		
Medeni durum				
Evli	164,79 $\pm$ 6,17	165 (120 - 189)	3100	0,014*
Bekar	167,13 $\pm$ 6,73	166 (149 - 190)		
Eğitim durumu				
İlköğretim	164,33 $\pm$ 6,78	164 (134 - 179)b	25,497	<0,001**
Ortaokul	165,74 $\pm$ 3,89	165 (155 - 180)b		
Ortaöğretim	164,36 $\pm$ 5,68	165 (120 - 175)b		
Ön lisans	166,42 $\pm$ 8,2	166 (149 - 186)ab		
Lisans	170,2 $\pm$ 7,07	168 (160 - 189)a		
Lisansüstü	177 $\pm$ 18,39	177 (164 - 190)ab		
Gelir durumu				
Gelir gider eşit	165,67 $\pm$ 10,28	165 (120 - 190)	2,674	0,263**
Gelir giderden az	165,34 $\pm$ 4,87	165 (134 - 182)		
Gelir giderden fazla	165,8 $\pm$ 2,74	165 (164 - 173)		
Yaşanılan yer				
İl	166,11 $\pm$ 11,62	166 (120 - 190)b	8,009	0,018**
İlçe	165,37 $\pm$ 3,56	165 (151 - 180)a		
Köy	165,05 $\pm$ 7,15	164 (134 - 186)a		
Meslek				
Memur	167,86 $\pm$ 7,31	166 (150 - 190)b	14,888	0,005**

İşçi	163,49 ± 8,18	164 (120 - 175)a		
Emekli	167,91 ± 4,21	166 (161 - 173)ab		
Öğrenci	164,27 ± 8,42	166 (149 - 182)ab		
Ev kadını	165,53 ± 3,73	165 (161 - 186)ab		
Sağlık ekibinin sunduğu hizmeti değerlendirme düzeyi				
Zayıf	167,67 ± 5,54	165,5 (161 - 189)b		
Orta	165,46 ± 4,02	165 (155 - 190)a		
İyi	164,63 ± 3,44	165 (155 - 170)ab	12,124	0,016**
Çok iyi	156,87 ± 12,62	157 (134 - 171)ab		
Mükemmel	155,2 ± 21,65	166 (120 - 173)ab		
Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin önlenabilirliği				
Önlenbilir	165,77 ± 6,23	165 (120 - 190)	1740,5	0,031*
Önlenemez	163,3 ± 7,12	164 (134 - 173)		
Kendinize zarar verme düşüncesi				
Var	164,21 ± 10,1	165 (120 - 189)	2103,5	0,278*
Yok	165,63 ± 5,59	165 (134 - 190)		

*Mann Whitney U Testi; **Kruskal Wallis Testi; a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hasta yakınlarının eğitim durumlarına göre İBE puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p < 0,001$). Bu farklılık eğitim durumu lisans olanların İBE puanı ortanca değerinin (168) ile eğitim durumu ilköğretim (164), ortaokul (165) ve ortaöğretim (165) olanların İBE puanı ortanca değerleri arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. Hasta yakınlarının yaşadıkları yere göre İBE puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p = 0,018$). Bu farklılık ilde yaşayanların İBE puanı ortanca değerinin (166) ilçede yaşayanlar (165) ve köyde yaşayanların (164) İBE puanı ortanca değerlerinden anlamlı seviyede yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Hasta yakınlarının mesleklerine göre İBE puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur

($p=0,005$). Bu farklılık memur olanların İBE puanı ortanca değeri (166) ile işçi olanların İBE puanı ortanca değeri (164) arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. Hasta yakınlarının sağlık ekibinin sunduğu hizmeti değerlendirme düzeylerine göre İBE puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,016$). Bu farklılık sunulan hizmeti “zayıf” olarak değerlendirenlerin İBE puanı ortanca değeri (165,5) ile “orta” olarak değerlendirenlerin İBE puanı ortanca değeri (165) arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. Cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin önlenebilirliği ve kendine zarar verme düşüncesine göre hasta yakınlarının İBE puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

5.14. ŞYTÖ Puanı Üzerine Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Tablo 14. ŞYTÖ Puanı Üzerine Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi

	β_0 (%95 CI)	S. Hata	β_1	t	p	r1	r2	VIF
Sabit	34,36 (23,431 - 45,289)	5,531		6,213	<0,001			
Yaş	0,094 (-0,109 - 0,298)	0,103	0,124	0,914	0,362	0,056	0,075	3,722
Cinsiyet			Referans					
Kadın	5,519 (3,357 - 7,681)	1,094	0,392	5,044	<0,001	0,327	0,383	1,217
Medeni durum			Referans					
Evli	0,024 (-3,145 - 3,193)	1,604	0,002	0,015	0,988	0,055	0,001	2,67
Eğitim durumu			Referans					
Ön lisans	4,667 (-0,068 - 9,401)	2,396	0,255	1,948	0,053	0,104	0,158	3,446
Lisans	2,047 (-2,158 - 6,252)	2,128	0,141	0,962	0,338	-0,057	0,079	4,342
Lisansüstü	5,207 (0,04 - 10,374)	2,615	0,23	1,992	0,048	0,104	0,162	2,689
Çocuk sahibi olma			Referans					
Evet	1,656 (-1,671 - 4,984)	1,684	0,118	0,984	0,327	0,057	0,081	2,899
Mesleki deneyim			Referans					
2-4 yıl	-2,957 (-9,106 - 3,192)	3,112	-0,146	-0,95	0,343	0,065	-0,078	4,764
5-9 yıl	-3,376 (-8,768 - 2,017)	2,729	-0,209	-1,237	0,218	-0,062	-0,101	5,733
10 yıl ve üzeri	-5,86 (-11,86 - 0,14)	3,036	-0,422	-1,93	0,056	-0,014	-0,157	9,615
Kurumda çalışma süresi			Referans					
2-4 yıl	0,906 (-2,847 - 4,659)	1,899	0,063	0,477	0,634	0,014	0,039	3,488
5-9 yıl	-0,541 (-4,277 - 3,196)	1,891	-0,034	-0,286	0,775	-0,142	-0,023	2,801
10 yıl ve üzeri	3,216 (-1,002 - 7,434)	2,134	0,211	1,507	0,134	0,149	0,123	3,963
Çalışma ortamındaki iletişim düzeyi			Referans					
Çok iyi	-3,227 (-7,319 - 0,865)	2,071	-0,122	-1,559	0,121	-0,023	-0,127	1,23
Orta	-2,035 (-4,246 - 0,176)	1,119	-0,141	-1,819	0,071	-0,097	-0,148	1,211
Kötü	-4,623 (-9,107 - -0,139)	2,269	-0,153	-2,037	0,043	-0,119	-0,165	1,129

Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin önlenabilirliği	Referans								
Önlenemez	-0,673 (-3,113 - 1,767)	1,235	-0,041	-0,545	0,587	-0,015	-0,045	1,131	
Kendine zarar verme düşüncesi	Referans								
Yok	2,433 (-5,047 - 9,914)	3,786	0,047	0,643	0,521	-0,001	0,053	1,087	

F:2,976; p<0,001; R²=%26,6; Düzeltilmiş R²=%17,6; β^0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β^1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, r¹: Zero-order korelasyon, r²: Partial korelasyon

Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği puanına etki eden bağımsız değişkenler lineer regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=2,976; p<0,001). Oluşturulan regresyon modelinde yöntem olarak enter metodu kullanılmış ve bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenin %17.6'lık kısmı açıklanmıştır. Kadınlarda ŞYTÖ puanının erkeklere göre 5,519 birim daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p<0,001). Eğitim durumu lisansüstü olanlarda ŞYTÖ puanının eğitim durumu ön lisans olanlara göre 5,207 birim daha yüksek olduğu bulunmuştur (p=0,048). Çalışma ortamındaki iletişim düzeyini ‘‘kötü’’ olarak değerlendirenlerin ŞYTÖ puanı, ‘‘çok kötü’’ olarak değerlendirenlere göre 4,623 birim daha düşüktür (p=0,043). Diğer değişkenlere ait regresyon katsayıları anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

5.15. İBE Puanı Üzerine Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Tablo 15. İBE Puanı Üzerine Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi

	β_0 (%95 CI)	S. Hata	β_1	t	p	r1	r2	VIF
Sabit	153,443 (116,4 - 190,486)	18,745		8,186	<0,001			
Yaş	0,686 (-0,004 - 1,375)	0,349	0,293	1,964	0,051	0,114	0,159	3,722
Cinsiyet								
Kadın	-0,259 (-7,588 - 7,07)	3,709	-0,006	-0,07	0,944	-0,087	-0,006	1,217
Medeni durum								
Evli	14,496 (3,755 - 25,236)	5,435	0,337	2,667	0,009	0,166	0,214	2,67
Eğitim durumu								
Ön lisans	-5,886 (-21,934 - 10,162)	8,121	-0,104	-0,725	0,470	0,083	-0,059	3,446
Lisans	-9,72 (-23,973 - 4,533)	7,213	-0,217	-1,348	0,180	-0,111	-0,11	4,342
Lisansüstü	-8,852 (-26,364 - 8,66)	8,862	-0,127	-0,999	0,319	0,023	-0,082	2,689
Çocuk sahibi olma								
Evet	-9,75 (-21,028 - 1,527)	5,707	-0,225	-1,709	0,090	0,023	-0,139	2,899
Mesleki deneyim								
2-4 yıl	0,414 (-20,427 - 21,255)	10,546	0,007	0,039	0,969	-0,035	0,003	4,764
5-9 yıl	-3,648 (-21,925 - 14,628)	9,249	-0,073	-0,394	0,694	0,022	-0,032	5,733
10 yıl ve üzeri	-11,449 (-31,785 - 8,888)	10,291	-0,267	-1,112	0,268	0,007	-0,091	9,615
Kurumda çalışma süresi								
2-4 yıl	-2,462 (-15,183 - 10,259)	6,437	-0,055	-0,382	0,703	-0,084	-0,031	3,488
5-9 yıl	1,149 (-11,514 - 13,813)	6,408	0,023	0,179	0,858	0,029	0,015	2,801
10 yıl ve üzeri	-2,495 (-16,791 - 11,8)	7,234	-0,053	-0,345	0,731	0,043	-0,028	3,963
Çalışma ortamınızdaki iletişim düzeyi								
Çok iyi	2,374 (-11,495 - 16,243)	7,018	0,029	0,338	0,736	0,008	0,028	1,23
Orta	-4,034 (-11,528 - 3,46)	3,792	-0,09	-1,064	0,289	-0,148	-0,087	1,211
Kötü	-0,252 (-15,45 - 14,946)	7,691	-0,003	-0,033	0,974	0,008	-0,003	1,129

Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin önlenabilirliği

Önlenemez	0,786 (-7,484 - 9,057)	4,185	0,015	0,188	0,851	0,046	0,015	1,131
Kendine zarar verme düşüncesi								
Yok	13,457 (-11,898 - 38,811)	12,831	0,085	1,049	0,296	0,052	0,086	1,087

F:1,07; p=0,387; R²=%11,5; Düzeltilmiş R²=%8; β^0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β^1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, r¹: Zero-order korelasyon, r²: Partial korelasyon

İletişim Becerileri Envanteri puanına etki eden bağımsız değişkenler lineer regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (F=1,07; p=0,387).

5.16. Hipotezlerin İncelenmesi

Tablo 16. Hipotezlerin İncelenmesi

Hipotezler	Sonuç
H1: Hastaların iletişim becerileri ile şiddete yönelik eğilimleri arasında ilişki vardır	Kabul
H1: Hasta yakınlarının iletişim becerileri ile şiddete yönelik eğilimleri arasında ilişki vardır	Kabul
H1: Sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ile şiddete yönelik eğilimleri arasında ilişki vardır	Kabul

1. H1: Hastaların iletişim becerileri ile şiddete yönelik eğilimleri arasında ilişki vardır

Çalışmada öncelikle Tablo 5'e bakacak olursak İBE için 171,3, ŞYTÖ için 39,6 olarak ortalama puanlar elde edilmiştir. Tablo 8'de de $r=0,325$; $p<0,001$ görülmesi sebebiyle hipotez kabul edilmektedir.

