



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MEDYA VE İLETİŞİM ÇALIŐMALARİ ANABİLİM DALI

SAĞLIKTA ŞİDDET SORUNU İLE İLETİŞİM BECERİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ: ANKARA İLİ ÖRNEĞİ

ATİKULLAH GHİASEE

DOKTORA TEZİ

LEFKOŞA
2020

SAĞLIKTA ŞİDDET SORUNU İLE İLETİŞİM BECERİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ: ANKARA İLİ ÖRNEĞİ

ATIKULLAH GHİASEE

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MEDYA VE İLETİŞİM ÇALIŞMALARI ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI

LEFKOŞA
2020

KABUL VE ONAY

Atikullah Ghiasee tarafından hazırlanan “Sağlıkta Şiddet Sorunu İle İletişim Becerileri Arasındaki İlişki: Ankara İli Örneği” başlıklı bu çalışma, 09/11/2020 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

.....
Prof. Dr. Mustafa Sağsan (Danışman)
Yakın Doğu Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İnovasyon ve Bilgi Yönetimi Bölümü

.....
Prof. Dr. Enderhan Karakoç (Başkan)
Selçuk Üniversitesi
İletişim Fakültesi Radyon, Televizyon ve Sinema Bölümü

.....
Doç.Dr. Onur Bekiroğlu
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
İletişim Fakültesi Gazetecilik Bölümü

Doç.Dr. Fevzi Kasap Kasap
Yakın Doğu Üniversitesi
İletişim Fakültesi Radyo Televizyon ve Sinema Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Ayhan Dolunay
Yakın Doğu Üniversitesi
İletişim Fakültesi Radyo Televizyon ve Sinema Bölümü

.....
Prof. Dr. Mustafa Sağsan
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

Tarih

İmza

ATİKULLAH GHİASEE

TEŞEKKÜR

Bu teşekkürün ilki; koşullarının, kaynaklarının ve enerjisinin tamamını kullanarak doğduğum, ilk günden beri bana emek veren annem ve rahmetli babama, sevgili eşime ve dünyaya gelerek sevgi ve neşe kaynağım olan çocuklarıma şükranlarımı sunarım.

Doktora sürecinde, yoğun çalışmalarını sırasında bana her zaman vakit ayıran, çalışmamın her aşamasında yanımda olan, her fikir istediğimde beni asla geri çevirmeyen, değerli görüşlerini benimle paylaşan, danışmanlığımı yürüten, kıymet verdiğim bir akademisyen ve hocam olmasından başka, insani ilişkileri ve candan kişiliğinden feyiz aldığım Prof. Dr. Mustafa SAĞSAN' a hiçbir şartta desteğini benden esirgemediği için en içten teşekkürlerimi sunarım.

Bunun yanında, ne zaman akademik desteğe ihtiyaç duysam bana her zaman vakit ayıran, bilgisine, deneyimine ve kaynaklarına sabırla benimle paylaşan çalışmam boyunca değerli eleştiri ve görüşleriyle çalışmanın her aşamasında katkı sunması için kıymetli yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen muhterem hocalarım Prof. Dr. Enderhan Karakoç, Doç. Dr. Onur Bekiroğlu, Doç. Dr. Fevzi Kasap Kasap, Yrd. Doç. Dr. Ayhan Dolunay'a ya teşekkürlerimi bir borç bilirim.

En büyük teşekkürümü, araştırma verilerini toplarken beni reddetmeyerek bu araştırmaya gönüllü olarak katılan, benimle deneyimlerini paylaşan, içten ifadeleri ile çalışmamı güçlendiren kişilere ediyorum. Çalışmama katıldığınız için çok teşekkür ederim.

ÖZ

SAĞLIKTA ŞİDDET SORUNU İLE İLETİŞİM BECERİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ: ANKARA İLİ ÖRNEĞİ

Bu araştırmada, sağlık çalışanlarında iletişim becerileri ile sağlık çalışanlarının uğradıkları ya da tanık oldukları şiddet olayları arasındaki ilişkiyi incelenmiştir. Bu amaç doğrultusunda araştırmada nicel ve nitel yöntemlerle veriler toplanarak karma araştırma desenlerinden *açımlayıcı sıralı desen* kullanılmıştır. Araştırmaya uygunluk örnekleme yönteminden gönüllü örnekleme yöntemi ile seçilen 346 sağlık çalışanı katılmıştır. Araştırmada Sosyodemografik Bilgi Formu ve İletişim Becerileri Envanteri (İBE) kullanılmıştır. Sağlık çalışanları arasından seçilen 50 gönüllü sağlık çalışanı ile araştırmacı tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak sağlık çalışanlarının iletişim becerileri, hastanede uğradıkları ya da tanık oldukları şiddet olaylarını nasıl algıladıkları betimlenmiştir. Nicel verilerin analizinde T-Testi, Anova, Ki-Kare ve Kruskal Wallis, Pearson ve Spearman Korelasyon Testi, nitel verilerin analizinde betimsel analiz yöntemi kullanılmıştır. Betimsel analiz yönteminde temalar ve ana temaların değerlendirilmesinde, "*Sosyo Ekolojik Model*" kullanılmıştır. Çıkan bulgular sonucunda hastane çalışanların şiddete maruz kalma durumları ile iletişim becerileri arasındaki ilişkiyi sınındığında çalışmada en az bir kez herhangi bir tür şiddete maruz kalma durumunun oldukça sık olduğu ancak iletişim becerileri ile şiddet görme durumu arasında anlamlı ilişki bulunmadığı saptanmıştır. Araştırmanın nitel kısmında sağlıkta şiddetin nedenlerinde " eğitimsizliğin, televizyon gibi kitle iletişim araçları ve sosyal platformlarda paylaşılan olumsuz örneklerin, çalışma güvenliğinden kaynaklı sorunların, güvenlik önlemlerinin yetersizliğinin, hastaya refakat eden birden fazla kişi bulunmasının, kapı şifrelerinin güncellenmemesinin, uygunsuz bekleme alanlarının olması gibi olumsuz çalışma koşullarının" olması saptanmıştır. Ayrıca sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin engellenebilmesine ilişkin hastalara yönelik eğitimlerin verilmesi, şiddete yönelik caydırıcı cezalar verilmesi, güvenlik önlemlerinin artırılması, gereksiz iş yükünün azaltılması gerektiği, sağlıkta şiddete yönelik yasa ve uygulamaların yetersiz olduğu

saptanmıştır. Bu nedenle, araştırmanın bulgu ve sonuçları göz önüne alınarak sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle ilgili toplumsal, kurumsal, çevresel ve cezalara yönelik çözüm önerileri bir bütün halinde değerlendirilerek önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Sağlık, iletişim, iletişim becerisi, şiddet, sağlıkta şiddet

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE VIOLENCE AGAINST HEALTHCARE WORKERS AND COMMUNICATION SKILLS: EXAMPLE OF ANKARA PROVINCE OF TURKEY

In this study, the relationship between communication skills of healthcare workers and the violent incidents that healthcare workers have experienced or witnessed were examined. For this purpose, data were collected using quantitative and qualitative methods, and an exploratory sequential design, one of mixed research designs, was used. A total of 346 healthcare workers selected by voluntary sampling method from the eligibility sampling method participated in the study. Sociodemographic Information Form and Communication Skills Inventory (CSI) were used in the study. Fifty volunteer healthcare workers selected were evaluated using a semi-structured interview form prepared by the researcher, and the communication skills of the healthcare professionals and how they perceived the violence they experienced or witnessed in the hospital were described. T-Test, Anova, Chi-Square and Kruskal Wallis, Pearson and Spearman Correlation Test were used in the analysis of quantitative data, and descriptive analysis method was used in the analysis of qualitative data. In the descriptive analysis method, "Socio Ecological Model" was used to evaluate themes and main themes. In this study, in which the relationship between hospital workers' exposure to violence and communication skills was evaluated, it was found that exposure to violence of any kind at least once was quite common, but there was no significant relationship between communication skills and being exposed to violence. In the qualitative part of the study, the reasons for violence against healthcare workers include: lack of education, negative examples shared on mass media such as television and social platforms, negative working conditions such as problems arising from work security, insufficient security measures, having more than one person accompanying the patient, not updating door passwords, and having inappropriate waiting areas. In addition, it has been determined that education programs for patients to prevent violence against healthcare workers, deterrent penalties against violence, increase in security measures, reduce unnecessary

workload, and laws and practices regarding violence in health are insufficient. For this reason, taking into account the findings and results of the research, suggestions were made by evaluating the solution suggestions for social, institutional, environmental and punishments regarding violence against healthcare workers as a whole.

Keywords: Health, communication, communication skills, violence, violence in health

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
BİLDİRİM.....	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZ.....	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xii
KISALTMALAR	xiii
GİRİŞ	1
1.BİR KAVRAM OLARAK İLETİŞİM	3
1.1. İletişimin Önemi ve Amacı.....	4
1.2. İletişim Süreci ve Öğeleri	6
1.3. İletişim Şekilleri.....	9
1.4. Sağlık Hizmetlerinde İletişim.....	11
1.5. Hasta-Sağlık Çalışanı İletişim Süreçleri	13
1.5.1. Hasta-Sağlık Çalışanı İletişimi	14
1.5.2. Hasta-Hekim İletişimi.....	15
1.5.3. Hasta-Hemşire İletişimi.....	17
1.5.4. Hasta-Diğer Sağlık Personeli İletişimi	18
1.5.5. Hasta-Hastane Yönetimi İletişimi.....	18
1.6. Hasta -Sağlık Personeli İletişiminde Yardımcı Faktörler	19
1.6.1. Saygılı Olma	19
1.6.2. Güven.....	19
1.6.3. Eşitlik	20
1.6.4. İlgili ve Sabırlı Olma	20
1.6.5. Bilgilendirme	21
1.6.6. Dış Görünüm	22
1.6.7. Yardım Edici İletişim.....	22
1.6.8. Dinleme	23
1.7. Hasta -Sağlık Personeli İletişiminde Engeller.....	23

1.7.1. Fiziksel Engeller	24
1.7.2. Kişisel Engeller	24
1.7.3. Anlamsal Engeller	25
2.SAĞLIKTA ŞİDDETİN TANIMI VE SINIFLANDIRILMASI	27
2.1. Şiddetin Sınıflandırılması	28
2.2. Şiddeti Açıklayan Kuramlar.....	30
2.3. Sağlık Kurumlarında Şiddet	30
2.4. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Sebepleri	32
2.4.1. Şiddet Uygulayanların Özellikleri	32
2.4.2. Şiddet Uygulanan Sağlık Çalışanlarıyla İlgili Özellikler	34
2.4.3. Sistemle İlgili Sorunlar	35
2.4.4. Sosyal Nedenler	36
2.4.5. Meyanın Etkileri.....	36
2.5. Dünyada Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Boyutu	37
2.6. Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Boyutu	38
2.7. Türkiye'de Sağlıkta Şiddetin Önlenmesine İlişkin Yasal Düzenlemeler.....	40
3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	42
3.1. Araştırmanın Tasarımı ve Sorunları	42
3.2. Evren ve Örneklem	43
3.3. Veri Toplama Teknikleri.....	44
3.3.1.Nicel Veri Toplama Araçları	44
3.3.1.1.Sosyo-Demografik Bilgi Formu	44
3.3.1.2.İletişim Becerileri Envanteri	45
3.3.2.Nitel Veri Toplama Araçları	45
3.3.2.1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	45
3.4. Verilerin Toplanma Süreci.....	45
3.5. Verilerin Analizi	46
3.6. Sınırlılıklar.....	48
4.BULGULAR.....	50
4.1. Nicel Araştırma Yöntemine İlişkin Bulgular.....	50

4.2. Nitel Araştırma Yöntemine İlişkin Bulgular.....	61
4.2.1. Politika Düzeyi.....	61
4.2.2. Toplum Düzeyi	64
4.2.3. Kurumsal Düzey	67
4.2.4 Kişilerarası.....	72
4.2.5 Kişisel	76
5. TARTIŞMA	79
6. SONUÇ	86
6.1. Nicel Araştırma Yöntemine İlişkin Sonuçlar	86
6.2. Nitel Araştırma Yöntemine İlişkin Bulgular.....	87
7. ÖNERİLER	89
8. KAYNAKÇA	92
9. EKLER.....	106
9.1. Etik kurul Raporu 1	106
9.2. Etik kurul Raporu 2	107
9.3. İntihal Raporu.....	108
9.4. Ölçek İzin Yazısı	109
9.5. Bilgilendirilmiş Onam Formu	110
9.6. Sosyoekonomik ve Demografik Bilgi Formu	111
9.7. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	113
9.8. İletişim Becerileri Envanteri (İBE).....	115
10. ÖZGEÇMİŞ.....	117

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Ülkeler Bazında Görünümü	38
Tablo 2: Sağlık Çalışanlarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	50
Tablo 3. İletişim Alanında Eğitim Alma Durumuna Göre Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Karşılaştırma Sonuçları.....	51
Tablo 4. İletişim Alanında Eğitim Alma Durumuna Göre Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Karşılaştırma Sonuçları.....	52
Tablo 5. Cinsiyete Göre Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Karşılaştırma Sonuçları.....	53
Tablo 6. Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumuna Göre Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Karşılaştırma Sonuçları.....	54
Tablo 7. Sözlü Şiddete Maruz Kalma Durumuna Göre Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Karşılaştırma Sonuçları.....	55
Tablo 8. Fiziksel Şiddete Tanık Olma Durumuna Göre Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Karşılaştırma Sonuçları.....	56
Tablo 9. Sözlü Şiddete Tanık Olma Durumuna Göre Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Karşılaştırma Sonuçları.....	57
Tablo 10. Hastalar Tarafından Şikâyette Bulunulma Durumuna Göre Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Karşılaştırma Sonuçları	58
Tablo 11. Hastalarla Mahkeme Süreci Yaşama Durumuna Göre Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Karşılaştırma Sonuçları.....	59
Tablo 12. Sağlık çalışanlarının sağlıkta şiddet problemlerinin sebepleri ile ilgili düşünceleri	60

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: İletişim Süreci.....	6
Şekil 2. Çalışmada Elde Edilen Temalardan Hareketle Sosyo Ekolojik Modelin Beş Kategorisi İçerisinde Oluşturulan Alt Başlıklar	48

KISALTMALAR

- CDC : Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi
- İBÖ : İletişim Becerileri Envanteri
- ILO : Uluslararası Çalışma Örgütü
- ICN : Uluslararası Hemşireler Birliği
- DSÖ (WHO) : Dünya Sağlık Örgütü
- SUAM : Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu
- TTB : Türk Tabipler Birliği

GİRİŞ

Sağlıkta şiddet, dünya çapında birçok ülkede araştırmacıların ve politika yapıcıların dikkatini çeken büyüyen çok yönlü ve karmaşık sosyal bir olgudur (Azodo, Ezeja and Ehikhamenor, 2011,s.486). Sağlıkta şiddet, sağlık personellerinin, işlerine gidip gelmek de dâhil olmak üzere, işlerine ilişkin koşullar altında, onların güvenliğine sağlığına açık veya örtülü bir meydan okumayı içeren, istismara uğratan, tehdit edilen veya saldırıya uğrayan olayları ifade eder (Richards, 2003). Şiddet, kişinin iyi olma halini, haysiyetini ve değerlerini küçük düşüren, aşağılayan veya onlara zarar veren her türden kötüye kullanımı kapsayan genel bir terimdir.

Sağlıkta şiddet konusunu inceleyen birçok çalışma yayınlanmıştır (Gacki-Smith, Juarez, Boyett et al., 2009,s. 340-349; Hahn, Muller, Needham et al., 2010,s. 3535-3546). Uzun bekleme süreleri, karşılanamayan tedavi istekleri, hastanelerin fiziksel yetersizlikleri, silahlara kolay ulaşım, alkol veya uyuşturucu kullanmış hastalar sağlıkta şiddetin sebepleri olarak ön plana çıkmıştır (Jiao, Ning, Li et al., 2015,s.1-9; Joa and Morken, 2012,s. 55-60). Ancak sağlıkta şiddetin sebeplerinden pek de üzerinde durulmayan kişiler arası iletişim konusu da kritik bir öneme sahiptir (Boafo, 2016,s. 68).

İletişim etkinliğinde iletişim becerileri, bilhassa diğerlerini anlamada, onların duygu ve düşüncelerini onlarla özdeşleşerek görme duyarlılığı elde etmede oldukça önemlidir. Tüm meslek gruplarında belli oranda iletişim becerileri gerekmektedir. Ancak özellikle sağlık gibi kişiler arası etkileşimin çok yoğun olduğu mesleklerde ise iletişim becerileri daha da önemlidir. Yardım ilişkilerinde gereken iletişim becerileri; yakından ilgilenme, konuşmaya açık davet, asgari düzeyde teşvik, duyguların yansıtılması ve özetleme olarak tanımlanmaktadır.

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde şiddetin sebepleri ve nasıl korunabildiğine ilişkin çalışmalar yapılmıştır. Ancak ülkemizde bu alanda yapılan çalışmalar çoğunlukla görülen şiddetin düzeylerini ortaya koyma ile

sınırlanmıştır. Literatürde sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin geliştirilmesinin sağlıkta şiddeti azaltacağı vurgulanmıştır (Cai, Deng, Liu et al., 2011,s. 312-327; Stathopoulou, 2007; Martino, 2002). Ancak iletişim becerileri ile sağlıkta şiddet arasındaki ilişki tam anlamıyla aydınlatılamamıştır.

Çalışmada amacımız, sağlık çalışanlarında iletişim becerileri ile sağlık çalışanlarının uğradıkları ya da tanık oldukları şiddet olayları arasındaki ilişkiyi incelemektir.

1.BÖLÜM

BİR KAVRAM OLARAK İLETİŞİM

Köken itibariyle Latince “communis ve communicare” sözcüklerinden türetilen ve İngilizcede “communication” şeklinde kullanılan iletişim sözcüğü, dilimizde “haberdar etme, ortak kılma, ortaklaşma, bildirişim, haberleşme komünikasyon,” anlamlarında kullanılmaktadır (Gürüz ve Temel Eğinli, 2015, s.5).

İnsanlar için hayati öneme sahip olan iletişim kavramının ne olduğuna dair literatürde çok sayıda tanım bulunmaktadır. Yapılan bir araştırmada, iletişim kavramının şuana kadar 4560 kullanımı ve 15 değişik anlamı ortaya konulmuş ve farklı biçimlerde tanımlanmıştır (Bolat,1999; s.2). Dolayısıyla iletişim değişik biçimlerde tanımlanabilir;

İletişime “anlam”, “süreç” ve “araç” kavramı temelinde yaklaşan tanımlar vardır. Bu kavramların bazılarına göre iletişim; kişilerin anlam arama çabası (Türkoğlu, 2010, s.22), bireyler arasında anlamları ortak kılma durumudur (Mısırlı, 2007, s.1). Ya da bireyler tarafından kişisel birikim ve deneyimlerin biçimlendirilerek, ötekiler tarafından anlaşılır kılınacak yollarla paylaşımında bulunulup, karşılıklı etkinin sağlandığı süreçlerdir(Tayfun, 2009, s.4). İletişime “araç” kavramı temelinde yaklaşan bazı tanımlara göre ise iletişim; duygu, bilgi, fikir, kanı ve tutumların bir araç vasıtasıyla bireyden bireye, bireyden topluluğa, topluluktan bireye, topluluktan topluluğa ve toplumdan topluma aktarılması durumudur (Güney, 2006, s.249).

En basit anlamı ile iletişimi, kişilerin birbirleri üzerindeki etkileşimi, paylaşımı, haberleşmesi ve bunun sonucunda doğal olarak ortaya çıkan davranış ve durumlar olarak tanımlanabilir.

Kişi doğumundan itibaren, çevresiyle iletişim kurmaya çalışmaktadır. Günümüzde gelişen ve ilerleyen teknoloji bir yandan iletişimi kolaylaştırırken, diğer taraftan karmaşıklaşan dünya da iletişimi giderek zorlaştırmaktadır. Dolayısıyla günümüzde iletişim, kişinin teknik olarak bilmesi ve becerilerini geliştirmesi gereken önemli bir araçtır (Ersanlı ve Balcı, 1998: 7).

Zıllıoğlu'na (2014) göre, iletişim "haberleşmeyi de içeren daha geniş kapsamlı bir mesaj alışverişi anlayışını yansıtmaktadır".

Kocakulak (2016,s.4) iletişimi; mesaj alışverişinden başlayarak, belirli kişilere belirli bilgi düşünce ve tutumları kazandırmak amacıyla, bir durum ve olaya ilişkin bilgi, duygu, düşüncelerin aktarılması süreci olarak tanımlamıştır.

"İletileri gönderen ve iletiyi alan arasındaki bilgi değiş tokuşu ve bu sürece dahil bireyler tarafından anlam çıkarılmasıdır" (Tuna, 2009).

"Fikir, bilgi, duygu, düşünce ve kültürü kapsayan anlamların semboller yardımıyla aktarıldığı bir süreçtir" (Karaçor and Şahin, 2004,s. 99).

"Anlamları itibarıyla uzlaşmış simgeler yoluyla değişik zaman ve mekân boyutlarında gerçekleşen bilgi düşünce ve duyguların aktarılması ve alışverişidir" (Zıllıoğlu, 2007,s. 1-19).

İletişim kişilerin kendilerini anlatma, ifade edebilme ve dinletmeye ihtiyaç duymaları sonucu ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda iletişim toplumun temelini meydana getiren bir sistemdir ve toplumsal anlamda uyumun sağlanması için gerekli olan bir sanattır. İletişim aynı zamanda örgütsel ve yönetsel alandaki yapının düzenli bir şekilde işleyişini de sağlamaktadır.

1.1 İletişimin Önemi ve Amacı

İnsan sosyal bir varlıktır. Birlik ve dayanışma içinde yaşamını sürdürmektedir. Bu birlik ve dayanışmayı ancak etkili bir iletişim sayesinde sağlayabilir. Bu bakımdan iletişimin temel amacı, ilişki kurmak, ilişkiyi geliştirmek, iş yapmak ve uyum içinde çalışarak problem çözmektir (Kırmızı,2003; s.7).

Toplumun yapı taşı olan bireyler; doğru ve yanlış, iyi ve kötüyü, güzel ve çirkini, toplum kurallarını, bilgiye ulaşmayı, medeniyeti iletişim sayesinde öğrenmişlerdir. İletişim, insan hayatının her döneminde var olagelmıştır. Modern dünyada gördüğümüz, hayatımızı kolaylaştıran ne kadar öge varsa bunları insanlar arasındaki iletişime borçluyuz. Öncesinde sadece söylence ve anlatılar ile önceki çağlarda yaşayan insanlar hakkında bilgi sahibi olan insan, tarihin kayıt altına alınmasıyla geçmişle daha güçlü bir etkileşim kurmuştur. Yazının bulunmasıyla uzaktaki toplumların hayatına dair yeni bilgilere kolaylıkla ulaşan insanoğlu, toplumlar arası etkileşimlerini arttırmıştır. İnsanlar iletişim sayesinde bireysel, toplumsal ve tinsel gelişimlerini hızlandırmış ve bu ilerleme medeniyetlerin inşasında büyük rol oynamıştır. İletişim bu gibi gelişmelere öncülük ettiği gibi sevinç, heyecan, üzüntü gibi duyguların paylaşımına da olanak sağlamıştır. İletişim, insan var olduğu günden beri gelişim göstererek insani bir yetenek olarak değerlendirilmiştir. Bundan dolayı iletişim sadece çağımızın problemi değildir. İletişim, İlk çağlardan beri sürekli gelişim gösteren bireysel ve toplumsal bir olgu olmuştur. Toplum için iletişim olmazsa olmaz bir şarttır. İletişimin tarafları olan bireylerin sağlıklı kişilik ve düşünce yapısına sahip olmaları güçlü ve üretken bir toplumun temel koşuludur (Zıllıoğlu, 2014).

Kağıtçıbaşı'na (1999, s.180) göre iletişimin amacı; dinleyen kişilerde yeni bir tutum geliştirmek, dinleyicide var olan tutumun şiddetini arttırmak ya da dinleyicinin var olan tutumunun şiddetini değiştirmeyi amaçlamaktadır.

İletişimin amaçlarından biri öğrenmedir. İnsanlar sahip oldukları bilgileri iletişim sayesinde karşıdaki kişiden edinirler. Sonrasında bu bilgileri önceki bilgilerle kıyaslama imkânı bulur. Böylece kendi kişiliklerine has değer ve inanç sistemlerini oluştururlar. İletişim sayesinde kişi kendini daha iyi tanır ve iç dünyasını keşfederek kendi duygu, düşünce ve eylemlerini daha iyi analiz eder. Ayrıca iletişim sayesinde kişi, diğer insanların kendileri hakkında ne düşündüklerini anlayarak sonraki iletişim süreçlerini buna göre şekillendirir.

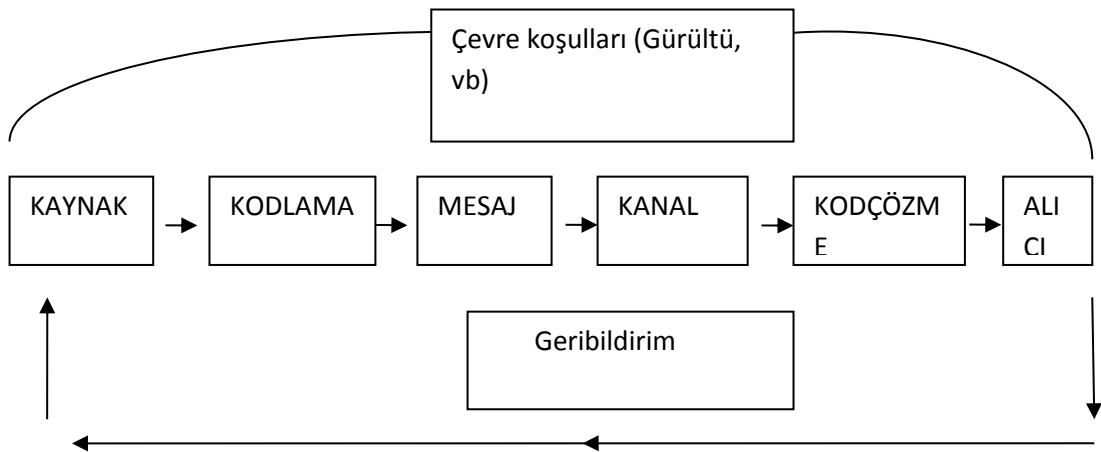
İletişimin diğer bir amacı da ilişki kurmaktır. İlişkilerin gelişiminde iletişim en önemli araçtır. İnsan, yaşamı boyunca diğer insanlar ile yakın ilişki kurma ihtiyacı taşır. Kurulan bu yakın ilişkiler insanları çeşitli olumsuz duygu ve

durumdan uzak tutar. İletişim, diğer insanların tutum ve davranışlarını etkilemek ve kontrol altına almak için de kullanılır. İletişim halinde buldukları insanları ikna edip yönlendirme isteği de iletişimin amaçlarındandır. İş hayatları dışında kalan zamanlarda insanlar kendilerini eğlendirmek için boş zamanlarını değerlendirmeye çalışır. İnsanlar iletişim sayesinde gündelik hayatın sıkıcılığından kurtulmakta, yaşamın sorunları ve ciddi olayların olumsuz etkilerinden uzak durmaktadır.

