



T.C.

Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

**SAĞLIK İLETİŞİMİ SORUNLARININ SAĞLIK
ÇALIŞANLARINA ŞİDDET UYGULAMA ÜZERİNE
ETKİSİNDE CİNSİYETİN DÜZENLEYİCİ ROLÜ**

Leyla TURAN

23939002

Danışman

Doç. Dr. Selman KIZILKAYA

Diyarbakır 2025

T.C.
Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

**SAĞLIK İLETİŞİMİ SORUNLARININ SAĞLIK
ÇALIŞANLARINA ŞİDDET UYGULAMA ÜZERİNE
ETKİSİNDE CİNSİYETİN DÜZENLEYİCİ ROLÜ**

Leyla TURAN
23939002

Danışman
Doç. Dr. Selman KIZILKAYA

Diyarbakır 2025

TAAHHÜTNAME

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Dicle Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğine göre hazırlamış olduğum “Sağlık İletişimi Sorunlarının Sağlık Çalışanlarına Şiddet Uygulama Üzerine Etkisinde Cinsiyetin Düzenleyici Rolü” adlı tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve tez yazım kılavuzuna uygun olarak hazırladığımı taahhüt eder, tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde saklanmasına izin verdiğimi onaylarım. Lisansüstü Eğitim-Öğretim yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca gereğinin yapılmasını arz ederim.

25/06/2025

Leyla TURAN

ÖN SÖZ

Son yıllarda sağlık alanında yaşanan iletişim sorunlarının, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını artırdığı sıkça gündeme gelmektedir. Bu durum, sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından önemli bir tehdit oluşturmakta ve çözüm yolları geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Çalışmada, sağlık iletişimi sorunları ile sağlık çalışanlarına yönelik şiddet arasındaki ilişki cinsiyet değişkeni çerçevesinde ele alınmıştır.

Araştırmanın planlanması ve yürütülmesi aşamasında engin bilgi ve deneyimleriyle bana rehberlik eden, değerli katkı ve yönlendirmeleriyle çalışmanın şekillenmesine önemli ölçüde destek olan danışmanım Doç. Dr. Selman KIZILKAYA'ya en içten teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca katkı ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarıma, veri toplama sürecinde yardımcı olan tüm katılımcılara şükranlarımı ifade ederim. Bu çalışmanın, sağlık alanında yapılacak yeni araştırmalara ışık tutmasını temenni ederim.

Son olarak, bu sürecin her aşamasında yanımda olan sevdiklerime ve hayata adım attığım ilk günden beri desteğini ve sevgisini her daim hissettiğim, kızı olmaktan gurur duyduğum ilk öğretmenim, kıymetli babam EMİN TURAN'A verdikleri manevi destekten dolayı en içten teşekkürlerimi sunarım. verdikleri manevi destekten dolayı teşekkür ederim.

Leyla TURAN
Diyarbakır 2025

ÖZET

Bu araştırmanın temel amacı, sağlık iletişimi sorunlarının, sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti nasıl etkilediğini belirlemek ve bu etkileşimde cinsiyet değişkeninin düzenleyici rolünü test etmektir. Bu amaç doğrultusunda ilişkisel tarama modeli kullanılarak nicel bir araştırma deseni benimsenmiştir. Araştırmanın evrenini, 10–30 Mart 2025 tarihleri arasında Diyarbakır ilinde herhangi bir sağlık kuruluşundan hizmet almış, 18 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Kolayda örnekleme yöntemiyle belirlenen örneklem grubundan 424 katılımcıya anket uygulanmıştır. Veri toplama süreci, etik kurul onayı ve ilgili kurumlardan alınan izinler çerçevesinde çevrim içi ve yüz yüze yöntemlerle gerçekleştirilmiştir.

Veri toplama aracı olarak, bireylerin sağlık iletişimi sorunlarını ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eğilimlerini ölçmeye yönelik geçerli ve güvenilir ölçekler kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 25.0 programı ve Hayes'in PROCESS Macro Model 1 eklentisi ile analiz edilmiştir. Araştırma kapsamında, betimsel istatistikler, normallik analizleri, güvenilirlik testleri, bağımsız örneklem t-testleri, ANOVA, korelasyon ve regresyon analizleri ile moderasyon analizi gerçekleştirilmiştir.

Araştırma bulgularına göre, sağlık iletişimi sorunlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile pozitif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Özellikle etkili iletişimin sağlanamaması, sosyal iletişim eksikliği ve iletişim engelleri değişkenlerinin şiddet uygulama niyeti, geçmiş deneyimler, davranışa yönelik tutum, öznal norm ve algılanan davranışsal kontrol gibi değişkenleri anlamlı biçimde yordadığı tespit edilmiştir. Cinsiyet değişkeninin moderatör etkisi anlamlı bulunmuş; sağlık iletişimi sorunlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet üzerindeki etkisinin erkek bireylerde daha güçlü olduğu görülmüştür. Kadın bireylerde ise iletişim sorunlarına verilen tepkinin daha duyarlı ve hızlı biçimde artış gösterdiği anlaşılmıştır. Ayrıca, düşük gelir düzeyindeki bireylerin sağlık iletişimi sorunlarını ve şiddet eğilimlerini daha yüksek düzeyde algıladığı; şiddeti hak arama yöntemi olarak gören bireylerde ise bu eğilimin belirgin biçimde arttığı saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler

İletişim, Sağlık iletişimi, Sağlık İletişimi Sorunları, Şiddet, Sağlıkta Şiddet, Cinsiyet

ABSTRACT

The primary objective of this study is to determine how problems in health communication affect violence against healthcare workers and to test the moderating role of gender in this interaction. In line with this objective, a quantitative research design based on the relational screening model was adopted. The study population consisted of individuals aged 18 and above who received services from any healthcare institution in Diyarbakır between March 10–30, 2025. A convenience sampling method was employed, and a total of 424 participants were surveyed. The data collection process was carried out through both online and face-to-face methods, following the approval of the ethics committee and relevant institutional permissions.

Validated and reliable scales were used as data collection instruments to measure individuals' perceptions of health communication problems and their tendencies toward violence against healthcare workers. The data were analyzed using SPSS 25.0 and Hayes' PROCESS Macro Model 1. Descriptive statistics, normality tests, reliability analyses, independent samples t-tests, ANOVA, correlation and regression analyses, as well as moderation analysis, were conducted.

The findings revealed that health communication problems are positively and significantly associated with violence against healthcare workers. Variables such as ineffective communication, lack of social communication, and communication barriers significantly predicted behavioral intention to commit violence, past experiences, attitudes toward violent behavior, subjective norms, and perceived behavioral control. The moderating effect of gender was found to be significant; the impact of health communication problems on violence against healthcare workers was stronger among male participants. In contrast, female participants showed a more sensitive and rapid increase in response to communication problems. Additionally, individuals with lower income levels perceived higher levels of communication problems and a stronger tendency toward violence. The tendency was also notably higher among individuals who considered violence a legitimate method of seeking justice.

Keywords

Communication, Health communication, Health communication problems, Violence, Violence in healthcare, Gender

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖN SÖZ.....	I
ÖZET.....	II
ABSTRACT	III
İÇİNDEKİLER	IV
TABLO LİSTESİ	VII
ŞEKİL LİSTESİ.....	VIII
KISALTMALAR.....	IX
GİRİŞ.....	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	4
KAVRAMLARA GENEL BAKIŞ	4
1.1. İletişim Kavramı.....	4
1.2. İletişimin Öğeleri.....	5
1.3. Sağlık İletişimi	6
1.4. Sağlık İletişiminin Amacı.....	8
1.5. Sağlık İletişiminin Önemi	9
1.6. Sağlık İletişim Düzeyleri.....	10
1.7. Sağlık İletişimi Sorunları	11
1.8. Hastanelerde İletişim Sorunları	12
1.9. Şiddet Kavramı.....	14
1.10. Şiddet Türleri.....	14
1.11. Sağlıkta Şiddetin Etkileri	15
1.12. Şiddetin Nedenleri.....	16

1.13. Sağlık Kurumları ve Şiddet İlişkisi	17
1.13. Sağlıkta Şiddetin Boyutları	18
1.15. Sağlıkta Şiddetin Önlenmesi	29
İKİNCİ BÖLÜM	33
YÖNTEM.....	33
2.1. Araştırmanın Amacı	33
2.2. Araştırmanın Önemi	34
2.3. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri	35
2.4. Evren ve Örneklem.....	36
2.5. Veri Toplama Süreci	37
2.7. Veri Toplama Araçları.....	38
2.8. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler.....	39
2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	40
2.10. Araştırmanın Varsayımları	40
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	42
BULGULAR	42
3.1. Demografik Özelliklere Yönelik Bulgular	42
3.2. Tanımlayıcı İstatistikler ve Normal Dağılım Analizleri	44
3.3. Güvenirlik Analizleri.....	46
3.4. Medeni Duruma Göre Sağlık İletişimi Sorunları ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Karşılaştırılması	46
3.5. Çalışma Duruma Göre Sağlık İletişimi Sorunları ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Karşılaştırılması	48
3.6. Algılanan Gelir Düzeyine Göre Sağlık İletişimi Sorunları ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Karşılaştırılması	50

3.7. Sağlık Sektöründe Yakınlık Durumuna Göre Sağlık İletişimi Sorunları ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Karşılaştırılması.....	52
3.8. Şiddeti Hak Arama Yöntemi Olarak Görme Durumuna Göre Sağlık İletişimi Sorunları ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Karşılaştırılması.....	54
3.9. Yıllık Sağlık Hizmeti Kullanımına Göre Sağlık İletişimi Sorunları ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Karşılaştırılması.....	55
3.10. Korelasyon Analizi.....	57
3.11. Regresyon Analizleri.....	59
3.12. Sağlık İletişimi Sorunlarının Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Üzerine Etkisinde Cinsiyetin Düzenleyici Rolüne Yönelik Elde Edilen Bulgular.....	62
TARTIŞMA	65
SONUÇ	73
KAYNAKÇA	76
EKLER.....	87
EK 1. Anket Formu	87
EK 2. Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği	88
EK 3. Sağlık Çalışanına Şiddet Uygulama Niyeti Ölçeği.....	89
EK 4. Bilgilendirme Onam Formu	90
EK 5. Etik Kurul İzni	91
EK 6. Ölçek İzinleri	92

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Özellikleri	42
Tablo 2: Tanımlayıcı İstatistikler ve Normal Dağılım Sonuçları	45
Tablo 3: Ölçeklere Ait Cronbach's Alpha Sonuçları.....	46
Tablo 4: Medeni Duruma Göre Değişkenlerin Bağımsız Örneklem t-Testi Sonuçları	46
Tablo 5: Çalışma Durumuna Göre Değişkenlerin Karşılaştırılması	48
Tablo 6: Algılanan Gelir Düzeyine Göre Değişkenlerin Karşılaştırılması	50
Tablo 7: Sağlık Sektöründe Yakınlık Durumuna Göre Değişkenlerin Karşılaştırılması	52
Tablo 8: Şiddeti Hak Arama Yöntemi Olarak Görme Durumuna Göre Karşılaştırma	54
Tablo 9: Yıllık Sağlık Hizmeti Kullanımına Göre Değişkenlerin Karşılaştırılması	56
Tablo 10: Sağlık İletişimi Sorunları ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Arasındaki Korelasyonlar	57
Tablo 11: Sağlık İletişimi Sorunlarının Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Üzerine Regresyon Analizi	59
Tablo 12: Sağlık İletişimi Sorunlarının Şiddet Uygulama Niyeti Üzerine Regresyon Analizi.....	60
Tablo 13: Sağlık İletişimi Sorunlarının Geçmiş Deneyimler Üzerine Regresyon Analizi.....	60
Tablo 14: Sağlık İletişimi Sorunlarının Davranışa Yönelik Tutum Üzerine Regresyon Analizi.....	61
Tablo 15: Sağlık İletişimi Sorunlarının Öznel Norm Üzerine Regresyon Analizi	61
Tablo 16: Sağlık İletişimi Sorunlarının Algılanan Davranışsal Kontrol Üzerine Regresyon Analizi.....	62
Tablo 17: Sağlık İletişimi Sorunlarının Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Üzerindeki Etkisinde Cinsiyetin Düzenleyici Rolü	63

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Şekil 1. Araştırmanın Modeli.....	36
Şekil 2: Sağlık İletişimi Sorunları ile Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Arasındaki İlişkinin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	64



KISALTMALAR

β	Beta Katsayısı
df	Serbestlik Derecesi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
F	Varyans Analizi Değeri
ICN	Uluslararası Hemşireler Birliği
ILO	Uluslararası Çalışma Örgütü
LLCI	Alt Güven Aralığı Sınırı
N	Katılımcı Sayısı
NIOSH	Ulusal Mesleki Güvenlik ve Sağlık Enstitüsü
Ort.	Ortalama
p	Anlamlılık Değeri
PSI	Uluslararası Kamu Hizmetleri
r	Korelasyon Katsayısı
SH	Standart Hata
SS	Standart Sapma
t	T-Testi Değeri
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TDK	Türk Dil Kurumu
ULCI	Üst Güven Aralığı Sınırı

GİRİŞ

Şiddet; bireyin kendisine, başka bir kişiye, bir gruba ya da topluma yönelik, kasıtlı biçimde fiziksel güç kullanımı, zorlama ya da tehdit içeren eylemlerin uygulanmasıyla, ölüm, yaralanma, psikolojik zarar ya da gelişimsel bozulma gibi sonuçlara yol açabilen bir davranış biçimidir (Al vd., 2012). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre şiddet; kişinin, kasıtlı olarak fiziksel güç kullanarak bir başkasında yaralanma, ölüm, ruhsal zarar gibi sonuçlara yol açmasıdır (Polat, 2014).

Günlük yaşamın farklı alanlarında sıkça karşılaşılan şiddet, çalışma hayatında giderek daha yaygın hale gelmiş ve bu bağlamda “iş yerinde şiddet” adı altında ayrı bir kavram haline gelmiştir. İş yerinde şiddetin en sık rastlandığı alanlardan biri sağlık sektörüdür. Sağlık sektöründe, çalışanlara yönelik şiddet, gün geçtikçe artış göstermektedir (Gülen ve Ormankaya, 2024). Yapılan çalışmalarda, şiddetin, mesleki tehlikeler arasında ilk sıralarda olduğu bildirilmiştir (Liu vd., 2019; Chakraborty vd., 2022). Liu ve arkadaşlarının (2019) yaptıkları sistematik bir inceleme ve meta-analiz çalışmasında, sağlık çalışanlarında şiddet görülme sıklığı %61,9 olarak bildirilmiştir. Bıçkıcı'nın (2011) yürüttüğü araştırmada, sağlık çalışanlarının %55,8'inin; Çamcı ve Kutlu'nun (2013) gerçekleştirdiği çalışmada ise sağlık çalışanlarının %72,4'ünün şiddetle karşılaştığı tespit edilmiştir. Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada, şiddet sıklığı 2016 yılında %28,4; 2017 yılında %31,88; 2018'de ise %39,7 olarak bildirilmiştir (Polat ve Çırak, 2019). Diğer bir çalışmada ise, beyaz kod vakası bildirilen toplam 9108 vakanın %77,53'ünde sözel şiddet olduğu, %53,32'sinin devlet hastanelerinde ve acil servis birimlerinde görüldüğü gerçekleştirildiği tespit edilmiştir. En çok şiddete maruz kalanların ise doktorlar olduğu kaydedilmiştir (Torun, 2020). 2021 yılında yapılan bir çalışmada ise, hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına kıyasla şiddete daha çok maruz kaldığı tespit edilmiştir (Tuğçe vd., 2021).

Sağlık kurumlarında ortaya çıkan şiddet farklı biçimlerde kendini gösterebilmektedir; fiziksel şiddet, tehdit veya tehditkâr davranışlar ve hakaret ya da istismar başlıkları altında incelenmektedir (García-Pérez vd., 2021). Fiziksel şiddet, kişinin kasıtlı olarak fiziksel, cinsel ya da psikolojik zarar görmesiyle sonuçlanabilecek güç kullanımını ifade etmektedir. Bu davranışlar, tekmeleme,

yumruklama, tokat atma, bıçaklama, itme, ısırma ve çimdikleme gibi çeşitli şekillerde ortaya çıkabilir. Tehdit ya da tehditkâr davranışlar, kişinin fiziksel, cinsel veya psikolojik olarak zarar görme ya da başka olumsuz sonuçlarla karşılaşma korkusu yaşamasına yol açan fiziksel güç kullanma tehdidini içermektedir. Hakaret ve istismar ise, bireyin onurunu ve öz değerini zedeleyen, onu küçük düşüren ya da saygısızlık içeren sözlü davranışlar olarak ifade edilmektedir (Mansur, 2022).

Sağlık kuruluşlarına gelen birçok hasta, korku, öfke ve ruhsal rahatsızlıklar gibi yoğun duygusal durumlar yaşadığı için bu durum şiddet eğilimini artırabilir. Bu bağlamda, belirli düzeyde hasta saldırganlığı, sağlık çalışanları tarafından genellikle mesleğin bir parçası olarak kabul edilmekte ve yaşanan birçok şiddet olayı resmi kayıtlara geçmeden göz ardı edilmektedir. Ancak sağlık sektöründe şiddetin ortaya çıkışını yalnızca hasta özellikleriyle açıklamak yetersizdir (Mansur, 2022). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artışı birçok faktör rol oynamaktadır. Bunlardan biri sağlık iletişimi sorunlarıdır. Sağlık hizmetlerinin sunum sürecinde, hekimler, hemşireler, ebeler, diş hekimleri, eczacılar ve sağlık teknisyenleri gibi sağlık profesyonelleri ile hastalar arasındaki iletişim büyük önem taşımaktadır. Ancak bu iletişim süreci her zaman sağlıklı bir şekilde ilerlememektedir. Kimi zaman hastaların bilgi eksikliği, yanlış beklentileri veya duygusal tepkileri iletişimi zorlaştırırken; kimi zaman da sağlık çalışanlarının yoğun iş yükü, tükenmişlik sendromu veya iletişim becerilerindeki yetersizlikler sorunlara yol açabilmektedir. Ayrıca, sağlık sisteminin yapısal eksiklikleri ve zaman baskısı da bu iletişim kopukluklarını derinleştirebilmektedir. Tüm bu faktörler bir araya geldiğinde, hasta ve sağlık çalışanı arasında güven temelli bir ilişki kurulamamakta; bu da karşılıklı anlayış eksikliğine, gerginliğe ve nihayetinde şiddet olaylarının yaşanmasına zemin hazırlamaktadır (Başol, 2018).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de de giderek artan, toplumsal ve yapısal boyutları olan ciddi bir sorundur. Sağlık hizmetlerinin sunum kalitesini olumsuz etkileyen bu olgu hem bireysel hem kurumsal düzeyde çok boyutlu sonuçlar doğurmaktadır. Sağlıkta şiddetin önlenmesine yönelik politikaların etkinliğinin artırılabilmesi, bu davranışların ardındaki nedenlerin derinlemesine analizini gerektirmektedir. Bu bağlamda, son yıllarda sağlık iletişimi

alanında yaşanan sorunların, sağlık çalışanlarına yönelik saldırgan tutum ve davranışlarda önemli bir belirleyici olabileceği yönünde bulgular artmaktadır. Ancak, bu ilişkinin hangi bireysel ya da demografik faktörler tarafından şekillendirildiği halen yeterince açıklığa kavuşturulmamıştır. Nitekim, sağlık iletişimi sorunları ile sağlık çalışanlarına yönelik şiddet arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar bulunsa da bu ilişkinin cinsiyet bağlamında nasıl farklılaştığını araştıran çalışmalar oldukça sınırlıdır. Oysaki cinsiyet, bireylerin iletişim tarzlarını, çatışma çözme biçimlerini ve saldırganlık eğilimlerini anlamada temel belirleyicilerden biri olarak değerlendirilmektedir. Bu durum, sağlık iletişimi sorunlarının şiddete dönüşme sürecinde cinsiyetin düzenleyici bir rol oynayabileceği ihtimalini gündeme getirmektedir.

Bu alışma, sağlık iletişimi sorunlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet davranışlarına etkisinde cinsiyetin düzenleyici rolünü inceleyerek söz konusu araştırma boşluğunu doldurmayı amaçlamaktadır. Araştırmanın zgn katkısı, sağlık iletişimi ve şiddet olguları arasındaki ilişkiyi cinsiyet perspektifiyle ele alması ve bu etkileşimi nicel veriler ışığında test etmesidir. Böylece, sadece iletişim süreçlerine değil, aynı zamanda cinsiyet temelli davranış kalıplarına dayalı olarak şiddetin oluşum mekanizmalarına da ışık tutulacaktır.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMLARA GENEL BAKIŞ

1.1. İletişim Kavramı

İnsanlık tarihinde, bireyler yaşamları boyunca sürekli bir değişim ve gelişim süreci içerisinde olmuştur. Bu süreçte, diğer canlılarla etkileşim kurma gerekliliği önemli bir etken olarak öne çıkmıştır. Etkileşimin gerçekleşmesi için iletişim, temel bir araç olarak kabul edilmektedir. İletişim, bireylerin bulundukları koşullar çerçevesinde duygu, düşünce, ilgi, beklenti ve arzularını diğer bireyler, gruplar ya da toplumlarla paylaştıkları, bu süreçte ortak semboller kullanarak anlam oluşturdıkları ve çeşitli yöntemlerle bu anlamları sürekli hale getirdikleri kişisel ve toplumsal bir etkileşim sürecidir (Agopyan, 2016). Türk Dil Kurumu'na (TDK) göre iletişim, “duygu, düşünce veya bilgilerin her türlü araç (konuşma, yazma, beden dili vb.) ile başkalarına aktarılması; bildirişim, haberleşme ya da iletişim” olarak tanımlanmıştır (TDK, 2024). Dökmen (2012), iletişimi “anlamların ortak hale getirilmesi”, “bilgi ve duyguların karşılıklı aktarımı” ya da “bilgi üretme ve iletme süreci” olarak tanımlamıştır.

İletişim, sabit bir olgu değil, son derece dinamik ve değişken bir süreçtir. Zaman, mekân, bireyler, toplumlar, kültürel farklılıklar ve bireylerin yaş, sağlık durumu ya da sosyal pozisyonu gibi birçok faktör, iletişimi doğrudan etkileyebilmektedir (Kıratlı vd., 2020). İletişim, yalnızca mesajın aktarımını değil, aynı zamanda bu mesajın simgeler ve anlamlar aracılığıyla açık ve anlaşılır bir şekilde hedefe ulaştırılmasını da içerir. İletişim, taraflar arasında karşılıklı konuşmayı, birbirini anlamayı, etkileşim kurmayı ve belirsizliğin azaltılmasını sağlamaktadır. Bunun yanı sıra, iletişim, taraflar arasında güçlü bağların kurulmasına ve etkili bir etkileşim ortamının yaratılmasına da olanak tanımaktadır (Tengilimoğlu ve Öztürk, 2013).

İletişimle ilgili yapılan tanımlar, bu kavramın toplumsal, psikolojik ve yapısal yönlerini ortaya koyarak, iletişimin ne denli geniş bir perspektife sahip olduğunu göstermektedir (Arı, 2024).

1.2. İletişimin Öğeleri

İletişimdeki öğeler, mesajın etkili bir şekilde aktarılmasını ve anlaşılmasını sağlayan temel unsurlar olarak tanımlanabilir. Her bir öğe, iletişimin başarılı bir şekilde gerçekleşmesi için kritik bir öneme sahiptir. İletişimin bu temel öğeleri şunlardır (Arı, 2024):

- Kaynak/Gönderici
- Kodlama/Kod Açma
- Mesaj/İleti
- Ortam/Bağlam
- Alıcı
- Kanal
- Geri Bildirim/Dönüt
- Gürültü

İletişim sürecinde yer alan bu öğeler şu şekilde açıklanabilir (Kıratlı vd., 2020):

Kaynak/Gönderici: İletişim sürecini başlatan kişi ya da varlıktır. Kaynak, bazen bir birey veya topluluk olabileceği gibi, yazılı ya da görsel materyaller aracılığıyla da ifade edilebilir. Etkili bir iletişim için kaynağın, mesajını alıcının algılarına hitap edecek şekilde iletmesi önemlidir (Kıratlı vd., 2020).

Kodlama/Kod Açma: Kodlama, aktarılacak bilginin bir sistem dahilinde sembollerle ifade edilmesi sürecidir. Kod açma ise alıcının bu sembolleri çözerek mesajı anlamlandırmasıdır. Bu iki aşama, mesajın anlaşılabilir ve etkili olması açısından büyük önem taşır (Kıratlı vd., 2020).

Mesaj/İleti: Mesaj, kaynağın alıcıya iletmek istediği bilgi, duygu ya da düşünceyi içeren bir uyarandır. İletişim sürecinde, mesaj, kaynak ile alıcı arasında bir bağ oluşturur ve bu iki taraf arasında anlamlı bir etkileşim köprüsü görevi görür. Mesajın açık, net ve anlaşılır olması, iletişimin etkin bir şekilde gerçekleşmesi açısından kritik öneme sahiptir. Kaynak, mesajını oluştururken alıcının anlayabileceği bir dil ve yöntem kullanmalıdır (Kıratlı vd., 2020).

Ortam/Bağlam: Ortam, mesajın iletildiği fiziksel ya da sosyal koşulları ifade eder. Bu bağlam, iletişim sürecinin gerçekleştiği yer, zaman ve durumları kapsar.

İletişim, planlı bir ortamda yürütülebileceği gibi plansız bir bağlamda da gerçekleşebilir. Ancak bağlamın mesajın anlaşılabilirliğine olan etkisi büyüktür. Bu nedenle, iletişim sürecinde bağlamın uygun olması, mesajın etkin bir şekilde iletilmesine katkıda bulunur (Kıratlı vd., 2020).

Alıcı: Alıcı, kaynaktan gelen mesajın hedefidir ve bu hedef, bireyler ya da gruplar şeklinde olabilir. Alıcının mesajı algılamaya hazır olup olmaması, iletişim sürecinin verimliliğini doğrudan etkiler. Eğer alıcı, mesajı anlamlandırabilecek bir durumda değilse, iletişim kesintiye uğrayabilir veya başarısızlıkla sonuçlanabilir. Bu nedenle, alıcının mesajı alma ve yorumlama sürecine hazırlanması iletişim açısından önemli bir unsurdur (Kıratlı vd., 2020).

Kanal: Kanal, mesajın alıcıya aktarılmasını sağlayan iletişim aracıdır. İnsanlar arasındaki iletişimde, beş duyu organı iletişim kanallarının temelini oluşturur. Örneğin, konuşma sırasında kullanılan ses dalgaları veya yazılı bir metni okumak için kullanılan görme duyusu bu kanallara örnek olarak gösterilebilir. Kullanılan kanalın etkinliği, mesajın alıcı üzerindeki etkisini artırabilir ya da azaltabilir ve iletişim sürecinin genel başarısını doğrudan belirler (Kıratlı vd., 2020).

Geri Bildirim: Geri bildirim, alıcının kaynaktan gelen mesaja verdiği yanıtı ifade eder. Bu yanıt, iletişim sürecinin başarılı olup olmadığını değerlendirmek için kaynağa önemli bilgiler sunar. Kaynak, geri bildirim sayesinde mesajının anlaşılıp anlaşılmadığını görebilir ve gerekirse iletişimi yeniden düzenleyebilir. Geri bildirim, iletişim sürecinin sürekliliği açısından hayati bir role sahiptir (Kıratlı vd., 2020).

Gürültü: Gürültü, iletişim sürecini olumsuz etkileyen ve mesajın netliğini bozan unsurların genel adıdır. Gürültü, mesajın yanlış anlaşılmasına, anlam kaymalarına ve iletişim sürecinin başarısızlıkla sonuçlanmasına neden olabilir. Gürültü yalnızca fiziksel bir engel değil, aynı zamanda psikolojik ya da çevresel bir faktör de olabilir. İletişim sürecinin etkili bir şekilde sürdürülebilmesi için, bu tür engellerin kontrol altında tutulması gereklidir (Kıratlı vd., 2020).

1.3. Sağlık İletişimi

İletişim olgusu, insanın bulunduğu her ortamda varlık göstermekte ve toplumsal yaşamın temel unsurlarından biri olarak kabul edilmektedir. İletişim,

insanlık tarihindeki buluşların ve teknolojik gelişmelerin temelini oluşturmuş, yaşamı kolaylaştıran unsurların ortaya çıkmasında önemli bir rol oynamıştır. Günümüzde ise bilgiye ve teknolojiye erişimdeki küreselleşme süreci, iletişim faaliyetlerinin bireyler ve kurumlar açısından daha büyük bir değer kazanmasına yol açmıştır. Bu durum, özellikle sağlık sektöründe kritik bir öneme sahiptir; çünkü sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulabilmesi için bilgi paylaşımının doğru ve etkili bir biçimde gerçekleşmesi gerekmektedir (Karaboğa ve Kardeş, 2022).

Sağlık iletişimi, bireylerin ve toplumların sağlık durumlarına ilişkin bilgi ihtiyaçlarını karşılamayı, sağlık okuryazarlığını geliştirmeyi, bireylerde sağlık hakkı bilinci oluşturmayı, sağlık eşitsizliklerini azaltmayı ve sağlıklı bir yaşam ortamının sağlanmasına katkıda bulunmayı hedefleyen bir süreçtir. Bu süreç, farkındalık oluşturma, bilinçlendirme ve bilgi paylaşımı gibi unsurların yanı sıra, iletişim stratejilerinden yararlanılarak sağlık alanında birey ve toplum düzeyinde olumlu değişimlerin sağlanmasını içerir (Sezgin, 2010).