2. H1: Hasta yakınlarının iletişim becerileri ile şiddete yönelik eğilimleri arasında ilişki vardır

Çalışmada öncelikle Tablo 6'e bakacak olursak İBE için 165,4, ŞYTÖ için 38,6 olarak ortalama puanlar elde edilmiştir. Tablo 9'da da $r=0,389$; $p<0,001$ görülmesi sebebiyle hipotez kabul edilmektedir.

3. H1: Sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ile şiddete yönelik eğilimleri arasında ilişki vardır

Çalışmada öncelikle Tablo 4'e bakacak olursak İBE için 95,0, ŞYTÖ için 17,6 olarak ortalama puanlar elde edilmiştir. Tablo 7'de de $r=0,237$; $p=0,002$ görülmesi sebebiyle hipotez kabul edilmektedir.

6. TARTIŞMA

Sağlık hizmetlerinin, toplumla iletişim içerisinde yürütülmesi ve sağlık çalışanlarının toplumun her kesimine hizmet veriyor olması bu alanda şiddet riskini oluşturabilmekte ve artırabilmektedir (Cooper & Swanson, 2002). Bu nedenle, özellikle son yirmi yılda sağlıkta şiddet kavramı ve çözüm önerileri ile ilgili bilimsel çalışmalar ivme kazanmıştır (Calnan vd., 2012).

6.1. Hasta Bireyler İçin ŞYTÖ, İBE ve Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulguların İncelenmesi

Literatürde erkeklerin kadınlara göre anlamı düzeyde daha fazla oranda sağlık çalışanlarına şiddet eylemlerinde bulunduğu ve sağlık çalışanların bu şiddeti hak ettiğini düşünenlerinde çoğunlukla otuz beş yaş altı eğitim düzeyi düşük erkekler olduğu belirtilmektedir. (Winstanley & Winstanley, 2004; İlhan vd., 2013; Ferri vd., 2016).

Yaş ve şiddet ilişkisi ile ilgili farklı sonuçların olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Xing vd., 2015; Baykan vd., 2015). 2013 yılında yapılan, toplum gözüyle sağlık çalışanlarına şiddetin nedenlerinin incelendiği bir çalışmada, katılımcıların %79'u sağlık çalışanına yönelik şiddetin önlenebileceğini düşündüğünü belirtmiştir (İlhan vd., 2013). Çalışmamızda sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin önlenebilirliği düşünceleri hakkında ŞYTÖ ve İBE değerleri arasında anlamlı fark bulunamasa da hastaların %96'sı sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin önlenabilir olduğunu düşünmektedir. Hasta bireylerin şiddete yönelik eğilimleri ile sağlık ekibinin sunduğu hizmeti değerlendirme değişkenleri arasında $p=0,034$ oranıyla anlamlı fark saptanan çalışmamızda, şiddet olgusunun önlenilmesi amacıyla, hasta önerilerine de bilgi formunda yer verilmiştir. İlgili literatürle örtüşen ve daha çok iletişim sürecindeki aksaklıklardan rahatsız

olduklarını ifade eden çalışmamızdaki hasta bireylerin durumu, bu iki değişken arasında anlamlı fark bulunmasına sebep olmuş olabilir. Bireylerin konu hakkındaki öneri ve düşüncelerinin incelenmesinin, şiddet olgusunun önlenmesi açısından önemli olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamıza katılan hasta bireylerin %57.5'i kadın ve İBE ortalama puanları 171,3; ŞYTÖ puan ortalamaları ise 39,6 olarak saptanmıştır. Bilgi formumuzdaki veriler ışığında katılımcıların çoğunlukla kadın, evli, ortaöğretim (lise) mezunu, ortalama yaş oranları $42,7 \pm 13,6$ ve ekonomik durum olarak gelirin giderden az olduğu görülmektedir. ŞYTÖ puan ortalamalarının yüksek olmasına, hasta bireylere ait tanımlayıcı diğer özelliklerdeki farklılıklar, çalışmamızın yapıldığı ildeki kültürel etkenlerin kadına atfettiği sorumluluk duygusu ve bu duygunun sebep olduğu somatik yakınmalar, bu yaş grubunun gençlere göre hastaneye daha sık başvurmaları ve bu süreçte yaşadıkları olumsuz deneyimler, sebep olmuş olabilir.

6.2. Hasta Yakınları İçin ŞYTÖ, İBE ve Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulguların İncelenmesi

Ülkemizde yapılan çalışmalarda daha fazla şiddete başvuranların hasta veya hasta yakınları olduğu (Chen vd., 2008) ve cinsiyet açısından değerlendirilen çalışmalar da ise çoğunlukla erkeklerin şiddet uyguladığı belirlenmiştir (Winstanley & Winstanley, 2004). Verilerimiz, eğitim durumu lisans olan hasta yakınlarının ŞYTÖ puanlarının ilköğretim ve ortaokul olanlara, ortaokul olanlarında ilköğretim olanlara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durum, anlamlı bulunan yaşanan yer, meslek, sağlık ekibinin sunduğu hizmeti değerlendirme ve kendine zarar verme düşüncesi olma

durumu ile ilişkili olabilir. Bulgumuz, şiddet olgusuna neden olabilecek faktörler arasında, farklı çalışmalarla incelenebilir.

Çalışmamızda İBE puan ortalamaları 165,4 olarak belirlenen hasta yakınlarının şiddete yönelik eğilim puanları ise 38,6 olarak bulunmuştur. Uluslararası literatüre bakıldığında hasta bireylerin, hasta yakınlarından daha fazla saldırgan eylemlerde bulunduğu saptanmakla birlikte (Hahn vd., 2008; Miedema vd., 2010), hasta yakınları tarafından daha çok şiddet uygulandığını belirten (Zafar vd., 2013; Sönmez vd., 2013; Al vd., 2015) çalışmalarda mevcuttur. Bu durum biyolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik farklılıklardan kaynaklanabilir. Aynı zamanda ülkemizde önemli olduğu düşünülen aile bağları ile (Duran, 2022), hasta yakınlarının hasta olan kişinin ihtiyaçlarını karşılamak için birlikte sağlık kurumlarına müracaat ettiği süreçlerde beraber olmalarının (Duman & Özdelikara, 2022) etkisinin olabileceği düşünülmektedir.

Hasta yakınlarında şiddetin nedenlerinin incelendiği bir çalışmada, meslek değişkeni ile şiddet olgusu arasında ilişki saptanamamıştır (Zorlu & Kurçer, 2020). Çalışma bulgularımızda ise hasta yakınlarının meslek değişkenine göre İBE puanları arasında memur olanlarda işçi olanlara göre daha yüksek ve anlamlı fark bulunmuştur. Bu durum, yaşanan yer durumlarının regresyon analizi ile incelenmesi sonucu, ilde ikamet edenlere oranla, ilçe ve köyde yaşayanlara göre İBE puanlarının yüksek olması, memurların bağlı oldukları yönetmelik, alınan hizmet içi eğitimler, çevresel stresörlerin görece az olması, farklı rol/sorumluluklar ve sosyal çevrenin sebep olması şeklinde yorumlanabilir.

Hasta ve yakınlarının hastaneden ve sağlık çalışanlarından almış oldukları hizmeti değerlendirerek memnuniyet düzeyini araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada hasta yakınlarının ikamet ettiği yer ve eğitim durumu arasında anlamlı ilişki bulunamazken

(Şahin vd., 2005), eğitim düzeyi yükseldikçe hasta memnuniyetinin arttığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Aytar & Yeşildal, 2004; Fox vd., 2005; Önsöz vd., 2008). Verilerimiz, hasta yakınlarından ilde yaşayanlarda İBE puanı ortanca değerlerinin ilçe ve köyde olanlara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca eğitim durumu ortaokul olanlara göre lisans olanlarda ŞYTÖ puanlarının daha yüksek, İBE puan ortanca değerlerinin ise lisans mezunu olanlarda daha yüksek olduğu ve bu değişken ile istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildiği görülmektedir. Eğitimin iletişim becerilerine olan olumlu etkisine rağmen, hasta yakınlarının hastanedeki tedavi sürecinde yaşadıkları yoğun kaygı, yorgunluk, bilgi eksiklikleri, rol performanslarında değişim, sevdiklerini kaybetme korkusu, maddi kayıplar, uyku gereksinimlerini yeterli düzeyde karşılayamama gibi nedenler ŞYTÖ puanlarında artışa sebep olmuş olabilir.

Sağlık çalışanları tarafından sunulan hizmetin değerlendirildiği bazı çalışmalarda memnuniyet durumlarının %100'e yakın oranda saptandığı görülmektedir (Tezcan vd., 2000; Aytuğ vd., 2000). Çalışmamızda, hasta yakınlarının sağlık ekibinin sunduğu hizmeti değerlendirme durumları %56.50 "orta", %29 "zayıf" ve %2.50 oranında ise "mükemmel" olarak tespit edilmiştir. Sunulan hizmeti "mükemmel" olarak değerlendirenlerde ŞYTÖ puanları, "zayıf" olarak değerlendirenlere göre daha düşüktür. İBE puanı ortanca değerleri ise, hizmeti "zayıf" olarak değerlendirenlerde, "orta" olarak değerlendirenlere göre az bir farkla da olsa yüksek bulunmuştur. İBE puanlarındaki bu farkı, araştırmaya katılan ve şiddete yönelik eğilimleri yüksek bulunan hasta yakınlarının, öz değerlendirmeleri sonucu, durumu inkâr etme çabaları olarak değerlendirebiliriz.

Hasta yakınlarının ŞYTÖ puanlarının regresyon analizi ile incelenmesi sonucunda, kendine zarar verme düşüncesi olanlarda daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sorunlarla baş edebilmede tercih olarak görülen kendine zarar verme düşüncesi, şiddetin kısır bir halka olması sebebiyle çevresindekilere de şiddet uygulama düşüncesini ortaya çıkarabilir. Ayrıca ruhsal bir bozukluk ve saldırganlığı besleyen psikososyal faktörlerin varlığı, kişinin sorunları sebebiyle dışlanma yaşaması, daha hızlı olarak sağlık hizmetinden faydalanacağı düşüncesi, içsel yaşam öyküleri, öfkesini kontrol edememe durumları da sebep olarak sıralanabilir.

Arnetz ve ark., (2001), çalışmalarında toplum, çoğunlukla şiddeti onaylamamakta fakat toplumun şiddete maruz kalan sağlık çalışanına yardım ve desteğini %18 olarak açıklamaktadır (Arnetz & Arnetz, 2001). Al ve ark., (2012), araştırmasında ise özellikle hekimlerin maruz kaldığı şiddet olaylarının toplumun bazı kesimleri tarafından maalesef ki takdir edildiğini göstermektedir (Al vd., 2012). Konu hakkındaki öneri ve düşüncelere bakıldığında, çoğunlukla sağlık çalışanlarının iletişim becerilerini geliştirmelerinin konunun çözümünde etkili olabileceği ifade edilmiştir. İlhan ve ark., (2013), çalışmasında hasta bireylerin %23'ünün şiddetin bazı durumlarda gerekli olduğunu ve %20'sinin de sağlık çalışanlarının şiddeti kendileriyle ilgilenmedikleri için hak ettiklerini düşündüklerini belirtmişlerdir (İlhan vd., 2013). Benzer olarak Dağ ve Baysal (2017), çalışmasında hasta yakınları, sağlık çalışanlarının kendilerini anlamadıklarını ve kendilerine kötü davrandıklarını düşündüklerini ifade etmişlerdir (Dağ & Baysal, 2017). Sonuç olarak yapılan farklı çalışmalarda sağlık çalışanlarının şiddeti hak ettiğini düşünme oranlarının yüksek olması endişe verici olsa da, çalışmamızda, bu değişkene ait istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış olması ve hatta sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin önlenilebileceğini düşünen hasta yakınlarının oranının %86.5 gibi yüksek oranda saptanması da sorunun çözümü için grupların istekli oldukları şeklinde değerlendirilerek, umut verici bir çıktı olarak söylenebilir.