İnsanlar, iletişimle üstesinden gelemediği konularla ilgili yardım teklifinde ve talebinde bulunurlar. Böylece insanlar birbirlerine yardım ederek hayatı daha yaşanır kılarlar. Sorunu olan yakınlarımıza çözüm önerileri ve tavsiyelerde bulunmak buna örnek gösterilebilir. Yine psikolog ve terapistlerin iletişim sorunu yaşayan insanlara da bununla ilgili destekte bulunmaları buna bir diğer örnektir. Özetle, iletişimin hayatımızdaki yeri çok önemlidir. Bu nedenle iletişimin sağlıklı kurulması için uygun zamanda ve ortamda kurulması iletişimin kalitesini olumlu yönde etkileyecektir.

1.2 İletişim Süreci ve Öğeleri

İletişim bir süreç dahilinde gelişir. İletişimi oluşturan öğeler birbirleriyle ilişki içindedir. İletişim öğelerini, kaynak, mesaj, alıcı, kanal ve geribildirim olarak ele almaktayız.



Şekil 1: İletişim Süreci (Paksoy ve Acar, 2000)

İletişim gönderici ile alıcı arasında geçmekte olup, mesaj kodlanır ve bir kanal vasıtasıyla gönderilir. Alıcı, gönderici tarafından gönderilen mesajı çözmeye

çalışır ve ona bir anlam verir. Yani anlamlar bir kişiden diğerine aktarılmıştır. İletişim sürecinde çevre koşulları kaynaktan alıcıya doğru giden mesajı etkileyen koşulları ifade etmektedir. Örneğin, gürültü bir çevre koşulu olarak, sözlü iletişimde iletişimi olumsuz yönde etkilemektedir (Paksoy ve Acar,2000, s.4-6).

İletişim öğelerinden ilki kaynaktır. Kaynak, iletişimin başladığı yerdir. Kaynak, iletisini kendi yaratabileceği gibi başka kaynaktan da ileti aktarabilir. İnsan, hayvan veya iletişim araçları kaynak olabilir. Kaynak; tanınmalı, bilgi içermeli ve duygu uyandırmalıdır. (Ataklı, Dikmentaş ve Altınışik, 2004). Bu özelliklere sahip kaynaklar iletişim sürecini olumlu şekilde etkiler.

Alıcı, kaynak tarafından iletilen mesajı çözümleyen kişi veya kişilerdir. Alıcının özellikleri ve iletişim becerileri mesajın doğru çözümlemesinde önemli rol oynar. Alıcı, verilmek istenen mesajı en doğru şekilde algılamak için iyi bir dinleme yapmalıdır.

İleti, kaynağın alıcıya gönderdiği kodlanmış bilgidir. Kaynak iletiyi anlaşılır, açık ve net şekilde doğru zamanda alıcıya iletmelidir. (Ataklı, Dikmentaş ve Altınışik 2004).İleti alıcı tarafından anlamlandırılmaz ise iletişim sağlanmaz (Usluata, 1994).

İleti kaynak tarafından kodlanarak alıcıya gönderilir. Alıcı ise bu kodlamayı çözerek bilgiyi analiz eder. Bilgi, duygu ve düşüncelerin alıcıya iletilmesi sırasında kullanılan simgelemeye “kodlama”, kodlanan bu iletinin aslına uygun şekilde alıcı tarafından algılanmasına “kod çözme” denir. Harf, kelime, rakam, simge, işaret, grafik, jest ve mimikler kodlamanın birer parçasıdır. Bu noktada dil en önemli kodlama öğesidir (Simon, Grimes and Roch, 2018).

Kodlama ve kod çözme, sağlıklı iletişimi etkileyen önemli faktörlerdendir. Bu süreçte kaynak ve alıcı, ancak aynı sistemi veya dili kullandığında başarılı bir iletişim kurmuş olur. Diğer türlü iletişim başarısız olur. İletişim problemlerinin büyük kısmı kodlama ve kod çözme sürecinde ortaya çıkar. (Frekansları tutmamak deyiminden anlatılmak istenen budur.) Mekân, zaman, duygu durumu ve yaşantılarımız uygun olmayan şartlarda hatalı kod çözmeye sebebiyet verebilmektedir. Bunun sonucunda alıcı, iletilmek istenen

mesajdan farklı çıkarsamalar yapabilir. Yazma ve konuşma kodlama ve kod çözme için daha uygunken jest ve mimikler daha yanıltıcı olabilmektedir. (Simon, Grimes and Roch, 2018).

İletmek istenen mesajın oluşturulduğu ve iletildiği ortam veya araca kanal denir. Kâğıt, ekran, ışık, radyo ve ses frekansları, kablolar kanal çeşitlerindedir. Mesajın sağlıklı bir şekilde iletilmesi için seçilen kanal, iletişimin kalitesini belirler. (Ayhan and Canöz, 2006).

Alicının kaynaktan gelen iletinin kod çözümü ve analizi sonucu kaynağa geri iletmek üzere kodladığı geri iletiye “geri bildirim” denir. Mesajın doğru anlaşılıp anlaşılmadığı geri bildirimle test edilebilir. Kişiler arası etkileşimi iletimden iletişime taşıyan ana süreç geri bildirim yapılmasıyla başlar. Geri bildirim yapılmadığı iletişim tek yönlüdür (Ayhan and Canöz, 2006). Yapılan olumlu geri bildirimler iletinin alıcı tarafından doğru anlaşıldığını, olumsuz geri bildirimler ise iletinin yanlış anlaşıldığını gösterir. Bu sağlıklı iletişimi kırmanın yolu kaynak tarafından daha anlaşılabilir bir ileti oluşturmak ve iletişimi tekrar başlatmak olmalıdır. Geri bildirim sağlıklı bir şekilde yapılması iletişiminin kalitesini artırır. Geri bildirim, iletinin doğru zamanda, doğru kişiye, doğru bilginin aktarılıp aktarılmadığını ortaya koyar. Seçilen kanalın doğruluğu yine geri bildirimle test edilir. Böylece sonraki iletişim sürecinde gerekli olan bilgilerin düzenlenmesi ve kullanımına zemin hazırlanmış olur (Zıllıoğlu, 2014).

İletişimin kalitesini olumsuz etkileyen, zaman zaman iletişimin sonlanmasına neden olan unsurlara “gürültü” denir. Ortam sesinin yüksek olması ve silinmiş yazılar gibi kaynağın alıcıya iletiyi sağlıklı bir şekilde aktarmasını engelleyen birçok fiziki gürültü kaynağı vardır. Alicının işitme engelli olması, yorgun aç veya susuz olması, kaynağın konuşma bozukluğu olması gibi fizyolojik gürültü kaynakları da vardır. Kaynağın veya alıcının abartılmış duygu durumu içinde olması ve iletişim içinde olan kişilerin ön yargıları ise psikolojik gürültü kaynaklarındandır. İletişimin taraflarının kültürel düzeyleri ve buldukları toplumda yaşantı ve statü farklılıklarından kaynaklanan gürültüye ise toplumsal/kültürel gürültü kaynağı denir. Bu gürültü çeşitleri arasında en sık

karşılaşılanı psikolojik gürültüdür. Anlaşmazlık ve kavgaların önemli kısmı psikolojik gürültü kaynaklıdır(Doğan, 1999)

Örn; kişi kendi iç sesiyle konuşurken, dışarıdan bir kişinin sözlerini hiç duymayabilir yahut yanlış anlayabilir. Bu örnekte alıcının iç sesi bir gürültü teşkil etmiş ve kod açma gerçekleştirmemiş, alıcı mesajı algılayamamıştır. Bu vb. çok örnek verilebilir. Örn; önyargılı olunan bir konuda daha hiç kaynak meramını anlatmadan karşı taraf algı kanallarını kapatır, frekans değiştirir. Göndericinin mesajı umurunda dahi olmaz. İşte bu iletişimi en çok bozan gürültülerden biridir (Orhon, 2012, s. 52).

1.3 İletişim Şekilleri

İletişimin kaynak ve alıcı farklılıklarından doğan 5 farklı şekli vardır. Bunlar; kişinin kendi ile iletişimi, kişilerarası iletişim, grup iletişimi, örgütsel iletişim ve kitle iletişimidir.

Kişinin kendi ile iletişimi, iç dünyasında gerçekleşen içsel konuşma ve hayallerden oluşan iletişim şeklidir. Kişi kendi ile iletişimi kopardığı zaman veya bu iletişimi doğru yürütemediği zaman bir takım ruhsal rahatsızlıklar baş gösterir. Kişinin kendi ile olan iletişimi; kişinin olay örüntülerini düzenlenmesine, çeşitli kanaatlere ulaşmasına, hayatını bir plan çerçevesinde devam ettirmesine, analizlerde bulunmasına ve kendisine iletilen mesajları yorumlamasına olanak tanır. Kişinin kendi ile olan iletişiminden doğan geri bildirimler sonucu yeni kararlar ve kişilerarası mesajların içeriği oluşturulur. Böylece kişi etrafında gelişen olaylara doğru bir şekilde etki edebilme ve onlara yön verebilme yetisini geliştirir. Kaynak ve alıcı aynı kişi olduğundan kodlama ve kod çözme süreçleri kişiler arası iletişime göre daha açık olabilmekte ve insan kendi duygu ve düşüncelerini daha iyi anlamlandırabilmektedir. Böylelikle kişi kendini daha iyi tanır ve diğer insanlarla olan ilişkilerini daha sağlıklı bir şekilde yürütür (Nickerson, 1999). Okay 'a (2016, s.91) göre ise kişinin kendi ile iletişimi, her bireyin en fazla muhatap olduğu, en fazla tekrarlanan iletişim türüdür. Kurulan hayaller, düşünceler, analizler, zihindeki sorular ve diğer iletişim türlerinin kurulmasından önceki iç süreci ifade eden iletişim türüdür.

Kişilerarası iletişim; Birey kendi içsel iletişiminden çıktığı anda çok yönlü, kişilerarası iletişimin sahasına girmektedir. Yüz yüze, karşılıklı, isteğe dayalı kurulan iletişim türüdür. Örn: Hastalar, hasta yakınları ve tüm diğer kişilerle kurulan iletişim. Kişiler arası iletişim sosyal zekâ ve iletişim beceri düzeyine göre kişiden kişiye farklılıklar göstermektedir(Okay 2016: s.92).

Kişilerarası iletişim kişilerin veya küçük grupların birbiri arasında güven esaslı ilişkiler ağına dayanan, bilgi, duygu ve düşüncelerin paylaşılmasını hedefleyen iki taraflı sözlü veya sözsüz iletişim şeklidir. Kişilerarası iletişimin olmazsa olmazı iletimin tek yönlü değil çift yönlü olmasıdır. Toplum içerisinde insanların en çok kullandığı iletişim şekli budur. Yüz yüze görüşme, görüntülü video haberleşme, telefon, mektup, sosyal medya yazışmaları ve elektronik postalar (iki kişi arasında yapıldığı sürece) kişilerarası iletişimin örneklerindedir (Hartley, 2002).

Gruplarla iletişim; İnsan sosyal yaşantısı içerisinde kişilerarası iletişim kurmakla beraber belli *gruplarla* da iletişim halindedir. Sosyal grup; yüz yüze iletişim içinde olan, gruptaki diğer kişilerin varlığından haberdar olan kişilerin oluşturduğu, belirli bir amaç etrafında toplanmış iki veya daha fazla insanın oluşturduğu yapıdır. Kişilerin buldukları grup içerisinde kurduğu iletişime grup iletişimi denmektedir. Sosyal yaşamın önemli bir parçası olan grupların parçası olduğu bireyleri nasıl etkilediği ve grupta öne çıkan kişilerin grubu oluşturan diğer bireyleri nasıl etkilediği, psikoloji ve sosyolojinin önemli çalışma konularındandır. Bu açıdan bakıldığında aile başta olmak üzere sosyal, dini ve mesleki grup davranışları bireyi etkileyen önemli faktörlerdendir (Frey, 2002).

Örgütsel iletişim; Grup iletişimine benzer bir diğer iletişim şeklidir. Örgütsel iletişim, bir amaç uğrunda bir araya gelmiş bireyler arasında kurulan iletişim türüdür. Grup iletişiminden farklı olarak örgütsel iletişimde örgütsel bir amaç vardır. İletişim bir örgütün gelişmesi ve devamlılığı için olmazsa olmaz bir öğedir. Bu noktada iletişim, örgüt içi amaçların paylaşımını ve koordinesini sağlayan bir araç haline gelmiştir. Örgüt içi plan ve karar mekanizmasının yanında denetim de ancak örgütsel iletişimle sağlanır. Genelde resmi bir dil kullanılır. Araştırma çerçevesinde hastaneler baz alınır; tüm hastaların

kayıtlarının yapılması, yönlendirilmesi, tedavilerinin uygulanması, takipleri ve oluşabilecek aksaklıklara müdahaleleri vb. birçok karmaşık ve yoğun bir örgüt iletişimi olan ortamlardır. Devlet hastaneleri özelinde düşünülecek olursa; neredeyse tüm yazılı iletişimin kanunlarla düzenlemiş kalıplarda yapılır (Taylor, 1999; Orhon 2012: s.102-108).

Kitle iletişimi; Bazı bilgilerin ya da sembollerin, üretilmesi, yaygın insan topluluklarına iletilmesi ve bu insanlar tarafından yorumlanması sürecidir(Dökmen,2003,s.43). Kitle iletişimi, grup oluşumlarından dışarıda, geniş ve birbirileriyle grup iletişimdeki bireyler kadar bağlantısı olmayan çok büyük toplulukları belirten ve daha çok radyo, televizyon ve internet gibi iletişim araçlarının kullanıldığı iletişim tarzıdır. Kitle iletişiminde geri bildirim diğer iletişim türlerindeki gibi hızlı olmayabilir. Kitlenin harekete geçmesi ve geri dönüşü bir süreçtir. Günümüzde birçok kitle iletişim aracı kullanılarak bireylere mesajlar gönderilmektedir. Bireyler sadece ilgisini çeken ya da ihtiyaç hissettiği hususlarda harekete geçerek geri bildirim de bulunmaktadır(Okay, 2016,s.139).

Günümüzde sosyal ve konvansiyonel medyanın kurduğu iletişim kitle iletişimine örnektir. Kitle iletişiminde iletiyi oluşturan kaynağın etkili bir şekilde kullandığı ses, yazı ve görüntü araçları aynı anda çok sayıda insanın duygularını ve düşüncesine etkileyebilmektedir. Böylece kolaylıkla toplumsal hayatta gündem oluşturulabilmekte ve toplum gündemine yön verilebilmektedir. Önceki bahsedilen iletişim şekillerinden farklı olarak kitle iletişiminde alıcının kim olduğu tam olarak bilinmez. Bu nedenle kaynak, iletiyi alıcının anlayacağı bir dille kodlamalıdır. Bu zorlu sürecin diğer bir sorunu ise diğer iletişim şekillerinde yapılan geri bildirimlerin yapılamaması veya geç yapılmasıdır. Ancak kitle iletişim araçlarındaki ve internet teknolojisindeki son gelişmeler alıcılar tarafından geri bildirim sağlanmasının önünü açmıştır(Bryant and Miron, 2004).

1.4 Sağlık Hizmetlerinde İletişim

Toplumların sosyokültürel özelliklerine göre birçok farklı sağlık tanımı yapılmıştır. Bu farklı tanımlamalar çağın gereksinimleri, yaşam koşulları,

toplumun refah seviyesine göre zaman zaman değişim göstermiştir. Günümüzde sağlığı en kapsamlı ve net şekilde Dünya Sağlık Örgütü'nün (World Health Organization, WHO) tanımladığı kabul görmektedir. Bu tanıma göre *sağlık, sadece kişinin hasta ve sakat olmama durumu değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tamamen iyilik içerisinde olma halidir.* Bu tanım sağlığın fiziksel özelliklerin ötesinde sosyal ve davranışsal faktörlerden de etkilendiğini ortaya koymaktadır. Günümüzde sağlık tanımının kişinin sosyal iyilik durumuna göre değerlendirilmesi, post modern çağın getirileri nedeniyle sağlık bilimleri ve sosyal bilimler arasında yakınlaşmalara neden olmuştur.

Sağlığın kişisel bir durum olmasının yanı sıra bireylerin oluşturduğu toplumun sağlık durumundan da bahsedilebilir. Bu eksen de düşünülüğünde *sağlık hizmetleri*, toplumun ve bireylerin sağlığının tesis edilmesi adına sunulan birtakım hizmetler olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmetleri denildiğinde sunulan hizmetlerin bütünü akla gelmektedir. Türkiye'de sağlık hizmetleri sunumunun sorumlusu, Sağlık Bakanlığı'dır. Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerini, bireyin sağlığını tehlikeye sokan etmenlerin ortadan kaldırılması ve toplumu oluşturan bireylerin bu etmenlerden korunması, hasta bireylerin tedavisi, ruhsal ve bedensel yetenek ve becerileri azalan bireylerin rehabilitasyonu için yapılan hizmetlerin tümü olarak tanımlamıştır (Okay, 2009). Görüldüğü gibi sağlık hizmetleri birey ve toplum için yapılan her türlü çalışmayı kapsayacak ölçüde geniş bir kavramdır.

Bireyin sosyal açıdan iyilik halinin bir parçası olan iletişim ile sağlık hizmetleri birlikte değerlendirildiğinde sağlık iletişimi kavramı ortaya çıkar. Sağlık ile ilgili kişi ve kurumların sağlıkla alakalı hedef kitleye yönelik kurduğu iletişim şekline "*sağlık iletişimi*" denir. (Altıntaş and Mertoğlu, 2017,s. 264).

"Amerika'nın önde gelen sağlık kuruluşlarından olan "Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi" (CDC) sağlık iletişimini; "sağlığı geliştirmek, kişilerin ve toplumun sağlıkla ilgili kararları üzerinde etkili olmak ve bilgilendirmek maksadıyla iletişim bilimine ilişkin kural ve stratejilerin uygulanması" olarak tanımlamaktadır"(Bulduklu 2010,s. 78-79). Sağlık İletişimi alanı sağlık okuryazarlığı, risk iletişimi, tıbbi karar verme, hasta merkezli iletişim, kültürel

ve dil ile ilgili engellerin aşılması gibi birçok konuyu içine alan geniş bir alandır (Mendi, 2015, s.78).

Sağlık iletişiminde sağlık hizmeti alan kişinin yaşamını daha sağlıklı idame ettirebilmesi için gerekli yetenek ve becerilere sahip olması, bu özelliklerini iletişim halinde oldukları kişilerle doğru bir şekilde paylaşabilmesi, sonuç olarak da sağlıkla ilgili gereken bilgi ve tedaviye ulaşabilmesi amaçlanmıştır (Ratzan, 2001; Babrow and Mattson, 2003). Ayrıca sağlık iletişimi, kişilerin sağlık konusundaki endişelerinin giderilmesi ve olası sağlık sorunlarıyla ilgili durumları nasıl yönetebileceklerinin öğretilmesinde kullanılan bir yöntemdir. Bilgi paylaşma konusunda hedef sadece birey değil, toplumun geneli de olabilmektedir (Tabak, 2003; Schiavo, 2007). Televizyon kanallarında gösterilmesi zorunlu olan sağlıkla ilgili kamu spotları buna örnektir. Toplum yararına, geniş kitlelere ulaşma çabası içinde, yazılı ve sözlü medya organları, dijital platformlar, kitle iletişim araçları ve diğer teknolojik yeniliklerin sağlık iletişimi için kullanılması özellikle toplum sağlığı açısından büyük önem arz etmektedir.

Sağlık iletişiminde de genel iletişimde olduğu gibi süreci başlatıp devamlılığını sağlamak üzere görevli öğeler bulunmaktadır. Literatüre bakıldığında yapılan tanımlamalar sağlık iletişiminin multidisipliner bir alan olduğunu ve yalnızca hasta-hekim iletişimi ile sınırlı kalmadığını, sağlıkla ilgilenen herkesin bu iletişime dahil olduğunu göstermektedir (Koçak ve Bulduklu, 2010, s. 8).

1.5. Hasta -Sağlık Çalışanı İletişim Süreçleri

Diğer tüm alanlarda olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de iletişimin yeri oldukça önemlidir. Sağlık hizmeti sunumunda sağlık çalışanı ve hasta iletişime geçmek zorundadır. Bu süreçte hastalar sağlık çalışanları ile iletişime geçerek, ihtiyaç ve beklentilerini karşılamaktadır (Güldane, 2014, s.47). Hasta-sağlık çalışanı iletişim süreçlerini kısaca irdelenecek olursak hasta-sağlık çalışanı iletişim süreçlerinin beş basamaktan oluştuğu gözlenmektedir (Zillioğlu, 2014). Bu doğrultuda bu yaklaşım bize sağlık hizmetlerinin sunumunda ve iletişimde kolaylık sağlamaktadır.

1.5.1. Hasta-Sağlık Çalışanı İletişimi

Sağlık hizmetlerindeki iletişimin hedefi sağlık çalışanları, kaynak ise hastalardır. Kişilerin sağlık kurumlarına başvurma nedenleri genellikle sağlık sorunlarıdır. Sağlık sorunların sözlü ve beden dili şeklinde sunulması ile oluşan mesajın doğrudan muhatabı ise sağlık çalışanlarıdır.

Sağlık sektörüne bakıldığında insan gücü olarak ilk akla gelen kişiler hekimlerdir. Ayrıca sağlık iletişimi konusunda yapılan araştırmaların geneli hekim-hasta ilişkisini konu edinir. Bunu hasta-hemşire iletişimi takip etmektedir. Bunun nedeni hasta ile en çok etkileşimde olan sağlık çalışanlarının hekimler ve hemşireler olmasıdır (Kumcağız ve diğ. 2011, s. 54; Şahin ve diğ., 2005).

Hastalarla sağlık çalışanlarını karşı karşıya getiren zorluklar; iş yükü, personel eksikliği, iletişim kusurları, altyapı, ekipman ve donanım eksikliği, finans sorunları, mesleki bilgi ve beceri eksikliğidir. Bunun dışın da hastaya ait bazı özellikler; ani ve plansız ilişki, karşılığı olmayan hesap dışı giderler, ağrı, acı, hüznün, güçsüzlük, halsizlik, korkular, endişeler, panik, depresyon, büyük beklentiler gibi özelliklerdir. Çalışana ait özellikler; personel eksikliği, iş yükü, ekonomik beklentiler, uygunsuz çalışma koşulları, stres, öfke, umursamazlık, tükenmişlik, iletişim becerileri, deneyimleri gibi nedenlerden dolayı iletişimde hasta ile sağlık personeli arasında iletişim sorunlarına neden olmaktadır(Kumcağız vd. 2011, akt: Keskin, 2019, s. 33). Bunu doğrulayan bir diğer gösterge ise -ne yazık ki- sağlık çalışanları arasında en çok şiddete uğrayanların hekim ve hemşireler olduğu gerçeğidir.

Günümüzde sağlık sisteminde poliklinik sekreterliği çalışanlarının sayıları önemli derecede artmıştır. Tıbbi sekreterler şimdilik, sağlık hizmetlerinin yoğun olarak hizmet verdiği hastanelerde görev yapmaktadır. Hastalarla ilk iletişim kuran ve sonrasında da işlemlerini takip eden tıbbi sekreterler, hasta ve hasta yakınlarıyla sürekli iletişim halinde olan diğer sağlık çalışanlarıdır. Sağlık hizmetlerinde iletişimin diğer bireyleri; ebeler, sağlık memurları, laborantlar, anestezi ve görüntüleme teknisyenleri/teknikerleri, diyetisyenler, fizyoterapistler, eczacılar, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları, acil tıp

teknisyenleri olarak çoğaltılabilir. Bütün bunlar dikkate alınarak denilebilir ki hasta ve yakınları ile kurulacak olan iletişimin önemi son derece önemlidir. Sağlık hizmetlerinin gerçek amacı, hastalıkları iyileştirerek, insanları hastalıklardan korumaktır. Bu amacı gerçekleştirebilmek için, sağlık çalışanlarının (Hekim, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire, sağlık memuru, poliklinik sekreteri, att, vb.) mesleki bilgi, tecrübe ve yetenekleri yanında kişilerle iyi ve etkili iletişim kurabilme becerisine sahip olmalıdır.

1.5.2. Hasta-Hekim İletişimi

Hekimler, sağlık hizmetlerinin her alanında ve sağlık hizmet basamaklarının her birinde asli olarak görev yapan kişilerdir. Verilecek olan sağlık hizmetlerinin planlaması ve uygulanması hekim sayıları baz alınarak düzenlenmektedir. Ayrıca sağlık istatistikleri, kişi başına düşen hekim sayısı üzerinden değerlendirilir. Toplum oluşturulan bireyler açısından da sağlık hizmetinin ana ögesi hekimlerdir.

Sağlık hizmetleri alanında yüksek oranda branşlaşma ve uzmanlaşma söz konusudur. Buna hekimler de dâhildir. Tıp eğitiminin sonunda hekimler pratisyen hekim unvanı ile mezun olurlar. Tıp fakültelerinden pratisyen hekim olarak mezun olan hekimlerin çoğu kamu kurumlarında istihdam edilmektedir. Pratisyen hekimler; acil servis polikliniklerinde, aile sağlığı merkezlerinde ve diğer birinci basamak sağlık kurumlarında görev almaktadır. (Babadağlı ve diğ., 2006, s.52-69). İlaveten birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında, il-ilçe sağlık müdürlüklerinde, halk sağlığı müdürlüklerinde, merkez teşkilata bağlı kurumlarda ve bakanlık bünyesindeki idari birimlerde görev yapan hekimler mevcuttur. Sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimler, yalnızca pratisyen unvanında çalışmazlar. Asistan hekim, uzman hekim, üniversite kadrolarındaki akademik unvanlardaki hekimler ve dış hekimi gibi kadrolar da sayılabilir.