Sağlık iletişimi, hastalara sağlık bilgilerini anlaşılır bir şekilde iletmeyi ve bu bilgilerin doğru anlaşıldığından emin olmayı içerir (Başol, 2018). Okay (2020) sağlık iletişimini, sağlık alanında kişi, kurum ve gruplar arasında gerçekleşen iletişim biçimi olarak tanımlamaktadır. Başka bir tanıma göre sağlık iletişimi, sağlıkla ilgili bilgilerin paylaşılmasını, olumlu sağlık davranışlarının teşvik edilmesini, hastalıkların önlenmesini ve genel sağlığın korunmasını hedefleyen iletişim faaliyetlerini kapsar (Işık, 2019). Sağlık alanındaki gelişmeler ve bireylerin sağlık konularına artan ilgisi, sağlık iletişiminin önemini artırmıştır. Sağlık iletişiminin amacı, bireylerin ve toplumların doğru bilgilere ulaşmasını sağlamak, evrensel bir sağlık vizyonu oluşturmak ve herkesin sağlık hizmetlerinden faydalanmasını mümkün hale getirmektir (Başol, 2018).

Sağlık iletişimi, bireylerin ve toplumun sağlığını geliştirme sürecinde önemli bir rol oynayan etkili bir iletişim yöntemidir. Toplumu etkileyen ciddi bir sağlık sorunu ortaya çıktığında, bu sorunun çözümü için belirli stratejiler geliştirilmesi gerekir. Bu stratejiler arasında iletişim araçlarıyla sağlık bilgilerinin yaygınlaştırılması, toplumun istenen sağlık davranışlarına yönlendirilmesi ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması bulunmaktadır (Koçak ve Bulduklu, 2010).

Sağlık iletişimi, yalnızca bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmasını değil, aynı zamanda halk sağlığının genel olarak iyileştirilmesini hedefleyen bir yaklaşım sunmaktadır. Özellikle kronik hastalıklarla mücadele ve sağlıksız davranışların önlenmesi gibi konularda sağlık iletişimi, toplumun farkındalığını artırmak ve bireylerin daha sağlıklı tercihler yapmasını sağlamak amacıyla önemli bir araç olarak kullanılmaktadır (Ünlü ve Yaşar, 2022). Bu bağlamda, sağlık iletişimi yalnızca bireylerin değil, aynı zamanda sağlık sisteminin işleyişine katkıda bulunarak toplumsal düzeyde de anlamlı bir etki yaratmaktadır (Arı, 2024).

1.4. Sağlık İletişiminin Amacı

Sağlık iletişimi faaliyetlerinin temel amacı, bireylerin sağlıkla ilgili davranışlarını olumlu yönde değiştirerek, toplum sağlığını iyileştirmek ve geliştirmektir (Mendi, 2015). Günümüzde teknolojinin hızla ilerlemesi, iletişim biçimlerinde farklılık ve çeşitlilik yaratmıştır. Artık iletişim, yalnızca iki birey arasındaki mesaj alışverişi değil, sağlık iletişimi gibi özel alanlarda da gelişerek yaygınlaşmaktadır. Geleneksel kitle iletişim araçları olan gazete, radyo ve televizyona, günümüzde sosyal medya gibi yeni medya platformları eklenmiştir (Avcı ve Avşar, 2014).

Sosyal medya hem hastalar hem de sağlık profesyonelleri için sağlıkla ilgili bilgi paylaşımını mümkün kılmaktadır. Ancak, sağlık iletişiminde paylaşılan bilgilerin doğruluğu ve güvenilirliği hayati önem taşımaktadır. Yanlış bilgilendirme, bireylerin sağlığı üzerinde olumsuz etkilere yol açabileceğinden, bu konuda dikkatli olunmalıdır (Yeşildal vd., 2021).

Günümüzde medya, bireylerin sağlıkla ilgili algılarının ve tutumlarının şekillenmesinde, bu algıların davranışlara dönüşmesinde önemli bir etkiye sahiptir. Sağlık iletişimi, bireylerin kendi sağlıkları ve sağlıklarını etkileyen faktörler üzerinde kontrol sağlamalarına yardımcı olmayı, böylece bireysel düzeyde başlayan olumlu değişiklikleri toplumsal bir dönüşüme taşımayı amaçlar. Temel hedefi, tutum ve davranışlarda süreklilik sağlayarak halk sağlığını geliştirmek ve iyileştirmektir (Redmond vd., 2010).

1.5. Sağlık İletişiminin Önemi

İnsanı merkeze alan ve başka bir alternatifi olmayan sağlık kavramında, doğru iletişim kurmanın önemi günümüzde tartışılmaz bir gerçek olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmeti alan bireylerin doğru bir şekilde bilgilendirilmesi, diğer alanlara kıyasla çok daha karmaşık ve zordur. Çünkü iletişimde meydana gelen aksaklıkların doğrudan bireylerin hayatını etkileyebilecek olması, sağlık iletişiminin ne denli önemli olduğunu açıkça ortaya koymaktadır (Uludağ, 2011).

Sağlık iletişimi hem sağlığın geliştirilmesi hem de toplumda sağlıkla ilgili bilgilerin paylaşımı açısından önemli kazanımlar sunan bir kavram haline gelmiştir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları için etkili ve verimli bilgi akışını destekleyen en temel sistemlerden biri olarak kabul edilmektedir (Becerikli, 2012). Bunun yanı sıra, sağlık iletişimi bireylerin sağlık bilincini artırmakta ve toplumsal düzeyde farkındalık oluşturmaktadır (Hoşgör, 2014).

Sağlık iletişimi, yalnızca bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını kolaylaştırmakla sınırlı kalmaz, aynı zamanda toplumsal düzeyde kamusal yarar sağlamada da önemli bir rol oynar (Tabak, 2006). Örneğin, sağlık hizmeti alan bireyler, benzer sağlık sorunlarını yaşayan kişilerle bilgi alışverişinde bulunarak nasıl yardım alabilecekleri, hangi kurumlara başvurabilecekleri gibi konularda faydalı bilgilere ulaşabilirler. Bu tür etkileşimler, sağlık iletişiminin temel bileşenlerinden biridir (Hoşgör, 2014). Sağlık iletişimi aynı zamanda, solunum yetmezliği, diyabet ve obezite gibi hastalıklarla ilgili farkındalık yaratmakta ve sigara, alkol ve tütün kullanımının zararları hakkında toplumu bilgilendirmede etkili bir araç olarak kullanılmaktadır (Becerikli, 2012).

Sağlık iletişiminin en önemli işlevlerinden biri doğru bilgi aktarımıdır. Bu süreçte asıl hedef, bilgilerin bireylere doğru ve etkili bir şekilde ulaştırılmasıdır. Ancak, sağlık iletişiminin yanlış söylemlerle yürütülmesi, bireylerde olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Sağlık bilgilerinin etik kurallar gözetilmeden yayılması, ciddi sonuçlara yol açabilecek riskler barındırmaktadır (Hülür, 2016).

Sağlık alanında bilgi paylaşımı, sağlığın geliştirilmesi sürecinde en önemli unsurlardan biridir. Hastalarda bilinç ve farkındalık oluşturmak, ayrıca sağlık konularında duyarlılığı artırmak için iletişim süreçlerinin etkin bir şekilde yürütülmesi

gerekmektedir (Öztürk ve Vardarlıer, 2020). Sağlık sorunlarının ardından bireylerde olumlu davranışların geliştirilmesi, sağlık davranışlarının teşvik edilmesi, bilgi düzeyinin artırılması ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi, sağlık iletişiminin sunduğu en önemli katkılar arasında yer almaktadır. Bu süreç, sağlık hizmetlerinin niteliğini ve verimliliğini artırmada da önemli bir yere sahiptir (Şener ve Samur, 2013).

1.6. Sağlık İletişim Düzeyleri

Sağlık iletişimi, farklı düzeylerde gerçekleşebilen bir süreçtir (Okay, 2020):

1. Kişisel İletişim Düzeyi: Bu düzeyde birey, kendi sağlığıyla ilgili düşüncelerini değerlendirir ve hangi sağlık davranışlarını sergileyeceğine karar verir. Kişisel iletişim düzeyi, bireyin sağlık konusunda içsel bir değerlendirme yapmasını ve sağlığına yönelik bilinçli tercihler oluşturmasını içerir (Işık, 2019).

2. Kişilerarası Sağlık İletişimi: Bu aşamada birey, kendi içsel iletişimini tamamladıktan sonra bir sağlık uzmanına başvurur. Hasta ve hekim arasındaki etkileşim, sağlık iletişiminin bu düzeyinde belirleyici bir rol oynar. Bu düzey, sağlık bilgisinin karşılıklı olarak paylaşılmasını ve tedavi sürecinin etkinliğini artırmayı hedefler (Işık, 2019).

3. Grup İletişimi: Bu düzey, bireylerin sağlık kurumları, sosyal medya, vakıflar ya da dernekler aracılığıyla diğer insanlarla iletişim kurmasını ifade eder. Özellikle aynı sağlık sorununu deneyimlemiş ya da deneyimlemekte olan bireylerden maddi ve manevi destek almayı amaçlayan bir iletişim türüdür (Işık, 2015).

4. Kitle İletişimi: Bu düzey, sağlık iletişiminin geniş kitlelere ulaşmayı hedefleyen boyutudur. Kitle iletişiminde, sağlık problemlerine dikkat çekmek, farkındalık oluşturmak ve toplumda olumlu sağlık davranışları geliştirmek amaçlanmaktadır. Kitle, ortak özellikleri olmayan bireylerden oluşsa da mesajın bir sağlık problemi etrafında birleşerek etki yaratması hedeflenir (Işık, 2014). Kitle iletişimi hem bilgilendirici bir araç olması hem de kamuoyunu etkileme gücüyle sağlık iletişiminde önemli bir rol oynamaktadır (Yılmaz ve Şireci, 2020).

Sağlık iletişimi düzeylerini açıklamak için şu şekilde bir örnek verilebilir: Kişisel iletişim düzeyinde birey, çenesinde bir şişlik fark eder ve bu durumun nedenini

anlamaya çalışır. Bu aşamada kendi sağlığıyla ilgili içsel bir sorgulama süreci yaşar. Kişilerarası sağlık iletişimi düzeyinde ise birey, yaşadığı bu durumu çözmek için bir sağlık kuruluşuna başvurur, doktorla görüşür ve gerekli muayeneler sonucunda bir tanı konulur. Grup iletişimi düzeyinde, birey hastalığının fiziksel ve psikolojik etkileriyle başa çıkmak için, benzer durumları deneyimleyen diğer insanlarla iletişim kurar. Bu kişilerle vakıf, dernek ya da sosyal medya grupları aracılığıyla bir araya gelir ve destek alır. Kitle iletişimi düzeyinde ise birey, yaşadığı sağlık sorunu hakkında farkındalık yaratmak veya destek toplamak amacıyla, kitle iletişim araçlarını kullanarak geniş bir topluluğa ulaşır. Bu süreç, hastalıkla mücadelede farkındalık kampanyaları düzenlemek ya da ilgili kuruluşların desteğiyle daha fazla insana ulaşmayı hedeflemek gibi faaliyetleri içerir (Karaboğa, 2022).

1.7. Sağlık İletişimi Sorunları

Sağlık kurumlarında ve tedavi süreçlerinde iletişimle ilgili çeşitli sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Sağlık iletişiminde, ebe, hemşire, hekim, diş hekimi, eczacı ve sağlık teknisyenleri ile hastalar arasındaki iletişim süreçleri ele alınmaktadır. Bu süreçte, bazı sorunlar hasta kaynaklı, bazıları ise sağlık profesyonelleri ya da sağlık sistemi kaynaklı olabilmektedir (Başol, 2018). Hasta kaynaklı sorunlar arasında çekingenlik, kendini ifade etmekte güçlük çekme, hastalık nedeniyle gergin olma, tıbbi terimleri anlamada zorlanma ve tedavi sürecinin karmaşık gelmesi gibi durumlar yer almaktadır. Öte yandan, sağlık sistemi ve profesyonellerden kaynaklı sorunlar da sıklıkla yaşanır. Sağlık kurumlarının kalabalık ve karmaşık yapısı, yeterli yönlendirici tabelaların olmaması, sağlık çalışanlarının iş yükünün fazlalığı, hekimlerin muayene süresinin yetersizliği, aşırı tıbbi terminoloji kullanımı ve hastaların yeterince bilgilendirilmemesi gibi durumlar sağlık iletişiminde karşılaşılan sorunlar arasındadır (Uludağ, 2011). Ayrıca, hasta ve sağlık profesyonellerinin hastalık ve sağlık konularına ilişkin farklı algıları, bilgi düzeyleri ve tutumları nedeniyle iletişim problemleri yaşanabilmektedir. Bu tür farklılıklar yanlış anlamalara yol açarak, iletişim süreçlerini olumsuz etkileyebilmektedir (Çınarlı ve Yücel, 2014).

Sağlık iletişimi, yalnızca hasta ve sağlık profesyonelleri arasındaki etkileşimle sınırlı değildir. Aynı zamanda kitle iletişim araçları ve medya aracılığıyla da sağlık iletişimi faaliyetleri yürütülmektedir. Medyada yer alan sağlık bilgilerinin, geniş bir

kitleye ulaşması nedeniyle, sağlığı geliştirici nitelikte olması büyük önem taşır. Çünkü bireylerin tutum ve düşüncelerinin şekillenmesinde etkili olan bu bilgiler, davranışlara dönüştüğünde sağlık üzerinde olumlu ya da olumsuz etkiler yaratabilir. Sağlık ve hastalık konularında kurulan iletişim, doğrudan insan yaşamının hayati bir boyutuyla ilişkilidir ve bu konuda yaşanan sorunlar birey sağlığını ciddi şekilde etkileyebilir (Koçak ve Bulduklu, 2010). Sağlık iletişimi, bu önemli sorunlara odaklanan bir disiplin olarak, hedef kitlede farkındalık oluşturmayı ve toplumsal bilinci geliştirmeyi amaçlamaktadır. Bu doğrultuda çeşitli kampanyalar düzenlenmekte ve halkın sağlık konularında bilinçlendirilmesi için aktif faaliyetler yürütülmektedir (Taşkiran ve Yıldız, 2019).

Sağlık iletişimi sorunları hem bireysel düzeyde hem de sağlık sisteminin genel işleyişinde maddi ve manevi kayıplara yol açabilmektedir. Hastalar, gereksiz yere yıpranmakta, zaman ve maddi kaynaklarını harcamaktadır. Sağlık çalışanları ise tükenmişlik sendromu, mesleki memnuniyetsizlik ve sağlıkta şiddet gibi ciddi sonuçlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Tüm bu olumsuzluklar bir bütün olarak ele alındığında, sağlık sisteminin genel yapısına zarar verdiği açıkça görülmektedir (Ergül, 2013).

1.8. Hastanelerde İletişim Sorunları

Hastanelerde sunulan hizmetlerin merkezinde insan yer almaktadır. Sağlık hizmeti almak amacıyla hastaneye başvuran bireyler, genellikle hasta olmaları nedeniyle yardıma ihtiyaç duyan bir durumda bulunmaktadır. Tanı konulabilmesi ve tedaviye başlanabilmesi için hastadan bilgi alınması gerekmektedir. Bu süreçte, doktorun hastayı anlaması ve hastalığı net bir şekilde açıklayabilmesi için etkin bir iletişim kurulması kritik öneme sahiptir (Başol, 2018). Hasta ve doktor arasında sağlıklı bir iletişim kurulması, tedavi sürecinde iş birliğinin sağlanması açısından vazgeçilmez bir gerekliliktir. Hastalar, doktorlarını anlamadıklarında ya da doktorlarının kendilerini yeterince anlamadığını düşündüklerinde, güven duyguları zedelenebilir. Bu durum, tedavi sürecinin olumsuz etkilenmesine yol açabilmektedir. Başol (2018), hastanelerde yaşanan iletişim sorunlarını dört ana başlık altında incelemiştir:

Doktordan Kaynaklanan Durumlar: Hastanın doktorla karşılaşması anında doktorun beden dili, dış görünüşü, kıyafeti ve oturma şekli gibi unsurlar, hasta-hekim iletişimi üzerinde doğrudan etkili olabilmektedir. Bununla birlikte, doktorun kullandığı dil, seçtiği kelimeler, mesleki yaklaşımı ve o anki tutumu, hastaya yönelik genel tavrını şekillendiren önemli faktörler arasındadır. Ayrıca doktorun iş doyumunu, günlük ruh hali, mesleki tükenmişlik seviyesinin yüksekliği ve hastaların sayısının fazlalığı da hasta-hekim iletişimini etkileyen kritik unsurlardır. Tüm bu unsurlar, doktorun hastaya olan yaklaşımını doğrudan belirlemektedir.

Hastadan Kaynaklanan Durumlar: Sağlık hizmeti almak için hastanelere başvuran bireyler, farklı sosyoekonomik düzeylere, demografik özelliklere, kültürel yapıya, inançlara ve kişilik özelliklerine sahiptir. Özellikle devlet hastanelerinde, tedaviye gelen hastaların bu çeşitliliği daha belirgindir. Her bireyin aynı sağlık durumuna veya tedavi sürecine benzer tepkiler vermesi beklenemez. Bu farklılıklar, bazen hasta ile hekim ya da diğer sağlık çalışanları arasında iletişim problemleri ve gerginliklere neden olabilmektedir.

Hastalıktan Kaynaklanan Durumlar: Hastalık, yalnızca fiziksel sorunları değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal boyutları da içerir. Hastalığın birey üzerinde yarattığı stres ve endişe, hastanın ruhsal durumunu olumsuz etkileyebilir. Bunun yanında, hastalık süreci kişinin sosyal yaşamını sınırlayabilir ve ekonomik açıdan büyük zorluklar yaşamasına neden olabilir. Tüm bu faktörler, sağlık çalışanlarıyla kurulan iletişimi de olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Sistemden Kaynaklanan Durumlar: Hastalar, sağlık süreçlerinde karşılaştıkları zorluklarla baş edebilmek için destek sistemlerine ihtiyaç duyarlar. Devletin sağladığı sağlık güvencesi bu noktada önemli bir rol oynamaktadır. Ancak sağlık güvencesinin eksikliği ya da sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan eşitsizlikler, hastalar üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. Bu tür sistemsel sorunlar, bireylerin sağlık iletişimi sürecinde yaşadığı problemlerin artmasına da neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerine erişim konusundaki adaletsizlik, iletişimde ciddi aksamalara yol açan önemli bir faktördür.

1.9. Şiddet Kavramı

“Şiddet” dilimize Arapçadan geçmiş olup, yumuşaklığın zıttı olarak kabalık ve sertlik anlamına gelmektedir (Ayan, 2010). Fransızcada bu kavram, bireyi kaba kuvvet yoluyla iradesi dışında bir eylemi gerçekleştirmeye zorlamak şeklinde tanımlanmaktadır (Özerkmen, 2012).

Sağlık alanında yaşanan şiddet olaylarında cezaların caydırıcı bir etkiye sahip olmaması da öğrenilmiş şiddet olgusundan uzaklaşmayı daha da zorlaştırmaktadır (Aslan, 2023).

Şiddetin yalnızca tek bir nedeni olduğunu düşünmek bilimsel gerçeklerle örtüşmemektedir. Şiddet, birey ve toplum üzerinde baskı kurmayı ve sindirmeyi hedefleyen yıkıcı bir süreçtir. Ancak böyle bir durum hiçbir koşulda normalleştirilmemeli ve asla kabul edilmemelidir. Şiddetle mücadele etmek, toplumun ve bireylerin huzurunu, güvenliğini ve refahını korumak adına büyük bir önem taşımaktadır (Durmuş, 2019).

1.10. Şiddet Türleri

Şiddet, insan yaşamının her döneminde karşılaşılabilen bir gerçekliktir ve genelde üç ana kategori altında incelenmektedir: fiziksel şiddet, sözlü (duygusal veya psikolojik) şiddet ve cinsel şiddet (Uluocak vd., 2014).

Fiziksel şiddet: Fiziksel şiddet, bireyin bir başka kişiye ya da gruba zarar vermek kastıyla eyleme koyduğu fiziksel güç olarak tanımlanmaktadır (Yeşilbaş, 2016). Bu tür şiddet, tekme atma, tokatlama, itme, ısırma, çimdikleme ya da nesneler kullanarak zarar verme gibi saldırgan davranışları içermektedir (Akca vd., 2014). Fiziksel şiddetin sonuçları yalnızca bireylerin sağlığını olumsuz etkilemekle kalmamakta; aynı zamanda iş yerlerinde verimlilik kaybına yol açmakta ve sağlık ile sosyal hizmet sektörlerine ek maliyetler yüklemektedir (Gökdemir, 2016).

Sözel şiddet (Duygusal/psikolojik Şiddet): Sözel şiddet, küfür, sert ve incitici sözler, tehditler ve zorbalıkta bulunmadır (Teo vd., 2021). Araştırmalardan elde edilen bulgulara göre, bireylerin sözel şiddete maruz kalma oranının, fiziksel şiddete göre yedi kat daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Demirci ve Ugurluoğlu, 2020).

Cinsel şiddet: Cinsel taciz ve saldırılar, her yaştan bireyi hedef alabilir ve laf atma ya da el kol hareketleriyle başlayarak tecavüze kadar uzanan geniş bir yelpazede görülebilir (Sen ve Bolsoy, 2017). Cinsel şiddet, kişiyi tehdit altında hissettiren, güvensizlik duygusu yaratan, aşağılanmış ve utandırılmış hissettiren istenmeyen cinsel içerikli davranışları kapsamaktadır. Bu davranışlar, fiziksel temas, sözel ifadeler, hoş karşılanmayan jest ve mimikler ya da beden dili aracılığıyla gerçekleştirilen olumsuz eylemleri içermektedir (Gürhan vd., 2020).

1.11. Sağlıkta Şiddetin Etkileri

Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalması hem fiziksel hem de psikolojik birçok olumsuz durumu beraberinde getirmektedir. Bu tür olaylar, çalışanlarda ruhsal çöküntüye, tükenmişlik hissine, motivasyon eksikliğine ve işten uzaklaşma eğilimine neden olabilmektedir. Aynı zamanda kaygı ve stres seviyelerinin yükselmesi, depresyon belirtilerinin ortaya çıkması, iş performansının düşmesi ve verimliliğin azalması gibi sonuçlar da sıkça görülmektedir (Tokgöz, 2018). Şiddet, sağlık çalışanlarında mesleki doyumsuzluk, meslek değiştirme isteği, özgüvende azalma, işe devamsızlık ve hasta bakım kalitesinde düşüş gibi ciddi etkiler yaratmaktadır (Sahebi vd., 2022).

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet yalnızca kısa vadeli kaygı ve huzursuzluk gibi bireysel psikolojik etkilerle sınırlı kalmamaktadır. Şiddetin uzun süreli sonuçları arasında, çalışanların mesleki tatmin seviyelerinde düşüş, üzerlerindeki mesleki baskının artışı ve verilen sağlık hizmetlerinin kalitesinde belirgin bir düşüş yaşanması bulunmaktadır. Örneğin, şiddet olayları sonrasında sağlık çalışanlarının motivasyonunda azalma yaşanırken, bu durum kötü hasta bakımı gibi sonuçlara yol açabilmektedir. Ayrıca, şiddet olayları sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılıklarını da olumsuz yönde etkileyerek, onların iş yerinden duygusal ve fiziksel anlamda uzaklaşmalarına neden olabilmektedir (Peng vd., 2018).

Şiddetin etkileri çalışanlarla sınırlı kalmayıp, olayın yaşandığı sağlık kuruluşunu ve buradan hizmet bekleyen diğer hastalar ile yakınlarını da olumsuz etkilemektedir. Bu tür olaylar, kurum içinde iş süreçlerinin aksamasına, çalışanlar arasındaki ilişkilerin zayıflamasına, başarısızlıklara ve iş kazalarına yol açabilmektedir. Ayrıca, kurumun verimliliğinde azalma, prestij kaybı ve finansal

yüklerin artması gibi sonuçlar da şiddetin ortaya çıkardığı diğer sorunlar arasında yer almaktadır (Yıldırak, 2023).

Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalmaları, moral bozukluğu, dikkat dağınıklığı ve yüksek düzeyde stres gibi olumsuz psikolojik etkiler yaratabilmektedir. Şiddetle karşılaşma kaygısıyla görev yapmak zorunda kalmaları hem iş verimlerini düşürmekte hem de genel anlamda mesleki doyumlarını ve mutluluklarını olumsuz yönde etkilemektedir (Cerit vd., 2018).

1.12. Şiddetin Nedenleri

Şiddetin nedenlerini anlamaya yönelik gerçekleştirilen araştırmalar, bu sorunun çeşitli faktörlere dayandığını göstermektedir. Sağlık hizmeti alan bireylerin uzun süre beklemek zorunda kalması, acil durumlarda yaşanan gerilim ve kaygı, hastalığa bağlı duyulan yoğun endişe gibi etkenler, şiddet olaylarının temel sebepleri arasında yer almaktadır. Bunun yanı sıra, hekimlerin rapor sürelerini uzatma taleplerini karşılamaması, hastaların belirli ilaçların reçetelendirilmesi talebine olumsuz yanıt verilmesi gibi durumlar da hasta ve yakınları arasında gerilime yol açabilmektedir (Bayram vd., 2017). Medyada sağlık çalışanlarına yönelik olumsuz haberlerin sıkça yer alması (Dağ ve Baysal, 2017), sağlık sektöründe görev yapan personel sayısının yetersizliği ve şiddete karşı yasal düzenlemelerin caydırıcı olmaması gibi yapısal sorunlar da bu tür olayların artmasında önemli bir rol oynamaktadır (Yıldız, 2019).

Şiddetin nedenleri, birey ve içinde bulunulan ortama göre de farklılık göstermektedir. Bir bireyin yaşadığı coğrafya, tükettiği besinler, soluduğu hava ve iklim koşulları gibi ekolojik faktörlerin, şiddet davranışları üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Özellikle daha az sağlıklı topluluklarda, sağlıklı toplumlara kıyasla şiddet olaylarının daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Durmuş, 2019).

Ekonomik zorluklar, sürekli artan yaşam maliyetleri, düşük eğitim düzeyi, etkili denetim mekanizmalarının eksikliği, adalet sistemindeki zayıflıklar ve yetersiz sağlık hizmetleri, şiddetin ortaya çıkmasında önemli rol oynayan unsurlardır. Eğitim düzeyi, medya etkisi, çevre koşulları ve aile yapısı, şiddetin yayılmasına, kökleşmesine ve artmasına neden olan başlıca faktörler arasında yer almaktadır (Ayan, 2010).

Aile içinde sürekli olarak tekrar eden şiddet, çocukların zihninde zamanla normalleşmekte ve çocuk, sosyalleşme sürecine girdiğinde, bu durumu doğal bir davranış modeli olarak kabul ederek sergilemektedir (Aslan, 2023).

Kültür, nesiller arası bir aktarım köprüsü işlevi gördüğü için, eğer bu kültürde şiddet içeren unsurlar mevcutsa, bu unsurlar da bir sonraki nesle aktarılmaktadır (Yavuz, 2014). Şiddet yalnızca çocukların davranışlarına yerleşmekle kalmamakta, aynı zamanda zihinlerine de işleyebilmektedir. Bu durum, genetik araştırmalarla da desteklenen bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır (Aslan, 2023).

1.13. Sağlık Kurumları ve Şiddet İlişkisi

Ulusal Mesleki Güvenlik ve Sağlık Enstitüsü (NIOSH), iş yeri şiddetini, “çalışanlara karşı görev sırasında ya da iş yerinde gerçekleştirilen fiziksel saldırılar veya tehditler” şeklinde ifade etmektedir. NIOSH, sağlık çalışanlarını iş yerinde şiddete en açık meslek gruplarından biri olarak değerlendirmektedir. Amerika Birleşik Devletleri Çalışma Bakanlığı ise 2002 ile 2012 yılları arasındaki verilere dayanarak, sağlık sektöründe yaşanan ciddi yaralanmalı şiddet olaylarının, diğer sektörlere kıyasla dört kat daha fazla olduğunu rapor etmiştir (Alsalem vd., 2018).

Son yıllarda Türkiye’de sağlık çalışanlarına karşı şiddet, dikkat çeken bir artış göstermiştir ve bu durum çeşitli araştırmalarla ortaya konulmuştur. Şiddet olaylarının nedenlerini anlamak, bu tür olaylara karışan bireylerin özelliklerini analiz edebilmek ve alınacak önlemleri belirlemek amacıyla 2012 yılında “Beyaz Kod” uygulaması hayata geçirilmiştir (Aslan, 2023).

Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik durumlarının ciddi şekilde zarar gördüğü birçok araştırmada ortaya koyulmuştur. Şiddet olayları, çalışanların yaşam kalitesinde belirgin bir düşüşe, öfke kontrolünde güçlük çekmeye, fiziksel travmalara, yüksek stres seviyelerine ve sosyal ilişkilerden uzaklaşmaya neden olabilmektedir. Bu durum, sağlık çalışanlarının hem bireysel hem de mesleki yaşamlarını olumsuz yönde etkileyen önemli bir problem olarak dikkat çekmektedir (Aslan, 2023).