6.3. Sağlık Çalışanları İçin ŞYTÖ, İBE ve Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulguların İncelenmesi

Sağlık çalışanlarının bilgi form verileri incelendiğinde; çalışmaya katılan yüz yetmiş iki kişinin %62.2'sinin kadın, %37.8'inin erkek olduğu görülmektedir. Ulusal düzeyde yapılan çalışmalarda bu oranın benzer olduğu söylenebilmektedir (Aksoy, 2008; Akyön, 2008; Kocadağ, 2009; Beder, 2009; Yayla, 2009). Yurtdışında da sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumları ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda kadınlarda bu oranın daha fazla olduğu (Ness vd., 2000; Lau vd., 2004; Ayrancı vd., 2006; Günaydın & Kutlu, 2012; Dursun, 2012), bazı araştırmalarda ise erkeklerde (Aalund vd., 1990; Schulte vd., 1998; Estryn-Behar vd., 2008; Gillespie vd., 2010; Abbas vd., 2010) yüksek olduğu görülmektedir. Kadınların erkeklere göre daha yüksek iletişim becerilerine sahip olduğu da belirtilmektedir (Harlak vd., 2008; Özkan vd., 2019). Sağlık kurumlarında yaşanan şiddet olaylarının değerlendirildiği bazı çalışmalarda, şiddet uygulayanların çoğunlukla erkek (Annagür, 2010; Çamcı & Kutlu, 2011; Büyükbayram & Okçay, 2013; İlhan vd., 2013) ve şiddet mağdurlarının kadın sağlık çalışanları oldukları belirtilmektedir (Lau vd., 2004; Winstanley & Whittington, 2004; Ayrancı vd., 2006; Özcan & Bilgin, 2011; Öztürk vd., 2014.). Katılımcıların daha fazla oranda kadınlardan oluştuğu çalışmamızda, ŞYTÖ puanlarının erkeklere göre yüksek olduğu görülmektedir. Farklı meslek gruplarına oranla sağlık alanında bakımın kadının gerçekleştirdiği bir rol olarak algılanması ve hemşirelik mesleğini de sayıca kadınların daha fazla tercih etmesi, çoğunluğu kadınlardan oluşan katılımcılarımızın savunmasız olduklarının düşünülmesi, şiddetin kadına atfedilmesi sebepleriyle kendilerini koruma iç güdüsü ile ŞYTÖ puanları daha yüksek saptanmış olabilir.

Lisans ve üstü eğitim seviyesindeki katılımcıların iletişim becerilerinin daha iyi olduğu bulunan çalışmalardan bazıları şu şekildedir: Kumcağız ve ark., (2011), yapmış olduğu çalışmada lisans ve üstü eğitimin, hemşirelerin iletişim becerilerini davranışsal olarak olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (Kumcağız vd., 2011). İlhan ve ark., (2013), çalışmasında da, hasta ile yeterince ilgilenilmemesine bağlı olarak benzer bulgulara ulaşılmıştır (İlhan vd., 2013). Hemşirelerde iletişim ve empati becerilerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bir çalışmada %26'sının lisans, %13'ünün lisansüstü eğitime sahip katılımcıların iletişim becerileri yüksek bulunmuştur (Öztürk, 2015). Şahin ve Özdemir (2015), %56.3'ünün lisans ve üstü eğitim düzeyinde olduğu çalışmada, eğitim durumları artan sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin de arttığı yönünde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Şahin & Özdemir, 2015). Karadağ ve ark., (2015), ise benzer olarak eğitim düzeyinin artmasının, iletişim becerileri üzerinde anlamlı etkisinin olduğunu tespit etmiştir (Karadağ vd., 2015). Çalışmamızda sağlık çalışanlarının %67.4'ü lisans, %9.90'ı lisansüstü eğitim mezunudur. Eğitimin önemi farkındalığı ile lisansüstü eğitim durumuna sahip sağlık çalışanlarımız son zamanlarda sayıca artmaktadır. Sağlık çalışanlarında İBE ile ŞYTÖ arasında pozitif yönde zayıf ilişki saptanan çalışmamızda, hasta ve yakınlarına oranla daha yüksek eğitim seviyesine sahip olan sağlık çalışanlarının ŞYTÖ puanları daha düşük; kendi aralarında ise eğitim durumu lisansüstü olanlarda ŞYTÖ puanları daha yüksek tespit edilmiştir. Eğitim ile şiddete yönelik eğilim durumu arasında çalışmamızda doğrudan anlamlı bir ilişki olduğu söylenemese de öz değerlendirme sonucu sağlık çalışanlarının İBE ortalama puanları 95 olarak bulunmuştur. Bu durum, bilgi formumuzdaki veriler göz önüne alındığında, iletişim araçları ile bilgilerini pozitif ya da negatif yönde besleyen hasta/yakınlarına yönelik, mesleki yaşantı

boyunca alınan eğitimler sonucu sağlık çalışanlarının kendilerini geliştirme gereksinimleri duymalarının, etik ikilem yaşanma durumlarının, yoğun çalışma saatlerinin, personel eksikliği gibi sebeplerin yanı sıra eğitim düzeyi ile eleştirel düşünme becerilerinin doğru orantılı artabileceğinin de etkisi olduğu söylenebilir.

Verilerimiz ışığında çalışmamızda sağlık çalışanları, çalışma ortamlarındaki iletişim düzeyini çoğunlukla %51.7 oranında ‘‘iyi’’ olarak değerlendirirken, %5.2 ile ‘‘kötü’’ olarak değerlendirenlerin ŞYTÖ puanları, %1.7 oranında ‘‘çok kötü’’ seçeneğini tercih edenlere göre daha düşük saptanmış olsa da, bu bağımsız değişkenimizin İBE puanı ile istatistiksel olarak ilişkisi bulunamamıştır. Araştırma bulgularımızı destekleyen çalışma olmakla birlikte (Tuncer & Demiralp, 2016), iletişim becerilerinin yüksek görüldüğü (Tiryaki vd., 2013; Karadağ vd., 2015) araştırmalarda mevcuttur. Ayrıca, Çıtak ve ark., (2011), çalışmasında katılımcılardan öz değerlendirme sonucu %74.7’si hasta bireylerle iletişim sorunları yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Konuyla ilgili olarak yapılan çalışma önerilerine bakıldığında sağlık çalışanlarının iletişim becerilerini iyileştirmeleri gerektiği, diğer önerilere göre daha fazla oranda belirtilmiştir (Çıtak vd., 2011). Bu verilere benzer olarak çalışmamızın bilgi formunda sağlık çalışanlarının konuyla ilgili önerilerinde, sağlık çalışanlarının iletişimlerinin geliştirilmesi ve bununla ilgili gerek lisans gerekse hizmetiçi programlarda bu konuya yer verilmesine yönelik ifadeler çoğunluktadır.

Çalışmamızda, hasta/yakını ve sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ve şiddet eğilimleri arasında ilişki, hasta/yakını ve sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ve şiddet eğilimlerine etki eden faktörlerin olduğu görülmektedir. İletişim becerisi, sağlık çalışanlarının sunduğu bakım hizmetlerinin merkezinde insan yer alması sebebiyle önemlidir. Bakım sürecinin planlanmasında, karşılıklı güven ve memnuniyet ilişkisinin

artırılmasında, kriz anının ve stresin yönetilebilmesinde, eleştirel düşünmeyi sağlayabilmede, iletişim becerileri önem arz etmektedir. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının etkin iletişim becerilerine sahip olması amacıyla sürekliliği olacak şekilde önlemlerin alınmasının gerekli olduğunu düşünmekteyiz.

Araştırmanın veri toplama sürecinde Covid-19 pandemisi olması, sağlık çalışanlarının yaşadığı yoğun kaygının stres düzeylerini artırarak hasta ve yakınları ile olan iletişim sürecini olumsuz yönde etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca sosyal mesafe kuralları sebebiyle katılımcılar iletişim becerilerini düşük olarak değerlendirmiş olabilirler.

Sonuç olarak çalışmamız örneklem sayısı ile sınırlı olmakla birlikte iletişim becerileri ve şiddet eğilimi konusunda değerli veriler sunmaktadır. Özellikle tanımlayıcı veriler doğrultusunda iletişim becerilerinin değerlendirilmesinin, şiddet olgusunun önlenmesi açısından önemli olabileceğini düşünmekteyiz.

7. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sağlık kurumlarında şiddet, ne yazık ki her geçen gün çeşitlenerek artmaktadır (Sağlık Sen Şiddet Raporu, 2022). Yaşanan şiddet olaylarının pek çok nedeni olabilir. Şiddetin nedenlerini pasta dilimine uyarlayacak olursak iletişimsizliğin, pastanın büyük dilimini oluşturduğunu söyleyebiliriz (Zafar vd., 2013; Xing vd., 2015; Baykan vd., 2015; Özkan vd., 2019; Zorlu & Kunçer, 2020). İletişim becerilerinin geliştirilmesine yönelik girişimlerin şiddet olgusunu tamamen ortadan kaldırmasa da sorunun azaltılarak önlenbilmesine katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Çalışma verilerimiz doğrultusunda, yeterli ve etkin iletişim kurulamamasının hasta/yakınları ve sağlık çalışanlarının şiddet eğilimlerini artırabileceğini söyleyebiliriz.

Hasta/yakını ve sağlık çalışanlarının, tanımlayıcı özellikleri, şiddete başvurma eğilimlerini artırabilir. Bu durum, mesleğimizin kuruluş paradigmasında yer alan kaliteli bakım verme kavramını da olumsuz etkileyebilir ve bağlı bulunduğumuz disiplini bilimsellikten uzaklaştırma riskini de doğurabilir. Birtakım sınırlılıklar olmakla birlikte hasta/yakını ve sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ve şiddete yönelik eğilimlerini, bilgi formlarımızdaki tanımlayıcı veriler, iletişim becerileri envanteri ve şiddet ölçeği ışığında sunan çalışmamızın sonucunda, iletişim becerilerinin geliştirilmesine yönelik faaliyetlerin düzenlenerek sürekliliğin sağlanmasının şiddet olgusunun çözümünde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak, bazı tanımlayıcı veri farklılıklarının bireylerde iletişim sürecini şekillendirebileceği ve bu durumda şiddete yönelik tutum üzerinde etkili olabileceği saptanan çalışmamızda, şiddete yönelik önleyici faaliyetlerin önemli olabileceğini düşünmekteyiz. Bu nedenle araştırmamızın bulgularına göre farklı çalışmaların

yapılmasının ve aşağıda belirtilen önlemlerin uygulanmasının şiddet probleminin çözümünde yararlı olabileceğini öngörmekteyiz.

1. Bilgi formumuzun regresyon analizinde, bağımsız değişkenlerimizin bağımlı değişkenler ile olan ilişkilerinin saptanması sebebiyle daha büyük örneklem kullanılarak önleyici faaliyetler kapsamında, iletişim becerisi ve şiddete eğilimini etkileyen farklı faktörlerin belirlenmesinin,
2. İletişimsizlik ve etkin iletişim kullanımının çıktılarını karşılaştırmalı olarak görebilmek ve kendi hayatlarında uygulama fırsatı yakalayabilmeleri amacıyla sağlık kurumlarına hasta/yakınları ve sağlık çalışanları için her bir gruba uygun içerik düzenlemesi ile simülasyon odaları kurularak, uygulamanın hayata geçiriliş öncesi ve sonrasındaki şiddet olgusu sonuçları, verimlilik düzeyi, hedeflenen durumun fizibilitesinin takip edilmesinin,
3. Hasta/yakını ve sağlık çalışanları ile şiddet konusunu tanımlayabilmeleri, değerlendirebilmeleri ve çözüm önerileri sunabilmeleri amacıyla çok yönlü, nitel çalışmalar yapılabilir. Aynı zamanda nitel çalışmalar ile farklı meslek, yaş, gelir ve eğitim durumu, bazı kültürel ve sosyal özelliklerin, kişilerin bireysel ve aile durumlarının iletişim kavramını nasıl şekillendirdiği ve bu durumda şiddet oluşumundaki etkisinin neler olduğunun detaylı incelenmesinin,
4. Şiddet olayları sonrası hukuki süreçlerin yorucu ve yıpratıcı olduğu her ne kadar medya aracılığı ile sunularak şiddetin caydırıcılığı amaçlansa da, yapılan çalışmalarda maalesef şiddet olgusunun artarak ve çeşitlenerek devam ettiğini görmekteyiz. Çalışmamızda yaş, cinsiyet, medeni ve eğitim durumu, meslek, yaşanılan yer, çalışma ortamındaki iletişim düzeyi, kendine

ve çevresine zarar verme düşüncesi özelliklerinin iletişim becerisi ve şiddete eğilimde etkilerinin tespit edilmesi sebebiyle, şiddet olgusunun çözüm sürecinde, önleyici faaliyetlere medya aracılığı ile söylem analizlerine de yer verilmesi önerilmektedir. Böylelikle tüm grupların şiddet kavramını nasıl tanımladıkları, toplumun kadına atfettiği roller ve bu rollerin iletişim düzeylerini nasıl etkilediği, hizmet alan ve veren grupların hangi durumlarda anlaşılamadıklarını düşündükleri, sorunlarının çözüm yöntemi olarak neden şiddet eylemini tercih ettikleri, şiddetin otoriteyi elinde tutma yada daha iyi önemseneneceklerine inanma düşüncesine etkisi, toplumun inanışları, çelişkileri ve tüm bu durumların iletişim ile olan bağı hakkında detaylı bilgi sahibi olunarak şiddetin önlenebileceği,