Hasta ve hekim arasında kurulacak sağlıklı bir iletişim, hastanın sorunlarının doğru anlaşılmasına ve hastalığın doğru teşhisine olanak sağlayacaktır. Bu nedenle hasta-hekim iletişimde önemli nokta teşhis aşamasıdır denilebilir. Hasta-hekim ilişkisinin sağlıklı bir şekilde yürütülmesinde çeşitli etkenler rol

oyunlar. Hastanın hekimine duyduğu güven bunlardan biridir. Yapılan bir çalışmada hasta-hekim ilişkisinin temelini güven duygusunun oluşturduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada hastaların hekimlerinden sağlık durumlarıyla ilgili yeterli bilgi edinmeyi istedikleri, kişisel verilerin korunacağından emin olmak istedikleri ve gerekli sağlık hizmeti alacaklarına dair güven duyma ihtiyacı hissettikleri vurgulanmıştır(Karsavuran, Kaya ve Akturan, 2011). Hekimlerine güven duymayan hastalar düzenlenen tedavi, öneri ve uygulamaları hayata geçirmede isteksiz davranabilmektedir. Güven duygusu oluşmayan hekim-hasta ilişkisi, hastanın aynı şikâyetlerle farklı hekimlere gitmelerine sebep olurken hastalığın teşhis ve tedavisinde gecikmelere neden olabilmektedir. Hasta-hekim ilişkisine güven duygusunun hâkim olması için iki tarafında iyi niyetle ve güler yüzle birbirlerine yaklaşımı esastır. Ayrıca hastanın sorunlarını tam anlamıyla dinlemek ve çözüm üretmek için gereken asgari zaman hastanın güven duygusunu besleyen bir diğer etmendir. Hastaya hastalığı hakkında anlayacağı bir dille bilgi verilmesi ve gerekli tedavi ve uygulamalar için hastanın cesaretlendirilmesi de güven duygusu tesisinde önemli rol oynamaktadır.

Hasta-hekim iletişimde bir diğer önemli faktör hekimin kişilik özellikleriyle alakalıdır. Hastanın kafasındaki hekim imajının ne ölçüde karşılandığı iletişimi etkiler. Hekim, vereceği bilgileri olabildiğince mesleki terimlerden arınmış bir dille, hastanın anlayacağı şekilde hastaya aktarmalıdır. Bilgiyi bu yöntemle aktaran hekimlerin sağladığı otorite ve güven daha sağlıklı olacaktır (Koçak ve Bulduklı, 2010).

Hekim ve hasta iletişiminin ortak amacı; hastanın sağlığına kavuşarak, iyilik haline gelmesi ve sürdürülebilir hale getirilmesi, yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Yani hastanın fiziksel, sosyal, psikolojik ve davranışsal açıdan tam bir iyilik haline getirilmesidir. Dolayısıyla aynı amaç için yola çıkan doktor ve hasta, tanı ve tedavi sürecinde de ortak hareket etmek, iş birliği yapmak, birlikte karar almak ve uygulamak sorumluluğu içindedirler. Hasta-hekim ilişkisinde üzerinde durulan dört önemli nokta; hasta-hekim etkileşimin amacı, hekimin yükümlülüğü, hasta değerlerinin rolü ve hasta özerkliği kavramıdır.

Bu dört önemli nokta hasta ile doktor arasında iletişimin temelini oluşturmaktadır (Başol, 2015, s.113)

1.5.3. Hasta-Hemşire İletişimi

Hemşirelik, yardım sunan bir meslek olup, bu hizmetleriyle insanların sağlık ve sıhhatine katkıda bulunur. Hemşireliğin, hastalar için hayati bir önemi vardır: Hemşirelik hizmetleri, hastanın kendisi, ailesi veya toplumun başka bir üyesi tarafından karşılanamayan hizmetlerdir (Ünsal 2017, s. 24).

Hemşirelik mesleği kolay bir meslek değildir. Hekimler hastanın tanısını koyduktan ve tedavi programını belirledikten sonra, bundan sonraki tedavinin uygulanması süreci tamamen hemşirenin kontrolündedir. Standart tedavinin yanında hastanın bakımı da hemşirenin sorumluluğundadır. Hemşireler hasta bakımını mekanik bir şekilde değil, mesleğin gerekliliği olan ilgi ve şefkat temelinde yürütmektedirler. (Babadağlı ve diğ., 2006,s. 52-69). Ancak hemşirelerin, hastaların tedavi ve bakım süreçlerindeki görülen olumlu etkilerden söz ederken bir de olaya hemşireler tarafından da bakmakta fayda vardır. Diğer mesleklerde olduğu gibi hemşireler de, göreve gelirken görev tanımlarında belirtilenleri yapmakla yükümlü olduklarını bilmektedirler. Fakat mesleklerini sürdürürken görev tanımlarında yer almayan birçok işi de yüklenmektedirler. Tabi ki onların da bazı sıkıntıları, sorunları olabilmektedir. Bu sorunlar içerisinde iş yoğunluğu ile birlikte işlerine ilgi, alaka, sevgi, şefkat gibi duyguları da katmaya çalışmaktadırlar. Çünkü hasta-hemşire ilişkilerindeki asıl unsur, ilgi ve şefkat temellidir. Ancak ülke genelindeki hemşire sayısının yetersizliği, adaletsiz personel dağılımı gibi nedenlerle hemşireler hasta ile olan ilişkilerine yeteri kadar zaman ayıramamaktadır. İlaveten bilimsel ve teknolojik gelişmelere bağlı olarak diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de yüksek oranda makineleşme ve tıbbi cihaz kullanımı olduğu görülmektedir. Bu cihazların kullanıcısı olarak hemşirelerde sürekli kendilerini geliştirmek, yeni bilgileri öğrenmek durumundadırlar. Ayrıca bazı kurumlarda kalite uygulamaları, istatistik ve arşiv çalışmaları kapsamındaki birçok evrak ve kırtasiye işini de hemşirelerin yaptığı görülmektedir. Hemşireler; olumsuz çalışma ortamı, fazla iş yükü, hasta ve hasta yakınlarıyla yaşanan problemler ve iletişim eksikliği nedeniyle

motivasyon kaybı yaşamaktadırlar. Ortaya çıkan bu motivasyon eksikliği sonucunda hastaların tedavi ve bakım süreci olumsuz etkileyebilmektedir. Bu sebeplerden dolayı hekimler gibi hemşireler de hasta ve hasta yakınlarının şiddetine sıklıkla maruz kalmaktadır.

1.5.4 Hasta-Diğer Sağlık Personeli İletişimi

Hekim ve hemşire dışında; sağlık memuru, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, laboratuvar, görüntüleme, eczacı, anestezi, ortopedi, diş, acil tıp, odyometre, ameliyathane teknisyen/teknikeri, , tıbbi sekreter, diyetisyen, gibi birçok bölüm ve branşta sağlık çalışanı mevcuttur. Bahsedilen tüm sağlık çalışanları bir şekilde hastalar ile iletişim kurmaktadır. Hastalar hastaneye geldiği andan itibaren diğer/yardımcı sağlık personelleri ile iletişim kurmaktadır. Bu bölüm genellikle hasta şikâyetlerinin fazlaştığı bölümdür(Tengilimoğlu 2009, s. 281). Yardımcı/diğer sağlık çalışanlarının da iletişimini etkileyen etkenler mevcuttur. Hekim ve hemşirelerde bahsedilen konular ve sıkıntılarının çoğu bu çalışanlar için de geçerlidir. Yardımcı/diğer sağlık çalışanları da hasta iletişimi konusunda problemler ve eksiklikler yaşayabilmektedirler. Dolayısıyla hasta ve diğer sağlık personelleri arasındaki iletişim ve etkileşim oldukça önemli olduğundan çalışma koşulları iyileştirilmeli ve yaşadıkları sıkıntıları hastalara yansıtılmamalıdır(Çelik 2008, s. 37).

1.5.5. Hasta- Hastane Yönetimi İletişimi

Sağlık alanındaki idareciler, sağlık hizmetlerini daha verimli ve kaliteli hale getirmeyi hedeflemektedir. Yöneticilerin toplumun ve personelin beklentilerini de dikkate alarak, gerekli düzenlemeleri yapabilmeleri ve sağlık kurumlarının imajını korumak adına çaba göstermeleri gerekmektedir. Yöneticiler/idareciler çalışanların ve hastaların şikâyet ve problemlerini dinlemeli, gerektiği takdirde yol göstermelidirler. Hastaların şikâyet ve sorunlarının çözüm bulması doğal olarak hasta memnuniyetini arttırmaktadır. Fakat yöneticiler/idareciler, bunu yaparken personelini de sıkıntıya sokmamalıdır. Personelle sağlıklı iletişim kurarak çalışanların motivasyonunu arttırmalıdır.

1.6. Hasta-Sağlık Personeli İletişiminde Yardımcı Faktörler

Sağlık hizmeti sunucusu ve hizmet alan arasındaki iletişimin daha etkili ve sağlıklı olmasını sağlayan birçok faktör vardır. İletişimin kalitesini etkileyen bu faktörler henüz iletişim başlamadan sağlandığında başarılı bir sağlık iletişiminden bahsetmek mümkün olur. Bu faktörleri belli başlıklar altında aşağıda belirtilmiştir.

1.6.1 Saygılı Olma

Saygı, kişilerin kendilerini değerli ve onura layık görmesidir. Kişilerarası iletişimin etkili ve sağlıklı olması için kişilerin birbirlerine karşı saygılı olması gerekmektedir. Her kişinin kendisine saygı duyulmasına, önemli hissettirilmesine ihtiyacı vardır. Kendini değerli hisseden kişide pozitif enerji oluşur ve çevresiyle olumlu ilişkiler gerçekleştirir(Adıgüzel, 2005, s.52)

İletişimin kalitesini etkileyen en önemli noktada kişilerin birbirlerine göstermiş olduğu saygıdır. Saygı; kişinin kendini tanınmaya, onurlandırılmaya, ilgi ve alaka gösterilmeye layık olduğunu hissettiren duygudur. Her insan diğer insanlar tarafından kendine saygı gösterilmesini bekler(Zıllıoğlu, 2014). İletişimde mesajın doğru bir şekilde verilmesi kadar alıcının da iyi bir dinleyici olması iletişimin saygınlığını arttıran etmenlerdendir. Sağlık hizmetleri sunumunda sağlık çalışanı hastaların kişiliğine, sağlığına ve yaşamına saygı duymalı ve bunu muhatabına belli etmelidir. Dil, din, ırk, sosyoekonomik farklılıklar gözetmeden her hastaya saygı ve eşitlik ilkeleri çerçevesinde hizmet sunmaya çalışmalıdır. Böylece hastaların da iletişimde bulunduğu sağlık personeline olan saygısı artar ve iletişimde daha az problemler ortaya çıkar.

1.6.2. Güven

Güven; bireyin en temel ihtiyaçlarından biridir. İnsan, ancak kendini güvenilir bir ortamda hissettiği zaman güven duygusu gelişir. (Ataklı,Dikmentaş ve Altınışik, 2004). Sağlık çalışanının en önemli ve öncelikli görevlerinden birisi de hastaya güven aşılmasıdır. Güven duygusu bir süreç dahilinde gelişir ve serpilir. Güven ortamının olmadığı durumlarda sağlıklı bir ilişkiden bahsetmek

mümkün olmaz (Usluata, 1994). Hasta ve hasta yakınları korku, endişe ve stres halinde olduklarından güven duygusuna ihtiyaç duyarlar. Hastaların sağlık çalışanlarına güvenmesi, hastaların yeterli olarak bilgilendirilmesi ve tedavi sürecinin paylaşılması sonucu emniyette olduklarının hissettirilmesiyle sağlanır(Ayhan and Canöz, 2006). Sağlık çalışanlarının hastaların güven ihtiyacını dikkate alması ve güven ortamı oluşturması, sağlık iletişiminin etkinliğini artırır. Ayrıca hastanın mahremiyetine saygı göstermek, sağlık personelinin görevi olmasının yanında hasta-hekim arasındaki güveni de arttıran bir unsurdur.

1.6.3. Eşitlik

Sağlık çalışanı dil, din, ırk, mezhep, sosyoekonomik ve sosyokültürel ayırım yapmaksızın her hastaya eşit davranabilmelidir (Uyer,1993,s.61; Zıllıoğlu, 2014). Sağlık hizmeti, toplumu oluşturan her bir bireye eşit şekilde dağıtılmalıdır. Sağlık hizmetlerinden faydalanmak her vatandaşın doğuştan edindiği bir haktır. Sağlık hizmetleri de diğer kamusal hizmetler gibi en uzak mesafelere dahi sosyal adalet gözetilerek götürülmelidir. (Ataklı ve diğ, 2004). Birey toplumdaki diğer insanlara sağlanan hizmetin kendisine sağlanmadığını fark ettiğinde sağlık hizmeti sunucularına duydukları güven azalır ve iletişim problemleri ortaya çıkar.

1.6.4. İlgili ve Sabırlı Olma

İlgi, güven, hoşgörü, saygı vb. kavramlar aslında hasta-sağlık çalışanı iletişimde birbirine geçmiş bir zincirin halkalarını oluşturmaktadır (Uludağ, 2001,s.98). İletişimin başladığı ilk andan itibaren kişilerin birbirlerine ilgili, sabırlı ve hoşgörülü davranmaları iletişimi olumlu yönde etkiler. Sağlık çalışanlarının ilgili olması hizmet alan kişiler tarafından beklenen bir durumdur. Sağlık durumuyla ilgili endişeli olan ve hizmet alma sürecinde yaşadığı sıkıntılar nedeniyle strese giren hasta, gösterilecek ilgi ile rahatlatılabilir. İlgi, hizmet almak için sağlık kurumuna gelen kişiye ilk andan itibaren gösterilirse hasta kendini daha güvende hissedecektir. Hizmet alan kişiyi “hoş geldiniz” diye karşılamak, hizmet sunucusunun kendisini tanıtmayı, bakım ve tedavisini verecek kişiler hakkında bilgilendirilmesi, yönlendirme ve

rehberlik hizmetlerinin verilmesi ilgili ve alakalı davranışlardandır(Usluata, 1994). Yine hasta ile aynı göz düzeyinde oturmak, sık göz teması kurmak, söylenenlere ilgi duyduğunu, onu anladığını gösteren jest ve mimikler yapmak karşıdaki vatandaşa saygı ve ilgiyi göstermektedir(Uludağ, 2001,s.98). Hastaların buldukları sağlıksız hal ve rahatsızlık hissi göz önüne alındığında onlara karşı gösterilen sabır kişinin hizmet sunucusuna olan güvenlerini arttırabilmektedir.

1.6.5. Bilgilendirme

Sağlık hizmeti sunulan kişileri bilgilendirme kavramı sadece bilgi aktarımından ibaret değildir. Daha doğru ifadeyle aydınlatma kavramı da kullanılmaktadır. Aydınlatma hastaya aktarılan bilgilerin anlaşılır olmasını ve hastanın hastalığıyla ilgili seçeneklere katılımını kapsar (Ataklı ve diğ., 2004). Bu amaçla bazı teşhis ve tedavi uygulamaları öncesinde hastalara verilen aydınlatma ve onam formları bulunur. Hastanın hastalık ve süreçle ilgili bilgilendirilmesi hekim ve diğer sağlık çalışanlarının sorumluluğundadır. Hastaların hizmet talepleri sırasında taşıdıkları kaygı ve stresin en büyük sebeplerinden birisi de bilgi eksikliğidir. Hastalar o an sağlık durumlarının nasıl olduğunu, uygulanacak tedavi protokollerini, tedavinin ne kadar süreceğini ve etkilerinin neler olacağı gibi birçok konuda merak içindedir. Hastalar yeterince aydınlatılmadığı takdirde kaygı düzeyleri artmakta ve tedavi süreci bilgi eksikliğinden dolayı uzayabilmektedir. Aydınlatılmış hasta, kendini değerli hisseder. Sağlık sunucularına olan güven duygusu da böylelikle artmış olur.

Aydınlatma sırasında sağlık çalışanı hasta ve yakınlarının anlayabileceği, basit ve yalın bir dil kullanmalıdır. Kullanılan ifadeler hastaların içinde bulunduğu duygu durumu göz önünde bulundurularak itinayla seçilmelidir. Aydınlatma sonrası hekim hastayı tedavi sürecine dahil ederek karar sürecini başlatmalıdır. Hastanın aydınlatılması, hastaların hastalıkları hakkında bilinçlenmesini sağlarken tedavinin başarılı sonuçlanmasında da kilit bir rol oynar.

1.6.6. Dış Görünüm

Hasta-sağlık çalışanı iletişimde dış görünümün etkisi vardır. Karşımızdaki insanın fiziki görünümü, iletişimin nasıl başlayacağı konusunda bize fikir verir. (Rigel,1994,s. 116; Uyer, 1992,s. 22; Zıllıoğlu, 2014). Dış görünüm iletişim kurduğumuz kişiye olan saygının da bir göstergesidir. Hastalar ve hasta yakınları hizmet almaya gelmeden önce beden ve giysilerinin temiz olmasına dikkat etmeli, hastane ve benzeri kamusal alanlarda bulaşıcı hastalıklara karşı daha dikkatli davranmaları gerektiğinin bilincinde olmalıdır. Sağlık çalışanının da kaliteli bir iletişim kurmak adına dış görünüşüne dikkat etmesi gerekmektedir. Sağlık çalışanı kendinden emin, rahat ve dengeli bir şekilde davranmalıdır. İletişim halinde hasta ve yakınlarıyla direk göz teması kurulmalı, açık ve net konuşulmalıdır. Yumuşak ve rahat olan ses tonları, güçlü duyguların oluşmasına olanak tanır. Sağlık çalışanı, teşhis ve tedavi süresince neyi neden yaptığını bilir bir tavırla, karşıdaki kişiye güven aşılayarak, gereken iletişim mesafesinde hastayla iletişimini sürdürmelidir(Ataklı, Dikmentaş ve Altınışik., 2004).

1.6.7.Yardım Edici İletişim

Hastanın iyilik hali için yardım edici iletişim becerisi; bireysel özelliklerden, iletişimi kolaylaştıran yöntemleri kullanabilmeden, tepkiye hazır oluşumundan, hasta ile ilişkide karşılaşılan sorunlardan, iletişimi başlatma-sürdürme-sonlama şeklinden etkilenir. Yardım edici- hasta yararına iletişim kurabilmek için; bireyin kendi değerlerini, duygularını, sorumluluklarını tanıması, iletişimi kolaylaştıran teknikleri ve problem çözme yöntemlerini bilmesi, güven oluşturabilmesi, empati yapabilmesi, iletişimi başlatma, sürdürme, sonlamadaki sorumluluklarını bilmesi, ilişkideki sonuçları değerlendirebilmesi gerekmektedir (Terakye,1995;36, akt. Adıgüzel, 2005, s.60).

Yardım edici iletişim etkili olarak sağlandığında hasta ve sağlık çalışanı arasındaki iletişimde birçok problem ortadan kalkacaktır. Yardım edici iletişimi başlatabilmek için empati yapabilme, güven oluşturma, problem çözme gibi özelliklerin sağlık çalışanında gelişmiş olması gerekmektedir. Bu

iletişim modelinde iletişimin derin ya da yüzeysel olması, sözel ya da sözsüz olması, iletilerin hastayla olan uyumu, hasta veya hasta yakınlarının kişisel özellikleri hakkında bilgi sahibi olunması gerekir.

1.6.8. Dinleme

Hasta ve sağlık çalışanı arasında başarılı bir iletişimin tesisi için aktif dinlemenin sağlanması gerektir. Aktif dinleme; göz teması kurarak, zaman zaman kişinin doğru anlaşıldığını beyan eden sözler söyleyerek, doğru bir geri bildirim yoluyla sağlanır. Geri bildirimlerle duygu, düşünce ve isteklerini açıkça dile getirmesi için hasta cesaretlendirilmelidir. (Zıllıoğlu, 2014). Aktif dinleme ve dinlediğini anlamaya yönelik geri bildirimler iletişimin etkinliğini arttırmayı sağlayan önemli bir tekniktir. Dinleme eylemini geliştirmek için; dinlemeye istekli olunmalı, iyi bir dinleme alışkanlığı edinmeye çalışılmalı, ilgiyi dinlenen kişi üzerinde tutmalı, konuşmacının konuşması bittikten sonra değerlendirmeler yapılmalı, konuşma aralarındaki boşluklarda hasta anlaşılmasına çalışılmalıdır (Ataklı, Dikmentaş ve Altınışik., 2004). Aktif dinlenmenin sağlıklı bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için sağlık çalışanının günlük hizmet verdiği hasta sayısının yeterli sayıda olması gerekir. Günlük hizmet verdiği hasta sayısı fazla olan sağlık çalışanları iletişim sorunları yaşamaktadır. Aktif dinlemenin olmadığı durumlarda hastanın tedavi sürecinin hızlı ve başarılı bir şekilde tamamlanması gecikmektedir. Bu sorunun ortadan kalkması için çeşitli sağlık politikaları geliştirilmeli ve uygulanmalıdır.

1.7. Hasta-Sağlık Personeli İletişiminde Engeller

İletişimin sağlıklı bir şekilde ilerlemesi için taraflar yeterince istekli olsalar da birtakım engeller çıkabilmektedir. İletişime engel faktörlerden bazıları; fiziksel şartlar, statü farklılıklarından doğan engeller, cinsiyet farklılıkları, dil farklılıkları, kültürel farklılıklardır. İletişimin önündeki engellerinden bir diğeri ise insan kaynaklı faktörlerdir. İnsanların iletişimin önemini kavrayamadığı durumlar, insanların iletişime olan ihtiyaçlarını kavrayamadığı durumlar ve insanların iletişim yöntem ve tekniklerini bilmemesi insan kaynaklı engellerden bir kaçıdır(Babadağlı ve diğ., 2006,s. 52-69). Cihanbeyoğlu

(2018,s. 24) iletişim sürecinin başarılı ve etkili olabilmesi için bu iletişim engelleri üzerinde durulması ve bu engellerin aşılması gerektiğini belirtmektedir.

İnsanlar bazen iletişime olan ihtiyaçlarının farkında değildirler, bu sık karşılaşılabilecek bir durumdur. Bazıları herhangi birine gerek duymadan sorunlarını çözebileceklerini düşünebilirler ve iletişim kurmaya ihtiyaç duymazlar. Bazıları ise iletişim kurma sürecinden haberdar olup iletişimin önemini yeterince kavramış değildir. Gerektiği kadar önem verilmeyen bir iletişimin de etkili olması beklenemez. İletişim sürecinden ve sürecin öneminden haberdar olan bazı kişiler ise, gerekli iletişim becerilerine sahip olmadıklarından sağlıklı bir iletişim kuramamaktadır. Bu sayılanlar dışında genel olarak iletişim engelleri fiziksel, anlamsal ve psikososyal engeller olarak sınıflandırılacaktır.

1.7.1. Fiziksel Engeller

Daha çok iletişim kanalları ve bunu etkileyen çevresel koşullarla ilgilidir. Fiziksel engeller, iletişim taraflarının dışındaki faktörlerden kaynaklanır. Bunlara iletişimi engelleyen dış faktörler de denilebilir. İletişim konusundaki en önemli engellerden birisi fiziksel uzaklıktır. Fiziksel uzaklıkta olan kişiler yazılı, sesli ve görüntülü şekilde iletişim kurabilmektedirler. Ancak teknoloji gelişmeleri ne kadar artarsa artsın yüz yüze olan iletişimin ve beden dilinin yerini tutamayacağı düşünülmektedir. İletişimin gerçekleştiği ortamın şartları da iletişimin kalitesini etkileyen bir diğer faktördür. Ortamın gürültülü, havasız, kalabalık, yetersiz veya fazla ışıklı olması, oturma alanlarının yetersizliği, ortam sıcaklığının uygun olmaması gibi birçok fiziksel engel sıralanabilir(Nazik ve Beyazıt,1981,s.109; Kırmızı, 2003, s.33).

1.7.2. Kişisel Engeller

Kişisel engeller; kaynaktan, alıcıdan veya her ikisinden kaynaklanan engellerdir. Taraflardan birinin iletişim kurmakta isteksizliği, iletişime değer vermemesi, iletişim becerilerinden yoksun olması kişisel engellerdendir. Kişisel engeller, bilinçli veya bilinçsiz bir şekilde yapılan davranışlar sonucu

oluşabilir. Kişisel özellikler, hastalık, yaş ve cinsiyet farklılıkları, statü farklılıkları, psikolojik durumlar iletişimin önünde bulunan engellerden olabilir. Statü farklılığı olan kişilerin iletişim kurarken, statüsü düşük olan kişinin karşısındakinden çekinmesi ve yeterince açık olamamasından kaynaklanan bir iletişimsizlik yaşanması söz konusu olabilmektedir.

Kaynak nedenli engellerin temelinde ifade güçlüğü vardır. Kaynak; konuşmasına iyi hazırlanmamış ve bir amaç dahilinde konuşmuyorsa, eksik bilgi ve yanlış anlamlar veriyorsa, alıcının anlayamayacağı bir dil veya üslup kullanıyorsa, bozuk sesli, monoton ve duygusuz konuşuyorsa, önyargılı bir tutum sergiliyorsa, dinleyiciyi küçümsüyorsa, dinleyiciyle etkileşime girmiyorsa, aşırı heyecanlı, kaygılı, yorgun ve stresliyse kaliteli bir iletişimden bahsetmek mümkün olmaz. (Babadağlı ve diğ., 2006,s. 52-69). Dinleyiciden kaynaklanan engeller ise temelde alıcının dinlemeyle alakalı problemleriyle ilişkilidir. Alıcı; dinlemeye kapalı ve ilgisizse, konuyu kavrayacak entelektüel düzeyde değilse, önyargılı dinleme yapıyorsa, geribildirimde bulunmuyorsa, dikkat ve konsantrasyonunu toplayamıyorsa, yorgun aç ve susuzsa yine kaliteli bir iletişimden bahsetmek mümkün olmaz(Babadağlı ve diğ., 2006,s. 52-69).

Bireylerin duygusal durumları da iletişim sürecini olumlu ya da olumsuz etkilemektedir. İletişim sürecinde bireyin mesajı aldığı anda kendini nasıl hissettiği, mesaj yorumlamasını etkileyecektir. Birey yani alıcı, aynı mesajı öfkeli olduğunda farklı, zihni meşgul iken farklı, mutlu olduğunda daha farklı yorumlayacaktır. Çok sevinme ya da çok üzülme gibi aşırı duygular etkin iletişim kurulmasını engellemektedir (Paksoy ve Acar, 2000,s.117).

1.7.3. Anlamsal Engeller

Anlamsal engeller, kültürel ve dil farklılıklarından kaynaklanır. Anlamsal engeller yalnızca kullanılan dillerin farklı olmasından değil, içinde bulunulan kültürlerin farklı olmasından da kaynaklanabilir(Eren, 2010,s.364; Güldane, 2014,s. 46). Kültürel farklılığı olan insanların kelimelere, beden diline, jest ve mimiklere yükledikleri anlamlar farklı olabilmektedir. Bir kültürde hastalık olarak görülmeyen sağlık sorunu başka bir kültürde önemli bir sağlık sorunu olarak görülebilmektedir. Aynı şekilde bazı kelime ve cümleler, söyleyen için

gayet doğal ve olumlu iken, dinleyici bunu hakaret veya alay etme olarak algılayabilir. Anlamsal engeller yaşamamak için iletişim halinde olan tarafların birbirlerinin dilsel ve kültürel özelliklerine hâkim olması veya karşı tarafı bu engelleri göz önüne alarak değerlendirmesi gerekmektedir.