Sağlık kurumlarında şiddet olaylarını artıran çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bu olayların nedenlerini ele alan araştırmalar, özellikle iletişim kaynaklı yanlış

anlamalar ile düşük eğitim düzeyine sahip hasta ve hasta yakınlarıyla yaşanan iletişim problemlerinin en yaygın sorunlar arasında yer aldığını göstermektedir (Özcan ve Bilgin, 2011). Ayrıca, tedavi öncesi veya sonrası hastanın yaşamını yitirmesi, hasta ve yakınlarıyla yaşanan iletişim aksaklıkları, sağlık çalışanlarına ulaşamama durumları ve ihtiyaç duyulan bilgilendirmenin zamanında yapılmaması gibi etkenler, şiddet olaylarına zemin hazırlamaktadır (Zengin ve Kutluca, 2012).

Sağlık kuruluşlarının 24 saat kesintisiz hizmet sunması, bu ortamlarda şiddet ve krizlerin ortaya çıkmasına yol açan çeşitli sorunları beraberinde getirmektedir. Sağlık hizmeti almaya gelen bireylerin hassas ve stresli ruh halleri, talebin yüksekliğine karşın sağlık personelinin sayısının yetersiz oluşu, hasta ve yakınlarına yeterince hizmet sunulamaması, uzun bekleme süreleri ve bilgi eksikliği gibi durumlar bu sorunların temel sebepleri arasında yer almaktadır. Özellikle hastalar ve yakınları, hastalık sürecinde belirsizlikle karşı karşıya kaldıklarında, kendilerini daha gergin ve kırılgan hissetmekte, bu da gerilimlerin artmasına neden olmaktadır. Böyle durumlarda sağlık çalışanlarının, empati kurarak sabırlı ve anlayışlı bir yaklaşım sergilemeleri oldukça kritik bir önem taşımaktadır. Hasta ve yakınları, sağlık personelinin açık ve net bir iletişim dili kullanmalarını ve sorunlarını dinleyerek çözüm odaklı bir tutum sergilemelerini beklemektedir. Hekimlerin, hasta ve yakınlarının endişelerini anlamaya yönelik bir yaklaşım benimseyip, etkili bir iletişim kurmaları hem ilişkilerin daha olumlu ilerlemesini hem de sağlık hizmetinin daha verimli bir şekilde sunulmasını sağlamaktadır (Okay, 2009). Aynı şekilde, sağlık çalışanlarının hastalara karşı kullandıkları dil ve sergiledikleri davranış biçimi, hasta memnuniyetini belirlemede önemli bir role sahiptir (Aslan, 2023).

1.13. Sağlıkta Şiddetin Boyutları

Günümüzde evrensel bir sorun haline gelen sağlık kurumlarındaki şiddet, “Dünya Genelindeki Boyutları” ve “Türkiye Genelindeki Boyutları” olmak üzere iki ayrı başlık altında incelenmiştir (Albay, 2023).

Dünya Genelinde Sağlıkta Şiddetin Boyutu

Fernandes ve çalışma arkadaşları tarafından 2018 yılında yapılan bir teorik çalışmada, sağlık hizmeti verilen ortamlarda şiddetin farklı biçimleri ve bunlara yönelik önleyici uygulamalar ele alınmıştır. Çalışmada, sağlık kuruluşlarında görev

yapan hemşireler ve diğer profesyonellerin; kurumsal veya yönetsel kaynaklı şiddet, yatay şiddet ve hasta şiddeti gibi çeşitli saldırganlık ve saygısızlık durumlarına maruz kalabildiği sonucuna ulaşılmıştır.

Bangladeş'teki sağlık sektöründe işyeri şiddetinin boyutlarını ölçmek amacıyla gerçekleştirilen bir başka çalışmada, şiddet olaylarının büyük çoğunluğunun fiziksel şiddet olduğu (%96) saptanmıştır. Şiddetin daha çok kamu hastanelerinde gerçekleştiği (%91) ve şiddet vakalarının %39'unun birinci basamak, yine %39'unun üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde meydana geldiği belirlenmiştir. Ayrıca, bu olaylardan en çok etkilenen meslek grubunun, başlangıç seviyesindeki doktorlar olduğu (%61) tespit edilmiştir (Hasan vd., 2018).

Suudi Arabistan'da sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sıklığını ve türlerini belirlemek amacıyla 738 katılımcı ile gerçekleştirilen bir araştırmada dikkat çekici bulgulara ulaşılmıştır. Araştırmaya katılanların büyük bir kısmını kadınların oluşturduğu (%64,9) ve katılımcıların yarısından fazlasının (%57,5) en az bir kez işyerinde şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. İşyerinde yaşanan şiddetin en yaygın biçiminin ise sözlü saldırılar ve tokat atma olduğu (%58) belirlenmiştir (Alsalem vd., 2018).

Çin'de işyeri kaynaklı şiddetin ulusal düzeyde sistematik bir şekilde incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bir başka çalışmada, 1 Ocak 2013 ile 31 Aralık 2016 tarihleri arasında China Judgment Online System veri tabanında “ceza davası”, “sağlık hizmeti kurumu” ve “sağlık hizmeti çalışanı” anahtar kelimeleri kullanılarak sağlık çalışanlarına yönelik davalar incelenmiştir. Toplamda 459 ceza davası değerlendirilmiş ve şu sonuçlara ulaşılmıştır: Şiddetin en sık birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda meydana geldiği, olayların özellikle acil servislerde ve doktorları hedef alarak gerçekleştiği tespit edilmiştir. Şiddet olaylarının çoğunlukla, 18-44 yaş aralığındaki erkek bireyler tarafından gerçekleştirildiği ve bu kişilerin düşük eğitim seviyesine sahip olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, şiddetin ana nedenlerinden birinin, hastanın ölümünün sağlık çalışanına bağlanması olduğu ifade edilmiştir (Cai vd., 2019).

Hindistan'da üçüncü basamak bir hastanede şiddetin ne kadar yaygın olduğunu ve sağlık çalışanlarının bu tür olayları yetkililere bildirme oranlarını belirlemek

amacıyla 394 katılımcıyla bir çalışma yapılmıştır. Araştırmaya göre, katılımcıların 136'sı son bir yıl içinde iş yerinde şiddete maruz kalmıştır. Ancak, şiddete uğrayan kişilerin yalnızca 32'si bu olayları ilgili birimlere bildirmiştir. Araştırma sonuçları, iş yerindeki şiddetin oldukça yaygın olmasına rağmen (%34,5), bu olayların yetkililere rapor edilme oranının oldukça düşük seviyelerde kaldığını (%23,5) ortaya koymuştur. Ayrıca, sağlık çalışanlarının işyeri şiddeti konusunda farkındalık düzeyinin ve şikâyet mekanizmalarını kullanma oranının yalnızca %24,6 olduğu belirtilmiştir (Garg vd., 2019).

Etiyopya'nın Gondar şehrindeki sağlık tesislerinde işyerinde şiddetin yaygınlığını ve nedenlerini incelemek üzere gerçekleştirilen bir başka çalışmada, 553 sağlık çalışanı araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmada, işyerinde şiddet olaylarının %58,2 oranında görüldüğü ve en yaygın şiddet türünün sözlü taciz olduğu (%53,1) tespit edilmiştir. Fiziksel saldırı ise sözlü tacizi takip eden en yaygın şiddet biçimi olarak kaydedilmiştir (%22). Özellikle acil servislerde ve vardiyalı çalışma düzeninde şiddete maruz kalma riskinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, bu tür olaylarda mağdur olanların çoğunlukla hemşireler ve ebeler olduğu, saldırıların ise genellikle hasta ve yakınları tarafından gerçekleştirildiği ifade edilmiştir (Yenealem vd., 2019).

Pakistan'da sağlık çalışanlarının karşılaştıkları şiddetin boyutlarını, türlerini ve nedenlerini anlamak için 2020 yılında yapılan bir başka araştırmada, katılımcıların üçte birinden fazlasının (%38,4) son altı ay içinde işyeri şiddetine maruz kaldığı belirlenmiştir. Araştırma, sözel şiddetin en sık karşılaşılan şiddet türü olduğunu (%33,9) ve bunu fiziksel şiddetin (%6,6) takip ettiğini ortaya koymuştur. Şiddet olaylarının başlıca nedenleri arasında hastaların hayatını kaybetmesi (%17,6), hastaların sağlık durumunun ciddiyeti (%16,6) ve sağlık hizmetinin gecikmesi (%13,4) yer almıştır (Shaikh vd., 2020).

Avrupa, Doğu Akdeniz, Batı Pasifik, Amerika, Afrika ve Güneydoğu Asya'dan toplam 30 ülkenin dahil olduğu ve 61.800 sağlık çalışanının katıldığı bir çalışmada, fiziksel şiddetin yaygınlığı ve bu durumun bölgesel farklılıkları incelenmiştir. Çalışmada, hasta veya hasta yakınları tarafından uygulanan fiziksel şiddetin bir yıllık görülme oranının %2,75 ile %88,31 arasında değişiklik gösterdiği tespit edilmiştir.

Fiziksel şiddetin en düşük oranının Tayland'da hemşireler arasında, en yüksek oranının ise İngiltere'de psikiyatri hemşireleri arasında görüldüğü belirtilmiştir. Araştırma, bu şiddetin bir yıllık ortalama görülme oranını %19,33 olarak hesaplamıştır. Bölgelere göre değerlendirildiğinde, şiddetin Avrupa'da %26,38, Amerika'da %23,61, Afrika'da %20,71, Doğu Akdeniz'de %17,07, Batı Pasifik'te %14,53 ve Güneydoğu Asya'da %5,62 oranında gerçekleştiği belirlenmiştir. Ayrıca kırsal bölgelerde şiddet oranlarının, kentsel bölgelere kıyasla daha düşük olduğu ve erkek ile kadın sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma oranlarının birbirine yakın olduğu ifade edilmiştir (Li vd., 2020).

Avustralya'da acil servis hemşireleriyle yapılan bir çalışmada ise, işyerinde karşılaşılan şiddetin, bu hemşireler için günlük bir tehdit unsuru olduğu belirlenmiştir. Katılımcılar, iş yerindeki şiddet olaylarının kendilerini savunmasız hissettirdiğini ve bu sorunun çözümünün kendi yetkileri dışında olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir (Spelten vd., 2020).

Çin'de sağlık sektöründeki şiddet olaylarını analiz etmek amacıyla yapılan bir araştırmada, 2000 ile 2020 yılları arasındaki tüm şiddet olaylarına dair internet medyasından alınan veriler incelenmiştir. Çalışmada toplam 345 vaka değerlendirilmiş ve bu şiddet olaylarının faillerinin diğer sağlık çalışanları, hastalar veya hasta yakınları olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bu olayların %4'ünün ölümle sonuçlandığı belirtilmiştir (Zhang vd., 2021).

Suudi Arabistan'ın Dammam şehrinde üçüncü basamak bir hastanede doktorlar ve hemşireler arasında yapılan bir kesitsel araştırmada, toplam 213 katılımcının yaşadığı şiddet deneyimleri incelenmiştir. Çalışmada, katılımcıların %57'sinin son bir yıl içinde psikolojik şiddete maruz kaldığı, %6'sının fiziksel şiddet yaşadığı ve %37'sinin her iki tür şiddetle de karşılaştığı ortaya konmuştur. Araştırma ayrıca, nöbet usulü çalışmanın fiziksel şiddet riskini artıran bir etken olduğunu ortaya koymuştur (Al-Shaban vd., 2021).

Hindistan'da asistan doktorlara yönelik şiddeti değerlendiren bir anket çalışmasında, katılımcıların büyük çoğunluğu (%86) şiddet yaşadığını ifade etmiştir. Genel cerrahi bölümünde şiddet oranlarının daha yüksek olduğu (%35,5), en yaygın şiddet türünün sözlü şiddet olduğu (%94) ve olayların genellikle acil servislerde

gerçekleştirdiği tespit edilmiştir. Ayrıca, şiddetin en önemli nedenlerinden birinin hasta ölümleri olduğu belirtilmiştir. Katılımcıların %94'ünden fazlasının iş yerinde şiddetle başa çıkma konusunda herhangi bir eğitim almadığı da çalışmanın önemli bulgularından biridir (Jain vd., 2021).

Amerika Birleşik Devletleri'nde hasta güvenliği kültürü faktörlerinin iş yeri şiddeti üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla toplam 3312 sağlık çalışanı üzerinde bir inceleme yapılmıştır. Araştırmanın bulgularına göre, hemşirelerin %62'si, doktorların %53'ü ve diğer sağlık çalışanlarının %52'si meslek yaşamları boyunca en az bir kez şiddete maruz kalmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun daha çok sözlü şiddetle karşılaştığı, hemşirelerin %39'unun ve doktorların %14'ünün hastalar tarafından fiziksel şiddet gördüğü saptanmıştır (Kim vd., 2023).

İran'da sağlık çalışanlarının genel sağlık durumu ile iş yerinde maruz kaldıkları şiddet arasındaki ilişkiyi incelemek üzere 208 kişinin katıldığı bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Sonuçlara göre, katılımcıların %34,1'inin psikolojik rahatsızlıklar yaşadığı ve %74,5'inin son bir yıl içinde iş yerinde en az bir kez şiddetle karşılaştığı belirlenmiştir. Ayrıca bu tür olayların tükenmişlik sendromuna neden olduğu ve çalışanların iş verimliliğini olumsuz etkilediği görülmüştür (Sajedian vd., 2023).

Dünya genelindeki araştırmalar incelendiğinde, sağlık çalışanlarının önemli bir bölümünün meslek hayatlarında şiddetle karşılaştığı ortaya çıkmıştır. Şiddet olaylarının daha çok doktorlar ve hemşireler gibi hasta ve hasta yakınlarıyla doğrudan iletişim kuran meslek gruplarında yaşandığı belirlenmiştir. En sık görülen şiddet türünün sözlü şiddet olduğu, ardından fiziksel şiddetin geldiği ifade edilmiştir. Faillerin genellikle hasta yakınları olduğu ve çoğunluğunu erkek bireylerin oluşturduğu görülmüştür. Şiddetin en yaygın nedenleri arasında ise hastaların ölümü gibi olayların yer aldığı sonucuna ulaşılmıştır (Albay, 2023).

Türkiye'de Sağlıkta Şiddetin Boyutu

Dünya genelinde olduğu gibi, sağlık kuruluşlarında yaşanan şiddet olayları, Türkiye'de de sağlık sektörünün en önemli sorunlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Şiddet, yalnızca bireylerin değil, tüm sistemin işleyişini etkileyen ciddi sonuçlara yol açmaktadır. Sağlık sektörü gibi hataya yer olmayan ve her hatanın insan yaşamını riske atabileceği bir alanda, bu konuya yönelik etkili önlemler alınması

büyük önem taşımaktadır. Sağlık alanında şiddet olaylarının artışı ve bu olayların daha görünür hale gelmesiyle birlikte, bu soruna çözüm üretmek amacıyla bir dizi girişim başlatılmıştır. Özellikle, şiddet olaylarının kaydedilmesi ve analiz edilmesi için devreye alınan “beyaz kod bildirim sistemi” bu kapsamda önemli bir adım olmuştur. Beyaz kod uygulaması, sağlık kuruluşlarında meydana gelen şiddet olaylarına dair verilerin toplanmasını sağlamış ve bu veriler üzerinden Türkiye’deki sağlıkta şiddet olaylarının değerlendirilmesine olanak tanımıştır. Türkiye’de sağlık sektöründeki şiddetin boyutunu anlamak adına yapılan birçok araştırma, beyaz kod verilerine dayalı analizler ışığında gerçekleştirilmiştir (Albay, 2023).

Karabulut ve Gezici Yazıcı’nın (2021) gerçekleştirdiği çalışmada, sağlık çalışanlarının %39,5’inin görev yaptıkları iş ortamında şiddetle karşılaştığı belirlenmiştir. Bulgular, özellikle hekimlerin (%70,6) ve hemşirelerin (%65,1) sözel şiddete en çok maruz kalan meslek grupları olduğunu göstermiştir. Ayrıca çalışmada, kadın sağlık çalışanlarının erkek meslektaşlarına kıyasla daha fazla şiddet yaşadığı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ortaya konmuştur. Hekimlerin en sık şiddet gördükleri yerin poliklinikler olduğu; hemşirelerin ise ağırlıklı olarak yoğun bakım, klinik ve acil servislerde şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır. Her iki meslek grubunun da şiddetle en çok 08:00-16:00 saatleri arasında karşılaştıkları, ayrıca hekimlerin %76,4’ünün ve hemşirelerin %72,1’inin en çok hasta yakınlarından kaynaklanan şiddete maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Katılımcılar arasında en yaygın şiddet nedeni olarak ise hastaların aşırı beklenti ve talepleri (%31,7) öne çıkmıştır. Şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının çoğunda, bu durumun ardından hayal kırıklığı ve öfke gibi yoğun duygusal tepkilerin geliştiği gözlemlenmiştir.

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde gerçekleştirilen ve iki yıllık sürede yapılan 209 beyaz kod başvurusunun değerlendirildiği bir çalışmada, 18 kişinin iki kez şiddete maruz kaldığını bildirdiği tespit edilmiştir. Şiddet mağdurlarının büyük bir kısmını kadınlar, 40 yaş altındaki bireyler, doktorlar ve acil servis çalışanları oluşturmuştur. Ayrıca, bildirilen şiddet vakalarının 57’sinde fiziksel şiddetin yaşandığı belirlenmiştir. Araştırmada fiziksel şiddet vakalarının daha çok erkekler tarafından uygulandığı, şiddet görenler arasında acil servis çalışanlarının ön planda olduğu ve bu meslek grubunda özellikle güvenlik görevlilerinin hedef alındığı ifade edilmiştir (Eğici ve Öztürk, 2018).

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde üç yıl boyunca yapılan toplam 345 beyaz kod bildiriminin incelendiği bir başka çalışmada, bildirilen olayların büyük çoğunluğunun sözel şiddet olduğu sonucuna varılmıştır. Şiddete maruz kalanların %63,18'inin kadınlardan, %36,81'inin ise erkeklerden olduğu kaydedilmiştir. Ayrıca, şiddet mağdurlarının meslek gruplarına göre incelendiğinde, %71,88'inin doktorlardan, %20,86'sının hemşirelerden olduğu görülmüştür. Şiddetin en sık meydana geldiği yerler ise sırasıyla %42,05 oranıyla hasta sirkülasyonunun en yoğun olduğu acil servisler, %26,66 oranıyla klinikler ve %23,47 oranıyla ayaktan hasta kabul edilen poliklinikler olarak tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra, yıllar itibarıyla sağlıkta şiddet oranlarının giderek arttığı belirtilmiştir (Polat ve Çırak, 2019).

Edirne'nin Merkez ilçesindeki yataklı tedavi kurumlarında çalışan doktor ve hemşirelerin maruz kaldığı şiddet olaylarının kapsamını ve nedenlerini anlamaya yönelik yapılan bir çalışmada, toplam 1339 sağlık çalışanı yer almıştır. Araştırma sonuçlarına göre, katılımcıların %73,8'i meslek hayatları boyunca en az bir kez şiddetle karşı karşıya kalmıştır. Şiddet olaylarının en sık hemşireler arasında görüldüğü (%85) ve profesör ya da doçent unvanına sahip çalışanların bu tür olaylara maruz kalma riskinin oldukça düşük olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada, sağlık çalışanlarının en çok sözel şiddete maruz kaldığı (%78,3) ve şiddet davranışlarının genellikle hasta yakınları (%44,3) tarafından gerçekleştirildiği ortaya çıkmıştır (Çuvadar ve Ekuklu, 2020).

Sağlık çalışanlarının iş yerinde karşılaştıkları şiddet türlerini ve beyaz kod uygulamasının etkinliğini değerlendirmek amacıyla bir eğitim ve araştırma hastanesinde yapılan retrospektif bir incelemede, 148 beyaz kod bildirimi analiz edilmiştir. Bulgulara göre, en sık karşılaşılan şiddet türünün sözel şiddet olduğu (%94) belirlenmiştir. Şiddet olaylarının genellikle polikliniklerde (%48,3) ve acil servislerde (%29,7) meydana geldiği, vakaların çoğunun mesai saatleri içerisinde (%62,1) yaşandığı tespit edilmiştir. Şiddet uygulayanların büyük çoğunluğunu hastaların (%60,7) oluşturduğu ve şiddet mağdurlarının büyük ölçüde hekimler (%69,7) ve hemşireler (%22,8) olduğu belirlenmiştir. Çalışmada ayrıca, şiddet olaylarının en önemli nedenleri arasında hasta ve hasta yakınlarının olumsuz tutumlarının birinci sırada geldiği, bunu hastaların muayene ve tetkik sürelerindeki uzun bekleme

takip ettiği ifade edilmiştir. şiddet uygulayan bireylerin genellikle erkek olduğu, sağlık çalışanlarının bu olaylar sonrasında hukuki yardım talep ettiği, ancak görevden çekilme haklarını genelde kullanmadıkları kaydedilmiştir (Esen ve Aykal, 2020).

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde, acil serviste görev yapan sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumlarını ve şiddet olaylarının nedenlerini incelemek amacıyla 121 sağlık çalışanının katıldığı bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonuçlarında, şiddeti uygulayanların çoğunlukla hasta yakınları olduğu (%64), ardından hastaların geldiği (%33,3) belirlenmiştir. şiddet olaylarının en yoğun şekilde gece 24:00–08:00 saatleri arasındaki vardiya sresinde meydana geldiği tespit edilmiştir (%40). Sağlık alışanlarının yarısından fazlasının (%52,1) daha önce şiddete maruz kaldığı kaydedilirken, karşılaşılan şiddet türleri arasında sözel şiddetin en yaygın olduğu (%52), bunu fiziksel şiddetin takip ettiği, duygusal şiddetin üçüncü sırada yer aldığı ve cinsel tacizin ise en az bildirilen şiddet türü olduğu görülmüştür (Aydemir vd., 2020).

Konya ilinde 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan personelin beyaz kod başvurularını ve şiddetle karşılaşma durumlarını değerlendiren bir araştırmada, 31 beyaz kod verisi retrospektif olarak incelenmiştir. Çalışma bulgularına göre, şiddete maruz kalanların %38,7'sinin Acil Tıp Teknisyeni (ATT), %19,4'ünün ambulans ve acil bakım teknikeri, %25,8'inin ambulans şoförü ve %16,1'inin sağlık memuru olduğu tespit edilmiştir. şiddet olaylarının türleri arasında fiziksel şiddetin en yaygın olduğu (%58,1) belirlenmiştir. şiddet olaylarının meydana geldiği yerlere bakıldığında, %54,8'inin olay yerinde, %25,8'inin ambulans içinde, %12,9'unun acil servis içinde ve %6,5'inin ise hastane önünde gerçekleştiği ortaya konulmuştur. Ayrıca, şiddetin çoğunlukla 16:00–24:00 saatleri arasında gerçekleştiği (%61,3) ve bu olayların tamamının hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiği tespit edilmiştir. şiddeti uygulayan hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun erkek olduğu (%96,8) belirlenmiştir (Batı vd., 2021).

şafak ve arkadaşlarının (2024) gerçekleştirdiği çalışmada, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin toplum genelinde giderek artan ve yaygınlaşan ciddi bir problem haline geldiği vurgulanmıştır. Araştırmada, bireylerin sağlık çalışanlarına şiddet

uygulama niyetleri ile bu davranışa ilişkin algılarının ortaya konulması amaçlanmıştır. İstanbul'un Sultanbeyli ilçesinde yürütülen araştırmaya toplam 550 kişi katılmıştır. Veriler, bireylerin demografik özelliklerini belirlemeye yönelik kişisel bilgi formu ile Şanlıtürk ve Boy (2021) tarafından geliştirilen "Sağlık Çalışanına Şiddet Uygulama Niyeti Ölçeği" kullanılarak toplanmış, analizlerde NCSS 2020 paket programı kullanılmıştır. Çalışmanın dikkat çekici bulgularından biri, katılımcıların yaklaşık yüzde on beşinin geçmişte sağlık çalışanlarına şiddet uyguladığını belirtmiş olmasıdır. Ayrıca her on katılımcıdan biri, sağlık çalışanlarının kimi durumlarda şiddeti hak ettiğine inandığını ifade etmiştir. Katılımcıların şiddete yönelmelerinde öne çıkan nedenler ise sırasıyla; uzun bekleme süreleri, sağlık çalışanlarının hakaret içeren söylemleri, muayene süresinin kısıtlı olması, yeterli bilgilendirme yapılmaması ve çalışanların güler yüzlü olmaması olarak sıralanmıştır. Araştırma, özellikle otuz bir ila kırk yaş aralığında yer alan bireylerde, düşük eğitim seviyesine sahip olanlarda ve çalışan gruptaki katılımcılarda şiddet uygulama niyetinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur.

Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi'nde görevli sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma sıklığını, şiddetin türlerini, bu durum karşısında verdikleri tepkileri ve konuyla ilgili düşüncelerini belirlemek amacıyla 60 katılımcı ile bir araştırma yapılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, katılımcıların %83,3'ünün meslek hayatları boyunca en az bir kez şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Şiddete uğrayanların tamamının sözel şiddetle karşılaştığı, %16,7'sinin ise hem sözel hem de fiziksel şiddet yaşadığı ortaya konulmuştur. Sözel şiddetin büyük çoğunluğunu bağırma, hakaret ve tehdit gibi davranışlar oluştururken, fiziksel şiddet kapsamında ise itme ve nesne kullanarak gerçekleştirilen saldırıların yer aldığı görülmüştür (Şahin ve Yıldırım, 2020).

Düzce ilinde iki yıllık süreçte beyaz kod sistemine yapılan 122 başvuruyu inceleyen bir çalışmada ise şiddet olaylarının %49,2'sinin kamu hastanelerinde meydana geldiği belirlenmiştir. İncelenen olayların %80,3'ünün sözel şiddet olduğu ve %31,1'inin acil servislerde gerçekleştiği tespit edilmiştir. Şiddet mağdurlarının %36,1'ini hekimlerin oluşturduğu belirtilirken, çalışanların kurumlara göre maruz kaldıkları şiddet oranlarına bakıldığında kamu hastanelerinde bu oranın %61,9, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde ise %83,3 olduğu saptanmıştır. Ayrıca en fazla şiddete

uğrayan meslek grubunun hekimler olduğu, üniversite hastanelerinde ise en fazla şiddetin idari hizmet personeline (%42,2) yönelik gerçekleştiği görülmüştür. Şiddet uygulayanların çoğunluğunun erkek (%72) olduğu, bu kişilerin büyük bir kısmının (%41,9) 33-52 yaş aralığında bulunduğu ve %52,2'sinin hasta yakını olduğu tespit edilmiştir. Şiddet olaylarının en sık dile getirilen nedeninin ise hasta ya da hasta yakınlarının yanlış tutum ve davranışları olduğu (%43,1) belirtilmiştir (Bekar ve Çevik, 2021).

Hekimlerin meslek hayatları boyunca şiddete maruz kalma oranlarını, bu durumla ilişkili faktörleri ve şiddetin nedenleri konusundaki görüşlerini incelemek amacıyla 298 katılımcının yer aldığı bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Araştırmada, hekimlerin %49,3'ünün meslek hayatları süresince en az bir kez şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Erkek hekimlerde şiddete uğrama oranının %56,3 iken, kadın hekimlerde bu oranın %44,2 olduğu belirlenmiştir. Şiddete uğrayan hekimlerin %35,9'unun meslek hayatları boyunca beyaz kod sistemi aracılığıyla bildirim yaptığı kaydedilmiştir. Hekimlerin karşılaştığı şiddet türlerine bakıldığında, olayların %79,4'ünün sözel şiddet, %2,2'sinin fiziksel şiddet ve %18,4'ünün ise hem sözel hem de fiziksel şiddet içerdiği ortaya konulmuştur. Ayrıca hekimlerin %84,9'u sosyal medyanın sağlık çalışanlarının itibarını zedeleyerek halkı şiddete yönlendirdiğini düşünmekte, %90,3'ü ise şiddetin önlenmesi adına caydırıcı yasal düzenlemelerin gerekli olduğu görüşünü savunmaktadır (İkioşık vd., 2021).

Sağlıkta şiddetin nedenlerini araştırmayı amaçlayan ve toplam 432 katılımcıyla yürütülen bir başka çalışmada ise, hasta ve hasta yakınlarının sabırsızlık göstermesi, yeterli bilgilendirilmemesi ve düşük eğitim seviyesine sahip olmalarının sağlıkta şiddet olaylarının temel nedenleri arasında yer aldığı saptanmıştır (Özişli, 2022).

Kırklareli ilinde dört buçuk yıllık süreçte sağlık kuruluşlarında yaşanan 360 şiddet vakasının incelendiği bir araştırmada, şiddet olaylarının daha çok kadın sağlık çalışanlarını (%51,1) hedef aldığı belirlenmiştir. Bu olayların en sık polikliniklerde (%41,1) meydana geldiği tespit edilirken, şiddete maruz kalanların büyük bir bölümünü hekimler (%60) oluşturmuştur. Şiddet türleri arasında ise en yaygın olanın sözel şiddet (%84,4) olduğu görülmüş, olayların genellikle mesai saatleri içerisinde (%59,7) gerçekleştiği ifade edilmiştir (Güven ve Kurt, 2023).