5. Çalışmamızın verileri doğrultusunda cinsiyet faktörünün İBE ve ŞYTÖ puanlarına etkisi olan gruplarda çoğunluğun kadın olması, toplumun kadın ve erkeğe atfettiği rol/sorumluluklarda adil olmadığı, erkek çocuklarının yaşamlarının ilk yıllarından itibaren ön plana çıkarılma, kız çocuklarının ise pasifize edilme çabaları, erkeklerin zayıf ve güçsüz algılanan kadın üzerinde hakimiyet kurmaları sebebiyle, saldırgan davranışlar sergileyerek bireysel bir koruma mekanizması oluşturmaya sürüklendikleri düşünülmektedir. Bu nedenle erkek hakimiyetinin yıkılması, toplumsal cinsiyet eşitliği için siyasi alanda politikada reformlar yapılması, kadına olan olumsuz bakış açısının değiştirilmesi için mücadele edilmesi, kadının yönetsel alanda istihdamının artırılması, kadını toplumdan ev içine doğru yönlendiren düşünceler ile mücadele eylemlerinin başlatılmasının, eşitlikçi bir toplum için kadının öznelliğini inşa edebileceği ortamlar tanınmasının,

6. Çalışmamızda her üç grupta da eğitim durumunun İBE ve ŞYTÖ puanlarına etkisinin olduğu analiz sonuçları ile görülmektedir. Dolayısıyla toplumsal cinsiyet eşitlik konusu, yaşamın erken yıllarından itibaren başlayan eğitim alanına entegre edilebilir. Belirtilen bu entegrasyon sürecinde metaforlar aracılığıyla “kadın” ve “erkek” kavramlarının tanımlanabilmesi, “kadınlık” ve “erkeklik” rollerinin hafızalara yerleşmesindeki yanlışlıkların giderilebilmesi, kadının kriz anında kendine yüklenen roller gereği şiddet eylemine başvurmasının engellenebileceği, kadına ilişkin rol ve algıları belirleyenlerin erkek olduğu konusunda farkındalık oluşturulmasının,
7. Çalışma analizimiz sonucunda meslek faktörünün İBE ve ŞYTÖ puanlarını etkilediği grupların saptanması sebebiyle, farklı meslek gruplarında nitel ve nicel araştırmalar ile konunun değerlendirilmesi, değerlendirme sonuçlarına göre sahip olunan meslek türlerine göre gerek çalışılan kurumda gerekse kurum dışında eğitim programlarının düzenlenmesinin,
8. Hasta/yakınları grubunda İBE ve ŞYTÖ puanlarını etkileyen sağlık ekibinin sunduğu hizmeti değerlendirme değişkenine göre, mesleki özerkliğimizin korunabilmesi, saygınlığımızın artırılması, kaliteli bir bakım ile hasta ve yakınlarının memnuniyet düzeylerinin yükselmesi elbette ki bireysel bir yaklaşımın benimsenmesi ile mümkündür. Bu amaçla çalışmamızda iletişim becerisi ve şiddete yönelik düşünceleri etkileyen demografik özellikler olması sebebiyle, her bireye özgü ihtiyaçların belirlenerek uygun kuramlar çerçevesinde planlanan bakımların uygulanması ile sağlığın yükseleceği ve

toplumun sağlık çalışanlarına olumlu bakış açısı geliştirerek doğru iletişim teknikleri kullanacağı ve böylece şiddetin önlenebileceği,

9. Hasta yakınları grubunda İBE puanlarına etkisi olan yaşanılan yer değişkenine göre, ekonomik, kültürel, g ve savaş gibi sorunlar sebebiyle toplumun ruh sağlığı bozulabilmekte ve bu durum bireylerde tahammülsüzlük, öfke kontrolsüzlüğü, iletişimsizlik ve şiddetin ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. Ciddi stres durumlarının yoğun olarak yaşandığı bölgeler tanımlanarak uygun sağlığı geliştirme programları planlanabilir. Bölgesel düzeyde ihtiyaçlarında belirlenebileceği bu durumda, yasal değişiklikler için de zemin oluşturulabilir. Böylece birey, toplum ve sağlık sistemi güçlendirilerek şiddet sorunun çözümünün sağlanması,
10. Çalışma bulgularımız da kendine ve/veya çevresine zarar verme düşünceleri olan bireylerin şYT puanlarına etkisinin olduğunun saptanması göz önünde bulundurularak, eğitici rolü olan konsültasyon liyezona psikiyatrisi hemşirelerinin, ruhsal hastalıkların tedavi edilebilmesi amacıyla, psikoeğitimler planlanmaları sağlanabilir. Bu psikoeğitimlerle özellikle birincil nleme düzeyinde kişilerarası iletişim, stresini yönetme, hasta yakınlarını güçlendirme, olumlu duygu, düşünce ve davranış değişiklikleri yapma, yaşam kalitesini artırma, hastanedeki girişim ve süreçlere yönelik merak edilenler ya da bilinmezlik korkusu ile yaşanılan yoğun kaygının azaltılması şiddetin önlenebileceği adımlar,
11. İletişimsizliğin sebep olduğu şiddet olayları kişi ve kurumlara zarar verici bir durumdur. Araştırmamızdaki, alışma ortamındaki iletişim düzeyinin şYT puanlarını etkilediğinin saptanması sebebiyle, sağlık kurumlarında sağlık

çalışanlarının, istemediği birimlerde çalışmalarının iletişim becerilerini olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir. İletişim sürecindeki bu olumsuz durum ise sağlık çalışanları tarafından uygulanan bakımın kalitesini etkileyebilir. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının uygun birimlerde görevlendirilmelerinin şiddeti önleyebileceği,

12. Lisansüstü eğitim, hasta/yakınları ve sağlık çalışanlarının iletişim becerilerini güçlendirebilir ayrıca hasta ve yakınlarının kaliteli bakım almalarına katkı sağlayabilir (Satır & Murat, 2021). Eğitim düzeyi artan hasta/yakınlarının, İBE puanlarının yüksek bulunduğu ve lisansüstü eğitim seviyesinde olan sağlık çalışanlarının ŞYTÖ puanlarının da yüksek saptandığı çalışmamızda, her üç gruba lisansüstü eğitimler teşvik edilebilir ve bu eğitimlere iletişim becerileri ile ilgili konular dahil edilebilir. Ayrıca sağlık çalışanları için, çalıştıkları kurumlarda yürütülen hizmet içi eğitim programlarına iletişim becerilerine yönelik konuların entegre edilmesinin sorunun çözümünde yarar sağlayabileceğini öngörmekteyiz.

Çalışmamızın öneriler bölümünde sunduğumuz maddelerin uygulama aşaması sonrası etkinlik analizleri, konu ile ilgili yapılmış ulusal ve uluslararası düzeydeki kaynakların değerlendirilmesi, ev ödevleri, ödül sistemi ile özendirici bir eğitim ortamlarının oluşturularak devamlılığın sağlanmasının şiddeti önleme, konusunda önemli olabileceğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

- Aalund, O., Danielsen, L., & Sanhueza, R. O. (1990). Injuries due to deliberate violence in Chile. *Forensic Science International*, 46(3), 189-202.
- Abbas, M. A., Fiala, L. A., Abdel Rahman, A. G., & Fahim, A. E. (2010). Epidemiology of workplace violence against nursing staff in Ismailia Governorate, Egypt. *Journal of Egypt Public Health Association*, 85(1-2), 29-43.
- Adler, L. L. & Denmark, F. (1995). *Violence and the prevention of violence*. Greenwood Publishing Group.
- Akduman, G., Karahan, G., & Solmaz, M. S. (2018). İletişim becerileri üstünde empati ve psikolojik sağlamlığın etkisi: Sivil havacılık kabin hizmetleri ve deniz ulaştırma işletme mühendisliği öğrencileriyle karşılaştırmalı bir araştırma. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(4), 765-775.
- Akgün, İ. (2021). *Tüm yönleriyle mobbing ve siber mobbing*. Gülnar Yayınları.
- Aksoy, F. (2008). *Psikolojik şiddetin (mobbing) sağlık çalışanına etkisi* (Tez No. 204103) [Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.
- Akyön, F. V. (2008). *İş yerinde çalışanların bireysel çatışma yöntemi yaklaşımları; Sağlık sektöründe bir araştırma* (Tez No. 221778) [Doktora tezi, Marmara Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.
- Al, B. (2012). Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet. *The Journal of Academic Emergency Medicine*, 11, 115-124.
- Al, B., Sarcan, E., Zengi, S., Yıldırım, C., Doğan, M., & Kabul, S. (2015). The public's view of increasing violence toward healthcare staff. *JAEM*, 4(1), 19.
- Al, B., Zengin, S., Deryal, Y., Gökçen, C., Yılmaz, D. A., & Yıldırım, C. (2012). Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet. *The Journal of Academic Emergency Medicine*, 11, 115-24.
- Alshehri, F. A. (2016). *Workplace violence against nurses working in emergency departments in Saudi Arabia: A cross-sectional study* [The University of Adelaide].
- Altıntaş, N. (2006). *Sağlık kurumlarında çalışan hemşirelere yönelik şiddetin belirlenmesi* (Tez No. 192944) [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.
- Amargi, S. S. (2005). *Kadınlara yönelik şiddet*. Kadın Bilimsel ve Kültürel Araştırmalar Yayıncılık ve Dayanışma Kooperatifi.
- Arnetz, J. E., & Arnetz, B. B. (2001). Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science and Medicine*, 52, 417-27.
- Arnetz, J. E., & Arnetz, B. B. (2001). Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science Medical*, 52, 417-427.
- Ayrancı, U., Yenilmez, C., Balcı, Y., & Kaptanoğlu, C. (2006). Identification of violence in Turkish health care settings. *Journal of Interpers Violence*, 21(2), 276-96.
- Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç., Günay, Y., & Kaptanoğlu, C. (2002). Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 147-154.
- Aytar, G., & Yeşildal, N. (2004). Yatan hasta memnuniyeti. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 3, 10-14.