2.BÖLÜM

SAĞLIKTA ŞİDDETİN TANIMI VE SINIFLANDIRILMASI

Şiddet olgusu, insanların yaşamları boyunca karşı karşıya kaldıkları kaçınılmaz durumlardır. İnsanın ilk var olduğu günden itibaren ortaya çıkmış olan şiddet olgusu, birçok bireysel ve toplumsal öge ile birlikte karmaşık bir yapı sergilemektedir. Bu karmaşıklığından dolayı şiddet olgusunu tanımlayabilmek ve ortaya çıkarmak da kolay değildir. Kendini çok farklı biçimlerde gösterebilen şiddet olgusu, günümüzde gerek bireysel ve gerekse toplumsal boyutta sık sık karşılaşılabileceğimiz bir olgudur. Baskı, eziyet, korkutma, sindirme, öldürme, cezalandırma, başkaldırı, her toplumda farklı derecelerde fakat sürekli bir biçimde günlük yaşamda yer almaktadır (Kocacık, 2001, s. 1).

Şiddetin tanımı, şiddeti tanımlayan kişilerin amaçları, algılama biçimleri, sosyal kültürel yapılarına farklılık gösterse de Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre şiddeti: *“Kişinin kendine, bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek ya da neden olacak şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidinin amaçlı olarak uygulanması”* olarak tanımlamıştır.

Yine Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ya göre sözel/psikolojik ve fiziksel şiddet şöyle tanımlanmıştır: *“Bir kişi veya gruba karşı fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki ve sosyal gelişimine zarar verebilecek şekilde fiziksel güç kullanımı ve güç kullanımı tehdididir. Kötü söz ve taciz de bu kapsamda değerlendirilir.”*

Mercy 'e (2003, s.256-261) göre şiddet; kişinin kendine, bir başka kişi, grup ya da topluluğa amaçlı olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açmak için yapılan fiziksel zorlama, güç kullanımı veya tehdidin uygulanmasıdır.

Şiddet, günümüzde farklı sektörlerde olduğu gibi sağlık kurumları ve hastanelerde de toplum huzurunu tehdit eden önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiş ve *tüm dünyada küresel bir sorun* olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu durum hastanelerde hizmet veren hekim, hemşire, sağlık memuru, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve diğer sağlık personelinin yanı sıra hasta ve hasta yakınları için de önemli bir sorun oluşturmaktadır (Eker ve ark. 2011, s.17).Yapılan çalışmalarda *her yıl 25 milyon kişinin* iş ortamında şiddete maruz kaldığından (Elliot, 1997), sağlık kurumlarında çalışanların da diğer iş yerlerinde çalışan personele göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğundan söz edilmektedir(Kingma., 2001, s.129-30; Gillespie ve diğ., 2010,s. 177-84; TBMM, 2013).

2.1.Şiddetin Sınıflandırılması

Dünyada ve Türkiye’de şiddetin sınıflandırılmasına ilişkin literatür incelendiğinde çeşitli araştırmacıların şiddet kavramını farklı şekillerde sınıflandırdıkları görülmektedir. Bu bölümde şiddet davranışı türüne göre, etkilendiği taraflar ve davranışı ortaya çıkaran nedenlere göre gruplandırarak analiz edilecektir (Polat, 2016). Etkilediği ve etkilendiği taraflara göre şiddet dört şekilde ele alınmaktadır. Bunlar;

1. Fiziksel Şiddet: Şiddetin en sık görülen ve tanımlaması en kolay olan uygulama şekli fiziksel şiddettir. Başka bir kişiye veya gruba fiziksel, cinsel veya psikolojik olarak zarar veren fiziksel kuvvet kullanma olarak tanımlanabilir. Dayak, tekme, tokat atma, bıçaklama, itmek, ısırma ve sıkıştırmak vb. içerir (ILO and WHO, 2003,s. 14).

2. Psikolojik (Duygusal) Şiddet: Bir kişi veya gruba karşı; fiziksel, ruhsal, manevi, ahlaki ya da sosyal gelişime zarar verebilecek ve fiziksel kuvvetle tehdit de dâhil kasti güç kullanımı olarak tanımlanabilir. Sözel şiddet, hakaret, mobbing, tehdit ve tacizleri içerir.

Yeşildal (2005,s 280) psikolojik (duygusal) şiddeti, kurbanın kendine yönelik değer duygusuna, benliğine, saygısına zarar vermeyi, korkutmayı hedefleyen; kendisini güçsüz ve aciz hissetmesine neden olan ve şiddete başvuran kişinin şiddetin mağdurunu kontrol altına aldığı hissetmesini amaç edinmiş bir şiddet türü olarak tanımlamıştır. Bireyin fizik, mental, ruhsal, moral ya da sosyal gelişimini olumsuz etkileyen diğer bir kişiye ya da

gruba karşı fiziksel güç kullanarak ya da tehdit ederek istemli güç kullanımınıdır. Sözle suiistimal, zorbalık, taciz ve tehditleri içerir. Psikolojik şiddet arasında ayrımcılık yapmak, küçük düşürmek, manevi baskıda bulunmak, görmezlikten gelmek gibi ruh sağlığını olumsuz etkileyen davranışlar da sayılabilir.

Mobbing: Mobbing kelimesi Latince kökenlidir ve “mobile vulgus” sözcüğünden türetilen ve “kararsız kalabalık” anlamına gelen bir kavramdır. Mob fiili “ortalıkta toplanmak, saldırmak ya da rahatsızlık vermek” anlamına gelmektedir (Davenport ve diğ. 2008). Mobbing, işyerinde işverenler veya diğer çalışanlar tarafından yinelenen saldırılar şeklinde uygulanan bir çeşit psikolojik şiddettir. Bu kavram, çalışanlara üstleri, astları veya eşit düzeydeki çalışanlar tarafından tekrarlanan biçimde uygulanan her tür kötü muamele, tehdit, şiddet, aşağılama gibi davranışları ifade eden anlamları kapsamaktadır(Tınaz, 2006:8). Kısacası, bir bireyi veya çalışan grubunu küçük düşürmek için acımasız, zalim veya kötü niyetli girişimler vasıtasıyla; tekrarlayıcı ve uzun süreli rahatsız edici davranışlar olarak tanımlanabilir.

İrkçi Şiddet: İrk, renk, dil, bölge, politik, sendikal veya diğer görüş, inanç, toplumsal köken, bir azınlık, özellik, doğum ya da diğer statü ile ilişki olup kişilerin itibarlarına etki eden ve istenmeyen tehdit edici temas olarak ifade edilebilir (ILO and WHO, 2003,s. 14).

3. Sözel Şiddet: Bireye yüksek sesle aşağılayıcı sözler söyleme, öfke ve kinini bildirme, küfür etme, suçlayıcı konuşma tarzı ile sözlü olarak yapılan davranış olarak tanımlanabilir. Sözel şiddette, korku unsuru önemli bir olgudur. Bu durumda sözler ve hareketler korkutma, sindirme, istediğini yaptırma amacıyla kullanılmaktadır. Hakaret etme, küçük görme, aşağılama, ağır sözler, söyleme, güveni sarsarak psikolojik açıdan istismara yol açan uygulamalar, sözel şiddet olarak algılanmaktadır (Güz, 2007: 85).

4.Cinsel Şiddet: Kişiyi rahatsız eden, hoş karşılanmayan, istenmeyen nitelikte olup kişinin tehdit altına girmesine, aşağılanmasına ve utanmasına neden olan cinsel içerikli davranışlardır.

DSÖ (2002)'nün Şiddet ve Sağlık Konusundaki Dünya Rapor'unda cinsel şiddet; "Cinsel bir eylemi gerçekleştirmeye, hoş olmayan cinsel sözler sarf etmeye, cinsel yaklaşımda ve tekliflerde bulunmaya veya bireyi cinsellik üzerinden ticari maksatla kullanmaya yönelik eylemlerin tümünü kapsamaktadır. Ayrıca kurban ile fail arasında ilişki her ne olursa olsun kurbanın kendi mahrem alanında veya iş yerinde kurbanın cinselliğine zor kullanarak dolaylı veya direkt olarak yapılan cinsel tüm eylemler" olarak tanımlanmaktadır.

2.2. Şiddeti Açıklayan Kuramlar

Şiddeti açıklayan üç ana kuram; biyolojik, sosyal öğrenme ve zedelenme-saldırganlık kuramlarıdır (Mohr and Mohr, 2001,s.171-181, Annagür, 2010).

Biyolojik kuram: Şiddet davranışının biyolojik bozukluklar sonucunda oluştuğunu ileri sürmektedir. Bazı kişiler nörolojik, kalıtsal ve hormonal fonksiyonlarına bağlı olarak şiddete eğilimlidir.

Sosyal Öğrenme Kuramı: Bu kurama göre şiddet öğrenilmiş bir davranıştır. Geçmişinde şiddete maruz kalmış bir kişinin kendisinin de şiddet uygulaması örnek olarak verilebilir.

Zedelenme-saldırganlık kuramı: Önemli beklentilerin yerine gelmemesi sonucu oluşan zedelenme şiddete sebep olur. Bu kuram sağlık kurumlarındaki şiddet davranışlarının çoğunluğunu açıklamaktadır.

2.3. Sağlık Kurumlarında Şiddet

Sağlık kurumlarındaki şiddet, "hasta, hasta yakınları veya herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı açısından risk içeren; tehdit davranışı, fiziksel veya cinsel saldırı" olarak tanımlanmaktadır (Saines, 1999,s. 8-12; Eker ve diğ., 2011,s.17). Şiddet her grupta/ sektörde önemli bir sağlık sorunudur, bununla birlikte yapılan araştırmalarda sağlık alanındaki işle ilişkili şiddet, tüm

şiddet olaylarının %25'ini oluşturduğu belirtilmektedir (ILO and WHO, 2002). Çalışmalara bakıldığında, sağlık alanında çalışanların diğer alanlarda çalışanlara göre 16 kat daha fazla şiddete uğrama riski olduğu saptanmıştır. Yine sağlık çalışanlarının işyerinde şiddete maruz kalma olasılığı banka memuru, polis ve gardiyandan daha fazla olduğu bulunmuştur (Kingma, 2001, s.129-30; Gillespie ve diğ. 2010,s. 177-84; TBMM, 2013).

Sağlık çalışanlarına şiddet ile ilgili yapılmış çalışmalara bakıldığında şiddetin en yoğun acil servislerde, ikinci sırada ise psikiyatri kliniklerinde gerçekleştiği görülmektedir (Ayrancı ve diğ.,2006,s. 276-296). Meslek gruplarına göre sıralandığında ise şiddete en sık hemşireler, daha sonra pratisyen hekimler ve diğer sağlık çalışanları maruz kalmaktadır (Winstanley and Whittington, 2004,s. 3-10). Ayrıca sağlık kurumlarındaki şiddetin bildirilme oranının oldukça az olduğu, sadece yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılandığı, diğer olayların bildirilmediği bilinmektedir (Al ve diğ., 2012,s. 115-125).

İşyerinde şiddete maruz kalma konusunda özel risk altında olan çeşitli çalışma durumları bulunmaktadır. Sağlık çalışanları bu gibi risk durumlarının tümüne maruz kalmaktadırlar (ILO and WHO, 2002).

Özel Riskli Durumlar

Tek başına çalışma: Sağlık hizmetlerindeki gece ve evde bakım hemşiresi gibi birçok çalışan, tek başına veya göreceli olarak tecrit edilerek çalışmaktadır ve bu nedenle daha fazla şiddet riski altındadır.

Halkla temas halinde çalışma: Sağlık alanındaki çalışanlar başta olmak üzere bazı meslekler halkla temas kurmayı gerektirir. Halkla karşı karşıya kalınması, daha fazla şiddet riski oluşturmaktadır.

Değerli nesnelere çalışma: Sağlık sektöründe ilaç dağıtımı ve depolanması gibi pozisyonlarda çalışanlar risk altındadır.

Sıkıntı içindeki insanlarla çalışmak: Hastalık ve ağrı, psikiyatrik bozukluklar, alkol ve madde kötüye kullanımı sonucu ortaya çıkan düş kırıklığı ve öfke; davranışları etkileyebilir ve sözlü veya fiziksel şiddet olaylarına neden olabilir. Sıkıntı içindeki insanlarla temas halinde olan çalışanların karşılaştıkları şiddet

olayları oldukça yaygındır ve sıklıkla işin kaçınılmaz bir parçası olarak görülür.

Şiddete açık bir ortamda çalışma: Geleneksel olarak acil servisler gibi birkaç alanda yoğunlaşan sağlık hizmetlerinde şiddet giderek tüm çalışma alanlarına yayılmaktadır.

Güvenlik açığının bulunduğu durumlarda çalışma: Sağlık sektöründe genişletilmiş reform ve küçültme süreci; güvencesiz istihdama giren çalışan sayısında artışa yol açmaktadır. Bu durum da çalışanları zayıf çalışma koşulları, iş kaybı ve buna bağlı şiddet risklerine maruz bırakmaktadır (ILO and WHO, 2002)

2.4. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Sebepleri

Sağlık kurumlarında artan şiddetin birçok sebebi vardır. Ulusal ve uluslararası literatüre bakıldığında; hastaların hastaneye kayıtlarının yapılması sırasında uzun süre bekletilmesi, doktorun gerektiği sırada muayene yerinde bulunmaması, tıbbi personel yetersizliğine bağlı uzun kuyruklar ve bekleme süreleri, yine hekim, sağlık personeli eksikliğine bağlı çok ileri tarihli randevular verilmesi, iş yükünün fazla olması nedeniyle hastalara yeteri kadar zaman ayrılamaması, klinik ve servisler boş yatak bulunmaması, hastalar ve yakınları için asgari konfor ve güvenliğin sağlanmaması, sağlık uygulama prosedürlerinin sık değişmesi, hastane politika ve kurallarında var olan bir takım eksiklikler nedeniyle duyulan öfke, hastane güvenliğinin yetersizliği, sağlık kurumlarındaki alt yapı-donanım eksiklikleri ve bazı hastalara tanıdık, akraba, eş, dost gibi nedenlerle iltimas geçilmesi gibi sebeplerin sağlık sektöründe sık karşılaşılan şiddet sebepleridir (Al ve diğ., 2012; Hahn ve diğ., 2008).

2.4.1. Şiddet uygulayanların özellikleri

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulayanlar genellikle hastalar ve onların yakınlarıdır (Volavka, 1999,s. 307-314, Kaplan ve diğ., 2013,s. 4-10). Hasta yakınları sıklıkla sözel şiddet, hastalar ise fiziksel şiddet uygulamaktadırlar (Camerino ve diğ., 2008,s. 35-50, Shields ve Wilkins, 2009,s. 7).

Şiddet uygulayanlar cinsiyetlerine göre sıralandığında ilk sırada erkekler yer almaktadır (Büyükbayram and Okçay, 2013). Dursun ve arkadaşlarının 2012' de yaptığı bir çalışmada; doktor, hemşire, idareci, sekreter, kat hizmetleri vb.) yaptığı çalışmada fiziksel şiddeti uygulayanların (%64,1)'inin erkek olduğu;(Hahn ve diğ.,2008). Çamcı ve Kutlu'nun (2011) hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmada ise fiziksel şiddet (%12,2), sözel şiddet (%59,7), zorbalık/psikolojik taciz (%12,8) ve cinsel tacizin (%3,6) erkekler tarafından daha fazla uygulandığı belirlenmiştir.

Hasta yakınları genellikle kendi hastalarının acil olduğunu düşünerek öncelikle hekimin kendi hastasıyla ilgilenilmesini istemekte, bu doğrultuda beklentileri yüksek olmaktadır. İlaveten hasta ve hasta yakınlarının muayene öncelik sıralamasında sağlık personelinin adil davranmadığı yönündeki şüpheleri, şiddet uygulayan kişinin alkol alması veya ilaç/ madde etkisi altında olması, bazı hastalık tanıları (deliryum, demans, psikoz vb.) ve stresli aile üyelerinin varlığı şiddet uygulayanlarla ilgili diğer etmenlerdir (Saines, 1999,s. 8-12, Winstanley and Whittington, 2004,s. 3-10).

Sağlık çalışanlara yönelik şiddet davranışının artışında, sağlık sistemine ilişkin etmenler, ekonomik, sosyal ve politik süreçlere ilaveten saldırgan bireyin içsel yaşantılarının, aktarım dinamiklerinin ve "hasta" rolüne ilişkin ruhsal ihtiyaçlarının da önemli olduğuna dikkat çekilmektedir. Psikodinamik yaklaşıma göre; tıbbi hastalığı olan kişiler önce başvurduğu doktora yönelik bir yüceleştirme geliştirir, çünkü o kurum ya da hekim onun son çaresidir. Kendisini hastalıktan kurtaracak, hatta hasta yeniden doğmuş gibi olacaktır. Varoluş kaygısı yaşayan, varoluşuna yönelik bir tehdit hisseden birey, belli organ ya da uzvunun iş göremeyeceğini hissederek bir "gerileme" yaşar. Kendini hekime ya da kuruma tam olarak teslim edebilir, ya da korku ve kaygılar içinde tedaviye uyum göster(e)mez, "iyi bakılmadığını", doktorun onun "hastalığını anlamadığını" söylemeye başlar. Duygularında ambivalans belirgindir. Bu gerileme sürecinde erken bebeklik döneminden itibaren doyurulamamış olan ihtiyaçlarına ilişkin birey, umutsuzluk ve bütünlüğünün bozulması ile ayrışmanın yarattığı anksiyete ve zulmedilme duygusunun etkisi altına girmektedir. Yeterince doyum alamadığı ilk nesnesi anneye

duyduğu öfke ve haset hekim veya hemşireye yansıtılır (Ayşe Meydanlıoğlu, 2013).

2.4.2. Şiddet uygulanan sağlık çalışanlarıyla ilgili özellikler

Şiddete maruz kalan meslek gruplarının ortaya çıkarılmasına yönelik yapılan çalışmalar çoğunlukla hekimlere ve hemşirelere yönelik yapılmıştır. Atan ve arkadaşlarının 2011'de yaptıkları çalışmada, hemşirelerin hasta ve yakınlarıyla daha yakın temas içinde olmaları nedeniyle, diğer sağlık personeline göre daha fazla şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (Mohr and Mohr, 2001, s. 171-181). Özyurt ve arkadaşlarının 2009'da "Hekime yönelik şiddet nasıl önlenir çalışması" anket sonuçlarında; doktorların %45,6'sinin, hemşirelerin %35,8'inin ve diğer çalışanlarının %19,1'inin şiddete maruz kaldığı bulunmuştur (Özyurt ve diğ., 2009). Eker'in 2011'de yaptığı çalışmada da doktorların daha çok şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir (Fujita ve diğ., 2012, s. 79-84). Acil Servis, Psikiyatri Servisleri, Yoğun Bakım Üniteleri, Yaşlı Bakım Üniteleri ve Cerrahi Birimlerde çalışan sağlık çalışanlarının daha çok şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır. Cinsiyet açısından bakıldığında ise, sağlık çalışanlarından şiddete uğrayanların sıklıkla kadınlar olduğu; bazı araştırmalarda ise erkeklerin de şiddete uğradıkları belirlenmiştir (Annagür, 2010; Büyükbayram ve Okçay, 2013; Saines, 1999, s. 8-12).

Eğitim düzeylerine göre bakıldığında, bilhassa hemşirelerin eğitim durumu ile şiddete uğrama oranı arasında ters orantı olduğu; (Saines, 1999, s. 8-12) bunun yanı sıra işyeri şiddetine maruz kalma ile sağlık çalışanlarının eğitim durumları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirtilmektedir (Volavka, 1999, s. 307-314). On Avrupa ülkesinde çalışan hemşirelerle yapılan çalışmada, eğitim düzeyi düşük olan hemşirelerin ve yardımcılarının daha çok şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (Carmi-Iluz ve diğ., 2005b, s. 54). Yine Öztunç'un 2001'de yapmış olduğu çalışmada ise; fiziksel saldırıların en fazla sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerde, sözel tacizin ise en fazla ön lisans programı mezunu hemşirelerde yaşandığı belirlenmiştir. Lisans mezunu hemşirelerde ise sözel, cinsel taciz ve fiziksel saldırının görülmediği saptanmıştır. Bu doğrultuda lisans mezunu olmayan yani ön lisans ya da

sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerde şiddetin daha sık görülüyor olması, verilen eğitimlerde iletişim becerilerini geliştirecek içeriklerin kısıtlı verilmiş olması ya da bu konuda herhangi bir eğitimin verilmemiş olmasını, dolayısıyla bu okullardan mezun olan kişilerin mesleki görevlerini yerine getirirken mesleki bilgi, beceri ve olgunluğu geliştirmede bireyleri yetersiz bıraktığını düşündürmektedir.

Sağlık çalışanlarının; hastalarla iletişim kurma ve krizi yönetme konularında deneyimsiz olmaları, saldırgan davranışla baş etme ve iletişim, iletişim becerileri, kriz yönetimi konusunda eğitim yetersizliklerinin olması sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti arttırmaktadır (Büyükbayram and Okçay, 2013). Şiddet sonrası bildirim yapılması ile ilgili ulusal ve uluslararası çalışmaların ortak noktası; sağlık alanında ortaya çıkan şiddetin diğer iş yerlerine göre oldukça fazla olduğu ve daha az kayıtlara alındığıdır.

Ancak sağlık kurumlarındaki şiddetin az oranda bildirilmesi, yalnızca yaralanma gibi önemli olayların şiddet olarak algılandığı ve diğerlerinin bildirilmediği vurgulanmıştır. Sağlık sunumunda saldırıya uğramanın mesleğin doğasıymış gibi algılandığı, saldırıya uğrayan hemşire, doktor veya diğer sağlık personelinin arkasında yönetici desteğinin olmaması, raporlama prosedürlerinin kötü olması çalışmalarda belirtilmiştir (Saines, 1999,s. 8-12).

2.4.3. Sistemle ilgili sorunlar

Literatürde birçok çalışmada Türkiye’de sağlık çalışanlarının işyerinde uğradıkları şiddet oranının “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın uygulamaya geçmesiyle birlikte artış gösterdiği;(Tatlılıoğlu, 2013) sağlık çalışanlarının 24 saat kesintisiz hizmet vermesi, işlerin yoğun olduğu dönemlerde personel sayısının az olması nedeniyle hastaların uzun süre beklemek zorunda kalmaları, hastaların bakım hizmetlerinden yeterince yararlanamaması, sağlık kurumunda yaşanan yatak, cihaz, ilaç vb. yetersizlikleri, aşırı kalabalık/rahatsız ortamlarda çalışma, vardiya halinde veya tek çalışma, çevresel ortamın kötü olması (koridor/odalar/ servislerin/diğer ilgili alanların kötü ışıklandırılmış olması), bekleme salonlarının aşırı kalabalık olması, çalışma ortamının uygun olmaması nedeniyle şiddet uygulayabilecek kişilerle

yalnız kalınması, güvenlik önlemlerinin yetersiz olması gibi faktörlerin sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti artırdığı belirtilmiştir (Saines, 1999,s. 8-12, Phillips, 2016,s. 1661-1669).

2.4.4. Sosyal nedenler

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti artıran önemli faktörler arasında, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını önleme ve yönetme konusunda sağlık politikalarının yetersiz olmasıdır. Hatta bu şiddet davranışının yasalarla sınırlandırılmamış olması da ciddi bir eksikliklerdir. Sağlık politikalarının yetersiz olması, şiddet yasasının olmaması ve sağlık bakım sistemi ve kullanılan teknolojinin toplumun beklentilerini karşılayamaması gibi nedenlerle her geçen gün sağlık çalışanlarına yönelik şiddet davranışı artmaktadır (Büyükbayram ve Okçay, 2013; Adaş ve diğ., 2008). Ayrıca uzun süreli yoksulluk, sosyal dışlanma yaşayan şiddet alt kültürüne sahip kişilerin, madde bağımlısı ve ruh sağlığı bozuk olanların, kendilerine ve başkalarına zarar veren, sorun çözmede şiddet kullanmayı tercih edenlerin de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulama riskinin daha fazla olduğu belirtilmektedir (Baykan ve diğ.,2015,s. 291-297). Hemşirelik mesleği kadın egemen bir meslektir. Dolayısıyla hemşirelere karşı şiddetin kadına yönelik şiddetin sürekli bir parçası olarak kabul edilmesi hemşirelere yönelik şiddeti artırmaktadır (Saines, 1999,s. 8-12)

2.4.5. Medyanın etkisi

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddette, şiddetin sonuçları üzerinde yeteri kadar durulmaması, ihmal edilmesi veya bu sonuçların makul olmayan biçimde ele alınması, izleyenleri şiddete karşı duyarsızlaşmaktadır. Dolayısıyla bu durum saldırganlarla ve saldırganların sorunlar karşısındaki çözümleriyle özdeşleşmektedir. Böylece şiddet içerikli davranışlar ve tutumlar saldırganlar tarafından çözüm olarak algılanmaktadır (Mercy ve diğ., 2003,s. 256-261). Yine bu duruma benzer bir şekilde medyada sağlık çalışanlarına yönelik şiddet davranışının sıklıkla gündeme getirilmesinin, sağlık çalışanlarına şiddet uygulanması sonrasında şiddet uygulayanların cezalandırılmamasının veya sonuçlarının gündeme getirilmemesinin de şiddet davranışını

meşrulaştırdığı ve izleyicilerin sağlık çalışanlarına karşı daha kolay bir şekilde şiddet uyguladıklarını düşündürmektedir. Özyurt ve arkadaşlarının 2009'da yaptığı çalışmada; "Hekime yönelik şiddet nasıl önlenir?" çalışmayı anket sonuçlarına göre şiddetin oluşumuna, sağlık çalışanları hakkında medyada çıkan olumsuz haberlerin "basının sağlık alanındaki aksaklıkları yansıtıran objektif ve bilimsel kıstaslara uymaması, bilerek ya da bilmeyerek hekim ve diğer sağlık çalışanlarını hedef göstermesi, basının yanlış yönlendirmeleri, hekim hatası ile komplikasyon arasındaki farkların insanlar tarafından bilinmemesi, medya tarafından oluşturulan hekime yönelik güvensizlik ve önyargı, medyanın sağlık problemleri konusunda yaptığı haberlerde hedef olarak sağlık çalışanlarını göstermesi; medya tarafından olumsuz hekimlik örneklerinin sürekli gündeme gelmesi ve sağlık hizmetlerindeki bütün sorunlar için hekimlerin günah keçisi haline getirilmesi" neden olduğu belirtilmektedir.

2.5. Dünyada Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Boyutu

WHO, ILO ve ICN'nin 2002 yılında yayınlanmış ortak raporunda, sağlık çalışanlarının %27-67'sinin sözel, %10-23'ünün psikolojik, %3-17'sinin fiziksel, %0,7-8'inin cinsel ve %0,8-2,7'sinin etnik şiddete uğradıkları belirtilmiştir (Chen ve diğ., 2008,s. 288-293).