Malatya’da bir kamu hastanesinde sağlık çalışanlarının şiddet deneyimlerini ele alan bir çalışmada, 334 katılımcının %60,5’inin meslek hayatları boyunca en az bir kez şiddetle karşılaştığı saptanmıştır. En sık rastlanan şiddet türünün sözel ve psikolojik şiddet olduğu (%59,9), bu tür olayların en çok hekimler (%70,7) ve hemşireler (%63,6) zerinde yoğunlaştığı belirtilmiştir (Uğurlu ve şantaş, 2023).

Mansur’un (2022) yaptığı çalışmada, iş yerinde şiddet vakalarının gün geçtikçe artması nedeniyle sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önemli bir toplumsal sorun haline geldiği vurgulanmıştır. Araştırma, yalnızca şiddet olaylarının sıklığının değil, bu olayların sağlık çalışanları üzerindeki psikolojik etkisinin de giderek derinleştiğini ortaya koymaktadır. Sağlık hizmeti kullanıcıları tarafından uygulanan bu şiddetin çok boyutlu olduğu ve hem bireysel hem de kurumsal düzeyde güvenlik ve hizmet kalitesi açısından ciddi riskler barındırdığı belirtilmiştir. Çalışmada özellikle hekimlere yönelen şiddet davranışlarının arkasındaki temel nedenlerden biri olarak sağlık iletişimi sorunları incelenmiştir. Bu kapsamda, bireylerin sağlık çalışanlarıyla yaşadıkları iletişim problemlerini değerlendirmek amacıyla Yeşildal, Akman Dmbeki ve ztrk (2021) tarafından geliştirilen "Sağlık İletişimi Sorunları leği" kullanılmıştır. Araştırmanın verileri çevrim içi anket yöntemiyle toplanmış ve çalışmaya 408 katılımcı dhil edilmiştir. Katılımcıların beyanlarına göre, sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin türleri arasında %2 oranında sözel, %0,2 oranında fiziksel ve %4,4 oranında psikolojik şiddet yer almaktadır. Bulgular, hekimlerin etkili iletişim kurma becerilerindeki eksikliklerin, özellikle sözel ve psikolojik şiddet uygulama eğilimlerini artırdığını göstermektedir. Ancak, bu iletişim eksikliklerinin fiziksel şiddet uygulama niyeti üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum, iletişim temelli sorunların daha çok dolaylı ya da duygusal şiddet türlerine yn verdiğini, fiziksel şiddet davranışının ise farklı dinamiklerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Türkiye genelinde yapılan araştırmaların genel değerlendirmesi, sağlıkta şiddetin yaygın olarak kadın çalışanları ve hekimleri hedef aldığına işaret etmektedir. şiddet olaylarının çoğunlukla hasta yoğunluğunun yüksek olduğu acil servislerde yaşandığı, uygulanan şiddetin çoğunlukla sözel olduğu ve saldırganların genelde erkek hasta yakınları olduğu tespit edilmiştir. Dünya genelinde yapılan çalışmalardan elde

edilen bulgularla karşılaştırıldığında, sağlıkta şiddetin evrensel bir sorun olduğu ve farklı ülkelerde benzer sonuçlar ortaya koyduğu anlaşılmaktadır (Albay, 2023).

1.15. Sağlıkta Şiddetin Önlenmesi

Sağlık hizmetlerinde meydana gelen sürekli değişimler ve yasal düzenlemelerdeki eksiklikler, sağlık çalışanlarının güvenliğini sağlamada ve şiddeti önleme konusunda önemli boşluklar yaratmaktadır (Özcan ve Yavuz, 2017). Bu durum, sağlık hizmetlerinde yaşanan şiddet olaylarının tamamen ortadan kaldırılmasını neredeyse imkânsız hale getirmiştir (Rajabi vd., 2020). Ancak, şiddeti önlemeye yönelik stratejiler, bu tür olayların tamamen sona ermesini sağlayamasa da şiddet vakalarının sıklığını azaltabilecek etkili bir yöntem olarak öne çıkmaktadır (Havaei vd., 2021).

Şiddeti önleme stratejilerinin temel unsurlarından biri, sağlık çalışanlarının şiddet olaylarını tanıyabilmesi ve yönetebilmesi için gerekli eğitimlerin sağlanmasıdır (Gültekin vd., 2018). Bu eğitimlerin, özellikle hasta ve hasta yakınlarından kaynaklanan şiddet olaylarını erken fark edebilme ve bu durumlarla başa çıkma becerilerini geliştirme amacı taşınması gerekmektedir (İpek, 2022). Bunun yanı sıra, sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin geliştirilmesi de şiddeti önleme stratejilerinde kritik bir rol oynamaktadır (Vural, 2024).

Hasta ve hasta yakınları kaynaklı şiddet olaylarının önlenmesi için alınması gereken önlemlerden biri, sağlık çalışanları için güvenli bir çalışma ortamının sağlanmasıdır (Al-Shiyab ve Ababneh, 2018). Bu kapsamda yapılan düzenlemelerin yalnızca fiziksel çalışma ortamını veya bir organizasyon düzeyini hedeflemekle sınırlı kalmaması, aynı zamanda iş sağlığı ve güvenliği mevzuatlarını da içermesi gerekmektedir (Al-Maskari vd., 2020). Güvenli bir çalışma ortamı oluşturmak için sağlık çalışanlarına yönelik eğitimlerin verilmesi, yöneticilerin sorumluluklarını yerine getirmesi, güvenlik önlemlerinin artırılması, mevzuat düzenlemelerinin yapılması ve yasal düzenlemelerin oluşturulması gibi çeşitli önlemlerin hayata geçirilmesi önemlidir (Tozkoparan ve Taşoğlu, 2011).

Hastanelerde güvenlik önlemlerinin artırılmasına ilişkin yapılan araştırmalarda, güvenlik görevlilerinin yeterli niteliklere sahip olmadığı ya da etkin bir şekilde çalışmadığı, şiddet olaylarına müdahalede gecikmeler yaşandığı, x-ray

cihazlarının eksik olduğu ve mevcut ceza ile yaptırımların caydırıcılık açısından yetersiz kaldığı tespit edilmiştir (Seyran vd., 2018).

Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti önlemek amacıyla yapılan en önemli çalışmalardan biri, Sağlık Bakanlığı tarafından 14 Mayıs 2012 tarihinde yayınlanan Çalışan Güvenliği Genelgesi kapsamında, tüm kamu hastanelerinde Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimlerinin kurulması olmuştur. Bunun yanı sıra, Sağlıkta Kalite Standartları doğrultusunda sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti azaltmak ve önlemek amacıyla “Beyaz Kod” adı verilen acil uyarı sistemi devreye alınmıştır (Sağlık Hizmetleri Başkanlığı, 2015). Ayrıca, sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti engellemek için TBMM’de tüm siyasi partilerin ortak bir önerge sunmasıyla, 17 Nisan 2020 tarihinde önemli bir yasal düzenleme kabul edilmiştir. Bu düzenleme, 7 Mayıs 1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nda değişiklik yapılmasını öngörmüş ve söz konusu yasa değişikliği Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Sağlık çalışanlarını korumak amacıyla yapılan bu yasal değişiklik, şiddeti önleme konusunda önemli bir adım olarak değerlendirilmektedir (Kılıç, 2020).

TBMM (2013) tarafından yayımlanan “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Uygulanan Şiddet Olaylarının Artması Nedeniyle Gerekli Araştırmalar Yapılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırma Komisyonu” raporunda, sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti önlemek amacıyla şu önlemler önerilmiştir:

- Sağlık çalışanlarının sayılarının artırılması ve görevlerin daha dengeli bir şekilde paylaştırılması,
- Aşırı iş yükünün azaltılması için uygun düzenlemelerin yapılması,
- Çalışma saatlerinin sağlık çalışanlarının iş yükünü hafifletecek şekilde yeniden düzenlenmesi,
- Sağlık kurumlarında meydana gelebilecek şiddet risklerinin analiz edilerek güvenlik önlemlerinin güçlendirilmesi,
- Hasta yakınlarının sıklıkla bulunduğu alanlarda fiziki koşulların yeniden tasarlanması,
- Toplumun sağlık konularında bilinçlendirilmesi için sağlık okuryazarlığını artıracak projeler yürütülmesi,

- Kamu spotları ve diğer bilgilendirici yöntemler aracılığıyla halkın sağlık konularında farkındalık kazanmasının sağlanması,
- Bireylerin silah taşıma ve kullanma oranlarının düşürülmesi amacıyla gerekli önlemlerin alınması,
- Sağlık eğitimi veren okullarda iletişim becerilerini geliştirecek derslerin müfredata eklenmesi,
- Sağlık çalışanlarına mesleki gelişimlerine katkı sağlayacak eğitimlerin düzenlenmesi,
- Sağlık kuruluşlarında şiddet olaylarının sistematik bir şekilde izlenmesi ve şiddet oranının yüksek olduğu birimlerde ek güvenlik tedbirlerinin uygulanması,
- Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemlerine karşı daha caydırıcı ve etkili cezaların getirilmesi.

Karaca (2014), sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını önlemek için alınması gereken önlemleri şu şekilde belirtmiştir:

- Sağlık politikalarının yeniden düzenlenerek güncellenmesi,
- Toplumun, sağlık kurumlarının işleyişi ve sağlık sistemi hakkında tam ve doğru şekilde bilgilendirilmesi,
- Medyada sağlık çalışanları ve kurumlarına yönelik yanlış ve yanıltıcı haberlerin önlenmesi amacıyla gerekli yasal girişimlerin yapılması,
- Sağlık çalışanlarına şiddet uygulayan kişilere caydırıcı cezaların verilmesi,
- Şiddet olaylarının gerçekleşmeden önce önlenmesi için koruyucu ve proaktif önlemlerin alınması.

Özcan ve Yavuz (2017), sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının önlenmesi için şu önerilerde bulunmuştur:

- Halkın gözünde sağlık çalışanlarının saygınlığını artıracak politikaların geliştirilmesi ve bu doğrultuda davranışların benimsenmesi,
- Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarında, tüm idari yöneticilerin duruma açık bir şekilde tepki göstermesi ve destekleyici bir tavır sergilemesi,
- Şiddet uygulayan bireylere yalnızca adli yaptırımların değil, aynı zamanda caydırıcı nitelikte idari cezaların da uygulanması,

- Şiddeti önleme çalışmalarında kamu otoritesi, sağlık kuruluşlarının tüm bileşenleri ve sağlık meslek kuruluşları (sağlık sendikaları, sağlık odaları, meslek dernekleri gibi) arasında etkin bir iş birliğinin sağlanması.



İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın yöntemi ile ilgili bilgiler ayrıntılı biçimde ele alınmaktadır. Öncelikle araştırmanın amacı ve önemine yer verilmiştir. Bir sonraki aşamada araştırmanın modeli ve hipotezleri açıklanmış, ardından araştırmanın evreni ve örnekleme ile veri toplama sürecine ilişkin bilgilere yer verilmiştir. Bu bölümde ayrıca, araştırmada kullanılan ölçekler tanıtılarak, veri toplama araçlarının kapsamı ve yapısı detaylandırılmıştır. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel teknikler ile analiz sürecinde izlenen adımlar açıklanmış; normal dağılım, güvenilirlik analizi, farklılık testleri, korelasyon ve düzenleyicilik analizlerine yönelik yöntemler aktarılmıştır. Ayrıca çalışmanın sınırlılıkları ile temel varsayımları belirtilmiş, böylece araştırmanın kapsamı ve metodolojik çerçevesi sunulmuştur.

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı, sağlık iletişimi süreçlerinde yaşanan sorunların sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını nasıl etkilediğini incelemek ve bu etkiye bireylerin cinsiyetlerinin düzenleyici bir rol oynayıp oynamadığını ortaya koymaktır. Modern sağlık hizmetlerinin etkinliği büyük ölçüde etkili iletişime dayanmaktadır. Sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişim, yalnızca tanı ve tedavi süreçlerinin sağlıklı ilerlemesini değil, aynı zamanda karşılıklı güvenin tesis edilmesini ve hasta memnuniyetinin artırılmasını da sağlamaktadır. Ancak, iletişim eksiklikleri veya yanlış anlaşılımlar, hasta ya da yakınları tarafından tehdit, hakaret, sözlü saldırı veya fiziksel şiddet gibi olumsuz davranışlarla sonuçlanabilmekte, bu da sağlık çalışanlarının güvenliği, psikolojik iyilik halleri ve mesleki motivasyonları üzerinde ciddi riskler doğurmaktadır. Bu bağlamda araştırma, sağlık iletişiminde yaşanan sorunların sağlık çalışanlarına yönelen şiddeti artırıp artırmadığını analiz etmeyi ve bu ilişkiyi biçimlendiren ya da değiştiren demografik değişkenlerden biri olarak cinsiyetin düzenleyici etkisini değerlendirmeyi hedeflemektedir.

2.2. Araştırmanın Önemi

Sağlık hizmetlerinin kalitesi, yalnızca teknik bilgi ve donanım ile değil, aynı zamanda etkili ve insani bir iletişim süreciyle doğrudan ilişkilidir. Sağlık çalışanları ile hasta ya da hasta yakınları arasında kurulan iletişim, tedavi süreçlerinin başarısını etkilediği gibi, sağlık ortamındaki genel memnuniyetin ve güvenin de temelini oluşturmaktadır. Ancak, günümüzde sağlık sektöründe giderek artan oranda bildirilen şiddet vakaları, bu iletişim sürecinde yaşanan sorunların yalnızca klinik sonuçları değil, aynı zamanda çalışan güvenliği ve hizmet sürdürülebilirliği açısından da ciddi tehditler oluşturduğunu ortaya koymaktadır.

Bu çalışma, sağlık iletişimi sorunlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet davranışları üzerindeki etkisini inceleyerek, literatürde yeterince ele alınmamış bir boşluğu doldurmayı hedeflemektedir. Sağlık çalışanlarına yönelen şiddetin nedenlerinin yalnızca bireysel ya da yapısal değil, aynı zamanda iletişimsel dinamikler üzerinden de değerlendirilmesi gerekliliği, bu çalışmanın önemini artırmaktadır. Özellikle, şiddetin önlenmesinde sıklıkla göz ardı edilen iletişim süreçlerine dikkat çekilmesi, bu alanın bütüncül bir yaklaşımla ele alınmasını sağlayacaktır.

Ayrıca, araştırmada cinsiyet değişkeninin düzenleyici rolü ele alınarak, cinsiyetin sağlık iletişimi ve şiddet ilişkisindeki yeri irdelenmektedir. Bu durum hem kadın hem erkek sağlık çalışanlarının iletişim deneyimlerini ve şiddete maruz kalma biçimlerini anlamaya yönelik daha duyarlı politikalar geliştirilmesine katkı sağlayacaktır. Cinsiyetin görmezden gelinmesi, özellikle kadın sağlık çalışanlarının maruz kaldığı özgül şiddet biçimlerinin görünmez olmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle, cinsiyetin düzenleyici rolünün analiz edilmesi, alanda yapılacak iyileştirme çalışmalarına ışık tutacak ve sağlık sisteminin daha kapsayıcı, adil ve güvenli hale gelmesine katkı sunacaktır.

Bu araştırmanın, sağlık politikalarının geliştirilmesi, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi, iletişim temelli müdahale programlarının tasarlanması ve cinsiyet eşitliğine duyarlı bir sağlık ortamının oluşturulması açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

2.3. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

Bu araştırma, ilişkisel tarama modeli çerçevesinde yürütülen nicel bir çalışmadır. Araştırmada, sağlık iletişimi sorunlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet davranışları üzerindeki etkisi incelenmekte ve bu etkide cinsiyet değişkeninin düzenleyici rolü olup olmadığı test edilmektedir.

Araştırmada yer alan temel değişkenler şunlardır:

- Bağımsız Değişken: Sağlık iletişimi sorunları
- Bağımlı Değişken: Sağlık çalışanlarına şiddet
- Düzenleyici Değişken: Cinsiyet

Bu modelde, sağlık iletişimi sorunlarının sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddeti ne ölçüde yordadığı ve bu ilişkinin cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediği incelenmektedir. Cinsiyetin, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkiyi güçlendiren veya zayıflatan bir faktör olup olmadığı test edilmiştir.

Araştırma kapsamında Hayes'in geliştirdiği PROCESS Macro eklentisi kullanılarak SPSS programı üzerinden analiz yapılmıştır. Moderasyon etkisini test edebilmek amacıyla PROCESS Macro Model 1 tercih edilmiştir.

Model 1, temel olarak aşağıdaki regresyon denklemini esas alır:

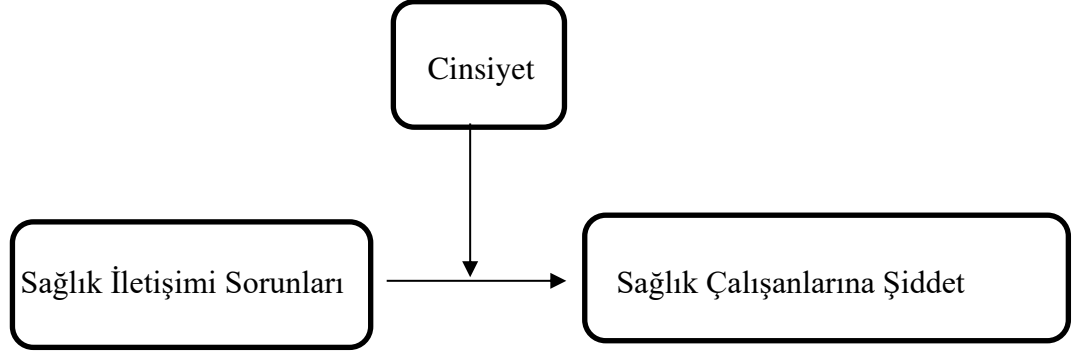
$$Y = b_0 + b_1X + b_2W + b_3XW + e$$

Bu denklemde:

- **X:** Bağımsız değişken (sağlık iletişimi sorunları)
- **W:** Düzenleyici değişken (cinsiyet)
- **XW:** Etkileşim terimi (sağlık iletişimi sorunları × cinsiyet)
- **Y:** Bağımlı değişken (sağlık çalışanlarına şiddet)
- **b₃:** Etkileşim teriminin katsayısı olup, moderasyon etkisini test eder
- **e:** Hata terimi

Modelde anlamlı bir etkileşim teriminin (b₃) bulunması, cinsiyetin bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkiyi anlamlı düzeyde değiştirdiğini

göstermektedir. Yani, sağlık iletişimi sorunlarının şiddet üzerindeki etkisi, bireyin cinsiyetine bağlı olarak farklılaşmaktadır.



Şekil 1. Araştırmanın Modeli

Araştırmanın modeli doğrultusunda aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir:

H₁: Sağlık iletişimi sorunları ile sağlık çalışanlarına yönelik şiddet arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

H₂: Sağlık iletişimi sorunlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet üzerinde pozitif bir etkisi vardır.

H₃: Cinsiyet, sağlık iletişimi sorunlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti etkilemesinde düzenleyici bir role sahiptir.

2.4. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evrenini, 10 Mart 2025 ile 30 Mart 2025 tarihleri arasında Diyarbakır ilinde herhangi bir sağlık kuruluşundan hizmet almış olan 18 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Araştırmada örnekleme yöntemi olarak kolayda örnekleme tekniği kullanılmıştır. Bu yöntemin tercih edilme nedeni, hedef kitleye zaman ve erişim olanakları açısından pratik biçimde ulaşılabilmesidir. Örneklem grubunu, belirtilen tarih aralığında Diyarbakır'da kamu ve özel sağlık kuruluşlarından hizmet alan ve araştırma kriterlerine uyan gönüllü bireyler oluşturmuştur.

Araştırma kapsamında toplam 424 kişiye anket uygulanmıştır. Bu örneklem büyüklüğü, %95 güven düzeyi ve %5 hata payı ile yapılan istatistiksel analizler için yeterli sayısal temeli sağlamaktadır. Ayrıca, geniş örneklem hacmi sayesinde elde edilen bulguların genellenebilirlik gücü ve istatistiksel testlerin duyarlılığı artırılmıştır. Katılımcılar, sağlık kuruluşlarında hizmet aldıktan sonra gönüllülük esasına göre belirlenmiş ve demografik özellikleri açısından çeşitlilik gösterecek şekilde seçilmiştir.

2.5. Veri Toplama Süreci

Bu çalışmanın veri toplama süreci, gerekli etik ve yasal izinlerin temin edilmesiyle birlikte yürütülmüştür. Araştırmaya başlamadan önce, katılımcıların haklarının korunması ve araştırma etiğine uygunluk amacıyla Dicle Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurulu'ndan resmi onay alınmıştır. Kurumsal izin sürecinin tamamlanmasının ardından, çalışmaya katılacak bireyler araştırmanın amacı, kapsamı ve gönüllülük esasına göre katılım şartları hakkında ayrıntılı şekilde bilgilendirilmiştir. Katılımcıların rızası doğrultusunda ve gönüllülük esasına uygun olarak veriler toplanmıştır. Kullanılan ölçme araçları, daha önce geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmış, akademik yeterliliği kabul edilen ölçekler arasından özenle seçilmiştir. Veri toplama süreci hem çevrim içi hem de yüz yüze yöntemler kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Çevrim içi uygulama kapsamında, anket formu Google Forms aracılığıyla hazırlanmış ve bireylere dijital yollarla iletilmiştir. Bu yöntemle, katılımcılara erişim kolaylaştırılarak zaman ve mekân sınırlamaları en aza indirilmiştir. Yüz yüze veri toplama sürecinde ise, anket formları basılı şekilde hazırlanmış ve uygun görülen sağlık kuruluşlarında, katılımcıların uygunluklarına göre birebir temas kurularak uygulanmıştır. Katılımcılar, kendilerine ayrılan zaman diliminde formları gönüllü şekilde doldurmuşlardır. Anket formunda yer alan tüm ifadeler titizlikle incelenmiş, eksik yanıtlanan veya hatalı doldurulduğu tespit edilen formlar veri setinden çıkarılmıştır. Elde edilen veriler, gizlilik ve anonimlik ilkeleri doğrultusunda değerlendirilmiş; katılımcıların kimliklerine ilişkin herhangi bir bilgi toplanmamış ve kişisel mahremiyeti ihlal edebilecek unsurlardan özenle kaçınılmıştır. Analiz sürecinde yalnızca istatistiksel olarak geçerli ve güvenilir veriler dikkate alınarak değerlendirme yapılmıştır.

2.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Anket içerisinde katılımcıların demografik özelliklerini ortaya koyan soruların yanısıra sağlık iletişimi sorunlarına yönelik görüşleri ile sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulama niyetini yansıtan sorular yer almaktadır. Demografik özelliklerle ilgili sorularda, katılımcıların yaşları açık uçlu biçimde sorulmuş; cinsiyetleri ise “Kadın” ve “Erkek” olmak üzere iki kategoride sınıflandırılmıştır. Medeni durum bilgisi, “Evli” ve “Bekâr” seçenekleriyle toplanmıştır. Katılımcıların istihdam durumları “Çalışıyor” ve “Çalışmıyor” biçiminde sorgulanmıştır. Algılanan gelir düzeyine ilişkin değerlendirme “Düşük”, “Orta” ve “Yüksek” kategorilerinde ölçülmüştür. Ayrıca, katılımcıların sağlık sektöründe bir yakınının bulunup bulunmadığı bilgisi “Evet” ve “Hayır” seçenekleri ile alınmıştır. Yıllık sağlık hizmeti kullanım sıklığı, “1–3 kez”, “4–6 kez”, “7–9 kez” ve “9’dan fazla” şeklinde dört ayrı grupta incelenmiştir. Katılımcıların şiddeti bir hak arama yöntemi olarak görüp görmedikleri de araştırılmış; bu doğrultuda, “Evet, şiddeti hak arama yöntemi olarak görüyorum” ve “Hayır, şiddeti hak arama yöntemi olarak görmüyorum” seçenekleri sunulmuştur. Daha önce sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulama deneyimi olup olmadığı, “Evet” ve “Hayır” seçenekleri ile değerlendirilmiştir. Şiddet türlerine ilişkin olarak ise, katılımcıların kendilerini tanımladıkları şiddet türü “Sözel şiddet uygulayanlar”, “Fiziksel şiddet uygulayanlar”, “Psikolojik şiddet uygulayanlar” ve “Şiddet uygulamayanlar” şeklinde sınıflandırılmıştır. Ayrıca, bireylerin kendilerini etkili bir iletişimci olarak görüp görmediklerine yönelik “Evet” ve “Hayır” seçeneklerinden oluşan bir ifade de bu bölümde yer almıştır. Son olarak, katılımcılardan en rahat iletişim kurdukları sağlık çalışanı türünü belirtmeleri istenmiştir. Bu kapsamda, “Acil tıp teknisyenleri”, “Cerrahi teknikerler”, “Fizyoterapistler”, “Hekim”, “Hemşire”, “Hepsi”, “Paramedikler”, “Psikologlar”, “Sağlık teknisyeni” ve “Diğer” olmak üzere çoktan seçmeli seçenekler sunulmuştur.

Araştırmada, katılımcıların sağlık hizmeti sürecinde yaşadıkları iletişim temelli sorunları değerlendirebilmek amacıyla Yeşildal ve arkadaşları (2021) tarafından geliştirilen “Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği” kullanılmıştır. Bu ölçek, bireylerin sağlık çalışanlarıyla yaşadıkları iletişim deneyimlerini çok boyutlu olarak incelemeye

olarak tanınmaktadır. Toplam 13 ifadeden oluşan ölçekte üç alt boyut yer almaktadır: Etkili iletişimin sağlanamaması (madde 1–6 arası), sosyal iletişimin sağlanamaması (madde 7–9 arası) ve iletişim engelleri (madde 10–13 arası). Ölçekte yer alan 1., 2., 4., 5. ve 7. maddeler ters kodlanarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin orijinal çalışmasında hesaplanan iç tutarlılık katsayısı (Cronbach's Alpha) .77 olarak raporlanmıştır.

Araştırma kapsamında sağlık hizmeti kullanıcılarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eğilimlerini değerlendirmek amacıyla ise Şanlıtürk ve Boy (2021) tarafından geliştirilen “Sağlık Çalışanına Şiddet Uygulama Niyeti Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçekte toplam 15 madde yer almakta olup, beşli Likert tipi derecelendirme kullanılmaktadır. Katılımcılardan, her bir maddeye “kesinlikle katılmıyorum” (1) ile “kesinlikle katılıyorum” (5) arasında bir puanlama yapmaları istenmiştir. Ölçek beş alt boyuttan oluşmaktadır. “Şiddet uygulama niyeti” alt boyutu 1 madde ile değerlendirilirken, “geçmiş deneyimler” boyutu da tek bir maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki “davranışa yönelik tutum” alt boyutu altı madde (madde 3–8), “özel norm” alt boyutu beş madde (madde 9–13), “algılanan davranışsal kontrol” alt boyutu ise iki maddeyle (madde 14–15) ölçülmektedir. Ölçekte herhangi bir olumsuz ifade bulunmamaktadır.

2.8. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Araştırma kapsamında elde edilen veriler, SPSS 25.0 paket programı ve Hayes (2022) tarafından geliştirilen PROCESS macro eklentisinin Model 1 çerçevesinde kullanılmasıyla analiz edilmiştir. Veri analiz süreci, araştırma sorularına sistematik biçimde yanıt verecek şekilde beş temel aşamada yürütülmüştür: betimleyici istatistiklerin sunulması, değişken dağılımlarının değerlendirilmesi, grup karşılaştırmalarının yapılması, değişkenler arası ilişkilerin incelenmesi ve düzenleyici etki analizlerinin gerçekleştirilmesi.

İlk aşamada, örneklem grubunun demografik özelliklerine ilişkin veriler analiz edilerek frekans (n) ve yüzde (%) değerleriyle betimlenmiştir. Bu veriler aracılığıyla katılımcı profili ortaya konulmuştur. İkinci aşamada, çalışmada kullanılan temel değişkenlere ait dağılım özellikleri değerlendirilmiştir. Bu bağlamda her bir değişkenin ortalama, standart sapma, skewness (basıklık) ve kurtosis (çarpıklık)

değerleri hesaplanmıştır. Normallik kriteri olarak ± 2 sınırları kabul edilmiş ve analiz edilen tüm değişkenlerin bu aralıkta kaldığı görülmüştür. Bu durum, parametrik testlerin kullanımına uygunluk sağlamıştır. Aynı zamanda, araştırmada kullanılan ölçme araçlarının güvenilirliğini belirlemek amacıyla Cronbach's Alpha katsayıları hesaplanmış ve tüm ölçeklerde .70'in üzerinde değerler elde edilmiştir; bu da ölçümlerin iç tutarlılığının yeterli olduğunu göstermektedir.

Üçüncü aşamada, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olup olmadığını tespit etmek amacıyla iki grup karşılaştırmaları için bağımsız örneklem t-testi, ikiden fazla grup içeren karşılaştırmalarda ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Dördüncü aşamada, değişkenler arasındaki doğrusal ilişkilerin incelenebilmesi için Pearson korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir. Elde edilen korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri tablolar halinde sunulmuştur. Bununla birlikte, sağlık iletişimi sorunlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti ne düzeyde yordadığına ilişkin çoklu regresyon analizleri yapılmış ve model katkıları detaylı biçimde açıklanmıştır.