- Aytar, G., & Yeşildal, N. (2004, Kasım 3-6). *Düzce Tıp Fakültesi Hastanesi yataklı servislerinde hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi*. IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Ankara.
- Aytuğ, A. M., Mollahaliloğlu, S., Ünsal, G., Uğurlu, M., & Coşkun, Ö. (2000). *Hospitals' utilization and satisfaction research*. International public health congress "health 21 in action" abstracts book.
- Baghchehi, N., Koohestani, H. R., & Rezaei, K. (2011). A comparison of the cooperative learning and traditional learning methods in theory classes on nursing students' communication skill with patients at clinical settings. *Nurse Education Today*, 31(8), 877-882.
- Barrett, S. (1997). Protecting against workplace, *Public Management*, 79, 9-12.
- Baykan, Z., Öktem, İ. S., Çetinkaya, F., & Naçar, M. (2015). Physician exposure to violence: a study performed in Turkey. *International Journal Occupational Safety Ergonomics*, 21(3), 291-7.
- Beckman, H. B., Markakis, K. M., Suchman, A. L., & Frankel, R. M. (1994). The Doctor-patient relationship and malpractice. Lessons form plaintiff depositions. *Archives of Internal Medicine*, 154, 1365-1370.
- Beder, C. (2009). *Erzurum ilinde bulunan yataklı tedavi kurumlarında sağlık çalışanlarına yönelik hasta veya yakınları tarafından uygulanan şiddetin araştırılması* (Tez No. 230074) [Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.
- 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.
- Bellet, S. P., & Maloney, M. J. (1991). The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. *JAMA*, 266(13), 1831-2.
- Bilen, M. (2004). *Sağlıklı İnsan İlişkileri*. Anı Yayıncılık.
- Birol, L. (2002). *Hemşirelik süreci*. Etki Matbaacılık Yayıncılık.
- Bisson, J. I. (2007). Post-traumatic stress disorder. *Occupational Medicine*, 57(6), 399-403.
- Bloom, S. L. (2009). An elephant in the room: The impact of traumatic stress on individuals and groups. İçinde K. Brown, & B. Bergo (Eds.), *The Trauma Controversy: Philosophical and Interdisciplinary Dialogues*. SONY.
- Bowles, N., Mackintosh, C., & Torn, A. (2001). Nurses' communication skills: An evaluation of the impact of solution-focused communication training. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 347-354.
- Boztepe, H., & Terzioğlu, F. (2013). Hemşirelik eğitiminde beceri değerlendirme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(1), 57-64.
- Büyükbayram, A., & Okçay, H. (2013). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti etkileyen sosyo-kültürel etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(1), 46-53.
- Caldwell, M. F. (1992). Incidence of PTSD among staff victims of patient violence. *Psychiatric Services*, 43(8), 838-839.
- Calnan, K., Kelloway, E. K. E., & Dupre, K. E. (2012). SAV-T First: Managing workplace violence. İçinde: R. Hughes, A. Kinder, L. C. Cooper, & M. A. Malden (Eds.), *International handbook of workplace trauma support* (ss. 105-120). Wiley-Blackwell. Chappell, D., & Di Martino, V. (2006). *Violence at work* (3. baskı). International Labour Office.

- Chen, W. C., Hwu, H. G., Kung, S. M., Chiu, H. J., & Wang, J. D. (2008). Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *Journal of Occupational Health*, 50(3), 288-293.
- Chen, W. C., Hwu, H. G., Kung, S. M., Chiu, H. J., & Wang, J. D. (2008). Prevalence and determinants of workplace violence of healthcare workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *Journal Of Occupational Health*, 50(3), 288-93.
- Cheung, Teris, Lee, P. H., & Yip, Paul S. F. (2017). "Workplace violence toward physicians and nurses: Prevalence and correlates in Macau". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(8), 879, 1-15.
- Cooper, C. L. & Swanson, N. (2002). *Workplace violence in the health sector: State of the Art*. International Council of Nurses.
- Coşkun, U. N. & Erdem, R. (2016, Aralık). *Şiddet ve sağlık*. 10. sağlık ve hastane idaresi kongresi, Ankara.
- Cullen, F. T., Cavender, G., Maakestad, W. J., & Bemson, M. L. (2015). *Corporate Crime Under Attack*. Routledge Taylor & Fracis Group.
- Cüceloğlu, D. (2011). *Yeniden insan insana*. Remzi Kitabevi.
- Cüceloğlu, D. (2003). *İletişim donanımları*. Remzi Kitabevi.
- Cüceloğlu, D. (2004). *İnsan ve Davranışı*. Remzi Kitabevi.
- Çam, M. O., Turgut, E. Ö., & Büyükbayram, A. (2014). Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinde dayanıklılık ve yaratıcılık. *Psikiyatri Hemşirelik Dergisi*, 5(3), 160-163.
- Çelik, Y., & Çelik, S. Ş. (2007). Sexual harassment against nurses in Turkey. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(2), 200-206.
- Çetin, H. (2011). The validity and reliability for the adolescents' attitudes toward violence scale. *Elementary Education Online*, 10, 68-79.
- Çetinkaya, Ö., & Alparslan, A. M. (2011). Duygusal zekânın iletişim becerileri üzerine etkisi: Üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16(1), 363-377.
- Çıtak Akgün, E., Avcı, S., Basmacı, Ö., & Durukan, İ. (2011). Bir üniversite hastanesinde hemşirelerin "zor hasta" olarak tanımladıkları hastalarla iletişim davranışlarının incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 13(1), 35-44.
- Dağ, E., & Baysal, H. (2017). Hasta ve yakınlarını şiddete yönelten sebeplerin araştırılması-Burdur ili örneği. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 4(11), 95-118.
- Dalphon, D., Gessner, M., Giblin, E., Hijazzi, K., & Love, C. (2000). Violence against emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 26(2), 210-215.
- Davenport, N., Schwartz, R. D. & Elliott G. P. (2003). *Mobbing: İşyerinde Duygusal Taciz*. (O. C. Öner, Çev.). Sistem Yayıncılık.
- Deniz, İ. (2003). *İletişim becerileri eğitiminin ilköğretim 8. sınıf öğrencilerinin iletişim becerisi düzeylerine etkisi* (Tez No. 133989) [Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.
- Dil, S., & Öz, F. (2016). Hemşirelik öğrencilerine kendini tanıma ve iletişim yönetimi dersinde uygulanan interaktif öğretim stratejilerinin etkinliği. *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 843-862.
- Dökmen, Ü. (2003). *İletişim çatışmaları ve empati*. Sistem Yayınları.
- Dökmen, Ü. (2008). *İletişim Çatışmaları ve Empati* (38. Baskı). Sistem Yayıncılık.

- Draper, S. C., & Sahai, A. (2006). *Noisy feedback improves communication reliability* [Konferans sunumu]. In 2006 IEEE International Symposium on Information Theory, 69-73.
- Duffy, E. (1995). Horizontal violence: A conundrum for nursing. *Collegian*, 2(2), 12-17.
- Duman, Ö., & Özdelikara, A. (2022). Hasta yakınlarının palyatif bakıma ilişkin görüşlerinin bakım verici rolüne etkisi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 32-39.
- Duran, R. (2022). Türkiye aile yapısının geleceğine yönelik çıkarımların değerlendirilmesi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Kadın ve Aile Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 147-164.
- Dursun, S. (2012). İşyeri şiddetinin çalışanların tükenmişlik düzeyi üzerine etkisi: Sağlık sektöründe bir uygulama. *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 3(1), 105-5.
- Erigüç, G., Şener, T., & Eriş, Ş. (2013). İletişim becerilerinin değerlendirilmesi: Bir meslek yüksekokulu öğrencileri örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 16, 46-65.
- Ersanlı, K., & Balcı, S. (1998). İletişim becerileri envanterinin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2(10), 7-12.
- Estryn-Behar, M., van der Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P. M., Hasselhorn, & Hans-Martin. (2008). Violence risks in nursing-results from the European 'NEXT' Study. *Occupational Medicine*, 58(2), 107-14.
- Farrell, G. A., Bobrowski, C., & Bobrowski, P. (2006). Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *Journal of Advanced Nursing*, 55(6), 778-87.
- Fernandes, C. M., Bouthillette, F., Raboud, J. M., Bullock, L., Moore, C. F., Christenson, J. M., Grafstein, E., Rae, S., Ouellet, L., Gillrie, C., & Way, M. (1999). Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *CMAJ*, 161(10), 1245-1248.
- Ferreira, M., Silva, D., Pires, A., Sousa, M., Nascimento, M., & Calheiros, N. (2016). Clinical skills and communication in nursing students. In 2nd International Conference on Health and Health Psychology, 51-60.
- Ferri, P., Silvestri, M., Artoni, C., & Di Lorenzo R. (2016). Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: A cross-sectional study. *Psychology Research Behavior Management*, 9, 263-275.
- Flannery, R.B. (2001). The employee evictim of violence: Recognizing the impact of untreated psychological trauma. *American Journal of Alzheimers Disease*, 16, 230-233.
- Fox, S. M., El-Masri, M. M., & Williamson, K. M. (2005). Family perceptions of nurses' roles toward family members of critically ill patients: A descriptive study. *Heart & Lung*, 34(5), 335-344.
- Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S., & Nienhaus, A. (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany-a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Service Research*, 10, 51.
- Gates, D. M., Gillespie, G. L., & Succop, P. (2011). Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nursing Economics*, 29(2), 59-67.

- Gillespie, G. L., Gates, D. M., Miller, M., & Howard, P. K. (2010). Workplace violence in healthcare settings: risk factors and protective strategies. *Rehabil Nursing*, 35(5), 177-84.
- Gökçe, O., Fidan, M. & Summak, E. (2001). *Halkla ilişkiler ders notları*. Selçuk Üniversitesi İİBF Yayınları.
- Guay, S., Goncalves, J., & Jarvis, J. (2014). Verbal violence in the workplace according to victims' sex: A systematic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 572-578.
- Günaydın, N., & Kutlu, Y. (2012). Experience of workplace violence among nurses in health-care settings. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(1), 1-5.
- Günüşen, N. P. (2016). Öfke, saldırganlık ve psikiyatri hemşireliği. *Türkiye Klinikleri*, 2(2), 36-43.
- Gürhan, N. (2016). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği*. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Gürhan, N. (2016). İstismar/şiddet ve ihmal mağdurları. İçinde C. T. Özcan, & N. Gürhan (Eds.), *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri kanıta dayalı uygulama bakım kavramları* (6. baskı, ss. 694-717). Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Gürhan, N., & Okanlı, A. (2019). *Yaşamın sırrı iletişim*. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
- Güvercin, C. H. (2019). Sağlık çalışanlarına şiddet haberleri: Basının kritik rolü. *Sted*, 28(5), 327-333.
- Hahn, S., Hantikainen, V., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R. J. (2012). Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: A cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 2685-2699.
- Hahn, S., Zeller, A., Needham, I., & Halfens, R. J. G. (2008). Patient and visitor violence in general hospitals: A systematic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 13(6), 431-41.
- Harlak, H., Gemalmaz, A., Gurel, F. S., Dereboy, C., & Ertekin, K. (2008). Communication skills training: Effects on attitudes toward communication skills and empathic tendency. *Education for Health*, 21(2), 1-6.
- Hegney, D., Eley, R., Plank, A., Buikstra, E., & Parker, V. (2006). Workplace violence in Queensland, Australia: The results of a comparative study. *International Journal of Nursing Practice*, 12(4), 220-231.
- Hesketh, K. L., Duncan, S. M., Estabrooks, C. A., Reimer, M. A., Giovannetti, P., Hyndman K., & Acorn, S. (2003). Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy*, 63, 311-21.
- Horkmeimer, M. (1998). *Akıl Tutulması*. (O. Koçak, Çev.). Metis.
- International Labour Office. International Council of Nurses. World Health Organisation. Public Services International. (2014). *Joint programme on workplace violence in the health sector, Workplace Violence in The Health Sector Country Case Studies Research Instruments Survey Questionnaire*. Geneva.
- International Labour Office. International Council of Nurses. World Health Organisation. Public Services International. (2002). *Framework Guidelines for addressing workplace violence in the health sector*. Joint Program on Workplace Violence in the Health Sector.
- İlhan, M. N., Çakır, M., Tunca, M. N., Avcı, E., Çetin, E., Aydemir, Ö., Tezel, A., & Bumin, A. E. (2013). Toplum gözüyle sağlık çalışanlarına şiddet: nedenler, tutumlar, davranışlar. *Gazi Medical Journal*, 24, 5-10.