Almanya'da 2015 yılında aile hekimlerine yapılmış bir çalışmada çalışmaya katılan aile hekimlerinin yalnızca %9'u mesleki görevleri süresince hiç şiddetle karşılaşmamışlardır (Vorderwülbecke ve diğ., 2015,s.159). Genellikle sözel şiddetin en fazla uygulanan şiddet tipi olduğu ve acil servislerin şiddet olaylarının en sık yaşandığı yerler olduğu görülmektedir (Chen ve diğ., 2008,s. 288-293). Amerika'da acil servis doktorlarına yapılan bir çalışmada doktorların yaklaşık %75'inin sözel şiddete maruz kaldığı görülmüştür. Hastaların alkol veya uyuşturucu madde etkisi altında olmaları, psikiyatrik hastalığı olan hastalar, hasta sayısının çok fazla olması, uzun bekleme süreleri, tedavi memnuniyetsizliği şiddet açısından risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Kowalenko ve diğ., 2005,s. 142-147).

Tablo 1. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Ülkeler Bazında Görünümü

Ülkeler	Çalışma Grubu	Sayı	Şiddete Maruz Kalma	
			Sayı	%
Avustralya	Tüm Sağlık Çalışanları	400	269	67.2
Brezilya	Tüm Sağlık Çalışanları	1569	733	46.7
Bulgaristan	Tüm Sağlık Çalışanları	508	385	75.8
Güney Afrika	Tüm Sağlık Çalışanları	1014	619	61
Portekiz	Tüm Sağlık Çalışanları	348	249	60
Tayland	Tüm Sağlık Çalışanları	1090	589	54
Türkiye	Tüm Sağlık Çalışanları	1300	1128	86.8

Kaynak: TBMM Araştırması Komisyon Raporu; 2013

2.6. Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Boyutu

Türkiye’de sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin sıklığı hakkında resmi bir veri yoktur ancak literatüre bakıldığında sağlık çalışanlarına yönelen şiddetin son yıllarda artış gösterdiği görülmektedir (Adaş ve diğ., 2008). Literatürde yapılan çalışmalarda Türkiye’de şiddet olaylarının %79’unun acil servislerde yaşandığı, %91’inin hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiği ve en sık sözel şiddetle karşılaşıldığı görülmektedir (Olaylarının ve diğ., 2013).

Türkiye’de yapılmış çok merkezli bir çalışmada çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %51,5’inin hayatlarının bir döneminde hastalar veya hasta yakınları tarafından şiddete maruz kaldığı, şiddete maruz kalanların %60,4’ünün kadın olduğu saptanmıştır. Sözlü şiddet oranı %72,4, fiziksel şiddet oranı %11,7 bulunmuştur. Aynı çalışmada şiddete en çok pratisyen hekimlerin maruz kaldığı, şiddetin en sık devlet hastanelerinde ve devlet hastanelerinin de acil servis bölümünde yaşandığı görülmüştür (Ayrancı ve diğ., 2006,s. 276-296).

Ülkemizde 2011 yılında yayınlanmış sistematik bir derlemede sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusunun ele alındığı 29 çalışma incelenmiş, sağlık çalışanlarının hastalara kıyasla hasta yakınlarından daha sık şiddet gördüğü, şiddet türlerine bakıldığında en düşük ve en yüksek saldırı oranları sözel şiddet için %46,7-100 fiziksel şiddet içinse %1,8-52,5 olarak bulunmuştur. Şiddetin sebeplerine bakıldığında ise uzun bekleme süreleri,

hastaların ve hasta yakınlarının aşırı istekte bulunması, eğitim düzeylerinin düşük olması ve kurallara uyulmaması, yanlış anlaşılma gibi iletişim sorunlarının olduğu görülmektedir (Özcan ve diğ., 2014).

Yıllar içinde sağlık alanında yaşanan şiddet olaylarının artmakta olduğu görülmekte ve fiziksel şiddetin ölüme sonuçlandığı olaylar dahi olmaktadır. Ülkemizde 1988 yılında Dr. Edip Can Kürklü, 2005 yılında Dr. Göksel Kalaycı, 2008 yılında Dr. Ali Menekşe, 2012 yılında Dr. Ersin Arslan, 2015 yılında Dr. Kamil Furtun ve Dr. Aynur Dağdemir çalıştıkları sağlık ortamında uğradıkları şiddet nedeniyle, 2012 yılında Dr. Melike Erdem ise, şikâyet hattı üzerinden oluşturulan şiddetin yarattığı yoğun psikolojik baskı sonucunda hayatını kaybetmiştir.

Ülkemizde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önüne geçebilmek amacıyla 14.05.2012 tarihinde Beyaz Kod birimi kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın aktardığı bilgilere göre 1 Haziran 2012-7 Aralık 2015 tarihleri arasında gelen toplam başvuru 38 bin 253'tür. Bu başvuruların 12.594'ü fiziksel, 25.659'u ise sözel başvurulardır.

- ✓ 2012 yılı içerisinde, 1.621'i fiziksel, 3.458'i sözel olmak üzere toplam 5.079 şiddet başvurusu yapılmıştır.
- ✓ 2013 yılı içerisinde 3.558'i fiziksel, 7.157'si sözel olmak üzere toplam 10.715 başvuru yapılmıştır.
- ✓ 2014 yılı içerisinde 3.947'si fiziksel, 7.227'si sözel olmak üzere toplam 11.174 başvuru yapılmıştır.
- ✓ 2015 yılı içerisinde ise 3.468'i fiziksel, 7.817'si sözel olmak üzere toplam 11.285 başvuru yapılmıştır (Devebakan, 2018,p. 383-399).
- ✓ Sağlık Bakanlığı, 1 Ocak 2015 – 30 Nisan 2017 tarihleri arasında ise Beyaz Kod birimine gelen şiddet başvurularının 25.443 olduğunu bildirmiştir. Bu rakamın 6.893'ünü fiziksel şiddet, 18.550'sini ise sözel şiddet başvuruları oluşturmuştur.
- ✓ 2015 yılı içerisinde 3.533 fiziksel, 8.386 sözel şiddet olmak üzere toplam 11.919 şiddet başvurusu,
- ✓ 2016 yılı içerisinde 2.730 fiziksel, 8.041 sözel şiddet olmak üzere toplam 10.771 şiddet başvurusu,

- ✓ 1 Ocak-30 Nisan 2017 döneminde 630 fiziksel, 2.123 sözel şiddet olmak üzere toplam 2.753 şiddet başvurusu kayıt altına alınmıştır (Devebakan, 2018,s. 383-399, Aktaş ve Aydemir, 2018,s. 32-47).

Türkiye’de, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayları, öteden beri var olmakla birlikte son yıllarda belirgin ölçüde artış göstermiştir (Özcan ve Yavuz, 2017,s. 68). Bakanlığın verdiği rakamlar, son iki buçuk yıllık dönemde ortalama olarak günde en az 30 sağlık çalışanının fiziksel veya sözel şiddete maruz kaldığını göstermektedir. Bu rakamlar sadece Sağlık Bakanlığı’nın Beyaz Kod birimine yapılan başvuruları göstermekte olup gerçekte sağlık çalışanlarının karşılaştığı şiddet olaylarının çok daha fazla olduğu düşünülmektedir (Devebakan, 2018,s. 383-399).

2.7. Türkiye’de Sağlıkta Şiddetin Önlenmesine İlişkin Yasal Düzenlemeler

Her türlü şiddete karşı alınacak önlemlerde, öncelikle şiddetin hoş görülmediği bir ortamın oluşturulması, işyerinde meydana gelen şiddet olaylarının, şiddet türüne bakılmaksızın suç sayılması, bunun için gerekli yasal altyapının oluşturulması gerekmektedir(Dursun, 2012,s.113).Son yıllarda ülkemizde sağlık çalışanlarına karşı şiddetin artması nedeniyle sağlık çalışanlarına yapılan şiddeti önlemeye yönelik yapılan bazı çalışmalar yapılmıştır. Bunlar;

- ✓ *Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM)*, 01. 01. 2004 tarihinden itibaren çalışmalarına başlamıştır. 4207 sayılı Kanun kapsamında ihlal ve şiddetin yaşandığı herhangi bir yerde bireyler Alo 184 SABİM’ e başvurabilmektedirler.
- ✓ 19 Mart 2011 tarih ve 27879 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “*İşyerlerinde Psikolojik Tacizin Önlenmesi (Mobbing)*” konusundaki Başbakanlık Genelgesi kapsamında Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Alo 170 hattının uygulamaya konulmuştur.
- ✓ 30.06.2012 tarihi ve 28339 sayılı düzenleme Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren, 6331 sayılı “*İş Sağlığı ve Güvenliği*

Yasası” kapsamındaki bazı düzenlemeler çalışanı ve çalışan sağlığını koruyucu önlemleri içermektedir.

- ✓ 28.04.2012 tarihli ve 28277 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “*Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik*” çerçevesinde şiddete maruz kalan sağlık personellerine hukuki yardım yapılması kararlaştırılmıştır.
- ✓ İş sağlığı ve güvenliği kapsamında ayrıca, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 14.05.2012 tarihli ve 6665 sayılı “*Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması*” konulu genelge yayınlanmıştır.
- ✓ Ülkemizde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önüne geçebilmek amacıyla 14.05.2012 tarihinde *Beyaz Kod birimi* kurulmuştur.
- ✓ Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM), 14 Ocak 2013 tarihinde, sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla bir “*Meclis Araştırması Komisyonu*” kurarak şiddeti önlemeye yönelik 66 maddelik bir rapor yayınlanmıştır. Rapor, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesine yönelik olarak alınacak önlemleri içermektedir.
- ✓ Sağlıkta şiddeti önleme amacıyla 08.04.2020 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisine sunulan “Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi” 15.04.2020 tarihinde TBMM’de kabul edildi. Böylece sağlıkta şiddet uygulayanlara ceza artırımı öngören “*Sağlıkta Şiddetin Önlenmesi Yasası*” 17.04.2020 tarih ve 31102 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girdi.

3.BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

3.1.Araştırmanın Tasarımı ve Sorunsalı

Sağlık çalışanlarında iletişim becerileri ile sağlık çalışanlarının uğradıkları ya da tanık oldukları şiddet olayları arasındaki ilişkiyi incelemek üzere bu çalışmada sadece nitel yöntemlerin uygulanmasının yeterli olmayacağı düşünülerek nicel ve nitel yöntemlerin değişik yönlerinin araştırmanın tüm aşamalarında birbirleriyle harmanlandığı karma araştırma modeli tercih edildi. Karma model “*araştırmacının, araştırma problemlerini anlamak için hem nicel veriler (kapalı uçlu) hem de nitel veriler (açık uçlu) topladığı, iki veri setini birbiriyle bütünleştirdiği ve daha sonra bu iki veri setini bütünleştirmenin avantajlarını kullanarak sonuçlar çıkardığı, sağlık, sosyal ve davranış bilimleri alanında kullanılan bir araştırma Yaklaşımı*”dır. (Creswell, 2017). Bu yaklaşımın temel varsayımı “*araştırma problemini daha iyi anlamak için nicel veriler (istatistikî analizler) ile nitel verilerin (öyküler, kişisel deneyimler) birleştirildiği araştırmaların; bu yöntemlerden yalnızca herhangi birinin kullanıldığı araştırmalara kıyasla daha avantajlı olacaktır* (Creswell, 2017). Konuyla ilgili olarak Davies, “*tek bir çalışma içerisinde nitel ve nicel yöntemleri birleştirmenin daha bütüncül bir anlayış sağlayarak, araştırılan olayın çeşitli yönlerini açıklamak, daha etkili çözüm ve politikalar sunmak şeklinde sıralanabilen yararları olduğunu*” açıklamıştır (Baki ve Gökçek, 2012).

Creswell ve PlanoClark (Creswell and Clark, 2015) karma yöntemde tasarlanan bir araştırmanın, nitel ve nicel araştırma yöntemlerinin araştırma tasarımı içinde kullanımına göre farklı desenlerde gerçekleştirildiğinden bahsetmektedir. Onlara göre bu farklı desenler; *yakınsayan paralel desen, açıcı/açıklayıcı sıralı desen, keşfedici sıralı desen ve iç içe desendir*. Bu dört temel karma desenin yanı sıra çoklu desen bileşenlerini bir araya getiren *dönüştürücü desen* ve *çok aşamalı desen* olmak üzere toplam altıya ayrılır.

Çalışmanın genel amacına ve karma araştırma yönteminin kullanılma gerekçesine paralel olarak bu çalışmada *açımlayıcı sıralı desen* kullanıldı. Bu desende nicel aşama ile süreç başlar, diğer yandan nitel aşamayla nicel verilerle ilişkili sonuçları daha derin açıklamaya ilişkin özel sonuçlar aranır. Bu yönüyle bu desenin amacı nitel aşamayı nicel verinin içindeki ilişkileri açıklamak üzere kullanmaktır. Bu desende araştırmacı öncelikle nicel veriyi toplayarak analiz eder. Daha sonra derinlik kazandırmak istediği nicel bulgulara yönelik nitel veri toplama sürecine geçer. Nitel veri toplama süreci sonlandıktan sonra nitel verileri analiz ederek nitel sonuçların nicel bulguları hangi ölçüde ve hangi yollarla açıklayıcı olduğuna ilişkin yorumlar yapar (Creswell and Clark, 2015). Bu çalışmada sağlıkta şiddet sorunu ve iletişim becerileri arasındaki ilişkiye dair bütüncül bir kavrayış geliştirmek üzere; nicel yöntemlerle (geniş örneklem, genelleme) nitel yöntemlerin (küçük örnekleme ayrıntılar derinlik) farklılaşan güçleri ve örtüşmeyen zayıflıklarını bir araya getirerek (Creswell and Clark, 2015), nitel sonuçlar ile nicel bulguları desteklemek amacıyla *açımlayıcı/açıklayıcı* sıralı desen kullanıldı.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni, Ankara il Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı çalışan tüm sağlık personelleridir. *Araştırmanın örnekleme ise*; Ankara Doktor Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi, Ankara 29 Mayıs Devlet Hastanesi Acil Servisi, Ankara Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi Acil Servisi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'nde çalışan sağlık personelleridir.

Teddlie ve Yu (2007)'göre; Karma yöntemde örneklem türleri «*Olasılıklı Örneklem, Amaçlı Örneklem, Uygunluk Örneklemi ve Karma Yöntem Örneklemi*» dir. Araştırmada uygunluk örneklem yöntemine göre örneklem grubu belirlenmiştir. Uygunluk örnekleme; Hem kolay ulaşılabilir, hem de çalışmaya katılmaya gönüllü olan örnekleme seçme şeklidir. Tespit edilmiş Örneklem ve Gönüllü Örneklem olmak üzere ikiye ayrılır(Baki ve Gökçek, 2012: 5). Araştırmanın örnekleme uygunluk örnekleme yöntemlerinden gönüllü örnekleme yöntemiyle seçilmiştir.

Ankara Sami Ulus Çocuk Hastanesi'nde çalışmanın yapıldığı dönemde 803 sağlık çalışanı bulunmakta idi. %95 güven düzeyi, %5 güven aralığı ve TBMM araştırma komisyonunca yayınlanan araştırma raporundaki sıklık olan %44 değeri alınarak yapılan örneklem hesaplamasına göre çalışma en az 258 kişi üzerinde yapılmalıdır. 258 kişinin seçilmesi için tüm kişiler istatistik paket programa atılacak çalıştıkları birime göre tabakalandırılarak kura ile seçim yapıldı. Çalışmada yüzde on kayıp payı eklenerek 284 kişiye ulaşmak hedeflendi.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri; Ankara Doktor Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi, Ankara 29 Mayıs Devlet Hastanesi Acil Servisi, Ankara Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi Acil Servisi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'nde belirlenen tarih aralığında çalışıyor olmak, çalışmaya katılmayı kabul etmek olarak belirlenmiştir. Anket formunun %90'ından azını dolduranlar, çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler çalışma dışı bırakıldı.

3.3. Veri Toplama Teknikleri

Araştırmanın nicel boyutunda veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan sosyo-demografik veri formu ve İletişim Becerileri Envanteri kullanıldı. Nitel boyutunda ise, araştırmacı tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak nitel araştırmada en sık kullanılan veri toplama araçlarından biri olan görüşme tekniği kullanıldı.

3.3.1. Nicel Veri Toplama Araçları

3.3.1.1.Sosyo- Demografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formunda bireylerin yaşı, cinsiyeti, kaç yıldır sağlık sektöründe görevli oldukları, unvanları, hangi birimde çalıştıkları, iletişim eğitimi alıp almadıkları, iletişimin mesleklerine katkıları konusundaki görüşleri yer almaktadır. Ayrıca İletişim Becerileri Envanteri'nde yer alan sorular ankete eklenmiştir.

3.3.1.2. İletişim Becerileri Envanteri (İBE)

Etkili İletişim Envanteri, Ersanlı ve Balcı (1998) tarafından geliştirilen “İletişim Becerileri Envanteri”, likert tipi 45 maddeden ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar madde içeriklerine göre; (zihinsel) bilişsel, (duygusal) duyuşsal ve davranışsal olarak adlandırılmıştır. Her bir boyutu ölçen 15 madde vardır. Zihinsel boyuta giren maddeler 1, 3, 6, 12, 15, 17, 18, 20, 24, 28, 30, 33, 37, 43 ve 45. sorulardır. Duygusal boyuta giren sorular 5, 9, 11, 26, 27, 29, 31, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 42, 44 dür. Davranışsal boyutu ölçen soru numaraları ise, 2, 4, 7, 8, 10, 13, 14, 16, 19, 21, 22, 23, 25, 32, 41’dir. Maddeler, “her zaman”, “genellikle”, “bazen”, “nadiren”, “hiçbir zaman” olarak yanıtlanmaktadır. Boyutlarda ve genel (toplam) iletişim becerisinde yüksek puan, daha yüksek iletişim becerisine karşılık gelmektedir (Ersanlı, 2016).

3.3.2. Nitel Veri Toplama Araçları

3.3.2.1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Araştırmanın nitel aşamasında nicel verileri desteklemek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan “yarı yapılandırılmış görüşme formu “ kullanıldı. Kullanılmış yarı yapılandırılmış görüşme formu yansız, genel nitelikli, sağlık çalışanlarının daha önce sözel ya da fiziksel şiddete maruz kalıp kalmadıkları, tanık olup olmadıkları bu süreçteki deneyimleri ve sağlıkta şiddetin sebeplerini keşfetmeye yönelik açık uçlu sorulardan oluşmaktadır. Yarı yapılandırılmış görüşme formunda yer alan sorular ankete eklenmiştir.

3.4. Veri Toplama Süreci

Araştırmanın nicel verileri; Ankara Doktor Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde 1 Haziran 2019 -31 Ağustos 2019 ayları arasında toplanmıştır. Çalışma detaylı olarak sağlık çalışanlarına anlatılmış, çalışmaya katılmayı kabul eden sağlık çalışanlarına aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır. Yüz yüze görüşme tekniğiyle anket formları uygulanmıştır. Veri toplama süresi, her katılımcı için yaklaşık 15

dakika sürmüştür. Çalışmada yüzde on kayıp payı eklenerek 296 kişiye ulaşılmıştır.

Araştırmanın nitel verileri araştırmacı tarafından görüşme tekniğiyle, yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak toplanmış ve görüşmeler yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

Araştırma, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi, Ankara 29 Mayıs Devlet Hastanesi Acil Servisi, Ankara Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi Acil Servisi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Doktor Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'nde 1 Ekim 2019 ile 1 Ocak 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Her hastanede 10 'ar sağlık personeliyle görüşülerek nitel veriler toplanmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

Araştırmanın nicel verileri SPSS versiyon 20 programına aktarılmış ve amaçları doğrultusunda istatistiksel analizler gerçekleştirilmiştir. Kategorik veriler gözlem sayısı ve yüzde şeklinde ifade edilmiş olup, sürekli veriler ortalama artı-eksi standart sapma şeklinde ifade edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk ile test edilmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Ortalamaların karşılaştırılmasında normal dağılıma uygun olan verilerde t testi ve ANOVA, normal dağılıma uygun olmayan parametrelerde Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Sürekli verilerin karşılaştırılmasında Pearson ve Spearman Korelasyon Analizleri kullanıldı. $p < 0.05$ anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın nitel verilerinin analizinde betimsel analiz yöntemi kullanılmıştır. Bu veriler sınıflandırılıp sistematik analizi yapılarak temalar ve alt temalar oluşturulmuştur. Bu temalar ve ana temaların değerlendirilmesinde, Bronfenbrenner'in (1977, 1986, 1989) "Sosyo Ekolojik Modeli" kullanılmıştır.

Sosyo-ekolojik model çeşitli kişisel ve çevresel faktörler arasında dinamik ilişkilerin anlaşılmasını ilerletmek için *ilk olarak Urie Bronfenbrenner* tarafından geliştirilmiştir. Urie Bronfenbrenner'e (1977, 1986, 1989) göre insan varoluşu büyük ölçüde içinde bulunduğu *sistemler* ve *bu sistemlerin birbirleriyle etkileşme biçimi* tarafından belirlenmektedir. Burada sistemden kastedilen, *iletişim kuran ve birbirlerini etkileyen insan topluluklarıdır*. Modelin en önemli vurgularından biri «çevresi içinde birey» kavramsallaştırmasıdır.

Sosyo Ekolojik Modelin beş basamağından ilki ulusal, bölgesel, yerel politikaları ve sağlık sistemini düzenleyici yasalarını ifade eden “Politika” düzeyi, sağlık çalışanlarıyla yapılan anket sonucunda ortaya çıkan temalar ve alt temalar kullanılarak yeniden tasarlandı. Politika düzeyinde elde edilen bulgular “Sağlıkta Şiddet Yasası” ve “Sağlık Çalışanlarının Çalışma Koşulları” başlıklarıyla detaylandırıldı.

Sosyo Ekolojik Modelin ikinci basamağında yer alan “Toplum” düzeyi toplumsal yapıyı, gruplar arası ilişkileri, örgütleri, resmi olmayan ağları ve bu yapılar arasındaki ilişkileri içerir. Bu çalışmanın “Şiddetin Önlenmesi Konusunda Eğitim kavramı”, “Kitle İletişim Araçlarıyla Şiddetin Normalleştirilmesi” temaları bu ikinci basamakta değerlendirildi.

Sosyo Ekolojik Modelin üçüncü basamağı “Kurumsal düzey” olup sağlık hizmeti verilen kurum ve kuruluşlarının yanı sıra, bu kurum ve kuruluşlardaki örgütsel düzenlemeler ve kuralları kapsar. Çalışmamızdaki sağlık çalışanlarından edilen bilgiler ışığında “Çalışma Güvenliği”, “Çalışma Ortamının Fiziki Şartları” ve “Sağlıkta Şiddette Güvenlik Görevlilerinin Rolü” temaları oluşturuldu.

Sosyo Ekolojik Modelin dördüncü basamağında yer alan “Kişiler arası düzey”, sağlık çalışanı ile hasta, hasta yakınları ve çalışma arkadaşları arasındaki sosyal ilişkileri ve destek sistemlerini kapsar. Bu basamak içerisinde sağlık çalışanlarından alınan bilgiler doğrultusunda, “Sağlık Hizmetlerinde İletişimin Önemi” ve “Şiddet Mağduru Sağlık Çalışanına Destek Durumu” temaları irdelendi.

Sosyo Ekolojik Modelin son basamağında yer alan “Kişisel düzey”, Sağlık çalışanı ve hastanın yaşam öyküsü, inanç ve ahlaki değerleri, bilgi, tutum ve davranış deneyimlerini içerir. Kişisel düzey basamağı “Sağlık Çalışanlarının Şiddet Algısı” ve “Şiddetin Hissettirdikleri” şeklinde kategorize edilmiştir.

Yapılan çalışmada temalardan hareketle Sosyo Ekolojik Modelin beş kategorisi içerisinde oluşturulan alt başlıklar şekil 1’de gösterilmiştir.



Şekil 2. Çalışmada elde edilen temalardan hareketle Sosyo Ekolojik Modelin beş kategorisi içerisinde oluşturulan alt başlıklar

3.6. Sınırlılıklar

Çalışma ülkemizde sağlıkta şiddet ile iletişim becerileri arasındaki ilişkiye ışık tutma amacı ile yapılan ilk çalışmalardan biridir. Uygun örneklem yöntemi ile hastaların seçilmesi ve geçerli güvenilir yollarla iletişim becerilerinin ölçülmesi çalışmanın güçlü yönleri olarak düşünülebilir. Çeşitli güçlü yönlerin yanında araştırmamızın bazı kısıtlılıkları da bulunmaktadır. Araştırmamızın Ankara il Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı 6 Eğitim Araştırma ve Devlet hastanelerinde

yapılmış olması, yalnızca bir ana yönelik sonuçları içermesi, ölçümlerin adli veya hastane kayıtlarından doğrulanmayarak yalnızca katılımcıların beyanının esas alınması çalışmamızın kısıtlılıklarıdır.

Araştırmanın sınırlılıklarını ortaya koyan temel etkenler; belirli bir zaman diliminde gerçekleştirilme zorunluluğu, araştırmacının mali gücü ve veri toplama sürecinde karşılaşılan kimi zorluklar olarak belirtilebilir.

Veri toplama aşamasında nicel ve nitel veriler toplanırken, özellikle nitel verilerin toplanmasına katkı sunan sağlık çalışanlarının yanıtları ancak kendileri tarafından paylaşılmak istenenlerle sınırlı olduğundan bu durum araştırma verilerinin sınırlılığını ifade etmektedir.

4. BÖLÜM

BULGULAR VE TARTIŞMA

4.1. Nicel Araştırma Yöntemine İlişkin Bulgular

Tablo 2. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler-1		n	%
Cinsiyet	Kadın	229	77,4
	Erkek	67	22,6
Çalıştığı Birim	Sağlık Hizmeti	267	90,2
	İdari	29	9,8
İletişim Eğitimi Alma Durumu	Evet	189	63,9
	Hayır	107	36,1
Etkili iletişimin mesleğinizi daha iyi yapmanıza katkı sunabileceğini düşünüyor musunuz?	Evet	286	96,6
	Hayır	10	3,4
Daha önce fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?	Evet	33	11,1
	Hayır	251	84,8
	Birden Fazla	12	4,1
Daha önce sözlü şiddete maruz kaldınız mı?	Evet	104	35,1
	Hayır	92	31,1
	Birden Fazla	100	33,8
Daha önce fiziksel şiddete tanık oldunuz mu?	Evet	94	31,8
	Hayır	133	44,9
	Birden Fazla	69	23,3
Daha önce sözlü şiddete tanık oldunuz mu?	Evet	121	40,9
	Hayır	51	17,2
	Birden Fazla	124	41,9
Hakkınızda hastalar tarafından şikayette bulunuldu mu?	Evet	44	14,9
	Hayır	234	79,1
	Birden Fazla	18	6,1
Hastalarla mahkeme süreci yaşadınız mı?	Evet	18	6,1
	Hayır	278	93,9
Daha önce şiddete (fiziksel ya da sözlü) maruz kaldıysanız saldırı yapan kişinin cinsiyeti nedir?	Kadın	49	24,1
	Erkek	154	75,9
Toplam		296	100,0

Değişkenler-2		Min±Maks
Yaş		34,79 ± 9,30
Görev Süresi/Yıl		11,43 ± 8,94
İletişim Becerileri Envanteri Skorları	Zihinsel Boyut Skoru	53,24 ± 4,74
	Duygusal Boyut Skoru	45,76 ± 5,51
	Davranışsal Boyut Skoru	53,42 ± 4,95
	Toplam Skor	53,24 ± 4,74

*Nitел değişkenler sıklık ve yüzde; nicel değişkenler ortalama ± standart Sapma olarak verilmiştir.