Beşinci ve son aşamada ise, cinsiyet değişkeninin düzenleyici rolünü test etmek amacıyla PROCESS macro Model 1 kullanılarak moderasyon analizi yapılmıştır. Bu analizde sağlık iletişimi sorunlarının şiddet üzerindeki etkisinin cinsiyete göre nasıl farklılaştığı incelenmiş ve etkileşim terimlerinin anlamlılığı değerlendirilmiştir.

2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın evrenini yalnızca Diyarbakır ilinde bir sağlık kuruluşundan hizmet alan bireyler oluşturduğundan, elde edilen bulguların farklı coğrafi bölgelerde veya kültürel yapılarda genellenebilirliği sınırlıdır. Ayrıca, veri toplama sürecinde yalnızca öz-bildirim esasına dayalı anket yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın kesitsel bir tasarımla yürütülmüş olması da bir başka sınırlılığı oluşturmaktadır.

2.10. Araştırmanın Varsayımları

Araştırma aşağıdaki temel varsayımlar doğrultusunda yürütülmüştür:

- Katılımcıların, anket formunda yer alan tüm sorulara içten, doğru ve samimi bir şekilde yanıt verdikleri varsayılmıştır.
- Elde edilen verilerin, katılımcıların gerçek duygu, düşünce ve tutumlarını yansıttığı kabul edilmiştir.
- Araştırmada kullanılan ölçeklerin, geçerlik ve güvenirlik açısından yeterli olduğu ve ölçülmek istenen kavramları doğru biçimde ölçtüğü varsayılmıştır.
- Uygulanan istatistiksel analiz yöntemlerinin, belirlenen hipotezleri test etmek için uygun olduğu kabul edilmiştir.
- Elde edilen analiz bulgularının, araştırma modelini geçerli ve güvenilir şekilde yansıttığı varsayılmıştır.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın amacı doğrultusunda elde edilen verilerin istatistiksel analizleri sunulmuş ve yorumlanmıştır. Çalışmada ilk olarak katılımcılara ilişkin temel demografik bilgiler ayrıntılı biçimde tanıtılmış; ardından araştırmada kullanılan ölçeklerin tanımlayıcı istatistikleri, normal dağılım uygunlukları ve güvenilirlik analizleri gerçekleştirilmiştir. Elde edilen veriler ışığında değişkenler arasındaki farklar çeşitli demografik değişkenler (cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, algılanan gelir düzeyi, sağlık sektöründe yakının olup olmadığı, yıllık sağlık hizmeti kullanma sıklığı, şiddet hak arama olarak görme durumu vb.) açısından karşılaştırılmış, katılımcıların sağlık iletişimi sorunları ile sağlık çalışanlarına yönelik şiddet algısı arasındaki ilişkiler detaylı biçimde incelenmiştir. Bunun yanı sıra, regresyon analizleriyle sağlık iletişimi sorunlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eğilimi üzerindeki etkileri ortaya konmuştur. Son olarak, moderatör analizleriyle cinsiyetin bu ilişkilerdeki düzenleyici rolü değerlendirilmiştir.

3.1. Demografik Özelliklere Yönelik Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılanların demografik özellikleri sunulmuştur. Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, algılanan gelir düzeyi, sağlık sektöründe yakınlık durumu gibi sosyo-demografik değişkenleri ile sağlık hizmetlerinden faydalanma sıklıkları incelenmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Özellikleri

	Ort.	SS
Yaş	24.08	5.768
Cinsiyet	N	%
Kadın	279	65,8
Erkek	145	34,2
Medeni Durum	N	%
Evli	45	10,6
Bekar	379	89,4
Çalışma Durumu	N	%
Evet	96	22,6
Hayır	328	77,4

Algılanan Gelir Düzeyi	N	%
Düşük	134	31,6
Orta	270	63,7
Yüksek	20	4,7
Sağlık Sektöründe Yakınlık	N	%
Evet	255	60,1
Hayır	169	39,9
Yıllık Sağlık Hizmeti Kullanımı	N	%
1–3 kez	151	35,6
4–6 kez	145	34,2
7–9 kez	47	11,1
9'dan fazla	81	19,1
Şiddeti Hak Arama Yöntemi Olarak Görme	N	%
Evet, şiddeti hak arama yöntemi olarak görüyorum	52	12,3
Hayır, şiddeti hak arama yöntemi olarak görmüyorum	372	87,7
Daha Önce Şiddet Uygulama Durumu	N	%
Evet	20	4,7
Hayır	404	95,3
Şiddet Türü	N	%
Sözel şiddet uygulayanlar	12	2,8
Fiziksel şiddet uygulayanlar	7	1,7
Psikolojik şiddet uygulayanlar	1	0,2
Şiddet Uygulamayanlar	404	95,3
Kendini İyi İletişimci Olarak Görme	N	%
Evet	397	93,6
Hayır	27	6,4
En Rahat İletişim Kurulan Sağlık Çalışanı	N	%
Acil tıp teknisyenleri	7	1,7
Cerrahi teknikerler	4	,9
Fizyoterapistler	16	3,8
Hekim	172	40,6
Hemşire	118	27,8
Hepsi	1	,2
Paramedikler	8	1,9
Psikologlar	57	13,4
Sağlık teknisyeni	12	2,8
Diğer	29	6,8
Toplam	424	100,0

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 24,08'dir. Cinsiyet dağılımına bakıldığında, katılımcıların %65,8'ini kadınlar, %34,2'sini ise erkekler oluşturmaktadır. Medeni durum açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %89,4'ü bekârken sadece %10,6'sı evlidir. Çalışma durumuna bakıldığında ise %77,4'lük büyük bir çoğunluğun herhangi bir işte çalışmadığı, %22,6'sının ise çalıştığı görülmektedir. Algılanan gelir düzeyi açısından katılımcıların %63,7'si gelir düzeyini orta olarak belirtirken, %31,6'sı düşük ve yalnızca %4,7'si yüksek olarak ifade etmiştir; bu durum örneklemin büyük çoğunluğunun orta ve düşük gelir seviyesinde olduğunu göstermektedir. Sağlık sektöründe bir yakını bulunanların oranı %60,1 iken, böyle bir yakını olmayanların oranı %39,9'dur. Yıllık sağlık hizmeti kullanım sıklığına bakıldığında katılımcıların %35,6'sı yılda 1–3 kez, %34,2'si 4–6 kez, %11,1'i 7–9 kez ve %19,1'i yılda 9'dan fazla sağlık hizmeti aldığını belirtmiştir. Şiddeti hak arama yöntemi olarak görenlerin oranı %12,3 iken, %87,7'si şiddeti bu şekilde değerlendirmemektedir; bu bulgu katılımcılar arasında şiddeti hak arama yöntemi olarak görenlerin azınlıkta olduğunu göstermektedir. Daha önce şiddet uyguladığını belirtenlerin oranı %4,7, uygulamadığını belirtenlerin oranı ise %95,3'tür. Şiddet türleri incelendiğinde, %2,8'i sözel, %1,7'si fiziksel ve %0,2'si psikolojik şiddet uyguladığını belirtirken, %95,3'ü hiç şiddet uygulamadığını ifade etmiştir. Kendini iyi bir iletişimci olarak görenlerin oranı oldukça yüksek olup %93,6, aksini düşünenlerin oranı ise %6,4'tür. En rahat iletişim kurulan sağlık çalışanı olarak katılımcıların %40,6'sı hekimi, %27,8'i hemşireyi, %13,4'ü psikologu, %3,8'i fizyoterapisti, %2,8'i sağlık teknisyenini, %1,9'u paramedikleri, %1,7'si acil tıp teknisyenlerini, %0,9'u cerrahi teknikerleri ve %0,2'si hepsini belirtmiş; %6,8'i ise diğer sağlık çalışanlarını seçmiştir. En zor iletişim kurulan sağlık çalışanı olarak ise %30,2'si hemşireleri, %19,3'ü hekimleri, %12,5'i cerrahi teknikerleri, %10,1'i sağlık teknisyenlerini, %6,4'ü acil tıp teknisyenlerini, %4,0'ı psikologları ve yine %4,0'ı paramedikleri göstermiş; %1,4'ü fizyoterapistleri ve %12,0'si diğer sağlık çalışanlarını belirtmiştir.

3.2. Tanımlayıcı İstatistikler ve Normal Dağılım Analizleri

Bu bölümde araştırmada yer alan temel değişkenlerin merkezi eğilim ve yayılım ölçümleri sunulmuştur. Ayrıca, verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık

ve çarpıklık değerleriyle değerlendirilmiştir. Çalışmada kullanılan ana değişkenler sağlık iletişimi sorunları ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet alt boyutlarıdır. Bu analizler, veri setinin dağılımsal özelliklerini anlamaya ve ileri analizlere temel sağlamaya yönelik yapılmıştır.

Tablo 2: Tanımlayıcı İstatistikler ve Normal Dağılım Sonuçları

Değişken	Ort.	SS	Basıklık	Çarpıklık
Sağlık İletişimi Sorunları	37,90	8,232	0,378	0,548
Etkili İletişimin Sağlanamaması	17,14	4,508	0,437	0,396
Sosyal İletişimin Sağlanamaması	8,19	2,581	0,353	0,159
İletişim Engelleri	12,57	3,587	-0,222	-0,316
Sağlık Çalışanlarına Şiddet	35,24	11,243	0,950	1,021
Şiddet Uygulama Niyeti	1,60	1,074	1,789	2,086
Geçmiş Deneyimler	1,65	1,182	1,766	1,887
Davranışa Yönelik Tutum	16,96	4,653	-0,099	0,781
Öznel Norm	10,69	4,771	0,665	-0,339
Algılanan Davranışsal Kontrol	4,34	2,310	0,683	-0,498

Araştırmaya katılan bireylerin sağlık iletişimi sorunlarına ilişkin toplam puanlarının ortalaması 37,90 olup, bu değer orta düzeyde sağlık iletişimi sorunlarının yaşandığını göstermektedir. Alt boyutlardan "Etkili İletişimin Sağlanamaması" ortalaması 17,14, "Sosyal İletişimin Sağlanamaması" 8,19 ve "İletişim Engelleri" 12,57 olarak bulunmuştur. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet değişkeni ortalama olarak 35,24 puanla orta seviyede bir eğilim göstermektedir. Özellikle "Şiddet Uygulama Niyeti" (1,60) ve "Geçmiş Deneyimler" (1,65) gibi boyutlar düşük seviyede kalmıştır. "Davranışa Yönelik Tutum" 16,96, "Öznel Norm" 10,69 ve "Algılanan Davranışsal Kontrol" 4,34 ortalamalarıyla yer almaktadır.

Çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde, değişkenlerin büyük kısmında ± 2 aralığında sonuçlar elde edilmiştir; bu durum verilerin normal dağılıma yakın olduğunu göstermektedir. Ancak "Şiddet Uygulama Niyeti" (çarpıklık = 1,789; basıklık = 2,086) ve "Geçmiş Deneyimler" (çarpıklık = 1,766; basıklık = 1,887) değişkenlerinde pozitif yönde çarpıklık ve basıklık gözlemlenmiş olup, bu değişkenlerde veri dağılımında sağa çarpık ve sivrileşmiş bir yapı söz konusudur.

3.3. Güvenirlik Analizleri

Bu bölümde kullanılan ölçeklerin iç tutarlılığı Cronbach's Alpha katsayısı ile değerlendirilmiştir. Sağlık iletişimi sorunları ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ölçekleri için yapılan analizler, ölçeklerin güvenilirliğini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Ölçeklerin güvenilir kabul edilebilmesi için Cronbach's Alpha katsayısının en az 0,70 olması gerektiği dikkate alınmıştır (Tabachnick ve Fidell, 2013).

Tablo 3: Ölçeklere Ait Cronbach's Alpha Sonuçları

Ölçek	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha
Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği	13	0,785
Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Ölçeği	15	0,848

Sağlık iletişimi sorunları ölçeğinin Cronbach's Alpha katsayısı 0,785 olarak bulunmuştur. Benzer şekilde, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ölçeğinin Cronbach's Alpha katsayısı 0,848 olarak tespit edilmiştir. Her iki ölçek için de elde edilen sonuçlar, veri toplama aracının iç tutarlılığının yeterli olduğunu ve analizlerin güvenilir biçimde yapılabileceğini ortaya koymaktadır.

3.4. Medeni Duruma Göre Sağlık İletişimi Sorunları ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Karşılaştırılması

Bu bölümde, katılımcıların medeni durumlarına göre sağlık iletişimi sorunları ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet düzeyleri arasındaki farklar incelenmiştir. Evli ve bekar gruplar arasındaki ortalama puanlar karşılaştırılarak, medeni durumun sağlık iletişim sorunları ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet algısı üzerindeki olası etkileri değerlendirilmiştir.

Tablo 4: Medeni Duruma Göre Değişkenlerin Bağımsız Örneklem t-Testi Sonuçları

Değişken	Grup	N	Ort.	SS	t	p
Sağlık İletişimi Sorunları	Evli	45	38,60	7,703	0,60	0,549

	Bekar	379	37,82	8,299		
Etkili İletişimin Sağlanamaması	Evli	45	17,60	4,505	0,72	0,471
	Bekar	379	17,09	4,512		
Sosyal İletişimin Sağlanamaması	Evli	45	7,93	2,623	-0,70	0,483
	Bekar	379	8,22	2,578		
İletişim Engelleri	Evli	45	13,07	3,387	0,98	0,330
	Bekar	379	12,51	3,610		
Sağlık Çalışanlarına Şiddet	Evli	45	34,51	10,345	-0,46	0,648
	Bekar	379	35,32	11,354		
Şiddet Uygulama Niyeti	Evli	45	1,62	1,093	0,17	0,866
	Bekar	379	1,59	1,073		
Geçmiş Deneyimler	Evli	45	1,56	1,139	-0,54	0,587
	Bekar	379	1,66	1,188		
Davranışa Yönelik Tutum	Evli	45	17,00	3,971	0,06	0,954
	Bekar	379	16,96	4,732		
Öznel Norm	Evli	45	10,02	4,361	-1,00	0,320
	Bekar	379	10,77	4,816		
Algılanan Davranışsal Kontrol	Evli	45	4,31	2,575	-0,09	0,930
	Bekar	379	4,34	2,280		

Medeni duruma göre yapılan analizde sağlık iletişimi sorunları ortalaması evli katılımcılarda 38,60, bekâr katılımcılarda ise 37,82 olarak bulunmuş ve anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t = 0,60$; $p = 0,549$). Etkili iletişimin sağlanamaması evlilerde 17,60, bekârlarda 17,09'dur ve aradaki fark anlamlı değildir ($t = 0,72$; $p = 0,471$). Sosyal iletişimin sağlanamaması ortalaması evlilerde 7,93, bekârlarda 8,22 olarak tespit edilmiş ve anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = -0,70$; $p = 0,483$).

İletişim engelleri açısından evli katılımcılar 13,07, bekâr katılımcılar 12,51 ortalama puana sahiptir ve bu fark anlamlı değildir ($t = 0,98$; $p = 0,330$). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet puanları evlilerde 34,51, bekârlarda 35,32 olup anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t = -0,46$; $p = 0,648$).

Şiddet uygulama niyeti evli katılımcılarda 1,62, bekârlarda 1,59'dur ($t = 0,17$; $p = 0,866$). Geçmiş deneyimler açısından evliler 1,56, bekârlarsa 1,66 puan almıştır ($t = -0,54$; $p = 0,587$). Davranışa yönelik tutum puanları evlilerde 17,00, bekârlarda 16,96'dır ve anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = 0,06$; $p = 0,954$). Öznel norm evli katılımcılarda 10,02, bekârlarda 10,77 olarak tespit edilmiştir ($t = -1,00$; $p = 0,320$). Algılanan davranışsal kontrol ortalamaları evli katılımcılarda 4,31, bekârlarda 4,34'tür ve anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($t = -0,09$; $p = 0,930$).

3.5. Çalışma Duruma Göre Sağlık İletişimi Sorunları ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Karşılaştırılması

Bu bölümde, katılımcıların çalışma durumlarına göre sağlık iletişimi sorunları ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet algıları arasındaki farklılıklar analiz edilmiştir. “Çalışıyorum” ve “çalışmıyorum” şeklinde iki gruba ayrılan katılımcılar arasında yapılan karşılaştırmada, aktif çalışma yaşamının iletişim sorunları ve şiddet algısı üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir.

Tablo 5: Çalışma Durumuna Göre Değişkenlerin Karşılaştırılması

Değişken	Grup	N	Ort.	SS	t	p
Sağlık İletişimi Sorunları	Evet	96	37,97	7,088	0,09	0,930
	Hayır	328	37,88	8,548		
Etkili İletişimin Sağlanamaması	Evet	96	17,19	4,371	0,11	0,910
	Hayır	328	17,13	4,554		
Sosyal İletişimin Sağlanamaması	Evet	96	7,94	2,702	-1,08	0,279
	Hayır	328	8,26	2,545		
İletişim Engelleri	Evet	96	12,84	3,692	0,84	0,401
	Hayır	328	12,49	3,558		

Sağlık Çalışanlarına Şiddet	Evet	96	35,05	10,195	-0,18	0,856
	Hayır	328	35,29	11,546		
Şiddet Uygulama Niyeti	Evet	96	1,65	1,076	0,51	0,611
	Hayır	328	1,58	1,075		
Geçmiş Deneyimler	Evet	96	1,70	1,224	0,49	0,627
	Hayır	328	1,63	1,171		
Davranışa Yönelik Tutum	Evet	96	17,04	3,739	0,19	0,849
	Hayır	328	16,94	4,893		
Öznel Norm	Evet	96	10,28	4,590	-0,96	0,339
	Hayır	328	10,81	4,822		
Algılanan Davranışsal Kontrol	Evet	96	4,39	2,254	0,22	0,826
	Hayır	328	4,33	2,329		

Çalışma durumuna göre yapılan analizde sağlık iletişimi sorunları ortalaması çalışan katılımcılarda 37,97, çalışmayanlarda ise 37,88 olarak bulunmuş ve anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($t = 0,09$; $p = 0,930$). Etkili iletişimin sağlanamaması ortalamaları çalışanlarda 17,19, çalışmayanlarda 17,13'tür ve fark anlamlı değildir ($t = 0,11$; $p = 0,910$). Sosyal iletişimin sağlanamaması ortalamaları çalışanlarda 7,94, çalışmayanlarda 8,26 olup, bu fark da anlamlı bulunmamıştır ($t = -1,08$; $p = 0,279$).

İletişim engelleri açısından çalışanlarda ortalama 12,84, çalışmayanlarda 12,49'dur; anlamlı bir fark yoktur ($t = 0,84$; $p = 0,401$). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ortalamaları çalışanlarda 35,05, çalışmayanlarda 35,29'dur ve fark anlamlı değildir ($t = -0,18$; $p = 0,856$).

Şiddet uygulama niyeti çalışanlarda 1,65, çalışmayanlarda 1,58'dir ($t = 0,51$; $p = 0,611$). Geçmiş deneyimler ortalaması çalışanlarda 1,70, çalışmayanlarda 1,63'tür ($t = 0,49$; $p = 0,627$). Davranışa yönelik tutum çalışanlarda 17,04, çalışmayanlarda 16,94'tür ve anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t = 0,19$; $p = 0,849$). Öznel norm çalışanlarda 10,28, çalışmayanlarda 10,81'dir ($t = -0,96$; $p = 0,339$). Algılanan

davranışsal kontrol ise çalışanlarda 4,39, çalışmayanlarda 4,33 olarak belirlenmiştir (t = 0,22; p = 0,826).

3.6. Algılanan Gelir Düzeyine Göre Sağlık İletişimi Sorunları ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Karşılaştırılması

Bu bölümde, katılımcıların algıladıkları gelir düzeylerine göre sağlık iletişimi sorunları ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet algıları arasındaki farklılıklar incelenmiştir. Katılımcılar “Düşük” ve “Orta-Yüksek” gelir grupları olarak sınıflandırılmış; iki grup arasındaki ortalama puanlar karşılaştırılarak gelir düzeyinin iletişim sorunları ve şiddet algısı üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir.

Tablo 6: Algılanan Gelir Düzeyine Göre Değişkenlerin Karşılaştırılması

Değişken	Grup	N	Ort.	SS	t	p
Sağlık İletişimi Sorunları	Düşük	134	40,19	9,258	3,96	0,000***
	Orta-Yüksek	290	36,84	7,496		
Etkili İletişimin Sağlanamaması	Düşük	134	18,54	4,927	4,45	0,000***
	Orta-Yüksek	290	16,49	4,152		
Sosyal İletişimin Sağlanamaması	Düşük	134	8,57	2,648	2,10	0,036**
	Orta-Yüksek	290	8,01	2,535		
İletişim Engelleri	Düşük	134	13,07	3,593	1,96	0,050
	Orta-Yüksek	290	12,34	3,567		
Sağlık Çalışanlarına Şiddet	Düşük	134	37,94	12,832	3,41	0,001***
	Orta-Yüksek	290	33,99	10,212		
Şiddet Uygulama Niyeti	Düşük	134	1,63	1,187	0,39	0,695

	Orta-Yüksek	290	1,58	1,020		
Geçmiş Deneyimler	Düşük	134	1,71	1,353	0,74	0,458
	Orta-Yüksek	290	1,62	1,095		
Davranışa Yönelik Tutum	Düşük	134	18,33	4,645	4,19	0,000***
	Orta-Yüksek	290	16,33	4,527		
Öznel Norm	Düşük	134	11,63	5,492	2,77	0,006**
	Orta-Yüksek	290	10,26	4,340		
Algılanan Davranışsal Kontrol	Düşük	134	4,65	2,511	1,88	0,061
	Orta-Yüksek	290	4,20	2,201		

t:Student's t testi; *: <0.05; **: <0.01; ***: p<0.001

Algılanan gelir düzeyine göre yapılan analizde sağlık iletişimi sorunları ortalaması düşük gelir grubunda 40,19, orta-yüksek gelir grubunda ise 36,84 olarak bulunmuş ve bu fark anlamlıdır (t = 3,96; p = 0,000). Etkili iletişimin sağlanamaması düşük gelir grubunda 18,54, orta-yüksek gelir grubunda 16,49'dur ve bu fark da anlamlıdır (t = 4,45; p = 0,000). Sosyal iletişimin sağlanamaması ortalamaları düşük gelir grubunda 8,57, orta-yüksek gelir grubunda 8,01 olup aradaki fark anlamlıdır (t = 2,10; p = 0,036). İletişim engelleri açısından düşük gelir grubunda 13,07, orta-yüksek gelir grubunda 12,34 değerine ulaşılmıştır; bu fark sınırda anlamlıdır (t = 1,96; p = 0,050).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ortalamaları düşük gelir grubunda 37,94, orta-yüksek gelir grubunda 33,99'dur ve anlamlı fark gözlenmiştir (t = 3,41; p = 0,001). Şiddet uygulama niyeti düşük gelir grubunda 1,63, orta-yüksek gelir grubunda 1,58 olup anlamlı fark yoktur (t = 0,39; p = 0,695). Geçmiş deneyimler düşük gelir grubunda 1,71, orta-yüksek gelir grubunda 1,62 olarak bulunmuştur ve anlamlı fark yoktur (t = 0,74; p = 0,458).

Davranışa yönelik tutum ortalamaları düşük gelir grubunda 18,33, orta-yüksek gelir grubunda 16,33'tür ve bu fark anlamlıdır ($t = 4,19$; $p = 0,000$). Öznel norm düşük gelir grubunda 11,63, orta-yüksek gelir grubunda 10,26'dır ve anlamlı bir fark saptanmıştır ($t = 2,77$; $p = 0,006$). Algılanan davranışsal kontrol düşük gelir grubunda 4,65, orta-yüksek gelir grubunda 4,20'dir; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t = 1,88$; $p = 0,061$).

3.7. Sağlık Sektöründe Yakınlık Durumuna Göre Sağlık İletişimi Sorunları ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Karşılaştırılması

Bu bölümde, katılımcıların sağlık sektöründe yakını olup olmamasına göre sağlık iletişimi sorunları ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet algıları arasındaki farklar analiz edilmiştir. Katılımcılar “Evet” ve “Hayır” olarak iki gruba ayrılmış; bu gruplar arasında yapılan karşılaştırmada sağlık sektörüne olan yakınlığın iletişim sorunları ve şiddet algısı üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir.

Tablo 7: Sağlık Sektöründe Yakınlık Durumuna Göre Değişkenlerin Karşılaştırılması

Değişken	Grup	N	Ort.	SS	t	p
Sağlık İletişimi Sorunları	Evet	255	38,64	8,388	2,28	0,023*
	Hayır	169	36,79	7,885		
Etkili İletişimin Sağlanamaması	Evet	255	17,37	4,655	1,30	0,195
	Hayır	169	16,79	4,268		
Sosyal İletişimin Sağlanamaması	Evet	255	8,40	2,701	2,08	0,038*
	Hayır	169	7,87	2,362		
İletişim Engelleri	Evet	255	12,87	3,564	2,11	0,036*
	Hayır	169	12,12	3,586		
Sağlık Çalışanlarına Şiddet	Evet	255	36,70	11,281	3,33	0,001**
	Hayır	169	33,03	10,850		
Şiddet Uygulama Niyeti	Evet	255	1,69	1,148	2,12	0,035*

	Hayır	169	1,46	0,939		
Geçmiş Deneyimler	Evet	255	1,69	1,221	0,94	0,347
	Hayır	169	1,58	1,121		
Davranışa Yönelik Tutum	Evet	255	17,42	4,499	2,48	0,014*
	Hayır	169	16,28	4,808		
Öznel Norm	Evet	255	11,33	4,927	3,43	0,001**
	Hayır	169	9,73	4,364		
Algılanan Davranışsal Kontrol	Evet	255	4,58	2,424	2,61	0,009**
	Hayır	169	3,98	2,083		

t:Student's t testi; *:<0.05; **<0.01; ***:p<0.001

Sağlık sektöründe yakınlığı olan katılımcıların sağlık iletişimi sorunları ortalaması 38,64, yakınlığı olmayanların ise 36,79'dur ve bu fark anlamlıdır (t = 2,28; p = 0,023). Etkili iletişimin sağlanamaması ortalaması yakınlığı olanlarda 17,37, olmayanlarda 16,79'dur ve fark anlamlı değildir (t = 1,30; p = 0,195). Sosyal iletişimin sağlanamaması yakınlığı olanlarda 8,40, olmayanlarda 7,87 olup anlamlıdır (t = 2,08; p = 0,038). İletişim engelleri yakınlığı olanlarda 12,87, olmayanlarda 12,12'dir ve fark anlamlıdır (t = 2,11; p = 0,036).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ortalamaları yakınlığı olanlarda 36,70, olmayanlarda 33,03 olup anlamlı bir fark saptanmıştır (t = 3,33; p = 0,001). Şiddet uygulama niyeti yakınlığı olanlarda 1,69, olmayanlarda 1,46'dır ve bu fark anlamlıdır (t = 2,12; p = 0,035). Geçmiş deneyimler yakınlığı olanlarda 1,69, olmayanlarda 1,58 olup anlamlı fark bulunmamıştır (t = 0,94; p = 0,347).

Davranışa yönelik tutum yakınlığı olanlarda 17,42, olmayanlarda 16,28'dir ve bu fark anlamlıdır (t = 2,48; p = 0,014). Öznel norm yakınlığı olanlarda 11,33, olmayanlarda 9,73'tür (t = 3,43; p = 0,001). Algılanan davranışsal kontrol yakınlığı olanlarda 4,58, olmayanlarda 3,98'dir ve anlamlı fark gözlenmiştir (t = 2,61; p = 0,009).

3.8. Şiddeti Hak Arama Yöntemi Olarak Görme Durumuna Göre Sağlık İletişimi Sorunları ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Karşılaştırılması

Bu bölümde, katılımcıların şiddeti bir hak arama yöntemi olarak görüp görmemelerine göre sağlık iletişimi sorunları ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet algıları arasındaki farklar incelenmiştir. Katılımcılar “Evet” ve “Hayır” gruplarına ayrılarak karşılaştırmalar yapılmış; şiddeti meşru bir yöntem olarak görenlerle görmeyenler arasındaki algı farklılıkları değerlendirilmiştir.