- Jabbari-Bairami, H., Heidari, F., Ghorbani, V., & Bakhshian F. (2013). Workplace violence: A regional survey in Iranian hospitals' emergency departments. *International Journal of Hospital Research*, 2(1), 11-6.
- Kansagra, S. M., Rao, S. R., Sullivan, A. F., Gordon, J. A., Magid, D. J., Kaushal, R., Camargo, C. A., & Blumenthal, D. (2008). A Survey of workplace violence across 65 U.S. Emergency Departments, *Academic Emergency Medicine*, 15(12), 1268-74.
- Karadağ, M., Işık, O., Cankul, İ., & Abuhanoğlu, H. (2015), Hekim ve hemşirelerin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(1), 160-179.
- Keashly, L., Hunter, S. & Harvey, S. (1997). Abusive interaction and role state stressors: Relative impact on student residence assistant stress and work attitudes. *Work & Stress*, 11(2), 175-185.
- Keçeci, A., & Taşocak, G. (2009). Öğretim elemanlarının iletişim becerileri: Bir sağlık yüksekokulu örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2, 131-136.
- Kepenkeci, Y., & Çinkır, S. (2005). Bullying among Turkish high school students. *Child Abuse & Neglect*, 17(1), 1-12.
- Kessinger, J.A. (2000). *The role of staffing ratios in patients assaults at an inpatient psychiatric facility*. A thesis master of Science in Nursing, Faculty of the Allan&Donna Lansing School of Nursing.
- Khairunnisa C, Hatta M. The development of health tourism industries in Malaysia. *Social Sciences and Economics*. 2017; 4(1): 2356 – 2536.
- Kırmızı, H. (2003). *Genel ve teknik iletişim*. Dilara Yayınevi.
- Kıssal, A., Kaya, M., & Koç, M. (2016). Hemşirelik ile beden eğitimi ve spor yüksekokulu öğrencilerinin iletişim beceri düzeyleri ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3, 134-141.
- Kingma, M. (2001). Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. *International Nursing Review*, 48, 129-30.
- Kocacık, F. (2001). Şiddet olgusu üzerine. *C. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2, 1-7.
- Kocadağ, S. (2009). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanelerindeki sağlık çalışanlarında iş yeri şiddeti ve ilişkili etmenler (Tez No. 260375) [Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.
- Kocaman, Y. (2010). *Kişilerarası iletişimin Türkiye'deki özel sektör hastanelerinin gelişimindeki sosyal etkileri* (Tez No. 304013) [Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.
- Korkmaz, Z., & Yalçın, B. (2018). Sağlık hizmetlerinde iletişim becerilerinin önemi ve sosyodemografik değişkenler açısından analizi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(4), 368-391.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L. & Mercy, J. A. (Eds.) (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization.
- Kruijver, I. P. M., Kerkstra, A., Francke, A. L., Bensing, J. M., & Harry, B. M. (2000). Evaluation of communication training programs in nursing care: A review of the literature, *Patient Education and Counseling*, 39(1), 129-145.
- Kumcağız, H., Yılmaz, M., Çelik, S. B., & Avcı, İ. A. (2011). Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1), 49-56.

- Kurtyılmaz, Y. (2005). *Öğretmen adaylarının saldırganlık düzeyleri ile akademik başarıları, iletişim ve problem çözme becerileri arasındaki ilişkiler: (Anadolu Üniversitesi ve Osmangazi Üniversitesi öğrencileri üzerinde bir araştırma)* (Tez No. 187984) [Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.
- Kurtz, S., Silverman, J. & Draper, J. (1998). *Tıpta İletişim Teknikleri*. (S. Yeniçeri, A. Yurdaçalış & M. Yaşarlar, Çev.). Beyaz Yayınları.
- Larbi-Apau, J. A., & James, L. M. (2009). "Communication In Performance-Based Training And Instruction: From Design To Practice", *Performance Improvement*, 48(9), 7-16.
- Lau, J., Magarey, J., & McCutcheon, H. (2004). Violence in the emergency department: A literature review. *Australian Emergency Nursing Journal*, 7(2), 27-37.
- Lewis, A. J., Austin, E., Knapp, R., Vaiano, T., & Galbally, M. (2015). Perinatal maternal mental health, fetal programming and child development. *Healthcare (Basel)*, 3, 1212-1227.
- Longo, J., & Sherman, R. O. (2007). Leveling horizontal violence. *Nursing Management*, 38(3), 34-37.
- Macit, G. (2010). *İletişim tarzları üzerinde kültürel değerlerin etkisi: Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi öğrencileri üzerinde bir araştırma* (Tez No. 253139) [Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.
- Metzl, E. S., & Morrell, M. A. (2008). The role of creativity in models of resilience: Theoretical exploration and practical applications. *Journal of Creativity in Mental Health*, 3, 303-18.
- McCorry, L., & Mason, J. (2019). *Communication skills for the healthcare professional*. Lippincott Williams & Wilkins.
- McNeill, C., Shattell, M., Rossen, E., & Bartlett, R. (2008). Relationship skills building with older adults. *Journal Nursing Education*, 47(6), 269-71.
- Michaud, Y. (1991). *Şiddet*. İletişim Yayınları.
- Miedema, B., Hamilton, R., & Lambert-Lanning, A. (2010). Prevalence of abusive encounters in the workplace of family physicians: a minor, major, or severe problem? *Can Fam Physician*, 56(3), 101-8.
- Milczarek, M. (2010). *Workplace violence harassment: A European Picture*. European Agency for Safety and Health at Work.
- Molu, N. G., Ceylan, B., & Özcan, F. Y. (2019). Drama ile bütünleştirilmiş iletişim becerileri eğitiminin hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerileri, öz-yeterlik ve empatik eğilim düzeylerine etkisi. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 12-25.
- Molin, J., Graneheim, U. H., & Lindgren, B. M. (2016). Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care-patients' perspectives. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 11(1), 29897.
- Moses, R. (1996). Şiddet nerede başlıyor? *Cogito*, (6), 23-29.
- Murphy, N. (2004). An investigation into how community and mental health nurses assess the risk of violence from their clients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 407-13.
- Murphy, C. M., & O'Leary, K. D. (1989). Psychological aggression predicts physical aggression in early marriage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5), 579-582.
- Nadzam, D. M. (2009). Nurses'role in communication and patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(3), 184-8.

- Nau, J., Halfens, R., Needham, I., & Dassen, T. (2009). The de-escalating aggressive behaviour scale: Development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 65(9), 1956-64.
- Ness, G. J., House, A., & Ness, A. R. (2000). Aggression and violent behaviour in general practice: Population based survey in the north of England. *BMJ*, 320(7247), 1447-8.
- Newell, S., & Jordan, Z. (2015). The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: A qualitative systematic review protocol. *JBIM Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 13(1), 76-87.
- Nicholls, T. L., Brink, J., Greaves, C., Lussier, P., & Verdun-Jones, S. (2009). Forensic psychiatric inpatients and aggression: An exploration of incidence, prevalence, severity, and interventions by gender. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(1), 23-30.
- Occupational Safety and Health Administration. (2016). *Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service workers*.
- Gürhan, N. (2020). Şiddet ve istismarı önleme. İçinde F. Oflaz, & N. Yıldırım (Eds.), *Psikiyatri hemşireliği sertifikası konuları* (1. baskı, ss. 541-553). Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
- Önsüz, M. F., Topuzoğlu, A., Cöbek, U. C., Ertürk, S., Yılmaz, F., & Birol, S. (2008). İstanbul'da bir tıp fakültesi hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeyleri. *Marmara Medical Journal*, 21(1), 33-49.
- Öz, F., & Yılmaz, E. B. (2009). Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: Psikolojik sağlamlılık. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 82-89.
- Özcan, N. K., & Bilgin, H. (2011). Violence towards healthcare workers in Turkey: A systematic review. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 31(6), 1442.
- Özdem, F. Ş. & Günaydın, S. (2011). *Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışanlar arasında iletişimin etkinliğinin değerlendirilmesi*. III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara.
- Özdemir, G. (2011). *Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerileri ve yaşam yönelimlerinin stresle baş etme tutumları üzerine etkisi* (Tez No. 303226) [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.
- Özer, A., & Çakıl, E. (2007). Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 5(3), 140-143.
- Özer, K. (2006). *İletişimsizlik becerisi*. Sistem Yayıncılık.
- Özkan, Ş., Aba, G., & Çelik, Y. (2019). Destek personellerinin iletişim becerileri ve empati düzeylerinin belirlenmesi: Kamu hastanelerinde bir uygulama. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 13(19).
- Özlü, T. (2006). *Hastalarla hekimler karşı taraf değil!*. Sağlık Hakkı, 1, 55-58.
- Öztürk, E. A. (2015). *Acil hemşirelerinin iletişim ve empatik beceri düzeylerini etkileyen faktörler* (Tez No. 437612) [Yüksek Lisans tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi
- Papadopoulos, C., Ross, J., Stewart, D., Dack, C., James, K., & Bowers, L. (2012). The antecedents of violence and aggression within psychiatric in-patient settings. *Acta Psychiatr Scand*, 125, 425-39.

- Parlayan, M. A., & Dökme, S. (2016). Özel hastanelerdeki hemşire ve hastaların iletişim seviyelerinin değerlendirilmesi: Bir hastane örneği. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2), 265-284.
- Purpora, C., Blegen, M. A., & Stotts, N. A. (2015). Hospital staff registered nurses' perception of horizontal violence, peer relationships, and the quality and safety of patient care. *Work*, 51(1), 29-37.
- Ramasamy, R., Murugaiyan, S. B., Shalini, R., Vengadapathy, K. V., & Gopal, N. (2014). Communication skills for medical students-an overview. *Journal of Contemporary Medical Education*, 2(2), 134-40.
- Riches, D. (1989). *Şiddet olgusu, antropolojik açıdan şiddet*. (D. Hattaoğlu, Çev.). Ayrıntı Yayınları.
- Roche, M., Diers, D., Duffield, C., & Catling-Paull, C. (2010). Violence toward nurses, the work environment and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), 13-22.
- Satır, G., & Murat, M. (2021). Hemşirelik Öğrencilerinin Lisansüstü Eğitime Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi: Vakıf Üniversitesi Örneği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37(1), 59-67.
- Saines, J. C. (1999). Violence and Aggression in A&E: Recommendations for action. *Accident and Emergency Nursing*, 7, 8-12.
- Sağlık Sen Şiddet Raporu. (2022). <https://www.sagliksen.org.tr/haber/10895/saglik-sen-ocak-ayi-saglikta-siddet-raporu-2022>
- Sevban, A., Taylan, S., Gözüyeşil, E., Küçükakça, G., Akıl, Y., & İnce, S. (2018). Hemşirelerin çatışma ve şiddete yönelik farkındalık düzeylerinin belirlenmesi. *Kastamonu Sağlık Bilimleri Akademisi*, 3(1), 1-20.
- Schemel, R. (1997). *Yönetim eğitimi alıştırmaları* (N. Öztan, & U. Çoruh, Çev.). Türk Psikologlar Derneği Yayını.
- Schiavo, R. (2007). *Health communication from theory to practice*. Jossey Bass.
- Schulte, J. M., Nolt, B. J., Williams, R. L., Spinks, C. L., & Hellsten, J. J. (1998). Violence and threats of violence experienced by public health field-workers. *JAMA*, 280(5), 439-42.
- Shoda, Y., & Smith, R. E. (2004). Conceptualizing personality as a cognitive-affective processing system: A framework for models of maladaptive behavior patterns and change. *Behavior Therapy*, 35(1), 147-165.
- Snyder, L. A., Chen, P. Y., & Vacha-Haase, T. (2007). The underreporting Gap in aggressive incidents from geriatric patients against certified nursing assistants. *Violence and Victims*, 22(3), 367-379.
- Solmaz, B., & Duğan, Ö. (2018). Sağlık çalışanı ile hasta ve yakınları arasında yaşanan şiddetin nedenlerinden ‘iletişim’ üzerine bir inceleme. *AİBÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(2), 185-206.
- Sönmez, M., Karaoğlu, L., Eğri, M., Genç, M. F., Güneş, G., & Pehlivan, E. (2013). Prevalence of workplace violence against health staff in Malatya. *Bitlis Eren Univ J Sci & Technology* 3(1), 26-31.
- Stanko, E. A. (2002). Knowledge about the impact of violence at work in the health sector. In Cooper & Swanson (Ed.), *Workplace Violence in the Health Sector: State of Art*, 49-60.