Araştırmaya 296 birey (229 Kadın ve 67 Erkek) dâhil edildi. Katılımcıların yaş ortalaması 34,79 ± 9,30 olarak bulunurken, ortalama görev süresi 11,43 ± 8,94 olarak saptandı. Katılımcıların %63,9'luk bir kısmının iletişim alanında

eğitim aldığı görüldü. Katılımcıların %96,6'sı etkili iletişimin mesleğini daha iyi yapmasına katkıda bulunacağını düşünüyor. İki yüz üç (%68,6) katılımcı en az bir kez sözlü ya da fiziksel saldırıyı maruz kaldığını belirtirken, saldırganların %75,9'unun erkek olduğu görüldü. Daha önce fiziksel şiddete maruz kalanların oranı %15,2 olarak bulunurken, bunların %26,7'si birden fazla sefer bu duruma maruz kalmıştır. Sözlü şiddete maruz kalanların oranı %68,9 iken bunların %49,0'u birden fazla kez sözlü şiddete maruz kalmıştır. Ayrıca bireylerin %55,1'i en az bir kez fiziksel şiddete tanık olduklarını belirtirken, bu oran sözlü şiddet için %82,8 idi. Hastalar tarafından şikâyette bulunulanların oranı %21,0 iken, bunların %29'u birden fazla kez hastalar tarafından şikâyet edilmiştir. On sekiz birey (%6,1) hastalar tarafından mahkemeye verilmiştir. İletişim Becerileri Envanteri skorları ortalaması tüm envanter için $152,41 \pm 11,04$ olarak bulunurken, zihinsel boyut için $53,24 \pm 4,74$; duygusal boyut için $45,76 \pm 5,51$ ve davranışsal boyut için $53,42 \pm 4,95$ olarak saptandı (Tablo 2).

Tablo 3. İletişim Alanında Eğitim Alma Durumuna Göre Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Karşılaştırma Sonuçları

		İletişim Eğitimi				P
		Alan n=189		Almayan n=107		
		Sıklık	Yüzde	Sıklık	Yüzde	
Cinsiyet	Kadın	141	74,60%	88	82,20%	0,172
	Erkek	48	25,40%	19	17,80%	
Daha önce fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?	Hayır	158	83,60%	93	86,90%	0,357
	Evet	21	11,10%	12	11,20%	
	Birden Fazla	10	5,30%	2	1,90%	
Daha önce sözlü şiddete maruz kaldınız mı?	Hayır	55	29,10%	37	34,60%	0,549
	Evet	70	37,00%	34	31,80%	
	Birden Fazla	64	33,90%	36	33,60%	
Daha önce fiziksel şiddete tanık oldunuz mu?	Hayır	79	41,80%	54	50,50%	0,066
	Evet	69	36,50%	25	23,40%	
	Birden Fazla	41	21,70%	28	26,20%	
Daha önce sözlü şiddete tanık oldunuz mu?	Hayır	29	15,30%	22	20,60%	0,298
	Evet	83	43,90%	38	35,50%	
	Birden Fazla	77	40,70%	47	43,90%	
Hakkınızda hastalar tarafından şikayette bulunuldu mu?	Hayır	155	82,00%	79	73,80%	0,139
	Evet	26	13,80%	18	16,80%	
	Birden Fazla	8	4,20%	10	9,30%	
Hastalarla mahkeme süreci yaşadınız mı?	Hayır	179	94,70%	99	92,50%	0,615
	Evet	10	5,30%	8	7,50%	

*Gruplar arası karşılaştırma Ki-kare testi kullanılarak yapılmıştır.

Tablo 4. İletişim Alanında Eğitim Alma Durumuna Göre Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Karşılaştırma Sonuçları

		N	Ort.	Standard Sapma	Ortanca	En Küçük Değer	En Büyük Değer	P
Yaş	Alan	189	34,93	9,26	35	9	65	0,595
	Almayan	107	34,55	9,41	33	19	60	
GörevSüresi (Yıl)	Alan	189	11,83	8,79	10	0	42	0,176
	Almayan	107	10,73	9,20	8	0	37	
İletişim Becerileri Envanteri Skorları								
Zihinsel Boyut Skoru	Alan	189	53,57	4,92	53	41	68	0,131
	Almayan	107	52,66	4,37	53	37	66	
Duygusal Boyut Skoru	Alan	189	46,01	5,60	45	32	63	0,420
	Almayan	107	45,31	5,33	45	35	69	
Davranışsal Boyut Skoru	Alan	189	53,66	4,97	54	40	69	0,240
	Almayan	107	52,98	4,90	52	44	75	
Toplam Skor	Alan	189	153,24	11,20	153	130	191	0,081
	Almayan	107	150,95	10,64	150	128	210	

*Gruplar arası karşılaştırma Mann Whitney U testi kullanılarak yapılmıştır.

İletişim alanında eğitim alma durumuna göre değerlendirme yapıldığında eğitim alan ve almayan bireylerde cinsiyet, fiziksel şiddete uğrama, sözlü şiddete uğrama, fiziksel şiddete tanık olma, sözlü şiddete tanık olma, şikâyette bulunulma veya hastalarla mahkeme süreci yaşama açısından istatistiksel olarak önemli fark olmadığı görüldü (Tablo 3). Yine bu kişiler arasında yaş, görev süresi ve İletişim Becerileri Envanteri skorları açısından fark gözlenmedi (Tablo 4).

Tablo 5. Cinsiyete Göre Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Karşılaştırma Sonuçları

	Kadın (n=229)		Erkek (n=67)		P
	Sıklık	Yüzde	Sıklık	Yüzde	
Daha önce fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?	Hayır	194	84,7%	57	0,962
	Evet	26	11,4%	7	
	Birden Fazla	9	3,9%	3	
Daha önce sözlü şiddete maruz kaldınız mı?	Hayır	71	31,0%	21	0,694
	Evet	78	34,1%	26	
	Birden Fazla	80	34,9%	20	
Daha önce fiziksel şiddete tanık oldunuz mu?	Hayır	113	49,3%	20	*0,001
	Evet	74	32,3%	20	
	Birden Fazla	42	18,3%	27	
Daha önce sözlü şiddete tanık oldunuz mu?	Hayır	41	17,9%	10	0,247
	Evet	98	42,8%	23	
	Birden Fazla	90	39,3%	34	
Hakkınızda hastalar tarafından şikayette bulunuldu mu?	Hayır	179	78,2%	55	0,480
	Evet	34	14,8%	10	
	Birden Fazla	16	7,0%	2	
Hastalarla mahkeme süreci yaşadınız mı?	Hayır	216	94,3%	62	0,568
	Evet	13	5,7%	5	

*p<0,05

Gruplar arası karşılaştırma Ki-kare testi kullanılarak yapılmıştır.

Cinsiyete göre değerlendirme yapıldığında fiziksel şiddete tanık olma sıklığının erkeklerde daha fazla olduğu görüldü ($p<0,001$). Fiziksel şiddete uğrama, sözlü şiddete uğrama, sözlü şiddete tanık olma, şikâyette bulunulma veya hastalarla mahkeme süreci yaşama açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı görüldü (Tablo 5).

Tablo 6. Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumuna Göre Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Karşılaştırma Sonuçları

		N	Ort.	Standart Sapma	Ortanca	En Küçük Değer	En Büyük Değer	p
Yaş	Hayır	251	34,78	9,48	34	9	65	0,578
	Evet	33	35,67	8,33	35	24	51	
	Birden Fazla	12	32,58	8,34	31,5	22	42	
Görev Süresi (Yıl)	Hayır	251	11,17	8,87	9	0	42	0,432
	Evet	33	12,80	9,38	10	0	32	
	Birden Fazla	12	13,17	9,25	16	2	25	
İletişim Becerileri Envanteri Skorları								
Zihinsel Boyut Skoru	Hayır	251	53,47	4,67	53	41	68	*0,033
	Evet	33	53,06	4,14	53	45	61	
	Birden Fazla	12	48,92	6,05	49	37	58	
Duygusal Boyut Skoru	Hayır	251	45,96	5,61	45	32	69	*0,037
	Evet	33	43,85	4,51	43	33	61	
	Birden Fazla	12	46,67	5,00	47	40	56	
Davranışsal Boyut Skoru	Hayır	251	53,51	5,03	53	40	75	0,672
	Evet	33	52,64	4,47	52	46	63	
	Birden Fazla	12	53,58	4,48	53	49	65	
Toplam Skor	Hayır	251	152,94	11,26	152	128	210	0,290
	Evet	33	149,55	9,55	151	130	167	
	Birden Fazla	12	149,17	8,83	149,5	134	164	

*p<0,05

Gruplar arası karşılaştırma Kruskal Wallis testi kullanılarak yapılmıştır.

Aynı harfler ikili karşılaştırma sonrası gruplar arasında fark olmadığını belirtir.

Fiziksel şiddete maruz kalma durumuna göre bakıldığında birden fazla fiziksel saldırıya uğrayan bireylere ait zihinsel boyut skorunun diğerlerine göre daha düşük olduğu saptandı (p=0,033). Fiziksel saldırıya bir kez maruz kalan bireylerin duygusal boyut skorlarının fiziksel saldırıya maruz kalmayan bireylere göre daha düşük olduğu saptandı (p=0,037). Gruplar arasında yaş, görev süresi, davranışsal boyut skoru ve toplam skor yönünden istatistiksel olarak önemli fark bulunmadı (Tablo 6).

Tablo 7. Sözlü Şiddete Maruz Kalma Durumuna Göre Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Karşılaştırma Sonuçları

		N	Ort.	Standart Sapma	Ortanca	En Küçük Değer	En Büyük Değer	p
Yaş	Hayır	92	33,58	10,38	33	19	60	0,054
	Evet	104	36,07	9,38	35,5	9	65	
	Birden Fazla	100	34,59	8,01	34	22	54	
GörevSüresi (Yıl)	Hayır	92	10,13	9,72	8	0	42	*0,033
	Evet	104	12,07	8,72	10,5	0	41	
	Birden Fazla	100	11,97	8,34	9,75	1	35	
İletişim Becerileri Envanteri Skorları								
Zihinsel Boyut Skoru	Hayır	92	53,15	5,42	54	37	66	0,415
	Evet	104	53,69	4,35	54	44	66	
	Birden Fazla	100	52,85	4,46	53	41	68	
Duygusal Boyut Skoru	Hayır	92	45,77	5,36	45,5	35	61	0,391
	Evet	104	46,36	5,72	45	32	69	
	Birden Fazla	100	45,12	5,39	44,5	33	63	
Davranışsal Boyut Skoru	Hayır	92	53,38	4,71	53	45	63	0,753
	Evet	104	53,80	5,29	53	44	75	
	Birden Fazla	100	53,05	4,81	53	40	68	
Toplam Skor	Hayır	92	152,30	10,82	151	131	186	0,220
	Evet	104	153,85	11,89	153	130	210	
	Birden Fazla	100	151,02	10,22	150	128	191	

*p<0,05

Gruplar arası karşılaştırma Kruskal Wallis testi kullanılarak yapılmıştır.

Aynı harfler ikili karşılaştırma sonrası gruplar arasında fark olmadığını belirtir.

Sözlü şiddete maruz kalma durumuna göre bakıldığında sözlü saldırıya uğramayan bireylerin görev süresinin diğerlerine göre daha az olduğu görüldü (p=0,033). Gruplar arasında yaş, zihinsel boyut skoru, duygusal boyut skoru, davranışsal boyut skoru ve toplam skor yönünden istatistiksel olarak önemli fark bulunmadı (Tablo 7).

Tablo 8. Fiziksel Şiddete Tanık Olma Durumuna Göre Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Karşılaştırma Sonuçları

		N	Ort.	Standart Sapma	Ortanca	En Küçük Değer	En Büyük Değer	p
Yaş	Hayır	133	35,07	9,99	34	20	65	0,987
	Evet	94	34,64	8,76	32,5	19	58	
	Birden Fazla	69	34,48	8,75	35	9	52	
GörevSüresi (Yıl)	Hayır	133	11,60	9,97	9	0	42	0,768
	Evet	94	11,22	8,37	9,5	0	36	
	Birden Fazla	69	11,40	7,58	10	0	32	
İletişim Becerileri Envanteri Skorları								
Zihinsel Boyut Skoru	Hayır	133	53,71	4,87	54	37	66	0,057
	Evet	94	53,33	4,52	53	43	68	
	Birden Fazla	69	52,22	4,71	52	41	65	
Duygusal Boyut Skoru	Hayır	133	45,64	5,63	45	35	69	0,651
	Evet	94	46,23	5,81	46	32	63	
	Birden Fazla	69	45,33	4,83	45	33	58	
Davranışsal Boyut Skoru	Hayır	133	53,98	5,17	54	45	75	0,107
	Evet	94	53,40	4,54	53	44	66	
	Birden Fazla	69	52,35	4,94	52	40	68	
Toplam Skor	Hayır	133	153,32	11,20	152	128	210	0,066
	Evet	94	152,97	11,07	153	131	186	
	Birden Fazla	69	149,90	10,47	149	130	191	

*Gruplar arası karşılaştırma Kruskal Wallis testi kullanılarak yapılmıştır.

Fiziksel şiddete tanık olma durumuna göre bakıldığında yaş, görev süresi, zihinsel boyut skoru, duygusal boyut skoru, davranışsal boyut skoru ve toplam skor yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmadı (Tablo 8).

Tablo 9. Sözlü Şiddete Tanık Olma Durumuna Göre Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Karşılaştırma Sonuçları

		N	Ort.	Standart Sapma	Ortanca	En Küçük Değer	En Büyük Değer	p
Yaş	Hayır	133	35,07	9,99	34	20	65	0,904
	Evet	94	34,64	8,76	32,5	19	58	
	Birden Fazla	69	34,48	8,75	35	9	52	
GörevSüresi (Yıl)	Hayır	133	11,60	9,97	9	0	42	0,911
	Evet	94	11,22	8,37	9,5	0	36	
	Birden Fazla	69	11,40	7,58	10	0	32	
İletişim Becerileri Envanteri Skorları								
Zihinsel Boyut Skoru	Hayır	133	53,71	4,87	54	37	66	0,709
	Evet	94	53,33	4,52	53	43	68	
	Birden Fazla	69	52,22	4,71	52	41	65	
Duygusal Boyut Skoru	Hayır	133	45,64	5,63	45	35	69	0,129
	Evet	94	46,23	5,81	46	32	63	
	Birden Fazla	69	45,33	4,83	45	33	58	
Davranışsal Boyut Skoru	Hayır	133	53,98	5,17	54	45	75	0,863
	Evet	94	53,40	4,54	53	44	66	
	Birden Fazla	69	52,35	4,94	52	40	68	
Toplam Skor	Hayır	133	153,32	11,20	152	128	210	0,870
	Evet	94	152,97	11,07	153	131	186	
	Birden Fazla	69	149,90	10,47	149	130	191	

*Gruplar arası karşılaştırma Kruskal Wallis testi kullanılarak yapılmıştır.

Sözlü şiddete tanık olma durumuna göre bakıldığında yaş, görev süresi, zihinsel boyut skoru, duygusal boyut skoru, davranışsal boyut skoru ve toplam skor yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmadı (Tablo 9).

Tablo 10. Hastalar Tarafından Şikâyetle Bulunulma Durumuna Göre Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Karşılaştırma Sonuçları

		N	Ort.	Standart Sapma	Ortanca	En Küçük Değer	En Büyük Değer	p
Yaş	Hayır	234	34,80	9,63	34	9	65	0,445
	Evet	44	33,61	6,89	34	22	54	
	Birden Fazla	18	37,56	9,95	35	26	60	
GörevSüresi (Yıl)	Hayır	234	34,80	9,63	34	9	65	0,396
	Evet	44	33,61	6,89	34	22	54	
	Birden Fazla	18	37,56	9,95	35	26	60	
İletişim Becerileri Envanteri Skorları								
Zihinsel Boyut Skoru	Hayır	234	53,32	4,85	53	37	68	0,849
	Evet	44	52,75	4,46	53,5	44	64	
	Birden Fazla	18	53,33	4,12	53	46	62	
Duygusal Boyut Skoru	Hayır	234	45,82	5,52	45	32	69	0,544
	Evet	44	46,02	6,08	46	34	63	
	Birden Fazla	18	44,33	3,48	43,5	38	50	
Davranışsal Boyut Skoru	Hayır	234	53,63	5,02	53	40	75	0,427
	Evet	44	52,91	4,47	53,5	46	63	
	Birden Fazla	18	51,83	4,91	51	43	59	
Toplam Skor	Hayır	234	152,77	11,42	152	128	210	0,533
	Evet	44	151,68	9,77	152	130	175	
	Birden Fazla	18	149,50	8,70	149,5	133	168	

*Gruplar arası karşılaştırma Kruskal Wallis testi kullanılarak yapılmıştır.

Hastalar tarafından şikâyetle bulunulma durumuna göre bakıldığında yaş, görev süresi, zihinsel boyut skoru, duygusal boyut skoru, davranışsal boyut skoru ve toplam skor yönünden istatistiksel olarak önemli fark bulunmadı (Tablo 10).

Tablo 11. Hastalarla Mahkeme Süreci Yaşama Durumuna Göre Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Karşılaştırma Sonuçları

		N	Ort.	Standart Sapma	Ortanca	En Küçük Değer	En Büyük Değer	p
Yaş	Hayır	278	34,80	9,44	34	9	65	0,860
	Evet	18	34,72	7,11	34	24	52	
	Birden Fazla	278	11,40	9,02	10	0	42	
Görev Süresi (Yıl)	Hayır	18	12,00	7,66	9	1	30	0,489
	Evet	278	34,80	9,44	34	9	65	
	Birden Fazla	18	34,72	7,11	34	24	52	
İletişim Becerileri Envanteri Skorları								
Zihinsel Boyut Skoru	Hayır	278	53,25	4,77	53	37	68	0,966
	Evet	18	53,11	4,42	53,5	45	59	
	Birden Fazla	278	45,89	5,38	45	32	69	
Duygusal Boyut Skoru	Hayır	18	43,72	7,05	43,5	34	61	0,053
	Evet	278	53,39	4,87	53	40	75	
	Birden Fazla	18	53,83	6,11	54	45	67	
Davranışsal Boyut Skoru	Hayır	278	152,53	11,09	151	131	210	0,690
	Evet	18	150,67	10,45	153	128	167	
	Birden Fazla	278	53,25	4,77	53	37	68	
Toplam Skor	Hayır	18	53,11	4,42	53,5	45	59	0,912
	Evet	278	45,89	5,38	45	32	69	
	Birden Fazla	18	43,72	7,05	43,5	34	61	

*Gruplar arası karşılaştırma Mann Whitney U testi kullanılarak yapılmıştır

Hastalarla mahkeme süreci yaşama durumuna göre bakıldığında yaş, görev süresi, zihinsel boyut skoru, duygusal boyut skoru, davranışsal boyut skoru ve toplam skor yönünden istatistiksel olarak önemli fark bulunmadı (Tablo 11).

Tablo 12. Sağlık çalışanlarının sağlıkta şiddet problemlerinin sebepleri ile ilgili düşünceleri

Sorunlar	Katılan	Yüzde
Hastaların İletişim Problemleri	218	73,4
Yeterince eğitilmiş olmayan hastalar	213	71,1
Uzun bekleme süreleri	203	68,3
Yasalardaki boşluklar	179	60,2
Alkol ya da uyuşturucu almış hastalar	171	57,6
Medya vedizilerin kötü yönlendirmeleri	167	56,2
Hastanenin fiziksel imkânlarının kısıtlılığı	161	54,2
Sistemin yeterince iyi olmaması	160	53,9
Bilgilendirme problemleri	155	52,1
Adam kayırma algısı	154	51,8
Yetersiz sağlık hizmeti	84	28,3
Sağlık çalışanlarının kaba davranışları	79	26,5
Sağlık çalışanlarının bilgi yetersizlikleri	73	24,5

Katılımcıların sağlıkta şiddetin sebepleri konusunda ne düşündükleri sorgulanmıştır. Çalışanların %73,4'ü hastaların iletişim problemlerini sağlıkta şiddetin sebebi olarak görürken, %24'ü şiddetin sağlık personelinin bilgi yetersizliğinden kaynaklanabileceğini bildirmiştir. Sağlık çalışanlarının sağlıkta şiddet problemlerinin sebepleri ile ilgili düşünceleri Tablo 12'de gösterildi.

4.2. Nitel Araştırma Yöntemine İlişkin Bulgular

4.2.1 Politika Düzeyi

Sağlıkta şiddeti önleme konusunda devlet politikası önemli bir rol oynamaktadır. Bu politika ekseninde çıkarılan yasalar ve uygulamaya koyulan düzenlemeler ile sağlık hizmetlerinin güvenli bir şekilde yürütülmesi hedeflenmiştir. Yapılan ankette sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nasıl engellenebileceği sorusuna en sık verilen cevaplar sırasıyla; hastalara yönelik eğitimlerin verilmesi, şiddete yönelik caydırıcı cezalar verilmesi, güvenlik önlemlerinin artırılması, gereksiz iş yükünün azaltılması gerektiği yönünde olmuştur.

4.2.1.1.Sağlıkta Şiddet Yasası

Çalışmamızda, ankete katılan sağlık çalışanları sağlıkta şiddete yönelik yasa ve uygulamaların yetersiz olduğunu belirtmişlerdir.

“Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin Türk Ceza Kanununda daha somut ve net maddelerle cezai karşılığını belirtirdim. Sağlık çalışanlarının şiddet davalarının hızlı çözülmesi ve cezaların tekrar aynı suçu önlemekte yeterli etkiyi sağlamasını desteklerdim.” (G.26, 30 yaşında, kadın, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 5 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Herhangi bir şiddet durumunda sağlık çalışanının her türlü yanında olup şiddet uygulayan kimsenin mutlaka ceza almasını sağlar bunu da kamuoyuna duyururdum. Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik bu kadar kolay oldukça BİMER, CİMER gibi birimlere bir telefonla şikâyet edebilmek bu kadar kolay oldukça insanların şiddet tutumlarının değişebileceğini sanmıyorum. Her şikâyet ciddiye alınıp inceleme başlatılırsa insanlarda en başta ‘senin maaşını ben ödüyorum, istediğimi yapmazsan seni şikâyet eder süründürürüm’ gibi duygusal şiddete çok açık oluyorlar. (G.13, 28 yaşında, kadın, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 3 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

Ankete katılan çalışanlar mevcut yasa ve uygulamaların yetersiz olduğunu, sağlıkta şiddetin önlenmesinde bu yaptırımların daha da caydırıcı olması gerektiğini vurgulamışlardır.

“Şiddet uygulayan kişinin aynı hastaneden tedavi görmesini engelledim. Görev başındaki memura şiddet konusunda ağır para cezası uyguladım.” (G.19, 33 yaşında, kadın, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 10 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Şiddet uygulayan hastanın sağlık hizmeti ücretli olmalıdır. SGK güvencesi süreli ya da süresiz olarak kapatılmalı.” (G.24, 39 yaşında, kadın, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 13 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Fiziksel sözel ya da ekonomik şiddet uygulayan temel yaşam desteği dışındaki sağlık hizmetlerinden kalıcı olarak men ederdim.” (G.8, 30 yaşında, kadın, acil servis bölümünde çalışıyor, 2 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

4.2.1.2. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Koşulları

Sağlık çalışanlarının yarısı iş yükünün fazla olduğunu ifade ederken bu durumun sebebi olarak gereksiz hastane başvuruları, doktor başına düşen hasta sayısının fazla olması ve hastanelerdeki personel ve donanım yetersizliklerini göstermektedirler. Bu gibi sorunların sağlık çalışanı ile hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişimi bozduğunu ve oluşan sağlıksız hizmet koşullarının şiddete zemin hazırladığını belirtmişlerdir. Ankete katılan sağlık çalışanları, “Elinizde yetki olsaydı sağlık çalışanlarında şiddeti önlemeye yönelik neler yapardınız?” sorusuna vermiş oldukları cevaplarla fazla iş yükü ve gereksiz hasta başvurularına dikkat çekmişlerdir.

“Sağlık çalışanlarının maksimum karşılayabileceği iş yüklerinin tanımlanması (36 saat nöbet, günlük 100 hasta gibi uygulamalar önüne geçilmeli)” (G.1, 35 yaşında, erkek, çocuk endokrinoloji bölümünde çalışıyor, 10 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Sağlık çalışanlarının daha fazla saat hasta ile ilgilenilmesi normalden fazla yorulması ve çalışma koşulları iyileşme yapılmaması şiddet oluşumunda önemli bir etkidir.” (G.2, 31 yaşında, kadın, Çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 6 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Sağlık çalışanlarının uygunsuz ortamlarda fiziksel ve ruhsal olarak uzun saatlerde çalışması sağlık çalışanlarının motivasyonunu ve toleransını azaltmaktadır.” (G.24, 39 yaşında, kadın, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 13 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Tükenmişlik sendromu, hasta sayısının bir hekimin bakması gerekenden daha fazla olan hastaya olan sürenin kısaltılması hekimin yeterli değerlendirme konusunda strese sokmaktadır.” (G.19, 33 yaşında, kadın, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 10 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Nöbet sayısının azaltılması için sağlık personelini sayısının artırılması” (G.7, 28 yaşında, kadın, acil servis bölümünde çalışıyor, 3 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

Ankete katılan sağlık çalışanları, yanlış poliklinik başvurularının (özellikle acil servislerde) hasta yığılmalarına sebebiyet verdiği dikkat çekmişlerdir. Bu nedenle ortaya çıkan gereksiz iş yükü sonucu sağlık çalışanları, öncelikli görevlerine ayırmaları gereken sürenin azaldığını belirtmişlerdir.