Tablo 8: Şiddeti Hak Arama Yöntemi Olarak Görme Durumuna Göre Karşılaştırma

Değişken	Grup	N	Ort.	SS	t	p
Sağlık İletişimi Sorunları	Evet	52	41,94	6,763	3,84	0,000***
	Hayır	372	37,34	8,269		
Etkili İletişimin Sağlanamaması	Evet	52	18,75	4,396	2,77	0,006**
	Hayır	372	16,92	4,484		
Sosyal İletişimin Sağlanamaması	Evet	52	9,23	2,365	3,14	0,002**
	Hayır	372	8,04	2,580		
İletişim Engelleri	Evet	52	13,96	4,182	3,01	0,003**
	Hayır	372	12,38	3,458		
Sağlık Çalışanlarına Şiddet	Evet	52	42,56	11,173	5,16	0,000***
	Hayır	372	34,21	10,881		
Şiddet Uygulama Niyeti	Evet	52	2,44	1,577	6,34	0,000***
	Hayır	372	1,48	0,927		
Geçmiş Deneyimler	Evet	52	2,50	1,627	5,77	0,000***
	Hayır	372	1,53	1,055		
Davranışa Yönelik Tutum	Evet	52	19,46	3,847	4,22	0,000***
	Hayır	372	16,61	4,653		

Öznel Norm	Evet	52	13,15	5,050	4,05	0,000***
	Hayır	372	10,35	4,634		
Algılanan Davranışsal Kontrol	Evet	52	5,00	2,196	2,21	0,028*
	Hayır	372	4,25	2,313		

t:Student's t testi; *:<0.05; **<0.01; ***:p<0.001

Şiddeti hak arama yöntemi olarak görenlerin sağlık iletişimi sorunları ortalaması 41,94, diğer grubun ise 37,34'tür ve bu fark anlamlıdır ($t = 3,84$; $p = 0,000$). Etkili iletişimin sağlanamaması ortalamaları sırasıyla 18,75 ve 16,92 olup anlamlıdır ($t = 2,77$; $p = 0,006$). Sosyal iletişimin sağlanamaması şiddeti hak arayanlarda 9,23, diğerlerinde 8,04'tür ve anlamlı fark gözlenmiştir ($t = 3,14$; $p = 0,002$). İletişim engelleri 13,96 ve 12,38 olup anlamlıdır ($t = 3,01$; $p = 0,003$).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet puanları şiddeti hak arayanlarda 42,56, diğerlerinde 34,21'dir ($t = 5,16$; $p = 0,000$). Şiddet uygulama niyeti ortalamaları 2,44 ve 1,48'dir ve anlamlıdır ($t = 6,34$; $p = 0,000$). Geçmiş deneyimler şiddeti hak arayanlarda 2,50, diğerlerinde 1,53'tür ($t = 5,77$; $p = 0,000$).

Davranışa yönelik tutum 19,46 ve 16,61 olarak bulunmuştur ($t = 4,22$; $p = 0,000$). Öznel norm şiddeti hak arayanlarda 13,15, diğerlerinde 10,35'tir ($t = 4,05$; $p = 0,000$). Algılanan davranışsal kontrol ise sırasıyla 5,00 ve 4,25 olup anlamlıdır ($t = 2,21$; $p = 0,028$).

3.9. Yıllık Sağlık Hizmeti Kullanımına Göre Sağlık İletişimi Sorunları ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Karşılaştırılması

Bu bölümde, katılımcıların yıllık sağlık hizmeti kullanım sıklığına göre sağlık iletişimi sorunları ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet algıları arasındaki farklar incelenmiştir. Katılımcılar sağlık hizmeti kullanımına göre "1-3 kez", "4-6 kez" ve "7 kez ve üzeri" olmak üzere üç gruba ayrılmış; bu gruplar arasında yapılan karşılaştırmalarda sağlık hizmeti alma sıklığının iletişim sorunları ve şiddet algısı üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir.

Tablo 9: Yıllık Sağlık Hizmeti Kullanımına Göre Değişkenlerin Karşılaştırılması

Değişken	Grup	N	Ort.	SS	F	p
Sağlık İletişimi Sorunları	1-3 kez	151	37,31	7,697	1,58	0,207
	4-6 kez	145	38,88	8,949		
	7 kez ve üzeri	128	37,49	7,954		
Etkili İletişimin Sağlanamaması	1-3 kez	151	16,82	4,377	2,47	0,085
	4-6 kez	145	17,81	4,646		
	7 kez ve üzeri	128	16,76	4,451		
Sosyal İletişimin Sağlanamaması	1-3 kez	151	7,96	2,522	0,94	0,392
	4-6 kez	145	8,34	2,580		
	7 kez ve üzeri	128	8,28	2,653		
İletişim Engelleri	1-3 kez	151	12,53	3,398	0,21	0,810
	4-6 kez	145	12,72	3,679		
	7 kez ve üzeri	128	12,45	3,720		
Sağlık Çalışanlarına Şiddet	1-3 kez	151	34,56	8,934	0,52	0,597
	4-6 kez	145	35,89	13,830		
	7 kez ve üzeri	128	35,29	10,432		
Şiddet Uygulama Niyeti	1-3 kez	151	1,50	1,045	1,59	0,205
	4-6 kez	145	1,72	1,159		
	7 kez ve üzeri	128	1,58	1,001		
Geçmiş Deneyimler	1-3 kez	151	1,52	1,051	1,67	0,190
	4-6 kez	145	1,77	1,307		
	7 kez ve üzeri	128	1,66	1,172		
Davranışa Yönelik Tutum	1-3 kez	151	16,87	3,767	0,34	0,716
	4-6 kez	145	17,21	5,639		
	7 kez ve üzeri	128	16,78	4,380		
Öznel Norm	1-3 kez	151	10,36	4,185	0,55	0,577
	4-6 kez	145	10,86	5,451		
	7 kez ve üzeri	128	10,89	4,608		
Algılanan Davranışsal Kontrol	1-3 kez	151	4,31	2,127	0,03	0,974
	4-6 kez	145	4,34	2,464		
	7 kez ve üzeri	128	4,38	2,354		

Yıllık sağlık hizmeti kullanımı açısından sağlık iletişimi sorunları ortalaması 1-3 kez grubu için 37,31, 4-6 kez grubu için 38,88, 7 kez ve üzeri için 37,49'dur ve bu fark anlamlı değildir ($F = 1,58$; $p = 0,207$). Etkili iletişimin sağlanamaması 1-3 kez

grubunda 16,82, 4-6 kez grubunda 17,81, 7 kez ve üzeri grubunda 16,76'dır; fark anlamlı değildir ($F = 2,47$; $p = 0,085$). Sosyal iletişimin sağlanamaması gruplara göre 7,96, 8,34 ve 8,28'dir ($F = 0,94$; $p = 0,392$).

İletişim engelleri sırasıyla 12,53, 12,72 ve 12,45'tir ($F = 0,21$; $p = 0,810$). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet puanları 34,56, 35,89 ve 35,29'dur ($F = 0,52$; $p = 0,597$). Şiddet uygulama niyeti ortalamaları 1,50, 1,72 ve 1,58'dir ($F = 1,59$; $p = 0,205$). Geçmiş deneyimler sırasıyla 1,52, 1,77 ve 1,66'dır ($F = 1,67$; $p = 0,190$). Davranışa yönelik tutum ortalamaları 16,87, 17,21 ve 16,78'dir ($F = 0,34$; $p = 0,716$). Öznel norm 10,36, 10,86 ve 10,89'dur ($F = 0,55$; $p = 0,577$). Algılanan davranışsal kontrol ise 4,31, 4,34 ve 4,38 olup anlamlı fark saptanmamıştır ($F = 0,03$; $p = 0,974$).

3.10. Korelasyon Analizi

Bu bölümde sağlık iletişimi sorunları ile sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve alt boyutları arasındaki ilişki Pearson korelasyon katsayısı ile incelenmiştir.

Tablo 10: Sağlık İletişimi Sorunları ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Arasındaki Korelasyonlar

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Yaş	1	-0,019	-0,024	-0,118*	0,073	0,027	0,002	0,007	0,047	-0,014	0,061
2. Sağlık İletişimi Sorunları		1	0,831**	0,668**	0,770**	0,577**	0,470**	0,449**	0,446**	0,484**	0,462**
3. Etkili İletişimin Sağlanamaması			1	0,351**	0,397**	0,511**	0,446**	0,414**	0,376**	0,443**	0,396**
4. Sosyal İletişimin Sağlanamaması				1	0,372**	0,440**	0,396**	0,393**	0,328**	0,361**	0,350**

5. İletişim Engelleri					1	0,365 **	0,234 **	0,228 **	0,315 **	0,293 **	0,311 **
6. Sağlık Çalışanlarına Şiddet						1	0,713 **	0,722 **	0,804 **	0,885 **	0,720 **
7. Şiddet Uygulama Niyeti							1	0,751 **	0,450 **	0,598 **	0,482 **
8. Geçmiş Deneyimler								1	0,440 **	0,628 **	0,471 **
9. Davranışa Yönelik Tutum									1	0,517 **	0,396 **
10. Özel Norm										1	0,601 **
11. Algılanan Davranışsal Kontrol											1

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Yaş değişkeni ile sağlık iletişimi sorunları ve şiddet değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır; yalnızca yaş ile sosyal iletişimin sağlanamaması arasında zayıf ve negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r = -0,118$; $p < 0,05$).

Sağlık iletişimi sorunları değişkeni, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile güçlü ve pozitif yönde anlamlı ilişkilidir ($r = 0,577$; $p < 0,01$). Ayrıca sağlık iletişimi sorunları; şiddet uygulama niyeti ($r = 0,470$; $p < 0,01$), geçmiş deneyimler ($r = 0,449$; $p < 0,01$), davranışa yönelik tutum ($r = 0,446$; $p < 0,01$), özel norm ($r = 0,484$; $p < 0,01$) ve algılanan davranışsal kontrol ($r = 0,462$; $p < 0,01$) ile pozitif ve anlamlı ilişkiler göstermiştir.

Etkili iletişimin sağlanamaması ile sağlık çalışanlarına yönelik şiddet arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,511$; $p < 0,01$). Sosyal iletişimin sağlanamaması ve iletişim engelleri de tüm şiddet alt boyutlarıyla pozitif yönde anlamlı ilişki göstermiştir. Özellikle sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile şiddet

uygulama niyeti ($r = 0,713$; $p < 0,01$), geçmiş deneyimler ($r = 0,722$; $p < 0,01$) ve davranışa yönelik tutum ($r = 0,804$; $p < 0,01$) arasındaki ilişkiler dikkat çekicidir.

3.11. Regresyon Analizleri

Bu bölümde sağlık iletişimi sorunlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve alt boyutları üzerindeki etkisi incelenmiştir.

Tablo 11: Sağlık İletişimi Sorunlarının Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Üzerine Regresyon Analizi

Model	Bağımsız Değişken	B	Std. Hata	t	p
1	Etkili İletişimin Sağlanamaması	1,274	0,104	12,21	0,000
2	Etkili İletişimin Sağlanamaması	1,014	0,106	9,61	0,000
	Sosyal İletişimin Sağlanamaması	1,296	0,184	7,03	0,000
3	Etkili İletişimin Sağlanamaması	0,924	0,110	8,39	0,000
	Sosyal İletişimin Sağlanamaması	1,159	0,190	6,10	0,000
	İletişim Engelleri	0,372	0,140	2,67	0,008

: $p < 0,01$; *: $p < 0,001$

Model 1'e göre etkili iletişimin sağlanamaması sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti anlamlı şekilde yordamakta ve her bir birimlik artışta şiddet puanını 1,27 puan artırmaktadır ($p = 0,000$). Model 2'de sosyal iletişimin sağlanamaması değişkene eklendiğinde, bu değişkenin de şiddeti anlamlı şekilde yordadığı görülmüş ($\beta = 1,30$; $p = 0,000$), etkili iletişimin sağlanamamasının etkisi bir miktar azalmıştır. Model 3'te iletişim engelleri dahil edildiğinde, tüm değişkenler şiddeti anlamlı şekilde yordamakta ve iletişim engellerinin de ek katkı sağladığı görülmektedir ($\beta = 0,37$; $p = 0,008$).

Tablo 12: Sağlık İletişimi Sorunlarının Şiddet Uygulama Niyeti Üzerine Regresyon Analizi

Model	Bağımsız Değişken	B	Std. Hata	t	p
1	Etkili İletişimin Sağlanamaması	0,106	0,010	10,23	0,000
2	Etkili İletişimin Sağlanamaması	0,083	0,011	7,84	0,000
	Sosyal İletişimin Sağlanamaması	0,114	0,019	6,11	0,000

***: $p < 0.001$

Model 1’de etkili iletişimin sağlanamaması şiddet uygulama niyetini anlamlı şekilde yordamakta ve her bir birimlik artışta niyet puanını 0,11 artırmaktadır ($p = 0,000$). Model 2’de sosyal iletişimin sağlanamaması eklendiğinde bu değişkenin de anlamlı bir yordayıcı olduğu ve etkili iletişimin sağlanamaması değişkeninin etkisinin azaldığı görülmüştür ($\beta = 0,083$; $p = 0,000$).

Tablo 13: Sağlık İletişimi Sorunlarının Geçmiş Deneyimler Üzerine Regresyon Analizi

Model	Bağımsız Değişken	β	Std. Hata	t	p
1	Etkili İletişimin Sağlanamaması	0,108	0,012	9,33	0,000
2	Etkili İletişimin Sağlanamaması	0,082	0,012	6,93	0,000
	Sosyal İletişimin Sağlanamaması	0,129	0,021	6,24	0,000

: $p < 0.01$; *: $p < 0.001$

Model 1’de etkili iletişimin sağlanamaması geçmiş deneyimleri anlamlı şekilde yordamakta ($\beta = 0,108$; $p = 0,000$), Model 2’de sosyal iletişimin sağlanamaması eklendiğinde her iki değişken de anlamlı yordayıcılar olarak kalmıştır ($\beta = 0,129$; $p = 0,000$).

Tablo 14: Sağlık İletişimi Sorunlarının Davranışa Yönelik Tutum Üzerine Regresyon Analizi

Model	Bağımsız Değişken	β	Std. Hata	t	p
1	Etkili İletişimin Sağlanamaması	0,388	0,047	8,33	0,000
2	Etkili İletişimin Sağlanamaması	0,307	0,048	6,32	0,000
	Sosyal İletişimin Sağlanamaması	0,403	0,085	4,76	0,000
3	Etkili İletişimin Sağlanamaması	0,261	0,050	5,17	0,000
	Sosyal İletişimin Sağlanamaması	0,334	0,087	3,83	0,000
	İletişim Engelleri	0,188	0,064	2,94	0,003

: p<0.01; *: p<0.001

Davranışa yönelik tutum için yapılan analizlerde Model 1’de etkili iletişimin sağlanamaması anlamlı bir yordayıcıdır ($\beta = 0,388$; p = 0,000). Model 2’de sosyal iletişimin sağlanamaması eklenince bu değişken de anlamlı bir yordayıcı olmuştur (B = 0,403; p = 0,000). Model 3’te iletişim engelleri eklenince tüm değişkenler anlamlı kalmıştır; özellikle etkili iletişimin sağlanamaması ($\beta = 0,261$; p = 0,000) ve iletişim engelleri ($\beta = 0,188$; p = 0,003) dikkat çekmektedir.

Tablo 15: Sağlık İletişimi Sorunlarının Öznel Norm Üzerine Regresyon Analizi

Model	Bağımsız Değişken	β	Std. Hata	t	p
1	Etkili İletişimin Sağlanamaması	0,469	0,046	10,16	0,000
2	Etkili İletişimin Sağlanamaması	0,382	0,048	7,98	0,000
	Sosyal İletişimin Sağlanamaması	0,434	0,084	5,19	0,000

: p<0.01; *: p<0.001

Öznel norm için yapılan analizlerde Model 1’de etkili iletişimin sağlanamaması anlamlı bir yordayıcıdır ($\beta = 0,469$; p = 0,000). Model 2’de sosyal iletişimin

sağlanamaması da anlamlı şekilde öznel normu yordadığı görülmüştür ($\beta = 0,434$; $p = 0,000$).

Tablo 16: Sağlık İletişimi Sorunlarının Algılanan Davranışsal Kontrol Üzerine Regresyon Analizi

Model	Bağımsız Değişken	β	Std. Hata	t	p
1	Etkili İletişimin Sağlanamaması	0,203	0,023	8,87	0,000
2	Etkili İletişimin Sağlanamaması	0,160	0,024	6,73	0,000
	Sosyal İletişimin Sağlanamaması	0,215	0,041	5,19	0,000
3	Etkili İletişimin Sağlanamaması	0,140	0,025	5,66	0,000
	Sosyal İletişimin Sağlanamaması	0,186	0,043	4,34	0,000
	İletişim Engelleri	0,081	0,031	2,57	0,011

: $p < 0,01$; *: $p < 0,001$

Model 1’de etkili iletişimin sağlanamaması algılanan davranışsal kontrolü anlamlı şekilde yordamakta ($\beta = 0,203$; $p = 0,000$). Model 2’de sosyal iletişimin sağlanamaması eklenince her iki değişken de anlamlı kalmıştır. Model 3’te iletişim engelleri dahil edilince tüm değişkenler yine anlamlı yordayıcılar olarak kalmıştır ($\beta = 0,081$; $p = 0,011$).

3.12. Sağlık İletişimi Sorunlarının Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Üzerine Etkisinde Cinsiyetin Düzenleyici Rolüne Yönelik Elde Edilen Bulgular

Bu bölümde sağlık iletişimi sorunlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti yordama gücünde cinsiyetin düzenleyici etkisi incelenmiştir. Moderasyon analizinde bağımlı değişken sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, bağımsız değişken sağlık iletişimi sorunları ve moderatör değişken cinsiyet olarak belirlenmiştir.

Tablo 17: Sağlık İletişimi Sorunlarının Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Üzerindeki Etkisinde Cinsiyetin Düzenleyici Rolü

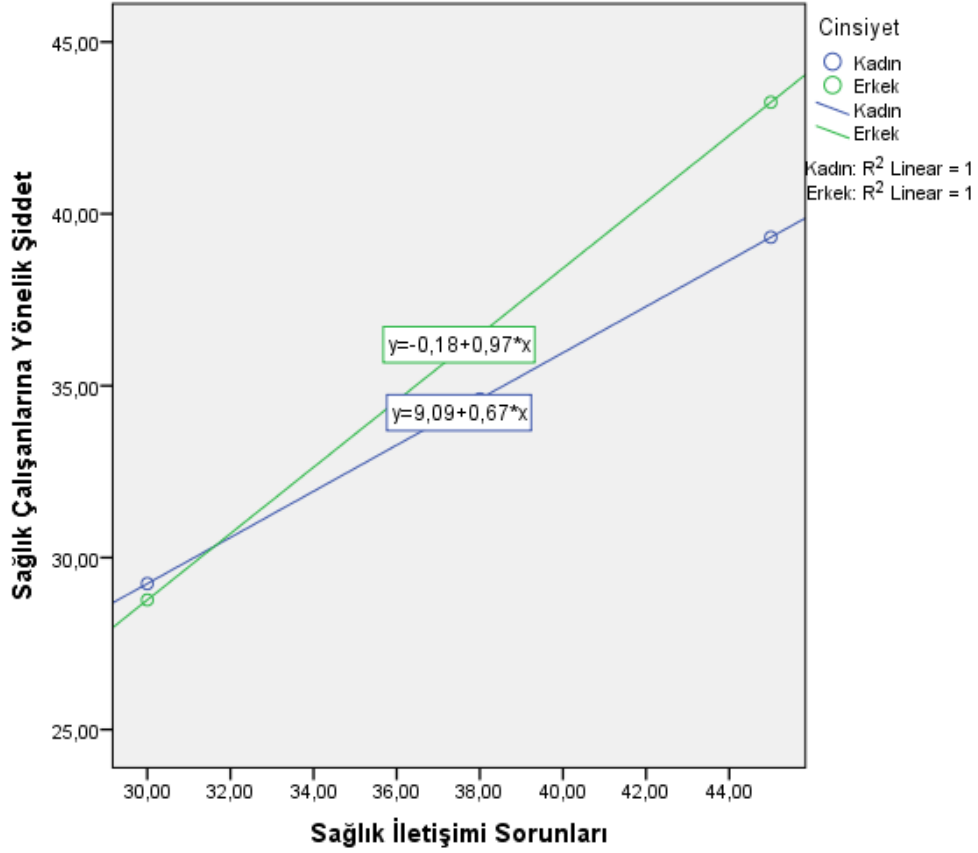
Model Özeti	r	r ²	F	df1	df2	p
	0,592	0,350	75,420	3	420	0,000
Regresyon Sonuçları	β	Std. Hata	t	p	LLCI	ULCI
(Sabit)	18,368	6,277	2,93	0,004	6,030	30,707
Sağlık İletişimi Sorunları	0,378	0,162	2,34	0,020	0,060	0,697
Cinsiyet	-9,275	4,329	-2,14	0,033	-17,783	-0,766
Etkileşim (Sağlık İletişimi Sorunları × Cinsiyet)	0,293	0,111	2,65	0,008	0,075	0,511
Koşullu Etkiler	β	Std. Hata	t	p	LLCI	ULCI
Kadın	0,672	0,068	9,85	0,000	0,538	0,806
Erkek	0,965	0,087	11,04	0,000	0,793	1,137

Yukarıdaki tablo, sağlık iletişimi sorunlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet üzerindeki etkisini ve bu etkide cinsiyetin nasıl bir düzenleyici rol oynadığını ortaya koymaktadır. İlk olarak, model genel olarak anlamlıdır ($r^2 = 0,350$; $p = 0,000$). Modelde, sağlık iletişimi sorunlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet değişkenindeki toplam varyansın açıklama oranı %35 olarak bulunmuştur.

Sağlık iletişimi sorunları bağımsız olarak ele alındığında sağlık çalışanlarına yönelik şiddet puanını anlamlı biçimde artırmaktadır ($\beta = 0,378$; $p = 0,020$). Cinsiyet değişkeni de bağımsız olarak anlamlı bir yordayıcıdır ($\beta = -9,275$; $p = 0,033$). Sağlık iletişimi sorunları ile sağlık çalışanlarına yönelik şiddet arasındaki ilişkide cinsiyet düzenleyici role sahiptir ($\beta = 0,293$; $p = 0,008$). Bu durum, cinsiyetin bu ilişki üzerinde moderatör etkisi olduğunu göstermektedir.

Koşullu etki analizine göre sağlık iletişimi sorunlarının şiddet üzerindeki etkisi kadınlarda 0,672, erkeklerde ise 0,965'tir ve her iki grup için de oldukça anlamlıdır ($p = 0,000$). Sağlık iletişimi sorunları arttığında, her iki cinsiyet grubunda da sağlık çalışanlarına yönelik şiddet artış göstermektedir; ancak bu artış erkeklerde daha

güçlüdür. Özellikle erkek grubunda sağlık iletişimi sorunlarındaki her bir birimlik artışın şiddet puanına etkisi 0,97 seviyesine kadar çıkmaktadır.



Şekil 2. Sağlık İletişimi Sorunları ile Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Arasındaki İlişkinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Şekilde sağlık iletişimi sorunları ile sağlık çalışanlarına yönelik şiddet arasındaki ilişki cinsiyete göre incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre her iki cinsiyet grubunda da sağlık iletişimi sorunları arttıkça sağlık çalışanlarına yönelik şiddet algısında artış olduğu görülmektedir. Kadınlar için bu artış eğilimi daha dik bir şekilde ilerlerken, erkeklerde daha yatay bir seyir izlemektedir. Bu durum, kadınlarda iletişim sorunlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet algısını daha güçlü etkilediğini göstermektedir. Erkeklerde ise sağlık iletişimi sorunları düşük seviyedeysen bile sağlık çalışanlarına yönelik şiddet algısının görece daha yüksek başladığı anlaşılmaktadır.

TARTIŞMA

Araştırma kapsamında medeni durumun, sağlık iletişimi sorunları ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eğilimleri üzerindeki etkisi kapsamlı biçimde incelenmiş; elde edilen bulgular doğrultusunda bu değişkenin anlamlı bir farklılık yaratmadığı tespit edilmiştir. Evli ve bekar bireyler arasında ne sağlık iletişimi sorunları ne de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Arslanoğlu ve Özargun'un (2023) yaptığı çalışmada, medeni durum sağlık iletişimi sorunları üzerinde etkili bir faktör olarak öne çıkmıştır. Evli bireylerin, özellikle etkili iletişim ve iletişim engelleri boyutlarında, bekâr bireylere göre daha fazla sorun yaşadığı tespit edilmiştir. Genel ölçek ortalamaları da bu sonucu destekler niteliktedir. Temel ve Güzel'in (2025) yaptıkları çalışmada, bekâr bireylerin sağlık iletişimi sorunları puanlarının evli bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Sağlık iletişimi boyutları bağlamında da medeni durumun etkisizliği, bireyin sağlık iletişimindeki deneyimlerinin daha çok bireysel algılar, sağlık sistemiyle etkileşim kalitesi, sağlık çalışanlarının tutumları ve kurumsal yapılar gibi faktörlerle şekillendiğini göstermektedir (Joung, 2007). Nitekim, etkili iletişimin sağlanamaması, sosyal iletişimde yaşanan zorluklar ve iletişim engelleri alt boyutlarında elde edilen ortalama puanlar, evli ve bekar bireyler arasında yakın değerlere sahiptir.

Bu çalışmada, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eğilimleri açısından da medeni duruma göre bir farklılığa rastlanmamıştır. Şiddet uygulama niyeti, geçmiş deneyimler, davranışa yönelik tutum, öznel normlar ve algılanan davranışsal kontrol gibi alt boyutlarda evli ve bekar bireyler arasında anlamlı farklar tespit edilmemiştir. Bulguların istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemesi, çalışmanın yöntemi, örneklem yapısı ve kültürel bağlamıyla da ilişkilidir. Şafak ve arkadaşlarının (2024) yaptıkları çalışmada, medeni durum ile sağlık çalışanına şiddet uygulama niyetini değerlendiren ölçekten elde edilen toplam puan ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu durum, bireylerin evli ya da bekar olmalarının, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet niyetlerini belirlemede tek başına anlamlı bir değişken olmadığını göstermektedir. Yim ve arkadaşlarının (2012) Kore'de yaptıkları çalışmada, evli bireylerin bazı sağlık davranışlarında daha olumlu eğilimler gösterdiği

tespit edilmiştir; ancak bu eğilim, sağlık iletişimi ya da şiddet eğilimi gibi konularda net bir farklılığa dönüşmemiştir.

Bu araştırmada, katılımcıların yaşları ile sağlık iletişimi sorunları arasındaki ilişkiye yönelik elde edilen sonuçlarda, sadece sosyal iletişimin sağlanamaması alanında pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Arslanoğlu ve Özargun'un (2023) yaptığı çalışmada, yaş değişkenine göre sağlık iletişimi sorunlarında anlamlı farklılıklar olduğu bulunmuştur. Özellikle etkili iletişim ve iletişim engelleri boyutlarında yaş grupları arasında belirgin farklar tespit edilmiştir. Araştırmada yaş ilerledikçe sağlık iletişimi sorunlarının arttığı görülmüş, en fazla sorun yaşayan grubun orta yaş ve üzerindeki bireyler olduğu belirlenmiştir. En az sorun yaşayanların ise genç yaş grubundaki bireyler olduğu dikkat çekmiştir. Bu sonuç, yaş arttıkça bireylerin sağlık çalışanlarıyla iletişim kurma sürecinde daha fazla zorluk yaşayabileceğini göstermektedir. Yaş değişkeni açısından ele alınan bir diğer çalışmada, genç yaş grubundaki bireylerin yaşlı gruba göre daha fazla sağlık iletişimi sorunu yaşadıkları ortaya konmuştur. Özellikle on sekiz ila otuz yaş grubunun, kırk altı yaş ve üzerinelere kıyasla daha yüksek puanlara sahip olması bu farkı göstermektedir. Aradaki fark anlamlı bulunmuştur (Temel ve Güzel, 2025).

Bu araştırmada, yaş ile sağlık çalışanlarına yönelik şiddet arasındaki ilişkinin tespitine yönelik elde edilen sonuçlarda, anlamlı sonuç bulunmamıştır. Şafak ve arkadaşlarının (2024) çalışmasında ise, yaş değişkeni açısından dikkat çekici bulgular elde edilmiştir. Katılımcıların sübjektif norm alt boyutundan aldıkları puanlar arasında yaşa bağlı olarak anlamlı farklar olduğu tespit edilmiştir. Özellikle otuzlu yaşlarındaki bireylerin bu alt boyuttan aldıkları puanların, yirmili yaşlarda olan bireylerin puanlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, yaş ilerledikçe sosyal çevreden gelen normatif baskının daha güçlü hissedildiğini ve şiddet davranışlarının toplumsal kabulüne yönelik duyarlılığın arttığını göstermektedir. Çalışmada ayrıca, katılımcıların algıladıkları davranışsal kontrol puanlarında da yaşa göre anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür. Al ve arkadaşlarının (2015) Gaziantep'te gerçekleştirdiği araştırmada, genç yetişkin bireylerin, özellikle yirmili yaşlarının ortalarında olanların sağlık personeline yönelik şiddet davranışlarına daha fazla eğilim gösterdiği ortaya konmuştur. Bu bulgu, genç yaş gruplarının duygusal tepkilerini daha

yoğun yaşadıkları ve öfke kontrolünde zorlanabildikleri yönündeki literatürle de örtüşmektedir. Benzer şekilde, Fener ve Aydınтуğ'un (2019) İstanbul'da yürüttükleri çalışmada yaş grupları arasında şiddetin nedenlerine ilişkin algılarda farklılıklar tespit edilmiştir. Araştırmada yirmili yaşlarının sonlarındaki bireyler, sağlık çalışanlarının hasta ve yakınlarına karşı olumsuz tutumlarının şiddeti tetiklediğini belirtmişlerdir. Buna karşılık, daha ileri yaştaki katılımcılar, özellikle otuzlu yaşların sonlarından itibaren, hasta ve yakınlarının sağlık sisteminde mağdur edildiğini düşündükleri durumların şiddeti doğurduğunu ifade etmişlerdir.