- Stenhouse, R. C. (2013). "Safe enough in here?": Patients' expectations and experiences of feeling safe in an acute psychiatric inpatient ward. *Journal of Clinical Nursing*, 22(21), 3109-3119.
- Swain, N., & Gale, C. A. (2014). A communication skills intervention for community healthcare workers reduces perceived patient aggression: A pretest-posttest study. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 1423-1433.
- Sylianu, A. M. (2016). *The impact of economic abuse on depressive symptoms among survivors of intimate partner violence* [PhD Thesis, The State University of New Jersey].
- Şahin, T. K., Bakıcı, H., Bilban, S., Dinçer, Ş., Yurtçu, M., & Günel, E. (2005). Meram Tıp Fakültesi çocuk cerrahisi servisinde yatan hasta yakınlarının memnuniyetinin araştırılması. *Genel Tıp Dergisi*, 15(4), 137-142.
- Şahin, Z. A., & Özdemir, F. K. (2015). Hemşirelerin iletişim ve empati beceri düzeylerinin belirlenmesi. *JAREN*, 1, 1-7.
- TBMM. (2013). *Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi*. TBMM Meclis Araştırma Komisyonu Raporu.
- Terakye, G. (1998). *Hasta hemşire ilişkileri*. Zirve Ofset Limited Şirketi.
- Tezcan, S., Altınbaş, H., & Yeşildal, N. (2000). *Satisfaction study of patients and their relatives visiting adult hospital of Hacettepe University school of medicine*. International public health congress "health 21 in action" abstracts book.
- Tiryaki Şen, H., Taşkın Yılmaz, F., Özcan, F. & Bahçecik N. (2013). Kamu hastanelerinde görev yapan başhekim ve başhemşirelerin duygusal zeka düzeyleri ile etik muhakeme yetenekleri ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(3), 18-26.
- Toy, S. (2007). *Mühendislik ve hukuk fakülteleri öğrencilerinin iletişim becerileri açısından karşılaştırılması ve iletişim becerileriyle bazı değişkenler arasındaki ilişkiler* (Tez No. 208116) [Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.
- Tuncer, M. & Demiralp, M. (2016). Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerde duygusal zekâ ve iletişim becerileri ilişkisi: Çok merkezli bir çalışma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(5), 389-395.
- Türk Tabipleri Birliği. (2013). *Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi*. <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/siddet6178.html>.
- Uludağ, A., & Zengin, N. (2013). Sağlıkta şiddete hasta şikayetlerinde yer alan olumsuz ifadeler açısından bir bakış: Konya örneği. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(3), 71-86.
- Üzel, N. & Özbaltacı, S. (Çev. Ed.). Beyazova, U. (T. Ed.). (2017). *Bağlanma*. Modern Tıp Kitapevi.
- Voltan-Acar, N. (1980). *Grupla atılabilirlik eğitiminin bireyin atılabilirlik düzeyine etkisi* [Yayımlanmamış doktora tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Whittington, R., & Wykes, T. (1996). A versive stimulation by staff and violence by psychiatric patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 11-20.
- Winefield, H. R., & Chur-Hansen, A. (2000). Evaluating the outcome of communication skill teaching for entry level medical. *Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 8(2), 90-94.

- Winstanley S, & Whittington R. (2004). Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *Journal Clinical Nursing*, 13(1), 3-10.
- World Health Organization. (2002). *World report on violence and health*.
- World Health Organization. (2014). *Global Status Report on Violence Prevention*.
- Wynne, R., Clarkin, N., Cox, T., & Griffiths, A. (1997). *Guidance on the prevention of violence at work*. European Commission, DG-V.
- Xing, K., Jiao, M., Ma, H., Qiao, H., Hao, Y., Li, Y., Gao, L., Güneş, H., Kang, Z., Liang, L., Wu, Q. (2015). Physical violence against general practitioners and nurses in Chinese township hospitals: A cross-sectional survey. *PloS One*, 16(1), 117.
- Yayla, İ. D. (2009). *Hekim ve hemşirelerin kadına yönelik şiddet ile ilgili bilgi, tutum ve davranış düzeyleri* (Tez No. 236767) [Yüksek Lisans tezi, Marmara Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.
- Yekeler, B. (2010). *Malatya'da kırsal bir bölgede ergenlik dönemindeki gençlere yönelik şiddet ve etkileyen faktörler* (Tez No. 266939) [Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.
- Zafar, W., Siddiqui, E., Ejaz, K., Şehzad, M. Ö., Han, U. R., Jamali, S., & Razzak, J. A. (2013). Health care personnel and workplace violence in the emergency departments of a volatile metropolis: Results from Karachi, Pakistan. *The Journal of Emergency Medicine*, 45(5), 761-72.
- Zengin, N. (Ed.) (2012). *Sağlık Çalışanı Hasta İlişkisinde Güncel Konular*. Kardelen Yayınları.
- Zorlu, I., Kurçer, M. A. (2020). Hasta ve hasta yakınlarına göre hekime yönelik şiddet. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(3), 418-427.

EKLER

Ek 1: Hasta Birey İçin Bilgi Formu

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında bir doktora tezinde araştırma olarak kullanılacaktır. Bu araştırma sağlıkta şiddetin önlenmesi ve bireylerin kaliteli bakım alabilmeleri amacıyla yapılmakta olup, tezin başarıyla tamamlanması için çalışmaya katılımınız önem arz etmektedir. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçimde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacak olup, katılımcılara ait bilgiler üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Katılım için teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

1. Yaşınız.....

2. Cinsiyetiniz?

() 1. Kadın () 2. Erkek

3. Medeni durumunuz?

() 1.Evli () 2. Bekar

4. Eğitim durumunuz?

() 1. İlkokul () 2. Ortaokul () 3. Ortaöğretim () 4. Ön lisans () 5. Lisans () 6. Lisansüstü

5. Gelir durumunuz?

() 1. Gelir gider eşit () 2. Gelir giderden az () 3. Gelir giderden fazla

6. Şu an yaşadığınız yer?

() 1. İl () 2. İlçe () 3. Köy

7. Mesleğiniz?

() 1. Memur () 2. İşçi () 3. Emekli () 4. Öğrenci () 5. Ev Kadını () 6. Serbest Meslek 7. () Diğer (Belirtiniz).....

8. Şu an ki tanınız.....

9. En sık hangi tanı ile sağlık kurumuna müracaat edersiniz?

() 1. Kalp Sorunları () 2. Solunum Sorunları () 3. Psikiyatrik Sorunlar () 4. Akut Sorunlar

() 5. Kronik Sorunlar () 6. Diğer (Belirtiniz).....

10. En fazla tercih ettiğiniz hastane türü?

() 1. Kamu () 2. Özel

11. Bir hasta olarak sağlık ekibinin sunduğu hizmeti nasıl değerlendirirsiniz?

() 1. Zayıf () 2. Orta () 3. İyi () 4. Çok iyi () 5. Mükemmel

12. Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin önlenabilir olduğunu düşünüyor musunuz?

() 1. Evet, önlenabilir () 2. Hayır, önlenemez

13. Cevabınız ‘‘Evet’’ ise; sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin önlenebilmesi için yapılması gerekenler sizce nedir?

.....

14. Cevabınız ‘‘Hayır’’ ise; sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet neden önlenemez, lütfen açıklayınız.

.....

15. Kendinize zarar vermeyi düşündüğünüz veya zarar verdiğiniz oldu mu?

() 1. Evet () 2. Hayır

16. Cevabınız ‘‘Evet’’ ise hangi durumda kendinize zarar vermeyi düşündüğünüzü veya zarar verdiğinizi lütfen açıklayınız.

.....

Ek 2: Hasta Yakını İçin Bilgi Formu

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında bir doktora tezinde araştırma olarak kullanılacaktır. Bu araştırma sağlıkta şiddetin önlenmesi ve hasta yakınlarının kaliteli bakım alabilmeleri amacıyla yapılmakta olup, tezin başarıyla tamamlanması için çalışmaya katılımınız önem arz etmektedir. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçimde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacak olup, katılımcılara ait bilgiler üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Katılım için teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

1. Yaşınız.....

2. Cinsiyetiniz?

() 1. Kadın () 2. Erkek

3. Medeni durumunuz?

() 1.Evli () 2. Bekar

4. Eğitim durumunuz?

() 1. İlkokul () 2. Ortaokul () 3. Ortaöğretim () 4. Ön lisans () 5. Lisans () 6. Lisansüstü

5. Gelir durumunuz?

() 1. Gelir gider eşit () 2. Gelir giderden az () 3. Gelir giderden fazla

6. Şu an yaşadığınız yer?

() 1. İl () 2. İlçe () 3. Köy

7. Mesleğiniz?

() 1. Memur () 2. İşçi () 3. Emekli () 4. Öğrenci () 5. Ev Kadını () 6. Serbest Meslek 7. () Diğer (Belirtiniz).....

8. Bir hasta yakını olarak sağlık ekibinin sunduğu hizmeti nasıl değerlendirirsiniz?

() 1. Zayıf () 2. Orta () 3. İyi () 4. Çok iyi () 5. Mükemmel

9. Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin önlenabilir olduğunu düşünüyor musunuz?

() 1. Evet, önlenabilir () 2. Hayır, önlenemez

10. Cevabınız ‘‘Evet’’ ise; sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin önlenbilmesi için yapılması gerekenler sizce nedir?

.....

11. Cevabınız ‘‘Hayır’’ ise; sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet neden önlenemez, lütfen açıklayınız.

.....

12. Kendinize zarar vermeyi düşündüğünüz veya zarar verdiğiniz oldu mu?

() 1. Evet () 2. Hayır

13. Cevabınız ‘‘Evet’’ ise hangi durumda kendinize zarar vermeyi düşündüğünüzü veya zarar verdiğinizizi lütfen açıklayınız.

.....

Ek 3: Sağlık Çalışanı İçin Bilgi Formu

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında bir doktora tezinde araştırma olarak kullanılacaktır. Bu araştırma sağlıkta şiddetin önlenmesi, sağlık çalışanlarının daha güvenli bir ortamda çalışabilmeleri amacıyla yapılmakta olup, tezin başarıyla tamamlanması için çalışmaya katılımınız önem arz etmektedir. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçimde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacak olup, katılımcılara ait bilgiler üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Katılım için teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

1. Yaşınız.....

2. Cinsiyetiniz?

() 1. Kadın () 2. Erkek

3. Medeni durumunuz?

() 1.Evli () 2. Bekar

4. Eğitim durumunuz?

() 1. Sağlık Meslek Lisesi () 2. Ön lisans () 3. Lisans () 4. Lisansüstü

5. Çocuk sahibi olma durumunuz?

() 1. Evet () 2. Hayır

6. Mesleki deneyiminiz?

() 1. 1 yıldan az () 2. 1-4 yıl () 3. 5-9 yıl () 4.10 yıl ve üzeri

7. Kaç yıldır şu an çalışmakta olduğunuz hastanede görev yapmaktasınız?

() 1. 1 yıldan az () 2. 1-4 yıl () 3. 5-9 yıl () 4.10 yıl ve üzeri

8. Çalışma ortamınızdaki iletişim düzeyi sizce nasıl?

() 1. Çok iyi () 2. İyi () 3. Orta () 4.Kötü () 5.Çok Kötü

9. Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin önlenabilir olduğunu düşünüyor musunuz?

() 1. Evet, önlenbilir () 2. Hayır, önlenemez

10. Cevabınız ‘‘Evet’’ ise; sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin önlenilmesi için yapılması gerekenler sizce nedir?

.....

11. Cevabınız ‘‘Hayır’’ ise; sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet neden önlenemez, lütfen açıklayınız.

.....

12. Kendinize zarar vermeyi düşündüğünüz veya zarar verdiğiniz oldu mu?

() 1. Evet () 2. Hayır

13. Cevabınız ‘‘Evet’’ ise hangi durumda kendinize zarar vermeyi düşündüğünüzü veya zarar verdiğinizi lütfen açıklayınız.

.....

Ek 4: Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği

Bu bölümde şiddet tutumlarını belirlemeye yönelik bazı maddeler yer almaktadır. Her bir madde için hiç katılmıyorum ile tamamen katılıyorum arasında verilen ifadelerden size uygun olanı X şeklinde işaretleyiniz.

		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Karasızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Kaba kuvvet kullanmak insanı duygusal olarak güçlü kılar					
2	Eğer birilerine vuruluyorsa bunu hak edecek bir şeyler yapmıştır					
3	Gerektiğinde kaba kuvvet kullanırım					
4	İnsanların fiziksel gücümden dolayı benden korkmaları hoşuma gider					
5	Birileriyle dövüştüğümde kendimi güçlü hissederim					
6	Biri bana vurduğunda be de ona vururum					
7	Biri beni kızdırdığında onunla kavga ederim					
8	Birinin hakkımda olumsuz şeyler konuştuğunu duyarsam onunla kavga ederim					
9	Birilerine sinirlendiğimde ona vurmak beni rahatlatır					
10	Kavga etmek insanların sorunlarını kısa zamanda çözmelerini sağlar					

Ek 5: İletişim Becerileri Envanteri

Açıklama: Aşağıda insan ilişkileriyle ilgili tutum ve davranış ifadeleri bulunmaktadır. Genel olarak insanlarla iletişim kurarken nasıl davrandığınızı, neler düşündüğünüzü ve neler hissettiğinizi anlatan aşağıdaki ifadelerin size uygunluk derecesini belirtmeniz istenmektedir. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. İfadeler, “Tam Benim Gibi (A), Biraz Benim Gibi (B), Kararsızım (C), Benim Gibi Değil (D), Benim Gibi Hiç Değil (E)” karşılığındadır. Her ifadeye ilişkin beş seçenekten yalnız birini işaretlemeniz ve cevapsız bırakmamanız gerekmektedir. Lütfen her ifadeyi cevaplayınız.