“Acile acil olmayan hastaların istedikleri gibi ulaşmalarını önlerdim. (kavgalar genellikle acil hastaya müdahale sırasında beklemek istemeyen acil olmayan aileler tarafından çıkartılmaktadır.)” (G.14, 29 yaşında, erkek, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 4 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Acil tiraj bölümüne kalifiye personel alımı [yapardım], acil olmayan hastaların kayıt yapılmamasını, yeterli hekim sayısının olmasını [sağladım]” (G.18, 40 yaşında, kadın, Acil / Adli Tıp Uzman Doktoru olarak çalışıyor, 16 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Sağlık çalışanlarının standart dışında hasta bakıyor olması sinir sistemlerini altüst etmektedir.” (G.12, ? Yaşında, ? ? Bölümünde çalışıyor, ? Yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Bir hastanın aynı günde sayısız sağlık kurumuna başvurması önlenmeli.” (G.2, 31 yaşında, erkek, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 6 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

Mesleği dışında işler yapmak zorunda kalmaları, sağlık çalışanlarının sunduğu sağlık hizmet kalitesini etkilenmekte ve bunun sonucu meydana gelen iletişim kazaları ne yazık ki şiddete dönüşmektedir.

“İş yükünü azaltırdım. Her doktora bilgisayarla ilgilenmesi için 1 sekreter verirdim ki hasta ve hasta yakınlarıyla gerekli iletişimi kurabilsin.” (G.13, 28 yaşında, kadın, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 3 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

4.2.2. Toplum Düzeyi

İnsanlık tarihiyle başlayan ve kendini çok farklı biçimlerde gösterebilen şiddet olgusu, psikolojik baskı, kötü muamele, korkutma, sindirme, yaralama, işkence, öldürme, cezalandırma gibi farklı düzeylerde, bireysel ve toplumsal boyutta önüne geçilemeyen olgu haline gelmiştir. Günümüzde toplumun her alanında kendini gösteren şiddet, insan hayatına birinci dereceden etki eden sağlık çalışanlarına yönelik bir artış göstermiştir. Anketi cevaplayan sağlık çalışanlarının %65'i toplumsal sorunların sağlıkta şiddetin kaynağı olarak göstermiştir. “Sağlık çalışanlarına yönelik yapılan şiddetin kaynağı neler olabilir?” sorusuna karşı sağlık çalışanları düşüncelerini şöyle paylaşmışlardır.

“Toplumsal psikolojik sorunlarımız.” (G.4, 28 yaşında, erkek, acil servis bölümünde çalışıyor, 6 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Toplumun şiddete meyili.” (G.2, 31 yaşında, erkek, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 6 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Kültürel yapı, bilgisizlik” (G.6, 38 yaşında, erkek, acil servis bölümünde çalışıyor, 5 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

4.2.2.1. Şiddetin Önlenmesi Konusunda Eğitim kavramı

Sağlıklı bir toplumun ön koşullarından olan eğitim kavramı çok geniş bir konu olup şiddetin engellemesi için kullanılan en etkin yöntemlerdendir. Bireye temel insani ve ahlaki özelliklerin kazandırılmasının ve sonrasında eğitim kurumlarınca ve toplum tarafından bu özelliklerin pekiştirilmesinin sağlıkta şiddetin azaltılması konusunda ne denli öneme sahip olduğu ankete katılan sağlık çalışanlarınca dile getirilmiştir. Katılımcıların yarısından fazlası eğitimsizliğin sağlıkta şiddetin nedenleri arasında saymaktadır. “Sağlık çalışanlarına yönelik yapılan şiddetin kaynağı neler olabilir?” sorusuna cevaben katılımcılar eğitim hakkındaki düşüncelerini şöyle paylaşmışlardır.

“Eğitimsizlik, cehalet, şiddetle yaşayan, psikolojik sorunları olan, haksız olan” (G.25, 42 yaşında, erkek, acil servis bölümünde çalışıyor, 8 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Genel olarak hizmet alınan kişilere karşı saygı sınırlarını aşmak.” (G.10, 56 yaşında, kadın, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 32 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“İnsanların beklentileri çok fazla olduğundan bu beklentiler tam yanıtlanamadığında şiddetle çözülebileceğini düşündüklerinden şiddet hızla artmaktadır.” (G.12, ? yaşında, ?, ? bölümünde çalışıyor, ? yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Eğitim eksikliği, iletişim problemi” (G.19, 33 yaşında, kadın, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 10 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Bilgisizlik, anlayış göstermeme, sağlık çalışanlarını istediklerini yaptırabilecekleri hizmetkârları olarak algılama” (G.14, 29 yaşında, erkek, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 4 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Ulaşabildiğim kadar herkese ulaşıp eğitimler, seminerler düzenlemeye çalışırdım. (özellikle iletişim ve hoşgörü ile ilgili) [Sağlıkta şiddeti önleme adına neler yaptınız sorusuna cevaben]” (G.12, ? yaşında, ?, ? Bölümünde çalışıyor, ? yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

4.2.2.2. Kitle İletişim Araçlarıyla Şiddetin Normalleştirilmesi

Şiddetin bireyler bazında içselleştirilmesi, normalleştirilmesi; büyük ölçekte toplumun şiddet algısını ve şiddet üzerine olan pratiklerini de etkilediği kanıksanamaz bir gerçek olarak günümüzde kabul görmüştür. Bundan hareketle katılımcılar sağlık çalışanlarına yönelen şiddet olaylarının bir aktörü olarak televizyon gibi kitle iletişim araçları ve sosyal platformlarda paylaşılan olumsuz örnekleri sorumlu tutmuşlardır. Ankete katılan çalışanlar konu hakkındaki cevapları şöyledir;

“[Sağlıkta şiddetin] En önemli sebebi hastaların politikacılar, medya tarafından sağlık çalışanlarına karşı kışkırtılmasıdır. Hastalar hastanelerde yaşadığı problemlerin kaynağı olarak sağlık çalışanlarını görmektedir.” (G.24, 39 yaşında, kadın, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 13 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Ülkemizde sosyal medyanın şiddete eğilimi arttırdığı [düşüncesindeyim]” (G.2, 31 yaşında, kadın, Çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 6 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“[Sağlıkta şiddetin] En önemli nedenleri arasında eğitimsizlik, bilinçsiz medya kullanımı ve yanlış siyasi yaklaşımlar sayılabilir.” (G.26, 30 yaşında, kadın, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 5 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

Ankete katılan sağlık çalışanları “Elinizde yetki olsaydı sağlık çalışanlarında şiddeti önlemeye yönelik neler yaptınız?” sorusuna kitle iletişim araçlarının kullanılması gerektiğiyle ilgili şunları söylemişlerdir.

“Topluma etkili iletişim yöntemleri konusunda kamu spotlarının yapılıp seyredilmesine destek olmak olurdu.” (G.9, 34 yaşında, kadın, sağlık bakım

hizmetleri koordinatörü olarak çalışıyor, 12 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Dizilerdeki şiddet sahnelerini önlerdim. Sadece sağlık çalışanlarını değil görevini yapmakta olan tüm çalışanlara saygıyı eğitime sokardım. Çalışana saygıyı öğretmek sadece bir eğitim politikası da olamaz. Toplumun geneline yaymak için TV programlarını, gazete ve internet siteleriyle bunun desteklenmesi, yaygın izlenen kanallarda kamu spotu olarak yayınlanması gerektiğini düşünmekteyim. Cezaları arttırmak geçici çözümdür. Kalıcı çözüm için eğitim şarttır.” (G.14, 29 yaşında, erkek, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 4 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Sosyal medya, okullarda tüm herkese ulaşabilir ve sürekli yayınlarla eğitim ve bilinç düzeyini arttırmak “ (G.17, 28 yaşında, erkek, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 3 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Özellikle şiddete karşı medyayı kullanırdım, insanlara özellikle bekleme süreleriyle ilgili kamu spotu şeklinde gösteri uygulanabilir. Acil polikliniğinin işlevi hakkında halk aydınlatılmalıdır.” (G.24, 39 yaşında, erkek, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 13 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Toplumunu bilinçlendirmek için kamu spotu eğitim sunumları hazırlatırdım. Haber yayınlarında olumlu davranışları pekiştirirdim. (G.26, 30 yaşında, kadın, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 5 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

4.2.3 Kurumsal Düzey

4.2.3.1 Çalışma Güvenliği

Günümüzde çalışanlar, çeşitli sektörlerde hizmet verdikleri kişiler tarafından şiddete maruz kalmaktadır. Sağlık çalışanları ise yüksek oranda şiddet riski altında olan meslek gruplarındandır. Sağlık çalışanlarının karşı karşıya kaldığı şiddet nedenleri arasında çalışma güvenliğinden kaynaklı sorunlar ankete katılan çalışanlar tarafından dile getirilmiştir. Çalışanlar güvenlik

önlemlerinin yetersizliğinden, genellikle alakalı fiziki eksikliklerden, çalışma alanlarına denetimsiz giriş çıkışların yapılmasından şikâyetçi olduklarını ifade etmişlerdir. “Şiddetin önlenmesine yönelik hastanenizin ek bir önlemi var mıdır? Bir saldırı / şiddet hareketi olasılığına karşı kendinizi güvende hissediyor musunuz? Ne kadar güvende hissediyorsunuz?” sorusuna cevaben ankete katılanlardan sadece iki kişi kendilerini güvende hissettiklerini, 1 kişi ise kısmen güvende hissettiğini bildirmiştir.

“Çok bir önlem olduğunu düşünmüyorum. Çalışan güvenlik personelinin de sorunları da bir yere kadar diye düşünüyorum. Kendimi güvende hissetmiyorum. En basit açıdan düşünecek olursak her gün 500 hastadan fazla bakan genel çocuk polikliniğinde güvenlik bulunmamaktadır.1 hafta içerisinde 2 sözel ve darp olayı yaşanmasına rağmen önlem alınmamıştır. (G.2, 31 yaşında, kadın, Çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 6 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Yok. Hiç güvende hissetmiyorum. Ki bunu yaşayarak gördüm. Bir hasta yakını poliklinikte üzerime yürüdüğünde Beyaz kod vermeme rağmen hiçbir güvenlik personeli gelmedi.” (G.13, 28 yaşında, kadın, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 3 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Hastanenizde ek önlem yoktur. Güvenlik noktalarında güvenlik görevlileri durmamakta olup, ziyaret saatlerine ve ziyaret kurallarına riayet edilmemektedir. Hastanede kendimi güvende hissetmiyorum.”(G.11, 27 yaşında, erkek, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 3 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Hastanemizin ek bir önlemi yoktur. Çocuk acilde güvenlik görevlileri durmamakta, içeri her an bir aile girebilmekte doktora şiddet uygulayabilmekte.” (G.14, 29 yaşında, erkek, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 4 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

Katılımcılar bazıları güvenlik görevlisi ve diğer güvenlik donanımlarının varlığına rağmen kendilerini güvende hissetmediklerini belirtmişlerdir. Toplumun şiddet algısında değişim olmadığı sürece alınan önlemlerin güvenli

çalışma ortamı sağlamadığını düşünen sağlık çalışanları, düşüncelerini şöyle ifade etmişlerdir.

“Hastanemizin güvenlik kameraları, güvenlik görevlileri bulunmaktadır fakat toplumumuzun psikolojik yapısından dolayı kendimizi güvende hissetmemiz olanaksız.” (G.16, 53 yaşında, erkek, idari birim bölümünde çalışıyor, 30 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Güvenlik ve sesli kameralarla korunmakta, ama sayıları çok az. Çok da kendimi güvende hissetmiyorum. Toplumun psikolojik yapısından dolayı her an ne olacak kestiremiyoruz.” (G.9, 34 yaşında, kadın, sağlık bakım hizmetleri koordinatörü olarak çalışıyor, 12 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

Sağlıkta şiddetin çalışanlar üzerinde oluşturduğu psikolojik travmalar neticesinde kimi çalışanlar kendilerini korumak amaçlı tedbirler alma yolunu seçmişler, kimileri ise kendilerine savunma hakkı verilmesini talep etmişlerdir.

“Hiç güvende hissetmiyorum her zaman hastanede cebimde elektrik veren şok aletiyle dolaşıyorum.” (G.20, 35 yaşında, erkek, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 9 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Kendimi savunma hakkı [tanırdım], [Elinizde yetki olsaydı sağlık çalışanlarında şiddeti önlemeye yönelik neler yapardınız? sorusuna cevaben]” (G.15, 42 yaşında, erkek, başhekimlik bölümünde çalışıyor, 18 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

Sağlık çalışanlarının çalışma ortamları ve verdikleri hizmetten dolayı karşılaşılabilecekleri riskleri tanımlamak, çalışanları yasal düzenlemeler ve koruyucu tedbirler hakkında bilgilendirmek, çalışanların hakları ile ilgili eğitim düzeyini arttırmak gibi amaçlar taşıyan çalışan güvenliği eğitimi; her sağlık personelinin alması gereken bir eğitimidir. Çalışmamızda “Çalışan güvenliği konusunda hizmet içi eğitim aldınız mı?” sorusuna ankete katılan sağlık çalışanlarının yarısından fazlası bu eğitimi almadıklarını belirtmiştir.

4.2.3.2 Çalışma Ortamının Fiziki Şartları

24 saat kurum içi güvenliğin sağlanması adına kontrol noktaları, güvenli kapılar, güvenlik kameraları, metal detektörleri, acil yardım butonları gibi ekipmanlar güvenli çalışma ortamının olmazsa olmaz parçalarıdır. Günün teknolojisine uygun bu ekipmanlardan yoksun olunması verimliliği olumsuz etkilemekle beraber çalışanların motivasyonlarını düşürmekte, ruhsal ve bedensel yıpranmalarını arttırmaktadır. Zamansız hasta ziyaretleri, hastaya refakat eden birden fazla kişi bulunması, kapı şifrelerinin güncellenmemesi, uygunsuz bekleme alanları gibi olumsuz çalışma koşulları hakkında katılımcılar fikirlerini şöyle beyan etmişlerdir.

“Mevcut ülke şartlarında yoğunluğu önlemek mümkün değil, fakat hastalar kayıt yaptırırken oturup bekleyebilseler, sıcak havalarda kayıt beklerken dışarıdan da görülebilen sıra numaraları de olsa; bina içerisinde enerjilerini ve sabırlarını yitirmezler, poliklinik hatlarında havalandırma ve oturma alanlarının çoğaltabilirler. Çalışanlara su, çay vb. belirli aralıklarla hizmet verilebilir.” (G.10, 56 yaşında, kadın, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 32 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Hastaların odasına tek tek refakatçi alımının sağlanması kontrollü giriş-çıkış kapılarının artırılması gibi seçenekleri arttırmak. [‘Elinizde yetki olsaydı sağlık çalışanlarında şiddeti önlemeye yönelik neler yapardınız?’ sorusuna cevaben]” (G.9, 34 yaşında, kadın, sağlık bakım hizmetleri koordinatörü olarak çalışıyor, 12 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Desk banko gibi alanların önü açık ve fiziksel teması fırsat vermeyecek şekilde düzenlenmiş olması. [gerekir]” (G.7, 28 yaşında, kadın, acil servis bölümünde çalışıyor, 3 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Beyaz kod uygulaması ve güvenlik personeli bulundurma gibi önlemler var fakat beyaz kodun çalışmadığı durumlar oluyor ve ihtiyaç anında güvenliğe ulaşamadığımız için kendimi güvende hissetmiyorum.” (G.26, 30 yaşında, kadın, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 5 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

4.2.3.3 Sağlıkta Şiddette Güvenlik Görevlilerinin Rolü

Yaşanan herhangi bir şiddet olayında kendisine tanınan yetkiler çerçevesinde olaya müdahale eden ve süratle bölgeden sorumlu kolluk kuvvetini suç mahalline davet eden güvenlik görevlileri, sağlıkta şiddetin önlenmesinde büyük rol üstlenmektedir. Yetersiz sayıdaki güvenlik görevlisi sağlık çalışanının güven duygusunu zedelerken, sağlık hizmetlerinin aksamasına neden olmaktadır. Konu hakkında katılımcıların yarısından fazlası güvenlik görevlilerinin arttırılması gerektiğini ve acil çağrı sistemleriyle tam bir uyum içinde olaya müdahil olmaları gerektiğini vurgulamışlardır. Yine katılımcılar “Elinizde yetki olsaydı sağlık çalışanlarında şiddeti önlemeye yönelik neler yapardınız?” sorusuna güvenlik görevlileriyle ilgili şöyle cevaplar vermişlerdir.

“Sağlık sistemini en baştan değiştirip öncelikle her koridora güvenlik koyardım. Adaletin düzgün çalışmasını söyledim.”(G.20, 35 yaşında, erkek, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 9 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Güvenlik sayısını artırmak, kapı şifrelerini güncellemek, ziyaret saatlerine uymak.” (G.11, 27 yaşında, erkek, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 3 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Güvenlik personeli istihdamı, fiziksel olarak binada güvenlik çalışanlarının kaçış alanlarının planlanması.” (G.7, 28 yaşında, kadın, acil servis bölümünde çalışıyor, 3 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Kolluk kuvvetlerinin daha caydırıcı olması için hastanelerde görevlendirilmesi, güvenlik görevlisinin sayısının arttırılması, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarında daha caydırıcı olacak yasal değişikliğe gidilmesi” (G.1, 35 yaşında, erkek, çocuk endokrinoloji bölümünde çalışıyor, 10 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Güvenlik sayısını arttırmak kontrollü giriş çıkışı sağlamak” (G.16, 53 yaşında, erkek, idari birim bölümünde çalışıyor, 30 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

4.2.4 Kişiler arası

4.2.4.1 Sağlık Hizmetlerinde İletişimin Önemi

Şiddet olayları incelendiğinde çoğu olayın kaynağının doğru iletişim kurulamaması olduğu, çoğu şiddet olayının da doğru iletişim teknikleri ile ortaya çıkmasının önlenilebileceği görülmektedir. Sağlık çalışanı ile sağlık hizmeti alan kişiler arası iletişimin içerik ve ilişki düzeylerindeki problemler, teşhis ve tedavi basamaklarını etkilemekte ve ne yazık ki kimi zaman şiddete sebebiyet vermektedir. Katılımcılara yöneltilen “Sizce sağlık çalışanlarının hangi olumlu ya da olumsuz tutumları şiddetin oluşumunda etkili olmaktadır?” sorusuna gelen iletişim konulu cevaplar şöyledir.

“Sakin, empati, nezaket, saygı = olumlu; bıkkınlık, yorgunluk, stres, hasta sayısı fazlalığı = olumsuz.” (G.6, 38 yaşında, erkek, acil servis bölümünde çalışıyor, 5 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“İnsanlara yeterince ayrıntılı bilgi vermemek, insanların hassas noktalarına anlayış göstermemek.”(G.13, 28 yaşında, kadın, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 3 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Yoğunluk, sabırsız hasta karşısında isteksiz olmak.” (G.4, 28 yaşında, erkek, acil servis bölümünde çalışıyor, 6 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Karşıdakini anlamaya çalışmamak.” (G.11, 27 yaşında, erkek, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 3 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

Birçok faktörün etkisinde, uzun bir süreci kapsayan başarılı iletişim kurma, okuma-yazma gibi öğrenilebilir ve geliştirilebilirdir. Araştırmamızda iletişim becerilerinden kaynaklı sorunları sağlıkta şiddetin nedenleri arasında gören katılımcılar “Elinizde yetki olsaydı sağlık çalışanlarında şiddeti önlemeye yönelik neler yapardınız?” sorusuna şöyle cevaplar vermişlerdir.

“Sağlık personeli ve hastaneye gelen herkese iletişim eğitimi verilmesini organize ederdim. Gerçek iletişim olduğu yerde şiddet olmaz diyorum.” (G.25, 42 yaşında, erkek, acil servis bölümünde çalışıyor, 8 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Gelen hasta ve hasta yakınlarına iletişim eğitimi öneririm.” (G.3, 28 yaşında, erkek, acil servis bölümünde çalışıyor, 4 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Sizce sağlık çalışanlarının hangi olumlu ya da olumsuz tutumları şiddetin oluşumunda etkili olmaktadır?” sorusuna katılımcılar çoğunlukla iletişime vurgu yapmıştır. Anket sorusuna verilen cevaplar şöyledir.

“Karşı tarafı dinlememe, hızla karar verme, profesyonel iletişim eksikliği” (G.1, 35 yaşında, erkek, çocuk endokrinoloji bölümünde çalışıyor, 10 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Hastayla iyi iletişim kuramamak, empati yeteneği o an yapamamak, hastalarında o an karşısındaki robot gibi davranması.” (G.9, 34 yaşında, kadın, sağlık bakım hizmetleri koordinatörü olarak çalışıyor, 12 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Hasta yoğunluğuna bağlı hastayla empati kurulmaması ses tonunun ayarlanmaması ve bazen siz yerine sen içerikli ifadelerin kullanılması.” (G.10, 56 yaşında, kadın, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 32 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Sabırlı ve sakin davranmaları olumlu yönde etkileyecekken sabırsız hırçın ve hasta haklarını ihlal eden davranışlar olumsuz yönde etkili olmaktadır. Bazı durumlarda ise sağlık çalışanı ne kadar özverili davranırsa davranışın maalesef şiddete maruz kalması engellenememektedir.” (G.26, 30 yaşında, kadın, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 5 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

Katılımcıların yarısına yakını ise sağlık çalışanlarının olumlu veya olumsuz tutumlarının, asla bir şiddet sebebi olamayacağını vurgulamışlardır.

“Şiddet sağlık çalışanının tutumuyla ilgili bir durum değildir. Şiddet sadece bunu uygulayanla ilgilidir.” (G.20, 35 yaşında, erkek, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 9 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Şiddetin mazereti olamaz.” (G.23, 50 yaşında, erkek, acil servis bölümünde çalışıyor, 24 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Hekimlerin şiddeti hak edecek davranışta bulunmadığını [düşünüyorum] (G.21, 33 yaşında, kadın, acil servis bölümünde çalışıyor, 8 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Sağlık çalışanlarının tutumundan çok hasta ve hasta yakınının sağlık hizmetleri isteyiş şekilleri bunu belirler. Gördükleri duygusal şiddete göre her çalışanın olumlu veya olumsuz tavırları buna göre belirlenir.” (G.14, 29 yaşında, erkek, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 4 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Şiddetin kaynağının sağlık çalışanlarından kaynaklandığını düşünmüyorum.” (G.5, 30 yaşında, erkek, acil servis bölümünde çalışıyor, 4 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Kendi yaşadığım sağlıkta şiddet olaylarında şahsım kaynaklı olmadığı için ne tür bir düşünce ile şiddet uygulandığını bilemiyorum.” (G.17, 28 yaşında, erkek, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 3 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Yorgunluk yeterli. Ama hiçbir insan şiddeti hak etmez.” (G.18, 40 yaşında, kadın, Acil / Adli Tıp Uzman Doktoru olarak çalışıyor, 16 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının şiddet sonrasında hastalarla olan iletişiminin etkilenip etkilenmediği sorgulandığında katılımcıların yarısına yakını hastalarla iletişimlerinin etkilenmediğini ifade etmişlerdir. “Şiddete uğradıktan sonra hastalarınızla olan iletişiminizde bir değişim yaşadınız mı?” sorusuna diğer katılımcılar şöyle cevap vermiştir.

“Hastaları hep empati ile yaklaştığımız için şiddete maruz kalmış olsak bile onların hakkını koruyoruz, kurumumuzda hasta yada çalışanlarımızın mağdur olmaması için elimizden geleni yapıyoruz.” (G.16, 53 yaşında, erkek, idari birim bölümünde çalışıyor, 30 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Artık tüm hasta yakınlarına ifadesiz bir yüz ifadesiyle bakıyorum.” (G.19, 33 yaşında, kadın, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 10 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Evet, yaptığım fedakârlıklara değmediğini düşündüm, çalışmak istemedim.” (G.21, 33 yaşında, kadın, acil servis bölümünde çalışıyor, 8 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Hastalara empati yapma isteği azalıyor, tepkisel davranış oluşuyor, insanlara güven azalıyor.” (G.24, 39 yaşında, kadın, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 13 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Evet, bir süre yaşadım. Mutsuz çalışmam onlarla iletişimimi etkiledi. Bunun sonucu tekrar olumsuz bir deneyim yaşamadım ama daha kaliteli bir hizmet vermeme engelledi.” (G.26, 30 yaşında, kadın, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 5 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

4.2.4.2 Şiddet Mağduru Sağlık Çalışanına Destek Durumu

Şiddete maruz kaldıktan sonra fiziksel ve psikolojik iyi olma halini kaybeden şiddet mağduru, bu zor dönemi atlatabilmek için çeşitli yerlerden destek almalıdır. Başta çalıştığı kurum yöneticileri ve çalışma arkadaşları olmak üzere kişinin hukukun varlığını da arkasında hissetmesi en büyük gereksinimdir. Çalışmamızda şiddet gören katılımcıların yarısından fazlası destek almadıklarını belirtmişlerdir. “Şiddete maruz kaldığınızda hastanenizin herhangi biriminden ya da çalışanlardan destek aldınız mı? (Meslektaş, hastane yöneticileri, çalışan güvenliği birimi, psikolog vs.) sorusuna katılımcılar şu şekilde yanıt vermişlerdir:

“Destek almadım. Bir olay gerçekleşmesinden sonra yapılan şeylerden nefret ediyorum.” (G.1, 35 yaşında, erkek, çocuk endokrinoloji bölümünde çalışıyor, 10 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Fiziksel şiddete maruz kalmadım. Psikolojik şiddete her gün maruz kalıyorum. Destek almadım.” (G.4, 28 yaşında, erkek, acil servis bölümünde çalışıyor, 6 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Hastanemden hiçbir destek görmedim. Haklı bulunmama rağmen savunma verdim.” (G.13, 28 yaşında, kadın, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 3 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Destek almadım. Hatta destek vermek yerine başhekimlik tarafından hasta bakmaya devam etmem istendi.” (G.19, 33 yaşında, kadın, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 10 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Hayır, kendim çözmeye çalıştım birçok bildirim ne yazık ki olumsuz döndü.” (G.20, 35 yaşında, erkek, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 9 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

4.2.5. Kişisel

4.2.5.1 Sağlık Çalışanlarının Şiddet Algısı

Gelişmiş bir toplumu oluşturan bireylerin, daha çocukken şiddetin farkına varması ve şiddetsiz iletişim yöntemlerini doğal olarak benimsemiş olması gerekir. Günümüzde birçok şiddet içerikli davranış ve tutumlara maruz kalmakta veya tanık olmaktadır. Ölüm, cinayet, yaralama, cana kasıt neredeyse mazur görülür hale gelirken; aile içi şiddet, namus cinayetleri, kan davaları, kadına karşı, çocuklara karşı, sağlık çalışanlarına karşı şiddet sıradan hale gelmiş durumdadır. Çoğumuzun sıkça karşılaştığı bu travmalar zaman içinde normalleşiyor. Fiziksel olarak kan ya da bir yaralanma görmedikçe durumu önemsizleştirme ve şiddeti görmezden gelme baş gösteriyor. Şiddetin tam olarak ne anlama geldiğini unutan bireyler farkında olmadan şiddet uyguluyor veya şiddete maruz kalıyor. Böylece toplum şiddete açık bir hale geliyor.