Çalışma durumuna göre elde edilen bulgular, sağlık iletişimi sorunları ile sağlık çalışanlarına yönelik şiddet arasında anlamlı farklılıklar bulunmadığını ortaya koymaktadır. Bu bulgular doğrultusunda, çalışıyor olmanın bireylerin sağlık hizmetlerinde yaşadığı iletişim deneyimlerine ve sağlık çalışanlarına yönelik tutumlarına belirgin bir etkisinin olmadığı anlaşılmaktadır. Literatürde, bireylerin iş durumunun sağlık hizmeti algısı üzerinde sınırlı etkiye sahip olabileceği ve bunun daha çok eğitim düzeyi, sağlık okuryazarlığı veya sağlık sistemiyle olan önceki deneyimlerle şekillendiği ifade edilmektedir (Berlanda vd., 2019). Mevcut çalışmada, hem çalışan hem de çalışmayan bireylerde sağlık iletişimi sorunları benzer seviyelerde raporlanmış ve bu sonuç, sağlık iletişiminde yaşanan sorunların daha çok sağlık sistemine veya sağlık çalışanlarının iletişim becerilerine bağlı olabileceğini düşündürmektedir (Zhao vd., 2023). Ayrıca, etkili iletişimin sağlanamaması, sosyal iletişim eksikliği ve iletişim engelleri açısından da iki grup arasında anlamlı fark bulunmaması, sağlık hizmeti sunumundaki iletişim kalitesinin bireylerin iş yaşamından ziyade hizmetin yapısal koşullarına bağlı olduğunu göstermektedir (Kowalczuk ve Krajewska-Kulak, 2016).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet puanlarının da çalışıyor olma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemesi dikkat çekicidir. Bu bulgu, bireylerin sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eğilimlerinin, iş yaşamı gibi bireysel demografik özelliklerden ziyade, sağlık sistemine duyulan memnuniyet, sağlık çalışanlarının davranışları, kurumların kalabalıklığı gibi çevresel ve psikososyal faktörlerden etkilendiğini göstermektedir (İpek ve Özlük, 2023; Terkeş vd., 2022). Şafak ve arkadaşlarının (2024) çalışmasında, çalışan bireylerin, şiddet uygulama niyeti ve

geçmiş deneyimler alt boyutlarından aldıkları puanların, çalışmayan bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde, çalışanların ölçek toplam puanlarının da daha yüksek olması, iş yaşamında karşılaşılan stres, zaman baskısı ve sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan zorlukların, şiddet eğilimini artırıcı bir faktör olabileceğini göstermektedir.

Algılanan gelir düzeyine göre sağlık iletişimi sorunları ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eğilimleri üzerine yapılan analizlerde, düşük gelir grubundaki bireylerin sağlık iletişimde daha fazla sorun yaşadığı ve sağlık çalışanlarına yönelik daha olumsuz tutumlar sergilediği tespit edilmiştir. Düşük gelir grubunda sağlık iletişimi sorunları puanı 40,19 iken, orta-yüksek gelir grubunda bu puan 36,84'tür ve aradaki fark anlamlıdır. Özellikle etkili iletişimin sağlanamaması alt boyutunda düşük gelir grubunda ortalama 18,54 ile daha yüksek puanlar gözlenmiş, bu da iletişim kopukluğunun belirgin olduğunu göstermektedir. Yapılan bir çalışmada, aylık gelir düzeyi açısından katılımcıların ortalamaları arasında fark olsa da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak en yüksek gelir grubundaki bireylerin sağlık iletişimi sorunlarına dair ortalama puanlarının görece daha yüksek olduğu görülmüştür (Temel ve Güzel, 2025).

Benzer şekilde, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet düzeyinin düşük gelir grubunda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, düşük gelirli bireylerde sağlık sistemine olan güvensizlik, beklenti karşılanmama ve iletişim kopuklukları nedeniyle agresyon düzeyinin arttığını düşündürmektedir. Davranışa yönelik tutum alt boyutunda da düşük gelir grubundaki bireylerin ortalama puanının anlamlı düzeyde daha yüksek olması, şiddet davranışlarına yönelik daha hoşgörülü veya hazırlıklı bir tutumun varlığına işaret etmektedir. Bu bulgu, sağlıkta şiddetin sadece bireysel değil, aynı zamanda yapısal ve sosyoekonomik faktörlerle ilişkili olduğunu gösteren araştırmalarla desteklenmektedir (Iavicoli vd., 2018). Şafak ve arkadaşlarının (2024) çalışmasında bireylerin gelir düzeyleri ile sağlık sektöründe çalışan bir yakına sahip olup olmaları, ölçekten elde edilen toplam puan ve alt boyut puanları üzerinde anlamlı bir fark yaratmamıştır.

Katılımcıların sağlık sektörüne olan yakınlık durumlarına göre yapılan analizler, sağlık alanında çalışan veya birinci dereceden yakını bu sektörde olan bireylerin, sağlık iletişimi sorunlarını daha yüksek düzeyde algıladıklarını göstermiştir. Bu grubun ortalama puanlarının, sağlık sektörüne yakın olmayan bireylerle karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde yüksek olması, sağlık sektörüne ilişkin içgörüsü olan bireylerin iletişim eksikliklerine karşı daha duyarlı olduklarını düşündürmektedir. Özellikle sosyal iletişimin sağlanamaması ve iletişim engelleri açısından belirgin farklar gözlenmiştir. Brophy ve arkadaşları (2018), sağlık personelinin yaşadığı iletişimsel ve fiziksel şiddetin çoğu zaman göz ardı edildiğini ve bu durumun çalışanlar kadar sağlık hizmeti alan bireyler tarafından da normalleştirilebildiğini vurgulamaktadır. Bu normalleşme, sektöre yakın bireylerin farkındalığını artırmakla birlikte, memnuniyetsizlik düzeylerini de yükseltmektedir. Aynı zamanda, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet puanlarının sektöre yakın ilişkisi olan bireylerde daha yüksek bulunması, bu bireylerin sağlık sistemindeki aksaklıklara karşı daha tepkisel tutumlar geliştirdiklerini göstermektedir. Özellikle şiddet uygulama niyeti puanlarının anlamlı fark göstermesi, sistemsel aksaklıkların öfke veya saldırganlıkla dışavurum riskini artırdığını işaret etmektedir. Bu bulgu, Al ve arkadaşlarının (2014) Türkiye örnekleminde yürüttüğü çalışmayla örtüşmektedir; zira toplumun önemli bir kesimi sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti bir “hak arama yöntemi” olarak görebilmektedir.

Benzer şekilde, sağlık hizmetlerinde şiddeti bir hak arama biçimi olarak gören bireylerin, sağlık iletişimi sorunlarını ve şiddete eğilim düzeylerini anlamlı derecede yüksek puanlarla değerlendirmeleri, toplumsal algının sağlık çalışanlarını hedef haline getirebileceğini göstermektedir. Bu katılımcı grubunda sağlık iletişimi sorunları, etkili iletişimin sağlanamaması, sosyal iletişimin sağlanamaması, iletişim engelleri ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet puanları tümüyle anlamlı fark göstermektedir. Aharon ve arkadaşlarının (2020) İsrail örnekleminde yaptıkları çalışmada da şiddet eğilimiyle doğrudan ilişkili tutumların, şiddet davranışına yönelik niyetin güçlü bir belirleyicisi olduğu tespit edilmiştir.

Son olarak, sağlık hizmetlerinden yıllık faydalanma sıklığına göre yapılan analizlerde, iletişim sorunları ve şiddet eğilimleri açısından anlamlı farklılıklar

saptanmamıştır. Bu bulgu, sağlık hizmetine erişim sıklığının tek başına sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti veya iletişim sorunlarının algılanmasını açıklamada yetersiz olduğunu göstermektedir. Sağlık kurumlarına başvuru sayısına göre yapılan bir çalışmada, en az başvuru yapanlarla en çok başvuranlar arasında sağlık iletişimi sorunları açısından anlamlı bir fark olduğu ortaya konmuştur. Özellikle on kez ve üzeri başvuru yapan bireylerin ortalama puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olması dikkat çekicidir (Temel ve Güzel, 2025).

Bu çalışmada, sağlık iletişimi sorunları ile sağlık çalışanlarına yönelik şiddet arasında güçlü ve pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca sağlık iletişimi sorunları, şiddet uygulama niyeti, geçmiş deneyimler, davranışa yönelik tutum, öznel norm ve algılanan davranışsal kontrol ile anlamlı ilişkiler göstermektedir. Regresyon analizleri de, sağlık iletişimi sorunlarının şiddet değişkenlerini yordama gücünü ortaya koymuştur. Buna göre, etkili iletişimin sağlanamaması, sosyal iletişimin sağlanamaması ve iletişim engelleri sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti anlamlı şekilde yordamaktadır. Bunun yanında, etkili iletişimin sağlanamaması, sosyal iletişimin sağlanamaması ve iletişim engelleri değişkenlerinin hem şiddet uygulama niyeti hem geçmiş deneyimler hem de davranışa yönelik tutum, öznel norm ve algılanan davranışsal kontrol üzerinde anlamlı etkileri bulunmuştur. Bu sonuçlar, literatürdeki bulgularla paralellik göstermektedir. Araştırmalar, hasta-sağlık çalışanı arasındaki iletişim eksikliklerinin, özellikle empati ve açıklık düzeyinin düşüklüğünün, şiddet olaylarının temel belirleyicilerinden biri olduğunu ortaya koymuştur (Ghiasee ve Sağsan, 2021; Pratibha vd., 2018). Mansur'un (2022) yaptığı çalışmada, sağlık iletişimi sorunlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet üzerindeki etkisi incelenmiştir. Araştırma sonucunda, özellikle etkili iletişim sağlanamadığında bireylerin hekime karşı sözel ve psikolojik şiddet uygulama niyetlerinin arttığı görülmüştür. Lojistik regresyon analizine göre, etkili iletişim problemi sözel şiddet uygulama niyetini anlamlı düzeyde artırmakta ve model bu durumu %13,7 oranında açıklamaktadır. Aynı şekilde, etkili iletişimde yaşanan sorunların psikolojik şiddet uygulama niyeti üzerinde de anlamlı bir etkisi olduğu belirlenmiştir. Ancak sosyal iletişim sorunları ve iletişim engellerinin psikolojik şiddet üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Diğer yandan, fiziksel şiddet uygulama niyeti için yapılan analiz genel olarak anlamlı çıkmamıştır fakat iletişim engelleri değişkeni bu noktada istatistiksel

olarak anlamlı bir etki göstermiştir. Bu da, iletişim engelleri arttıkça fiziksel şiddet niyetinin azaldığını göstermektedir. Çalışma genel olarak, sağlık hizmeti alan bireylerin sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eğilimlerinin iletişimle yakından ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum, etkili iletişim becerilerinin şiddeti önlemede ne kadar önemli olduğunu bir kez daha göstermektedir. Bingöl ve İnce'nin (2021) yaptığı araştırmada, acil servislerde yaşanan şiddet olaylarının en önemli nedenlerinden birinin, hastaların durumları hakkında yeterince bilgilendirilmemeleri olduğu ifade edilmiştir. Bu bulgu, iletişimin sağlık ortamlarında ne kadar kritik olduğunu ortaya koymaktadır. Benzer şekilde Ambesh'in (2016) Hindistan'da yaptığı araştırmada da, hekimlere yönelik şiddet olaylarının çoğunluğunun yoğun bakım servislerinde yaşandığı ve bu olayların büyük kısmının hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiği belirlenmiştir. Araştırmaya göre, hekimlerin iletişim eksiklikleri, hasta yakınlarında gerçek dışı ve yüksek beklentilere yol açmakta, bu da yanlış anlaşılmalara ve şiddet olaylarına zemin hazırlamaktadır. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının özellikle hastanın durumu hakkında açık, anlaşılır ve net bilgi vermeleri gerektiği vurgulanmaktadır. Ayrıca, empatik bir yaklaşım sergilemeleri de büyük önem taşımaktadır. Araştırmada, yeni mezun genç doktorların çoğunlukla yeterince empatik davranmadığı ve bu durumun hasta veya hasta yakınlarında ihmal edildiği hissini oluşturduğu belirtilmiştir. Bu duygunun ise bazı durumlarda şiddet olaylarını tetiklediği ifade edilmiştir. Sim ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada, etkili iletişim becerilerinin geliştirilmesinin sağlık alanında yaşanan şiddet olaylarını önleme ve yönetme açısından önemli olduğu belirtilmiştir. Araştırmada, sağlık çalışanlarının iletişim becerilerini geliştirmesi ve karşılaştıkları zorlayıcı olayları düzenli şekilde gözden geçirmeleri sayesinde, bu tür olaylara karşı daha etkili stratejiler geliştirebilecekleri ifade edilmiştir. Bu sayede, şiddet olaylarının hem önlenmesi hem de azaltılması konusunda olumlu sonuçlar elde edilebileceği vurgulanmaktadır.

Araştırma kapsamında elde edilen bulgulara, sağlık iletişimi sorunlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet üzerindeki etkide cinsiyet değişkeni düzenleyici role sahip olduğu tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle, iletişimde yaşanan sorunların kadın ve erkek bireylerde şiddet davranışlarını farklı düzeylerde etkilemektedir. Buna göre, kadın katılımcılar açısından sağlık iletişimi sorunlarının şiddet davranışları üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı olmakla birlikte erkeklere kıyasla düşük

düzeyde kalmıştır. Bu kapsamda yapılan bir çalışmada, sağlık profesyonellerinin iletişim becerilerinin düşüklüğü ile şiddete maruz kalma arasında ilişki olduğu, özellikle erkek sağlık çalışanlarının fiziksel şiddete daha fazla maruz kaldığı bildirilmiştir (Ghiasee ve Sağsan, 2021). Temel ve Güzel'in (2025) yaptıkları çalışmada, cinsiyet değişkeni açısından kadın katılımcıların sağlık iletişimi sorunlarına ilişkin puanlarının erkek katılımcılara kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kadınların daha fazla iletişim sorunu yaşadığını gösteren bu bulgu, anlamlı düzeyde fark olduğunu ortaya koymaktadır. Arslanoğlu ve Özargun'un (2023) cinsiyet değişkenine göre yaptıkları değerlendirmelerde sosyal iletişim alanında kadınların erkeklere göre daha fazla iletişim problemi yaşadığı belirlenmiştir. Genel ölçekte ise cinsiyete bağlı anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Bu bulgu, kadınların sağlık hizmeti alırken sosyal iletişimde yaşadıkları sorunların daha belirgin olduğunu göstermektedir.

SONUÇ

Bu araştırmada, sağlık iletişimi sorunlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet üzerindeki etkisi ile bu etkide cinsiyetin düzenleyici bir rol oynayıp oynamadığı incelenmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda, sağlık iletişimi süreçlerinde yaşanan sorunların, bireylerin sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eğilimlerini anlamlı düzeyde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmada kullanılan model çerçevesinde etkili iletişimin sağlanamaması, sosyal iletişimin eksikliği ve iletişim engelleri gibi iletişimsel faktörlerin, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet algısını önemli ölçüde artırdığı tespit edilmiştir.

Araştırmada sağlık iletişimi sorunları ile sağlık çalışanlarına yönelik şiddet arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Sağlık iletişimi sorunları arttıkça, bireylerin sağlık çalışanlarına yönelik şiddet puanlarının da yükseldiği belirlenmiştir. Özellikle etkili iletişimin sağlanamaması boyutunun, şiddet uygulama niyeti, geçmiş deneyimler, davranışa yönelik tutum, öznel norm ve algılanan davranışsal kontrol gibi değişkenleri anlamlı düzeyde yordadığı ortaya konulmuştur. Regresyon analizleri sonucunda, etkili iletişimin sağlanamamasının yanı sıra sosyal iletişimin sağlanamaması ve iletişim engelleri değişkenlerinin de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet üzerinde doğrudan etkili olduğu saptanmıştır.

Korelasyon analizleri ise sağlık iletişimi sorunları ile sağlık çalışanlarına yönelik şiddet arasında güçlü ve pozitif yönde ilişkiler bulunduğunu göstermiştir. Sağlık iletişimi sorunlarının alt boyutlarının, şiddet alt boyutları ile anlamlı korelasyonlar gösterdiği belirlenmiştir. Demografik değişkenlere ilişkin analizlerde, bireylerin medeni durumlarına, çalışma durumlarına, sağlık sektöründe bir yakınlarının bulunup bulunmamasına ve yıllık sağlık hizmeti kullanım sıklıklarına göre sağlık iletişimi sorunları ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet düzeylerinde anlamlı farklar bulunmamıştır. Ancak, bireylerin algıladıkları gelir düzeyine göre yapılan karşılaştırmalarda, düşük gelir grubundaki bireylerin hem sağlık iletişimi sorunlarını hem de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eğilimlerini daha yüksek düzeyde bildirdikleri görülmüştür. Ayrıca, bireylerin şiddeti hak arama yöntemi olarak görüp görmemelerine göre yapılan analizlerde anlamlı farklar elde edilmiştir. Şiddeti

hak arama yöntemi olarak gören bireylerde, sağlık iletişimi sorunları daha yüksek düzeyde algılanmakta ve buna paralel olarak sağlık çalışanlarına yönelik şiddet puanları da anlamlı biçimde artmaktadır. Bu bireylerde özellikle şiddet uygulama niyeti ve geçmiş deneyimler değişkenleri yüksek puanlar göstermiştir. Bu sonuç, sağlık iletişiminde yaşanan sorunların, bireylerin şiddeti meşrulaştırma eğilimleriyle birleştiğinde daha ciddi sonuçlara yol açabileceğini ortaya koymaktadır.

Araştırmada cinsiyetin düzenleyici rolüne ilişkin elde edilen bulgulara, sağlık iletişimi sorunlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet üzerindeki etkisinde cinsiyetin düzenleyici rolünün olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyet değişkeni, sağlık iletişimi sorunlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet üzerindeki etkisini anlamlı düzeyde etkilemektedir. Koşullu etki analizlerine göre, sağlık iletişimi sorunları kadınlarda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eğilimini $\beta = 0,672$ düzeyinde artırırken, erkeklerde bu değer $\beta = 0,965$ olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, erkek bireylerin sağlık iletişimi sorunlarına karşı daha yüksek şiddet eğilimi sergileyebildiğini ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak, sağlık iletişimi sorunlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eğilimini önemli düzeyde artırdığı ve bu ilişkinin bireylerin cinsiyetine bağlı olarak değişkenlik gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu bağlamda, etkili sağlık iletişimi stratejilerinin geliştirilmesi, sağlık hizmet sunumunun yalnızca kalitesini değil, aynı zamanda çalışan güvenliğini sağlama açısından da kritik bir önem taşımaktadır. Sağlık kuruluşlarında hasta ve çalışan arasındaki iletişimi güçlendirecek yapıların kurulması, şiddet eğilimini azaltıcı yönde etkiler yaratabilecektir. Aynı zamanda, bireylerin şiddeti meşru bir hak arama yöntemi olarak görmelerine neden olan toplumsal ve bireysel faktörlerin de çok boyutlu olarak ele alınması gerekmektedir.

Bu araştırmada etkili iletişimin sağlanamaması, sosyal iletişimin eksikliği ve iletişim engelleri gibi sorunların sağlık çalışanlarına yönelik şiddet üzerine etkisinin olduğu sonucundan yola çıkarak, hasta ile sağlık çalışanı arasındaki iletişimi güçlendirecek yapısal düzenlemelerin sağlık kurumlarında hayata geçirilmesi önerilmektedir. Özellikle sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin sağlık iletişimi konusunda bilinçlendirilmesine yönelik kamuya açık farkındalık kampanyalarının

düzenlenmesi gerekmektedir. Bunun yanında, üniversitelerde sağlık iletişimi ile ilgili derslerin eklenmesi önerilmektedir.

Araştırmada ayrıca, bireylerin iletişim sorunları karşısında şiddet eğilimlerinin arttığı ve şiddeti bir hak arama yöntemi olarak görenlerde bu eğilimin daha da yüksek olduğu görülmüştür. Bu bağlamda, sağlık hizmeti kullanıcılarının yalnızca tedavi süreci değil, aynı zamanda hizmet alma süreci boyunca etik, saygılı ve anlayışlı bir iletişim dili benimsemeleri konusunda eğitilmeleri gerekmektedir. Toplum temelli iletişim eğitimi programları, şiddeti hak arama yöntemi olarak gören bireylerin düşünsel dönüşümüne katkı sunabilecektir.

Cinsiyet değişkeninin düzenleyici rolünün anlamlı bulunması, kadın ve erkek bireylerin sağlık iletişimi sorunlarına verdikleri tepkilerin farklılaştığını göstermektedir. Bu nedenle, sağlık iletişimi ve şiddet ilişkisinin toplumsal cinsiyet bağlamında daha hassas ve katmanlı bir biçimde ele alınması gerekmektedir. Sağlık kurumlarında görev yapan çalışanların maruz kaldığı şiddetin türü, sıklığı ve etkisi cinsiyete göre farklılık gösterebildiğinden, iletişim temelli müdahale programlarının toplumsal cinsiyet eşitliğini önceleyen bir yaklaşımla tasarlanması önerilmektedir.

Bu araştırma, Diyarbakır ilinde gerçekleştirilmiş olup coğrafi bağlam sınırlılığı taşımaktadır. Bu nedenle, gelecekteki çalışmalarda farklı sosyo-kültürel ve coğrafi bölgelerde yürütülecek benzer araştırmalar ile bulguların genellenebilirliği artırılmalıdır. Ayrıca, araştırmanın kesitsel yapısı, elde edilen bulguların neden-sonuç ilişkisine dayalı yorumlanmasını sınırlandırmıştır. Bu sınırlılığı aşmak için ileri araştırmalarda boylamsal desenlerin kullanılması önerilmektedir.

Son olarak, sağlık kuruluşlarında yöneticilere ve personellere yönelik düzenli aralıklarla şiddeti önleyici eğitim programları uygulanmalıdır. Bu eğitimlerde özellikle çatışma yönetimi, empatik dinleme, kriz iletişimi ve öfke kontrolü gibi becerilerin geliştirilmesi hedeflenmelidir. Ayrıca, çalışanlara yönelik destek mekanizmalarının (psikolojik danışmanlık, hukuki yardım, güvenlik önlemleri vb.) erişilebilir ve görünür hale getirilmesi, sağlık çalışanlarının şiddet karşısında daha donanımlı ve güvende hissetmelerine katkı sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

Agopyan, T. (2016). Sağlık hizmetlerinde iletişimin önemi: ampirik bir çalışma. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Aharon, A., Warshawski, S., & Itzhaki, M. (2020). Public knowledge, attitudes, and intention to act violently, with regard to violence directed at health care staff. *Nursing Outlook*, 68(2), 220-230.

Akca, N., Yılmaz, A., & Işık, O. (2014). Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet: özel bir tıp merkezi örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 13(1): 1-12.

Al, B, Zengin S, Deryal Y, Gökçen C, Arı Yılmaz D, & Yıldırım C, (2012). Increased violence towards health care staff. *The Journal of Academic Emergency Medicine*. 11:115-24.

Al, B., Sarcan, E., Zengi, S., Yıldırım, C., Doğan, M., & Kabul, S. (2014). The Public's View of Increasing Violence toward Healthcare Staff. *Journal of Academic Emergency Medicine*, 14, 19-25.

Albay, A. (2023). Sağlıkta Şiddet Üzerinde Kitle İletişim Araçlarının Etkisi: Sosyal Öğrenme Kuramı Perspektifinde Hasta ve Sağlık Çalışanları Bakış Açılarının Karşılaştırılması. *Fırat Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Elazığ*.

Al-Maskari, S., Al-Busaidi, I., & Al-Maskari, M. (2020). Workplace violence against emergency department nurses in Oman: a cross-sectional multi-institutional study. *International Nursing Review*, 67(2): 249-257.

Alsaleem, S. A., Alsabaani, A., Alamri, R. S., Hadi, R. A., Alkhayri, M. H., Badawi, K. K., & Al-Bishi, A. M. (2018). Violence towards healthcare workers: A study conducted in Abha City, Saudi Arabia. *Journal of family & community medicine*, 25(3), 188.

Al-Shaban, Z. R., Al-Otaibi, S. T. & Alqahtani, H. A. (2021). Occupational violence and staff safety in healthcare: a cross-sectional study in a large public hospital. *Risk management and healthcare policy*, 1649- 1657.

Al-Shiyab, A. A., & Ababneh, R. I. (2018). Consequences of workplace violence behaviors in Jordanian public hospitals. *Employee Relations*, 40(3): 515- 528.

Ambesh, P. (2016). Violence Against Doctors in The Indian Subcontinent: A Rising Bane. *Indian Heart Journal*. 68 (5), 749-750. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2016.07.023>.

Arı, A. (2024). Sağlık İletişimi Sorunlarının Sağlık Sistemlerine Güvensizliğe Etkisi: Konya Örneği. *Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya*.

Arslanoğlu, A., & Özargun, G. (2023). Sağlık İletişimi Sorunlarının Tedavi Sürecine Etkisi. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 212-223. <https://doi.org/10.55050/sarad.1296929>.

Aslan, B. B. (2023). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Çözümünde Kriz İletişimi ve İletişim Becerilerinin Önemi: Bir Kamu Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Avcı, K., & Avşar, Z. (2014). Sağlık İletişimi ve Yeni Medya, İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi, 39: 181-190.

Ayan, S. (2010). Aile ve Şiddet: Aile içinde çocuğa yönelik Şiddet. Ütopya Yayınevi, Ankara.

Aydemir, İ., Üçlü, R. & Aydoğan, A. (2020). Acil Servis Personeline Göre Şiddetin Nedenleri. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*, 83 (1), 60-68.

Baby, M., Gale, C., & Swain, N. (2018). A communication skills intervention to minimise patient perpetrated aggression for healthcare support workers in New Zealand: A cluster randomised controlled trial. *Health & Social Care in the Community*, 27, 170–181.

Başol, E. (2018). Hasta ile Sağlık Çalışanları (Doktor ve Hemşire) Arasındaki İletişim Sorunları ve Çözüm Önerileri, *International Anatolia Academic Online Journal/ Social Science Journal*, 4(1):76-93.

Batı, S., Küçükkendirci, H. & Ulusal, O. (2021). Beyaz Kod Verileri Işığında 112 Çalışanlarına Yönelik Şiddet; Retrospektif Değerlendirme, *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (1), 1-8.

Bayram, B., Çetin, M., Çolak Oray, N., & Can, İ.Ö. (2017). Workplace Violence Against Physicians in Turkey's Emergency Departments: Across-Sectional Survey. *BMJ Open*. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013568>.

Becerikli S., (2012). Sağlık İletişimi Çalışmalarında Alımlama Analizinin Kullanımı: Odak Grup Çalışması Yoluyla Kamu Kampanyaları ve Reklam Metinlerine İlişkin Çapraz Bir Okuma Pratiği, İÜ, İletişim Fakültesi Dergisi, Cilt II, Sayı. 43, İstanbul.

Bekar, E. Ö. & Çevik, E. (2021). Beyaz kod verileri ışığında düzce ilindeki sağlık çalışanlarına yönelik şiddet. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11(3), 298-304.

Berlanda, S., Pedrazza, M., Fraizzoli, M., & de Cordova, F. (2019). Addressing Risks of Violence against Healthcare Staff in Emergency Departments: The Effects of Job Satisfaction and Attachment Style. *BioMed Research International*. 5430870, 1-12, <https://doi.org/10.1155/2019/5430870>.

Bıçkıcı F. (2013). Violence against health care work ers and factors that cause violence an example of a public hospital]. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. 5(1);43-56.

Bingöl, S. & İnce, S. (2021). Factors Influencing Violence at Emergency Departments: Patients' Relatives' Perspectives. *International Emergency Nursing*. 54. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100942>.

Brophy, J., Keith, M., & Hurley, M. (2018). Assaulted and Unheard: Violence Against Healthcare Staff. *NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, 27, 581–606.

Cai, R., Tang, J., Deng, C., Lv, G., Xu, X., Sylvia, S. & Pan, J. (2019). Violence against health care workers in China, 2013–2016: evidence from the national judgment documents. *Human resources for health*, 17, 1-14.

Can, S., & Haylı, Ç. M. (2020). Violence against health workers and measures to prevent violence. *International Journal of Health Services Research and Policy*, 5, 189–193.

Cerit, K., Türkmen Keskin, S., & Erdem, R. (2018). Investigation of exposure to nurses' violence in the work place and related factors. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 31:231-42.

Chakraborty S, Mashreky S, & Dalal K. (2022). Violence against physicians and nurses: a systematic literature review. *Journal of Public Health*. 1-19. <https://doi.org/10.1007/s10389-021-01689-6>.

Çamcı O, & Kutlu Y. (2011). Determination of workplace violence toward health workers in Kocaeli]. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2(1):9 16.

Çuvadar, A. & Ekuklu, G. (2020). Edirne Merkez İlçede Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hekim ve Hemşirelere Yönelik Şiddetin Sıklığı ve Nedenleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2), 212-220.

Dağ, E., & Baysal, H. (2017). Hasta ve Yakınlarını Şiddete Yönelten Sebeplerin Araştırılması: Burdur İli Örneği. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 4 (11), 95-118.

Demirci, Ğ., & Uğurluoğlu, Ö. (2020). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Bir kamu hastanesi örneği. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1): 89-97.