	Tam Bana Göre	Biraz Benim Gibi	Kararsızım	Benim Gibi Değil	Benim Gibi Hiç Değil
1. İnsanları anlamaya çalışırım.					
2. İletişimde bulunduğum insanlardan gelen öğüt ve önerileri içtenlikle dinlerim.					
3. Düşüncelerimi başkalarına tam olarak iletmekte zorluk çekmem.					
4. Konuşurken, etkili bir göz iletişimi kurabilirim.					
5. Genelde eleştirilmekten hoşlanmam.					
6. Dikkatimi karşımdakinin ilgi alanı üzerinde toplayabilirim.					
7. Kişilerin, anlatmak istediklerini dinlemek için yeterince zaman ayırırım.					
8. Karşımdaki kişiye genellikle söz hakkı vermek istemem.					
9. Karşımdaki kişiyi dinlerken hayal kurarım.					
10. Başkaları konuşurken sabırlı olur, onların sözünü kesmem.					
11. İnsanları dinlerken sıkıldığımı hissederim.					
12. Eleştirilerimi karşımdaki kişiyi incitmeden iletirim.					

13. Konuşurken ilk adımı atmaktan çekinmem.					
14. Konuşurken açık, sade ve düzgün cümleler kurarım.					
15. Karşımdaki kişiyle aynı görüşü paylaşmazsam bile fikirlerine saygı duyarım.					
16. İletişimde bulunduğum kişinin yüzüne baktığım halde sözlerini dinlemediğim olur.					
17. Karşımdaki kişinin konuşmaya ve dinlenmeye istekli olup olmadığını anlamaya çalışırım.					
18. Yanlış tutum ve davranışlarımın kolaylıkla kabul ederim.					
19. Dinlediğim kişiyi daha iyi anlamak için sorular yöneltirim.					
20. Dinleyenim anlamaz görüldüğünde, iletmek istediklerimi tekrarlar, yeni kelimelerle ifade eder, özetlerim.					
21. İnsanlarla görüşürken, bilerek onları rahatlatacak şeyler yaparım.					
22. Dinlerken, karşımdaki kişinin sözünü kesmemeye özen gösteririm.					
23. Küs olduğum birisiyle barışmak istediğimde ilk adımı atmaktan çekinmem.					
24. Karşımdaki kişinin duygu ve düşünceleri bana ters düşse bile yargılamam.					
25. Ses tonumu konunun özelliğine göre ayarlayabilirim.					
26. Genellikle insanlara güvenirim.					
27. İletişim kurduğum kişinin karşı cinsten					

olmasından rahatsızlık duymam.					
28. Başkalarını dinlemek mecburiyetinde olmadığımı düşünürüm.					
29. Özür dilemek bana zor gelir.					
30. Tartışma sonunda, savunduğum düşüncelerin yanlış olduğunu kabul edebilirim.					
31. Konuşurken sözümün kesilmesinden rahatsız olurum.					
32. İnsanları kontrol etmeye ve istediğim kalıba sokmaya çalışırım.					
33. İletişim kurduğum kişinin tutumundan daha çok sorununu anlamaya çalışırım.					
34. Çevremdekiler, insanlara karşı ilgisiz kaldığım kanısındalar.					
35. Çoğunlukla duygularımdan emin olamıyorum.					
36. İletişim kurduğum kimse tarafından anlaşılmaktan mutluluk duyarım.					
37. Başkaları ile ilişkilerimi bozacak çıkışlar yapabilirim.					
38. Karşımdaki kişiye güvenmek beni mutlu eder.					
39. Her insanı olumlu beklentilerle karşılarım.					
40. İletişim kurduğum kimselerden bir şeyler verdiğimi hissedirim.					
41. İnsanlara cevaplamada zorlanacakları ani sorular yöneltmem.					

42. Beni rahatsız eden duygularımı iletmekte sıkıntı çekmem.					
43. Öneride bulunduğum kişinin öneriye açık olup olmadığına dikkat ederim.					
44. İletişim kurduğum insanlar tarafından anlaşıldığımı hissederim.					
45. Kendimi karşımdaki kişinin yerine koyarak, duygu ve düşüncelerini anlamaya çalışırım.					



Ek 6: Etik Kurul İzni

ETİK KURULU ONAY BELGESİ



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

Sayı : E-33490967-044-41105
Konu : Etik Kurul Kararları

DAĞITIM YERLERİNE

Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulunun 21.05.2021 tarih 11. oturumunda almış olduğu kararlar ekte gönderilmiş olup, söz konusu kararın anılan sorumlu araştırmacılara tebliğ edilmesi hususunda gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Bekir Süha PARLAKTAŞ
Rektör Yardımcısı

Ek: Etik Kurul Kararları

Dağıtım:

Gereği:

Eğitim Fakültesi Dekanlığına

Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne Erbaa Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına Almus Meslek Yüksekokulu Müdürlüğüne Erbaa Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi Dekanlığına

Bilgi:

Prof. Dr. Eren YÜRÜDÜR

Doç. Dr. Mehmet KARGÜN

Doç. Dr. Mehmet Serkan UMUZDAŞ

Doç. Dr. Emine ÖĞÜK

Doç. Dr. Yücel EROL

Doç. Dr. Fatih YAZICI

Dr. Öğr. Üyesi Şevki BABACAN

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSRL37K7TU Pin Kodu : 08382

Belge Takip Adresi :
<https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5695&eD=BSRL37K7TU&eS=41105>

Adres: Taşlıçiftlik Yerleşkesi 60150 Tokat/Türkiye
Telefon: (0356)2521616 Faks: (0356)2521625
e-Posta: gensek@gop.edu.tr Web: www.gop.edu.tr
Kep Adresi: gaziosmanpasa.universitesi@hs03.kep.tr

Bilgi için: Gülşah AYDIN
Unvanı: Şef

Tel No:

1079



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

KARAR 11.04- Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığının 28.04.2021 tarih ve 35768 sayılı yazısı görüşüldü.

Aşağıda bilgileri yer alan araştırmacıların yapmak istediği uygulamaların ve kullanacağı veri toplama araçlarının etik açıdan uygunluğuna oy birliği ile karar verildi.

ÇALIŞMANIN TÜRÜ	Doktora Tezi
BAŞLIK	Hasta/Yakını ve Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerilerinin Şiddet Eğilimine Etkisi
TEZ YÜRÜTÜCÜSÜ/ YAZARI	Prof. Dr. Nermin GÜRHAN
RAPORTÖR GÖRÜŞÜ	OLUMLU

Ek 7: İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzin Yazısı

Ek 8: Üniversite Hastanesi Kurum İzin Yazısı

Ek 9: Alt Hipotezlerin İncelenmesi

Alt Hipotezler	Sonuç
H1: Hastaların iletişim becerileri ile cinsiyet değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Hastaların iletişim becerileri ile medeni durum değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Hastaların iletişim becerileri ile eğitim durumu değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Kabul
H1: Hastaların iletişim becerileri ile gelir durumu değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Hastaların iletişim becerileri ile yaşanılan yer değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Hastaların iletişim becerileri ile meslek değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Hastaların iletişim becerileri ile sağlık ekibinin sunduğu hizmeti değerlendirme değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Hastaların iletişim becerileri ile şiddetin önlenabilirlik düşünce değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Hastaların iletişim becerileri ile kendine zarar verme düşünce değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Hastaların şiddete yönelik eğilimleri ile cinsiyet değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Kabul
H1: Hastaların şiddete yönelik eğilimleri ile medeni durum değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Kabul
H1: Hastaların şiddete yönelik eğilimleri ile eğitim durum değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Kabul
H1: Hastaların şiddete yönelik eğilimleri ile gelir durum değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Hastaların şiddete yönelik eğilimleri ile yaşanılan yer değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red

H1: Hastaların şiddete yönelik eğilimleri ile meslek değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Hastaların şiddete yönelik eğilimleri ile sağlık ekibinin sunduğu hizmeti değerlendirme değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Kabul
H1: Hastaların şiddete yönelik eğilimleri ile şiddetin önlenabilirlik düşünce değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Hastaların şiddete yönelik eğilimleri ile kendine zarar verme düşünce değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Hastaların şiddete yönelik eğilimleri ile yaş ortalama değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Kabul
H1: Hasta yakınlarının iletişim becerileri ile cinsiyet değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Hasta yakınlarının iletişim becerileri ile medeni durum değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Hasta yakınlarının iletişim becerileri ile eğitim durum değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Hasta yakınlarının iletişim becerileri ile gelir durum değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Hasta yakınlarının iletişim becerileri ile yaşanan yer değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Kabul
H1: Hasta yakınlarının iletişim becerileri ile meslek değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Kabul
H1: Hasta yakınlarının iletişim becerileri ile sağlık ekibinin sunduğu hizmeti değerlendirme değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Kabul
H1: Hasta yakınlarının iletişim becerileri ile şiddetin önlenabilirlik düşünce değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red

H1: Hasta yakınlarının iletişim becerileri ile kendine zarar verme düşünce değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Hasta yakınlarının şiddete yönelik eğilimleri ile yaş ortalamaları değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Hasta yakınlarının şiddete yönelik eğilimleri ile cinsiyet değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Hasta yakınlarının şiddete yönelik eğilimleri ile medeni durum değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Hasta yakınlarının şiddete yönelik eğilimleri ile eğitim durum değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Kabul
H1: Hasta yakınlarının şiddete yönelik eğilimleri ile gelir durum değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Hasta yakınlarının şiddete yönelik eğilimleri ile yaşanan yer değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Hasta yakınlarının şiddete yönelik eğilimleri ile meslek değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Hasta yakınlarının şiddete yönelik eğilimleri ile sağlık ekibinin sunduğu hizmeti değerlendirme değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Kabul
H1: Hasta yakınlarının şiddete yönelik eğilimleri ile şiddetin önlenabilirlik düşünce değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Hasta yakınlarının şiddete yönelik eğilimleri ile kendine zarar verme düşünce değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Kabul
H1: Sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ile yaş ortalama değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ile cinsiyet değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red

H1: Sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ile medeni durum değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ile eğitim durumu değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ile çocuk sahibi olma durumu değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ile mesleki deneyim değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ile şu an çalışılan hastanedeki çalışma süresi değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ile çalışma ortamlarındaki iletişim düzeyi değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ile şiddetin önlenabilirlik düşüncesi değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ile kendine zarar verme değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Sağlık çalışanlarının şiddete yönelik eğilimleri ile yaş ortalama değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Sağlık çalışanlarının şiddete yönelik eğilimleri ile cinsiyet değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Kabul
H1: Sağlık çalışanlarının şiddete yönelik eğilimleri ile medeni durum değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Sağlık çalışanlarının şiddete yönelik eğilimleri ile eğitim durum değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Kabul
H1: Sağlık çalışanlarının şiddete yönelik eğilimleri ile çocuk sahibi olma durumu değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red

H1: Sağlık çalışanlarının şiddete yönelik eğilimleri ile mesleki deneyim değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Sağlık çalışanlarının şiddete yönelik eğilimleri ile şu an çalışılan hastanedeki çalışma süresi değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Sağlık çalışanlarının şiddete yönelik eğilimleri ile çalışma ortamındaki iletişim düzeyi değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Sağlık çalışanlarının şiddete yönelik eğilimleri ile şiddetin önlenebilirlik düşüncesi değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red
H1: Sağlık çalışanlarının şiddete yönelik eğilimleri ile kendine zarar verme düşüncesi değişkenleri arasında anlamlı farklılık vardır	Red