Dökmen Ü. (2012). İletişim çatışmaları ve empati, 47. Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul.

Durmuş, M. (2019). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Konya 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde bir uygulama, Yüksek lisans tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Dünya Sağlık Örgütü. (2002). World Report on Violence and Health. Erişim adresi: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en

Eğici, M. T. & Öztürk, G. Z. (2018). Beyaz Kod Verileri Işığında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet. Ankara Medical Journal, 18(2), 224-231.

Ergül, H. (2013). Etkili Bir Sağlık İletişimi: Azerbaycan'da Bir Saha Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 28(2):166-180.

Esen, H. & Aykal, G. (2020). Sağlık kurumlarında yaşanan şiddetin değerlendirilmesi: Eğitim ve araştırma hastanesi örneği. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 7 (1), 1-9.

Fener, E., & Aydınтуğ, N. (2019). Sağlıkta şiddet nedenlerinin toplum bakış açısıyla değerlendirilmesi. Journal of International Social Research, 12(62), 1272-1282. <https://doi.org/10.17719/jisr.2019.3136>.

Fernandes, H., Sala, D. C. P. & Horta, A. L. D. M. (2018). Violence in health care settings: rethinking actions. Revista Brasileira de Enfermagem, 71, 2599-2601.

García-Pérez, M.D., Rivera-Sequeiros, A., Sánchez-Elías, T.M., & Lima-Serranoc, M. (2021). Workplace Violence an Healthcare Professionals and Underreporting: Characterization and Knowledge Gaps for Prevention. Enfermería Clínica, 31(6), 390-395.

Garg, R., Garg, N., Sharma, D. K. & Gupta, S. (2019). Low reporting of violence against health-care workers in India in spite of high prevalence. medical journal armed forces india, 75(2), 211-215.

Ghiasee, A., & Sağsan, M. (2021). The relationship between violent behavior in healthcare settings and communication skills: An empirical study on provincial hospitals in Ankara. *Alpha Psychiatry*, 22, 106–112.

Gökdemir, D. (2016). Sağlık çalışanlarında mobbing algısının iş tatmini üzerindeki etkisi: Kamu hastanesinde bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Gülen, S. & Ormankaya, T. (2024). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Beyaz Kod Uygulaması ve Hukuki Yardım, Sağlık ve Toplum, 34 (2) 3-10.

Gültekin, A., Tetik, B. K., Bağ, H. G., Savaş, Z., Sharifi, Z., & Sahil, S. A. (2018). Sağlık personeline yönelik şiddet nedenlerinin ve şiddet uygulamayı 79 düşünen bireylerin sosyodemografik özelliklerinin değerlendirmesi. The Journal of Turkish Family Physician, 9(1): 2-8.

Gürhan, N., Erdoğan, G., & Seyran, F. (2020). Cinsel Şiddet. Medya Akademi, 1(1): 59-65.

Güven, O. & Kurt, B. F. (2023). Sağlıkta Şiddetin Beyaz Kod Verileri ile Değerlendirilmesi: Kırklareli İli Örneği. Karya Journal of Health Science, 4(1), 47-50.

Hasan, M. I., Hassan, M. Z., Bulbul, M. M. I., Joarder, T. & Chisti, M. J. (2018). Iceberg of workplace violence in health sector of Bangladesh. BMC research notes, 11, 1-6.

Havaei, F., Ma, A., Staempfli, S., & Staempfli, S. (2021). Nurses workplace conditions impacting their mental health during COVID-19: A crosssectional survey study. In Healthcare, 9(1): 84.

Hoşgör D., (2014), İletişim ve Sağlık İletişimi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Hülür, A. B., (2016). Sağlık İletişimi, Medya ve Etik: Bir Sağlık Haberinin Analizi. Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 14(01), 155-178.

Işık, T. (2019). Türkiye’de Sağlık Kurumlarının Sosyal Medya Uygulamaları. Eğitim Kitabevi, Konya.

İkişik, H., Kutay Yılmaz, F., Karacanoğlu, A., Kadayif, A., Güven, İ., Özdemir, G. M., Taşdan, H., Koç, F., Evli, Ç., Demirci, İ. G. & Maral, I. (2021). Araştırma Görevlisi Hekimlerin Sağlıkta Şiddete Maruz Kalma Durumları ve Sağlıkta Şiddet Konusundaki Düşüncelerinin Değerlendirilmesi. Abant Tıp Dergisi, 10 (1), 55-64.

İnci, Ç., & Yücel, H. (2014). “Sağlık İletişiminin Bakış Açısı ile Türkiye’de Sağlık İşyeri Ortamında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet”, Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, Özel Sayı 3: 31-52.

İpek, M., & Özlük, B. (2023). Patients' opinion on violence against healthcare workers and their level of satisfaction in emergency department in Turkey: A cross-sectional study. International Emergency Nursing, 71, 101350.

İpek, M. (2022). Acil servise başvuran hastaların sağlık çalışanlarına şiddete yönelik düşünceleri ve sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Jain, G., Agarwal, P., Sharma, D., Agrawal, V. & Yadav, S. K. (2021). Workplace violence towards resident doctors in Indian teaching hospitals: A quantitative survey. Tropical doctor, 51(3), 463–465.

Joung, I. (2007). Marital Status and Health Problems. In International Encyclopedia of Public Health (pp. 653-659)

Karaboğa, F., & Kardeş, İ. (2022). Sağlık iletişimi ve hastanelerde iletişim sorunları. Journal of Social Research and Behavioral Sciences, 8 (16), 20-33.

Karabulut, E. & Gezgin Yazıcı, H. (2021). Toplumsal Bir Sorun: Sağlık Çalışanlarının Şiddete Maruz Kalma Durumları, Türkiye Klinikleri J Nurs Sci, 13(1):130-8, doi: 10.5336/nurses.2020-75794

Karaca, B. (2014). Samsun ilinde hekimlerin şiddete uğrama sıklığı, uğradıkları şiddetin özellikleri ve şiddet konusundaki düşünceleri. Uzmanlık Tezi, On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Samsun.

Kılıç, M. (2020). Sağlıkta şiddeti önleme politikasının mediko-sosyal ve yasal dinamiği (Rapor). SET Vakfı İktisadi İşletmesi.

Kıratlı SY, Özmen SÖ, Emeç ZA, & Tonka Z. (2020). Sağlık İletişimi ve Etik. MEB Yayınları, Ankara.

Kim, S., Kitzmiller, R., Baernholdt, M., Lynn, M. R. & Jones, C. B. (2023). Patient Safety Culture: The Impact on Workplace Violence and Health Worker Burnout. *Workplace health and safety*, 71(2), 78– 88.

Koçak, A., & Bulduklu, Y. (2010). Sağlık İletişimi: Yaşlıların Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları, *Selçuk İletişim*,6 (3): 5-17

Kowalczyk, K., & Krajewska-Kulak, E. (2016). Patient aggression towards different professional groups of healthcare workers. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 24(1), 113-116.

Iavicoli, S., Marinaccio, A., Rondinone, B. M., Fingerhut, M. A., & Iavicoli, S. (2018). Occupational health inequalities and the role of workplace health promotion. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1463.

Li, Y. L., Li, R. Q., Qiu, D. & Xiao, S. Y. (2020). Prevalence of workplace physical violence against health care professionals by patients and visitors: a systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 17(1), 299.

Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, & Lu K, (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*. 76(12): 927-937. <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>.

Mansur, F. (2022). Sağlık İletişiminde Yaşanan Sorunların Hekimlere Yönelik Şiddete Etkisi, *İşletme Akademisi Dergisi*. 3(1): 57-69.

Maral, T., & Özdemir, M. (2023). The effect of disclaimer reflected in the media on violence between healthcare workers and patients. *Turkish Bulletin of Hygiene and Experimental Biology*. 80(3): 407 – 418.

Mendi, B. (2015). “Sağlık İletişiminde Sosyal Medyanın Kullanımı: Dünyadaki ve Türkiye’deki Uygulamalar”, *Öneri Dergisi*, 2015; 11(44), 275-290.

Okay, A. (2009), Sağlık İletişimi, İstanbul: MediaCat Oktem, U. (2007). “İletişim Kavramı ve İletişim Türleri”, Genel ve Teknik İletişim (Ed.: E. Arslan, A. Ertürk). İstanbul: Lisans Yayıncılık, 11-21.

Okay, A. (2020). Sağlık iletişimi. (4. baskı), Der Kitabevi, İstanbul.

Özcan, N. K., Bilgin, H., & Eracar, N. (2011). The use of expressive methods for developing empathic skills. *Issues in mental health nursing*, 32(2), 131-136.

Özcan, F., & Yavuz, E. (2017). Türkiye’de sağlık çalışanları şiddet tehdidi altında. *The Journal of Turkish Family Physician*, 8(3): 66-74.

Özerkmen, N. (2012). Toplumsal bir olgu olarak şiddet. *Akademik Bakış Dergisi*, Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi, Ocak-Şubat, Sayı: 28.

Özişli, Ö. (2022). Sağlıkta Şiddetin Nedenleri Üzerine Bir Araştırma. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*,8(1), 62-68.

Öztürk C. & Vardarlier P. (2020). Sağlıkın Geliştirilmesi ve Sağlık İletişimi: Sağlık Kurumlarının Sosyal Medya Mecra Kullanımının İncelenmesi, *Modern Leisure Studies*, 2(1), 33-56.

Peng, L., Xing, K., Qiao, H., Fang, H., Ma, H., Jiao, M., & Kang, Z. (2018). Psychological Violence Against General Practitioners and Nurses in Chinese Township Hospitals: Incidence and Implications. *Health and Quality of Life Outcomes*. 16 (1), 117. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0940-9>.

Polat O. (2014). Violence. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*. 22(1):15-26.

Polat, Ö. & Çırak, M. (2019). Sağlıkta Şiddetin Beyaz Kod Verileri ile Değerlendirilmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 15: 393-398.

Pratibha, V., Kannan, K., & Anandan, H. (2018). Study on Violence against Health Care Providers. *International Journal of Contemporary Medical Research [IJCMR]*. <https://doi.org/10.21276/ijcmr.2018.5.11.2>.

Rajabi, F., Jahangiri, M., Bagherifard, F., Banaee, S., & Farhadi, P. (2020). Strategies for controlling violence against health care workers: Application of fuzzy analytical hierarchy process and fuzzy additive ratio assessment. *Journal of Nursing Management*, 28(4): 777-786.

Redmond, N., Baer, H. J., Clark, C.R., Lipsitz, S., & Hicks, L.S. (2010). Sources of Health Information Related to Preventive Health Behaviors in a National Study, *American Journal of Preventive Medicine*, 38(6) 620-627.

Sağlık Bakanlığı (2020). Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Sağlık İletişimi Daire Başkanlığı, <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,55179/saglik-iletisimi-daire-baskanligi.html>, Erişim Tarihi: 17.05.2025.

Sağlık Hizmetleri Başkanlığı (2015). Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane. T.C Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Sağlık-Sen. (2013). Sağlık çalışanları şiddet araştırması. Sağlık-Sen Ar-ge Birimi, Ankara.

Sahebi, A., Golitaleb, M., Moayedi, S., Torres, M., & Sheikhbardsiri, H. (2022). Prevalence of workplace violence against health care workers in hospital and pre-hospital settings: An umbrella review of meta-analyses. *Frontiers in Public Health*, 10: 1-9.

Sajedian, A. A., Akbari, H., Azad, E., Ahmadi Moshiran, V., Sadeghi-Yarandi, M. & Ghasemi, M. (2023). Evaluation of general health, exposure to workplace violence, and predicting its consequences in health care employees in Iran. *Work*, (Preprint), 1-12.

Sen, S., & Bolsoy, N. (2017). Violence against women: prevalence and risk factors in Turkish sample. *BMC Women's Health*, 17: 1-9.

Seyran, F., Gözlü, M., & Ready, F. N. (2018). İş yerinde fiziksel şiddete maruz kalmış sağlık personelinin şiddet algısı ve boyutu üzerine nitel bir araştırma. *Sağlık ve Sosyal Politikalar Bakış Dergisi*, 2(1): 8-29.

Sezgin, D. (2010). Sağlık İletişimi Paradigmaları ve Türkiye: Medyada Sağlık Haberlerinin Analizi. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Shaikh, S., Baig, L. A., Hashmi, I., Khan, M., Jamali, S., Khan, M. N., & Zaib, S. (2020). The magnitude and determinants of violence against healthcare workers in Pakistan. *BMJ global health*, 5(4), e002112.

Sim. M.G., Wain, T. & Khong, E. (2011). Aggressive Behaviour: Prevention and Management in The General Practice Environment. *Australian Family Physician*. 40 (11), 866-872.

Spelten, E., Thomas, B., O'Meara, P., van Vuuren, J. & McGillion, A. (2020). Violence against emergency department nurses; can we identify the perpetrators? *PLoS one*, 15(4), e0230793.

Şafak, T., Kızılkaya, Y., & Aslan, Y. (2024). Sağlık Çalışanlarına Şiddet Uygulama Niyetinin Değerlendirilmesi: Sultanbeyli Örneği. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 42(2), 294-318. <https://doi.org/10.17065/huniibf.1363307>.

Şahin, Ö. & Yıldırım, E. (2020). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Neden Olan Faktörler: Üniversite Hastanesi Örneği. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3 (1), 7-14.

Şanlıtürk, D., & Boy Y. (2021). Determination of the Society's Perceptions, Experiences, and Intentions to Use Violence Against Health Professionals. *Safety and Health at Work*, 12(2), 141-146, <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2020.12.004>

Şener, E. & Samur, M. (2013). Sağlığı Geliştirici Bir Unsur Olarak Sosyal Medya: Facebookta Sağlık, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2 (4): 508-523.

- Tabak R.S. (2006). Sağlık İletişimi, 3. Baskı, Literatür Yayıncılık, İstanbul.
- Taşkıran, H. B., & Yıldız, E. (2019). Sağlığa İlişkin Risklerin Önlenmesi Bağlamında Sağlık İletişimi Kampanyalarının ve Yeni Medyanın Rolü, Dördüncü Kuvvet Uluslararası Hakemli Dergi, 2(2): 111-133.
- TBMM. (2013). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi. Ankara: Yasama Dönemi TBMM Araştırma Komisyon Raporu.
- Temel Ş, Güzel Ş. Sağlık iletişimi sorunlarının dijital ortamlardan sağlık bilgisi edinme davranışı ve hasta güçlendirme ile ilişkisi: Kesitsel ve tanımlayıcı araştırma. Türkiye Klinikleri J Health Sci. 2025;10(1):188-97.
- Tengilimoğlu D, Öztürk Y. (2013). İşletmelerde halkla ilişkiler, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Teo, I., Chay, J., Cheung, Y. B., Sung, S. C., Tewani, K. G., & Yeo, L. F., (2021). Healthcare worker stress, anxiety and burnout during the COVID-19 pandemic in Singapore: A 6-month multi-centre prospective study. Plos One, 16(10): e0258866.
- Terkeş, N., Ilter, S., & Zorlu, E. (2022). The status of violence of health workers and reasons of violence from the perspective of health workers. *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*. 5(2): 620-634.
- Tokgöz, H. (2018). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Tekirdağ il Sağlık Müdürlüğü kurumlarında sağıkta şiddet vakaları. Yüksek Lisans Tezi, Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tekirdağ.
- Torun N. (2020). Şiddete yönelik beyaz kod verilerin değerlendirilmesi. Cukurova Med Journal. 2020; 45(3): 977-984. <https://doi:10.17826/cumj.726340.977-984>.
- Tozkoparan, G., & Taşoğlu, J. (2011). İş sağlığı ve güvenliği uygulamaları ile ilgili işgörenlerin tutumlarını belirlemeye yönelik bir araştırma. Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 30(1): 181-209.
- Tuççe, E. R., Ayoğlu, F., & Açıkgöz, B. (2021). Sağlık çalışanına yönelik şiddet: Risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. Turkish Journal of Public Health, 19(1), 69-78.
- Türk Dil Kurumu/TDK, 2024. Türk Dil Kurumu Türkçe Sözlüğü. Erişim Adresi: <https://sozluk.gov.tr/> (10.12.2024).
- Uğurlu, H. & Şantaş, F. (2023). Sağıkta Şiddete İlişkin Bir Çalışma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26 (2), 305-334.
- Uludağ, A. (2011). Hastane Hasta Hakları Kurullarının İletişim Sorunu İçerikli Başvurulara Bakışı: Konya Hastaneleri Örneği, Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 31(3): 653-663.

Uluocak, Ş., Gökulu, G., Bilir, O., Etizer Karacık, N., & Özbay, D. (2014). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve kadına yönelik şiddet. Paradigma Akademi, Edirne.

Ünlü, S., & Yaşar, L. (2022). Dijitalleşme çerçevesinde sağlık okuryazarlığı kazanımları ve stratejileri. İçinde A. Bahadır Darı (Ed.) Dijital okuryazarlık, (İlk Baskı, sayfa 97-109). Eğitim Kitabevi, İstanbul.

Vural, A. (2024). Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet, İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir.

World health statistics (2020). monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization.

Yenealem, D. G., Woldegebriel, M. K., Olana, A. T. & Mekonnen, T. H. (2019). Violence at work: determinants and prevalence among health care workers, northwest Ethiopia: an institutional based cross sectional study. Annals of occupational and environmental medicine, 31(1), 1-7.

Yeşilbaş, H. (2016). Sağlıkta Şiddete Genel Bakış. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 3 (1). doi:10.5222/SHYD.2016.044.

Yeşildal, M., Dömbekçi, H.A., & Öztürk, Y.E. (2021). Sağlık İletişimi Sorunları: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi, 5 (2), 108-119.

Yıldırak, Y. (2023). Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin işten ayrılma niyeti üzerine bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Gelişim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Yıldız, M. S. (2019). Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Ankara İlinde Araştırma. Sağlık İdaresi Dergisi, 2 (1), 135-156.

Yılmaz, M. B., & Şireci, M. (2020). Malatya’da Yer Alan Aile Hekimliği Merkezlerinde Sağlık İletişimi Uygulamalarına Yönelik Bir Çalışma. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 30(1), 357-371.

Yim, H. J., Park, H. A., Kang, J., Kim, K., Cho, Y., Hur, Y. I., & Choi, O. (2012). Marital Status and Health Behavior in Middle-aged Korean Adults. Korean Journal of Family Medicine, 33(6), 390–397.

Zengin, Y., Furkan, H., & Kutluca, T. (2012). The effect of dynamic mathematics software geogebra on student achievement in teaching of trigonometry. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 31, 183-187.

Zhang, X., Li, Y., Yang, C. & Jiang, G. (2021). Trends in workplace violence involving health care professionals in China from 2000 to 2020: a review. Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research, 27, e928393-1.

Zhao, X., Zhang, Z., Chen, Z., Tian, Y., Chen, H., & Zhou, J. (2023). Mediating role of depression between workplace violence and job burnout among healthcare workers. *Journal of Central South University. Medical Sciences*, 48(6), 903-908.



EKLER

EK 1. Anket Formu

Sayın Katılımcı,

"Sağlık İletişimi Sorunlarının Sağlık Çalışanlarına Şiddet Uygulama Üzerine Etkisinde Cinsiyetin Düzenleyici Rolü" başlıklı araştırmamıza katılımınız için sizi davet ediyoruz. Bu çalışma, sağlık iletişimi sorunlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulama niyetine nasıl etkiye bulunduğunu ve bu etkiye cinsiyetin düzenleyici bir rol oynayıp oynamadığını anlamayı amaçlamaktadır. Anketimize katılımınız, bu önemli konuyu daha iyi anlamamıza ve sağlık kurumlarında daha etkili iletişim stratejileri geliştirmemize yardımcı olacaktır. Katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır ve anketi doldurmak yaklaşık 15-20 dakikanızı alacaktır. Anket sırasında elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak ve sadece bu araştırmanın amaçları doğrultusunda kullanılacaktır. Kişisel bilgileriniz veya yanıtlarınız, sizin izniniz olmadan üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Anketin sonunda, çalışma bulguları hakkında bilgi almak isterseniz, size bu bilgileri memnuniyetle sağlayacağız. Bu araştırmaya katılımınız, sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet olaylarının azaltılmasına ve daha güvenli bir çalışma ortamı yaratılmasına katkıda bulunacaktır.

Değerli vaktinizi ayırarak bu önemli araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Leyla TURAN-Yüksek Lisans Öğrencisi

Doç. Dr. Selman KIZILKAYA-Tez Danışmanı

KİŞİSEL ÖZELLİKLER

Bu araştırmaya gönüllü bir şekilde katılmayı kabul ediyor musunuz?

Evet () Hayır ()

Cinsiyetiniz? Kadın () Erkek ()

Yaşınız?(lütfen belirtiniz)

Medeni durumunuz? Evli () Bekar ()

Herhangi bir yerde çalışıyor musunuz? Evet () Hayır ()

Algılanan gelir düzeyiniz nedir? Düşük () Orta () Yüksek ()

Sağlık sektöründe görev yapan Yakunin var mı? Evet () Hayır ()

Yılda ortalama kaç defa sağlık hizmetinden faydalaniyorsunuz?

1-3 kez () 4-6 kez () 7-9 kez () 9'dan fazla ()

Daha önce sağlık çalışanına şiddet uyguladınız mı? Evet () Hayır ()

Cevabınız evet ise ne tür şiddet uyguladınız? Sözel Şiddet () Fiziksel Şiddet () Psikolojik Şiddet ()

Şiddeti hak arama yöntemi olarak görüyor musunuz? Evet () Hayır ()

İnsanlarla iyi bir iletişim kurduğunuzu düşünüyor musunuz? Evet () Hayır ()

İletişim kurmakta en rahat olduğunuz sağlık çalışanı grubu hangisidir?

Hekim () Hemşire () Sağlık Teknisyeni () Cerrahi teknikerler () Acil tıp teknisyenleri ()

Fizyoterapistler () Psikologlar () Paramedikler () Diğer....

İletişim kurmakta en çok zorlandığınız sağlık çalışanı grubu hangisidir?

Hekim () Hemşire () Sağlık Teknisyeni () Cerrahi teknikerler () Acil tıp teknisyenleri ()

Fizyoterapistler () Psikologlar () Paramedikler () Diğer....

EK 2. Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) beni sabırla dinler.	1	2	3	4	5
2. Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) hastalığım hakkında bana yeterli bilgi verir.	1	2	3	4	5
3. Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) hastalığım hakkında konuşurken sert üslup kullanır.	1	2	3	4	5
4. Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) sorularıma eksiksiz cevap verir.	1	2	3	4	5
5. Doktorlar muayene esnasında benimle göz teması kurar.	1	2	3	4	5
6. Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) şikâyetimi önemsemez.	1	2	3	4	5
7. Muayene esnasında soruları cevaplarken çok rahat olurum	1	2	3	4	5
8. Muayene olmam gerektiğinde genellikle gergin olurum.	1	2	3	4	5
9. Muayene esnasında kendimi ifade etmekten çekinirim.	1	2	3	4	5
10.Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) benimle iletişim kurmak için isteksiz davranır.	1	2	3	4	5
11.Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) anlamını bilmediğim tıbbi terimleri sıklıkla kullanır.	1	2	3	4	5
12.Doktorlar muayene sırasında aceleci davranır.	1	2	3	4	5
13.Doktorlar reçete ettikleri ilaçlar hakkında detaylı bilgi vermez.	1	2	3	4	5

EK 3. Sağlık Çalışanına Şiddet Uygulama Niyeti Ölçeği

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Bir sonraki hastane başvurumda sağlık çalışanlarına şiddet uygulama niyetindeyim	1	2	3	4	5
2. Daha önce sağlık çalışanlarına şiddet uygulamıştım	1	2	3	4	5
3. Bir sonraki hastane başvurumda sağlık çalışanlarına şiddet uygulamam benim için hoş bir davranıştır	1	2	3	4	5
4. Bir sonraki hastane başvurumda sağlık çalışanlarına şiddet uygulamam benim için hoş bir davranış değildir	1	2	3	4	5
5. Sağlık çalışanlarına şiddet uygulamam bana/yakınıma daha iyi bakılmasını sağlar	1	2	3	4	5
6. Bana/yakınıma daha iyi bakılması benim/yakınım için iyidir	1	2	3	4	5
7. Bir sonraki hastane başvurumda sağlık çalışanlarına şiddet uygulamam benim/yakınım için kötüdür	1	2	3	4	5
8. Bir sonraki hastane başvurumda sağlık çalışanlarına şiddet uygulamam benim/yakınım için iyidir	1	2	3	4	5
9. Benim gibi çoğu kimseler sağlık çalışanlarına şiddet uygular	1	2	3	4	5
10. Söz konusu bana/yakınıma iyi bakılması olduğunda, benim gibi kimseler ne yapıyorsa onlar gibi yapmak isterim	1	2	3	4	5
11. Ailem sağlık çalışanlarına şiddet uygulamam konusunda beni destekler	1	2	3	4	5
12. Ailemin sağlık çalışanlarına şiddet uygulamam konusundaki düşüncelerini önemserim	1	2	3	4	5
13. Söz konusu bana/yakınıma iyi bakılması olduğunda, ailem ne yapmam gerektiğini düşünüyorsa onu yapmak isterim	1	2	3	4	5
14. Bir sonraki hastaneye başvurumda sağlık çalışanlarına şiddet uygulayacağımdan eminim	1	2	3	4	5
15. Bir sonraki hastaneye başvurumda sağlık çalışanlarına şiddet uygulamak bana bağlıdır	1	2	3	4	5

EK 4. Bilgilendirme Onam Formu

Bu çalışma, *İİBF Sağlık Yönetimi bölümündeki Yüksek Lisans öğrencisi Leyla TURAN ile İİBF Sağlık Yönetimi bölümünde görev yapan Doç. Dr. Selman KIZILKAYA tarafından yürütülmektedir. Çalışmanın amacı; Diyarbakır ilindeki herhangi bir sağlık kuruluşundan hizmet alan 18 yaş üstü alan kişilerde, sağlık iletişimi sorunlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulama üzerine etkisi ve bu etkide cinsiyetin düzenleyici rolünü ortaya koymaktır. Bir diğer amaç, sağlık iletişimi sorunları ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulama niyeti ile katılımcıların kişisel özellikleri arasındaki karşılaştırmayı yapmaktır.*

Bu çalışmaya katılım ekte de sunulacağı üzere yüz yüze veya online ortamda katılımcının 5-10 dakika kadar zamanını alacaktır. Katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır, kimlik belirleyici hiçbir bilgi talep edilmeyecektir. Cevaplar gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir. Elde edilen bilgiler bilimsel yayınlarda kullanılacaktır.

Çalışma, kişisel rahatsızlık verecek unsurlar içermemekle beraber, sorulardan ya da herhangi bir nedenden dolayı hoşnutsuzluk hissedilmesi durumunda, uygulamadan çekilebilmektedir.

SORUMLU ARAŞTIRMACI

Adı Soyadı	Tarih	İmza
Leyla TURAN		

Bu çalışmaya özgür irademle gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman ayrılacağımı bilerek, şahsımdan sağlanan bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ KATILIMCI

Adı Soyadı	Tarih	İmza

EK 5. Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 19/03/2025-892478



T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hukuk Müşavirliği



Sayı : E-14679147-663.05-892478
Konu : İnceleme

19/03/2025

Sayın Leyla TURAN

"Sağlık İletişimi Sorunlarının Sağlık Çalışanlarına Şiddet Uygulama Üzerine Etkisinde Cinsiyetin Düzenleyici Rolü" başlıklı tez anket çalışmasını uygulama talebiniz Yükseköğretim Kurumları Bilimsel Çalışma ve Yayın Etiği Yönergesi uyarınca değerlendirilmiş; söz konusu çalışmanın bilimsel etik açısından uygun olduğuna ilişkin Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Başkanlığının kararı Üniversitemiz Rektörlük Makamının 18.03.2025 tarih ve 889314 sayılı Olur'u ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Ömer ERGÜN
Hukuk Müşaviri V.

Ek: İlgili Belgeler (1 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSFFPSZ0R3 Pin Kodu :22572

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5539&eD=BSFFPSZ0R3&eS=892478>

Adres:Dicle Üniversitesi Rektörlüğü, 21280-Diyarbakır

Telefon:+90 412 241 10 00 Faks:+90 412 241 10 56

e-Posta:gensek@dicle.edu.tr Elektronik Ağ:http://www.dicle.edu.tr

Kep Adresi: dicleuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Özcan Konuk

Unvanı: Büro Personeli



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 6. Ölçek İzinleri



İndir

Sayın Selman KIZILKAYA,

Bireylerin sağlık çalışanına şiddet uygulama niyetini belirlemek amacıyla geliştirdiğimiz "Sağlık Çalışanına Şiddet Uygulama Niyeti Ölçeği (SÇŞUN)"ni bilimsel çalışmanızda kullanabilmeniz uygundur. Çalışmalarınızda başarılar dilerim. Makaleye Safety and Health at Work 12 (2021) 141e146 sayısında ulaşabilirsiniz. Ekte gönderdiğim dosyada ölçeğin son hali ve kullanımıyla ilgili detaylı bilgi yer almaktadır. İlginize teşekkür ederim, başarılar dilerim.

Doç. Dr. Döndü ŞANLITÜRK
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Erbaa Sağlık Bilimleri fakültesi
Hemşirelik Bölümü Tokat/Türkiye