Şiddetin tanımını bilmek, hangi davranış ve tutumların şiddet kapsamında olduğunu değerlendirmek sağlık çalışanlarına koruyucu bir yaklaşım kazandırır. Bu çerçevede araştırmamıza katılan çalışanların tamamına yakını “Size göre şiddet nedir? “ sorusuna dünya sağlık örgütünün şiddet tanımına benzer cevaplar vermişlerdir.

“Şiddet: psikolojik, sözlü ya da fiziksel olarak karşısındakini baskı altına almak, zorla istediği noktaya taşımaktır.” (G.1, 35 yaşında, erkek, çocuk endokrinoloji bölümünde çalışıyor, 10 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Bir kişinin çeşitli nedenlerle zarar gördüğü ya da görme ihtimali barındıran her türlü sözel ve davranışsal harekettir.” (G.16, 53 yaşında, erkek, idari birim bölümünde çalışıyor, 30 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Bir kişinin çeşitli şekillerde zarar gördüğü ya da görme ihtimali barındıran her türlü sözel ya da davranışsal hareketlerdir.” (G.10, 56 yaşında, kadın, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 32 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Her türlü insanı rahatsız eden sözlü yazılı fiziki cinsel psikolojik ekonomik yönden zarar görmesiyle ya da acı çekmesiyle sonuçlanan muhtemel davranışlar.” (G.19, 33 yaşında, kadın, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 10 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet deyince ne anlıyorsunuz?” sorularına çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının verdiği cevaplar şöyledir.

“Hastanın veya hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına birçok farklı sebepten dolayı uyguladığı sözel tehdit, hakaret, mesleki bilgi ve tıbbi müdahale alakalı bilimsel ve tıbbi olmayan talep ve eleştiriler ve fiziksel her türlü saldırıyı içeren eylem.” (G.3, 28 yaşında, erkek, acil servis bölümünde çalışıyor, 4 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Sağlık çalışanlarının görevini yapmaktayken hasta veya hasta yakınları tarafından sözel veya fiziksel şiddete maruz kalması.” (G.14, 29 yaşında, erkek, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 4 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Sağlık çalışanları görev başında işlerini yapmaktayken sözel, fiziksel, psikolojik açıdan işlerinden alıkoyar ruhsal, fiziki hasara uğramaları.”(G.17, 28 yaşında, erkek, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 3 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Sağlık çalışanları uyguladıkları işten dolayı maruz kaldıkları her türlü, sözlü, fiziki zorlama, taciz, davranış vs.” (G.1, 35 yaşında, erkek, çocuk endokrinoloji bölümünde çalışıyor, 10 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

4.2.5.2. Şiddetin Hissettirdikleri

Fiziksel ve sözel şiddetin yanı sıra, sağlık çalışanlarına saygı sınırları dışındaki davranışlar da şiddetin bir parçasıdır. Şiddete maruz kalan her birey, duygusal olarak örselenir ve duygu durumunda çeşitli değişimler meydana gelir. Şiddet gören sağlık çalışanlarına şiddet sonrası ne hissettikleri sorulduğunda çoğunlukla öfke, üzüntü, korku, mutsuzluk, çaresizlik, yalnızlık, moral bozukluğu gibi duygular hissettiklerini söylemişlerdir. Bu gibi olumsuz duyguların kişinin hayata ve mesleğine bakış açısını bozduğu “Şiddete maruz kaldıktan sonra ne hissettiniz?” soruna verilen cevaplarda görülmektedir.

“Kendi çalışma azmimin ve işimi sevmemin etkilendiğini düşündüm.” (G.2, 31 yaşında, kadın, Çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 6 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Üzüntü, çalışma isteğinin tamamen yok olması.” (G.4, 28 yaşında, erkek, acil servis bölümünde çalışıyor, 6 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Mesleğime olan inancım kırıldı. Çalışma şevkim sarsıldı.” (G.11, 27 yaşında, erkek, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 3 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Şiddete uğradığımda her şeyi bırakıp gitmek istedim.” (G.22, 49 yaşında, kadın, acil servis bölümünde çalışıyor, 21 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

“Üzgün ve mutsuz hissettim. Mesleki seçimimi sorguladım .” (G.26, 30 yaşında, kadın, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümünde çalışıyor, 5 yıldır sağlık sektöründe görev yapıyor.)

5.TARTIŞMA

Hastanemizdeki çalışanların şiddete maruz kalma durumları ile iletişim becerileri arasındaki ilişkiyi sınıadığımız çalışmada en az bir kez herhangi bir tür şiddete maruz kalma durumunun oldukça sık olduğu ancak iletişim becerileri ile şiddet görme durumu arasında anlamlı ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir.

Sağlık çalışanları diğer sektörlerde çalışan kişilere göre şiddet görme riski açısından daha ciddi bir tehlike altındadır. Yapılan çalışmalara göre sağlık çalışanları, polisler, askerler ya da güvenlik görevlilerinden daha yüksek oranda şiddete maruz kalmaktadırlar. Bizim çalışmamızda katılımcıların %15,2'si hayatında en az bir kez fiziksel şiddete, %68,9'u en az bir kez sözlü şiddete maruz kalmışlardır. Ayrıca 203 (%68,6) katılımcı en az bir kez sözlü ya da fiziksel saldırıyı maruz kaldığını belirtmiştir. Literatürde birçok ayrı çalışmada şiddet görme sıklığı birbirinden farklı yöntemler kullanılarak belirlenmiştir.

İngiltere'de pratisyen hekimlerde yapılan çalışmalarda, hekimlerin %10-11'inin fiziksel şiddet gördüğü, %5'inin ateşli silahla tehdit edildiği ve %25-59'unun ise sözel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (D'Urso and Hobbs, 1989,s. 97-8, Koritsas ve diğ., 2007,s. 967-70, Ness ve diğ., 2000,s. 1447-8). Avustralya'da yapılan bir çalışmada pratisyen hekimlerin %63,7'sinin çalışma sırasında bir tür şiddete maruz kaldığı gözlemlenmiştir (Magin ve diğ., 2005,s. 352-6). Kanada'da hemşirelerin dâhil edildiği bir çalışmada, hemşirelerin %80'inin kariyerinin herhangi bir yerinde bir tür şiddete maruz kaldıkları gözlemlenmiştir (Shamian and Villeneuve, 2000,s.16-18). İsviçre'de yapılan bir çalışmada ise son iki ayda hemşirelerin %72'sinin sözel şiddete, %42'sinin fiziksel şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir (Hahn ve diğ., 2010,s. 3535-46). Avusturya da yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının %89,5'inin sözel ya da fiziksel saldırı ve tehdit aldıklarını tespit etmişlerdir (O'Connell ve diğ., 2000,s. 602-10). Çin'de yapılan bir kesitsel çalışmada Xing ve arkadaşları, 838 sağlık çalışanı ile görüşmüşlerdir. Son bir yıl içerisinde sağlık çalışanlarının %12,6 oranında fiziksel şiddet gördükleri, %34 oranında sözel şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir (Xing ve diğ., 2016). Dünya'nın

çeşitli bölgelerinde yapılan çalışmalarda doktorların şiddet görme oranının %56 ile %75 arasında değişiklik gösterdiği bulunmuştur (Kowalenko ve diğ., 2005,s. 142-7, Gates ve diğ., 2006,s. 331-7, Carmi-Iluz ve diğ., 2005a,s. 54). Anand ve arkadaşlarının Hindistan'da yürüttükleri çalışmada hekimlerin %40,8'inin son 12 ayda şiddete maruz kaldıklarını belirlemişlerdir (Anand ve diğ., 2016,s.344-348). Ori ve arkadaşlarının eğitimleri boyunca asistan hekimlerin %78,3'ünün şiddete maruz kaldığını bildirmişlerdir (Ori ve diğ., 2014,s. 25). Newman ve arkadaşlarının 2011 yılında Uganda'da yürüttükleri çalışmada sağlık çalışanlarının %39'unun son bir yıl içerisinde herhangi bir tür şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir (Newman ve diğ., 2011,s. 19).

Çalışmamızda tespit ettiğimiz şiddete maruz kalma oranı literatürdeki çalışmaların bir kısmından yüksek olarak bulunurken, bazı çalışmalara göre daha düşük bulunmuştur. Bu durumun öncelikli sebebi çalışmalar arasındaki yöntemsel farklılıklardır. Birçok araştırmada şiddet durumu "son bir yıl içerisinde herhangi bir şiddet olayı deneyimlediniz mi?" şeklinde sorgulanmıştır. Araştırmamızda ise hayatı boyunca şiddete maruz kalınıp kalınmadığını sorgulanmıştır. Ayrıca diğer çalışmalar gibi bizim çalışmamızda da şiddet vakaları hastane kayıtları incelenerek değil kişilerin kendi beyanları esas alınarak değerlendirilerek analiz edilmiştir.

Literatürde şiddet görme durumunun birçok demografik ve kişisel faktörle ilişkili olabileceği hipotezleri kurulmuş ve sınanmıştır. Bu çalışmada sözlü şiddete maruz kalmayanların görev sürelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Cinsiyet ile herhangi bir şiddete maruz kalma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Magin ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada kadınların ve az tecrübeli sağlık çalışanlarının şiddet görme durumunun daha yüksek olduğu bulunmuştur (Magin et al., 2005,s. 352-6). Çin'de yapılan bir çalışmada yaş, tecrübe, vardiyalı çalışma, anksiyete düzeyi ve düşük eğitim düzeyinin şiddetle ilişkili olduğu bulunmuştur (Jiao ve diğ., 2015). Anand ve arkadaşlarının Delhi'de yaptıkları çalışmada cinsiyetin ve tecrübenin şiddet görme durumu ile ilişkili olmadığını göstermişlerdir (Anand et al., 2016,s.344-348). Li ve arkadaşlarının yürüttükleri bir kesitsel çalışmada çok değişkenli analizlerde erkeklerin daha

fazla fiziksel şiddete maruz kaldığı, eğitim seviyesi daha yüksek olanların ve acil servis çalışanlarının daha çok şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir. Ayrıca 10 yılın üzerinde tecrübesi olan sağlık çalışanlarının şiddet görme durumunun daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Li ve diğ., 2017). Ancak bazı çalışmalarda ise 10 yılın altında tecrübeye sahip sağlık çalışanlarının daha çok şiddet görme durumu ile ilişkili olduğu gözlenememiştir (Xing ve diğ., 2015; Kitaneh and Hamdan, 2012,s. 469, Wei ve diğ., 2016,s. 63-70). Yapılan bir meta analiz çalışmasında Edward ve arkadaşları kadınların erkeklerden daha fazla şiddet gördüğünü göstermişlerdir (Edward ve diğ., 2016,s. 289-99).

Çalışmamızın bulguları ile literatürdeki bilgiler birlikte değerlendirildiğinde sağlık çalışanının kişilik özelliklerinin şiddete uğrama durumunun üzerinde ciddi bir etkisinin olduğunu söylemek oldukça zordur. Kimi çalışmalarda kadınlar daha fazla şiddete maruz kalırken, kimi çalışmalarda erkekler daha fazla şiddete maruz kalmıştır. Tecrübeli çalışanların daha az şiddet gördüğüne ilişkin kanıtlar sunulsa da birçok çalışmada daha çok tecrübeli bireylerin daha fazla şiddet gördüğü gözlenmiştir. Çalışmamızda görülen şiddet gören kişilerin çalışma süreleri ortalamalarının daha düşük olması daha uzun yıl çalışanlarda daha fazla hasta görmeye bağlı olarak daha fazla risk altında olmakla açıklanabilir.

Sağlıkta şiddet ülkemizde ciddi bir sorun olduğu gibi sağlık hizmetlerinin sürdürüldüğü her ülkede de ciddi bir sorun olarak gözükmektedir. Sağlık sektörü doğası gereği hem hizmet veren hem hizmet alan kişiler açısından oldukça stresli ve iletişim rollerinin doğru şekilde yönetilmesi zor bir sektördür. Sağlıkta şiddeti azaltmaya yönelik çeşitli çalışmalarda çeşitli müdahaleler planlanarak uygulanmıştır. Bu müdahalelerden birisi de sağlık çalışanlarının iletişim becerilerini arttırarak uygun olmayan durumları yönetebilme becerilerinin arttırılmaya çalışılmasıdır. Çalışmamızda katılımcıların %63,9'luk bir kısmının iletişim alanında eğitim aldığı görülmüştür.

İletişim alanında eğitim alma durumuna göre değerlendirme yapıldığında eğitim alan ve almayan bireylerde cinsiyet, fiziksel şiddete uğrama, sözlü

şiddete uğrama, fiziksel şiddete tanık olma, sözlü şiddete tanık olma, şikâyetle bulunulma veya hastalarla mahkeme süreci yaşama açısından istatistiksel olarak önemli fark olmadığı görülmüştür. Swain ve Gale, 2014 yılında yürüttükleri bir çalışmada “It’s all about communication” isimli bir müdahale programı hazırlamış ve sağlık çalışanlarına uygulamıştır. Program dâhilinde etkili iletişim eğitimleri ve bazı klinik senaryolar temel alınarak müdahale stratejileri geliştirilmiştir. Program sonrası sağlık çalışanlarının saldırganlık algısı, stres düzeyi gibi sonuçların olumlu değiştiği bildirilmiştir. Ancak çalışmada kontrol grubunun olmadığı ve öncesi-sonrası arasındaki farkın uygun şekilde karşılaştırılmadığı gözlenmektedir (Swain ve Gale, 2014,s. 1241-5).

Swain ve Gale’nin ortaya koyduğu müdahale programını kullanarak gerçekleştirilen bir randomize kontrollü çalışmada bir gruba iletişim eğitimi bir gruba da dikkatlilik (mindfulness) eğitimleri verilmiştir. Her iki grupta da algılanan agresyon ve sağlık çalışanlarındaki stres düzeylerinin düştüğü görülmüştür. Ancak iletişim eğitimi alanlarla kontrol grubu arasındaki farkın anlamlı olmadığı vurgulanmıştır (Baby ve diğ., 2018).

Çalışmamızda kişilerin iletişim becerilerini ölçmek adına geçerli ve güvenilir bir veri toplama aracı kullanılmıştır. Ölçekten ve alt puanlarından elde edilen sonuçların şiddet gören ya da görmeyen bireylerde değişiklik arz etmediğini göstermiştir. Literatürde yapılan bir birçok çalışmada ise, etkin iletişim tekniklerinin kullanımının çeşitli hasta gruplarında sağlık çıktıları üzerindeki pozitif etkilerinden bahsedilmiştir (Smidt ve diğ., 2007,s.16-29, Spector ve diğ., 2014,s. 72-84). Schimdt ve arkadaşlarının yürüttükleri çalışmada çalışanlar etkili iletişim eğitimine alınmış ve 1 ay boyunca eğitilmişlerdir. İlk aylarda kişilerin uygun olmayan davranış sıklıklarında, stres düzeylerinde eğitim öncesine göre değişimler izlenirken uzun dönemde etkilerin ortadan kalktığı izlenmiştir. Ayrıca müdahale sonrası stres ve algılanan agresyon skorlarındaki gelişmeler, altı aylık takibin ardından eski düzeyine döndüğü görülmüştür.

Hastaların şiddet göstermesinin altında birden fazla neden yatabilmektedir (Swain and Gale, 2014,s. 1241-1245). Yayınlanan bir meta analiz

çalışmasında, psikiyatri servislerinde yatan hastalarda ortaya çıkan şiddet vakalarının çoğunlukla sağlık çalışanı hasta arasındaki ilişkiden kaynaklandığı görülmektedir(Papadopoulos ve diğ., 2012,s. 425-439). Tayland'da yapılan bir çalışmada sağlıkta şiddet vakalarının sebeplerinin en önemlisinin yanlış iletişim kurma şeklinden kaynaklandığı ve yetersiz iletişimin fiziksel şiddetin altında yatan başlıca sebep olduğu saptanmıştır (Kamchuchat ve diğ., 2008,s. 201-7). Parker ve arkadaşlarının yaptıkları niteliksel bir çalışmada ise, şiddet olayının tüm paydaşları ile şiddet konusu üzerine görüşülmüştür. Agresif davranışlarının en önemli sebebinin sağlık çalışanları tarafından algılanan agresif davranışlar olduğu bazı katılımcılar tarafından vurgulandığı için bunun çözümün sağlık çalışanlarının iletişim açısından geliştirilmesi ile olabileceğini öngörmüşlerdir (Parker ve diğ., 2017). Diğer başka çalışmalarda da etkili iletişimin sağlıkta şiddeti azaltacağına yönelik sonuçlardan bahsedilmektedir. Ancak sıraladığımız çalışmaların kanıt düzeylerinin yeterli olmadığı bilinmektedir. Çalışmaların hiç birinde müdahale yapılmamış veya müdahale sonuçlarının saldırganlık davranışına maruz kalma durumuna etkileri irdelenmemiştir. Sağlıkta şiddet ilişkili çalışmalarda etkili iletişimin tek başına başarılı bir müdahale stratejisi olabileceğine ilişkin kanıtlar literatürde bulunmamaktadır. Örneğin sağlık çalışanlarında şiddet düzeyini ve ilişkili faktörleri irdelleyen iki çalışmada öneri olarak sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin geliştirilmesi gerektiği belirtilse de çalışmaların dizaynında iletişim yeteneklerine dair herhangi bir soru bulunmamaktadır (Gale ve diğ., 2009,s. 497-501, Gillespie ve diğ., 2010,s. 177-184). Öte yandan verilecek eğitimlerin çoğu stresle baş edebilme kapasiteleri ve saldırgan davranışın sonuçlarının hafifletilmesi amacını taşıdığı görülmektedir. Bu araştırmada literatüre paralel olarak sağlık çalışanlarının iletişim eğitimi alıp alamama durumunun, ya da etkili iletişim envanterinden yüksek puan alma durumunun şiddete maruz kalma durumu üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür.

Sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik müdahaleler iletişim eğitimlerini tek başına müdahale planının içine almamaktadır. Etkili iletişimin yanında etkili yönetim, caydırıcı politikaların geliştirilmesi ve organizasyon politikalarının değişmesi gibi ana başlıklarda farklı müdahalelerin etkileri izlenmiştir. Bir

derleme çalışmasına göre en etkili müdahaleler politika ve organizasyonel yönetim becerilerinin geliştirilmesi ile olabilmektedir (Hills and Joyce, 2013,s. 554-569).

Bazı ülkelerde şiddet olaylarını önlemek adına kişiler meslek hayatlarına başlamadan önce etkili iletişim eğitimleri almaları zorunlu kılınmıştır. Ancak yapılan çalışmalar göstermektedir ki bu eğitimlerin etkinlikleri ispatlanamamıştır (Bowers ve diğ., 2006,s. 1022-1026). Almanya'da benzer eğitimlerden geçmiş 123 hemşire ve sağlık çalışanının alındığı çalışmada, çalışanların yalnızca %30'unun kendilerini potansiyel bir saldırgan tavra karşı hazır hissettiği görülmektedir (Franz ve diğ., 2010,s. 51). Hills ve Joyce tarafından yürütülen bir derleme çalışmasında saldırganlığı önlemek adına eğitim ve farkındalık çalışmalarının önerilmesine karşın bu alandaki kanıt ihtiyacının hala çok yüksek olduğu vurgulanmıştır (Hills and Joyce, 2013,s. 554-569). Bu bağlamda bazı çalışmalar çeşitli iletişim şekillerinin hastalar ile sağlık çalışanları arasında olumsuz bazı durumlara neden olduğunu belirtmişlerdir (Papadopoulos ve diğ., 2012,s. 425-439, Rew and Ferns, 2005,s. 227-232). Karşıt olarak McLoughlin ve arkadaşlarının yaptıkları pilot çalışmada iletişim becerilerinin çatışmayı azaltacağı belirtilmiş ancak çalışma dizaynı sonuçların daha ileri çalışmalarca doğrulanmasını gerektirmektedir (McLaughlin ve diğ., 2013).

Çalışmamızda ve literatürdeki birçok çalışmada katılımcıların etkili iletişim yetenekleri kendi beyanları esas alınarak yapılmıştır. Kendi beyanları esas alındığında kişilerin soru sorma sırasında verdikleri cevaplarla klinik pratiğe yansıyan davranış paternleri birbirine benzemeyebilmektedir. Bazı çalışmalarda sağlıkta şiddetin çözümün de sağlık çalışanlarının rolü olduğu seçeneği çok az çalışan tarafından doğru bulunmuştur. Diğer yandan her sağlık çalışanı çalıştığı bütün anlarda duygu durumunu aynı şekilde kontrol edemiyor olabilir. Örneğin bir çalışmada duygusal anlamda tükenmişlik semptomları gösteren sağlık çalışanlarının saldırgan davranışa daha az toleranslı olduğu gösterilmiştir(Camerino ve diğ., 2008). Bu durum, sağlık çalışanının şiddetli etkileşimlerde rollerinden habersiz olmaları nedeniyle şiddet ve saldırganlığı yanlışlıkla tetikleyebileceğini ve personelin kişisel

özellikleri ve zor durumda olan hastaların saldırgan davranışları ile karşılaştığında iletişimin etkili rolü üzerinde çok ta farkındalığa sahip olmayabileceğini düşündürmektedir. Başka bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyleri ile iletişim yetenekleri arasında ilişki bulunmuştur. Ancak sağlık çalışanlarının ve kanıtların birçoğu hasta-sağlık çalışanı iletişim gücünün arttırılmasının sağlıkta şiddetle baş etmede etkin bir strateji olmadığını göstermiştir (Zhao ve diğ., 2016).

Sağlıkta şiddet vakalarının yalnızca sağlık personeli veya sağlık personelinin eksik eğitim ve becerilerinden kaynaklanabiliyor olduğu düşüncesini destekleyecek ciddi kanıtlara ulaşmak oldukça zordur. Bazı araştırmacılar olayı şiddet davranışı gösteren kişiler yönüyle incelemiştir. Strong ve arkadaşları yaptıkları sistematik derleme çalışmasında şiddet sorunu olan bireylere yapılan müdahaleleri incelemiş ve bununla ilgili araştırmaları çalışmalarına dahil etmişlerdir. Çalışmalarda bazı müdahalelerin tekrar şiddet uygulama veya tekrar suça karışma oranlarını azaltabileceği vurgulanmıştır (Strong ve diğ., 2016,s. 961-970).

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının sağlıkta şiddetin sebeplerini irdelemeleri istenmiştir. Hastalarla ilgili faktörler daha sık olarak belirtilirken sağlık hizmeti ile ilgili problemlerin şiddete sebep olabileceği daha az düşünülmüştür. Li ve arkadaşlarının çalışmasında şiddet gören sağlık çalışanları şiddetin sebeplerini saldırganların düşük eğitim seviyesi, ölçsüz isteklerin karşılanmaması, uzun bekleme süreleri, tedaviden memnun kalmama olarak bildirmişlerdir (Li ve diğ., 2017). Bu sebepler literatürdeki başka çalışmalarda da vurgulanmıştır (Wei ve diğ., 2016,s. 63-70, Morphet ve diğ, 2014,s. 194-201).

6. SONUÇ

Bu bölümde, araştırmanın nicel ve nitel bulguları doğrultusunda ulaşılan sonuçlara yer verilmiştir. Bu araştırmada sağlık çalışanlarında iletişim becerileri ile sağlık çalışanlarının uğradıkları ya da tanık oldukları şiddet olayları arasındaki ilişkiyi incelenmiştir. Araştırma sonucunda sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesine ilişkin yapılması gereken düzenlemeler öneri olarak sunulmuştur.

6.1.Nicel verilere ilişkin sonuçlar;

- ✓ Katılımcıların %63,9'luk bir kısmının iletişim alanında eğitim aldığı görüldü.
- ✓ Katılımcıların %96,6'sı etkili iletişimin mesleğini daha iyi yapmasına katkıda bulunacağını düşünüyor.
- ✓ İki yüz üç (%68,6) katılımcı en az bir kez sözlü ya da fiziksel saldırıya maruz kaldığını belirtirken, saldırganların %75,9'unun erkek olduğu görüldü.
- ✓ Daha önce fiziksel şiddete maruz kalanların oranı %15,2 olarak bulunurken, bunların %26,7'si birden fazla sefer bu duruma maruz kalmıştır.
- ✓ İletişim alanında eğitim alma durumuna göre değerlendirme yapıldığında eğitim alan ve almayan bireylerde fiziksel şiddete uğrama, sözlü şiddete uğrama, fiziksel şiddete tanık olma, sözlü şiddete tanık olma, şikâyetle bulunulma veya hastalarla mahkeme süreci yaşama açısından istatistiksel olarak önemli fark olmadığı görüldü.
- ✓ Fiziksel şiddete tanık olma sıklığının erkeklerde daha fazla olduğu görüldü.
- ✓ Sözlü saldırıya uğramayan bireylerin görev süresinin diğerlerine göre daha az olduğu görüldü.
- ✓ Çalışanların %73,4'ü hastaların iletişim problemlerini sağlıkta şiddetin sebebi olarak görürken, %24'ü şiddetin sağlık personelinin bilgi yetersizliğinden kaynaklanabileceğini bildirmiştir.

- ✓ Çalışanların Etkili İletişim Envanteri'nden aldıkları puanların kişisel faktörlerle ya da şiddet görme veya tanık olma durumuyla ilişkili olmadığı bulunmuştur.
- ✓ Çalışmamızda sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları fiziksel ve sözel şiddet oranının nispeten yüksek olduğu, sağlık çalışanlarının *iletişim eğitimi alma durumlarının fiziksel ve sözel şiddet görme durumu üzerinde etkisi olmadığı* saptanmıştır.
- ✓ Ayrıca kişilerin Etkili İletişim Envanteri'nden aldıkları puanların kişisel faktörlerle ya da şiddet görme veya tanık olma durumuyla ilişkili olmadığı bulunmuştur.
- ✓ Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde etkili iletişimin sağlıkta şiddeti azaltmada etkili bir strateji olduğuna ilişkin kanıtlar oldukça zayıftır. Kanıt düzeyi yüksek çalışmalar eğitim ve alıştırma programlarının sağlıkta şiddeti azaltmada etkili seçenekler olmadığını vurgulamışlardır.

6.2. Nitel verilere ilişkin sonuçlar;

- ✓ Yapılan yarı yapılandırılmış görüşme formunda sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin engellenebilmesine ilişkin hastalara *yönelik eğitimlerin verilmesi, şiddete yönelik caydırıcı cezalar verilmesi, güvenlik önlemlerinin artırılması, gereksiz iş yükünün azaltılması gerektiği, sağlıkta şiddete yönelik yasa ve uygulamaların yetersiz olduğu* saptanmıştır.
- ✓ Yine sağlık çalışanlarının *iş yükünün fazla olduğu*, bu durumun sebebinin de gereksiz hastane başvuruları, doktor başına düşen hasta sayısının fazla olması ve hastanelerdeki personel ve donanım yetersizlikleri olduğu saptanmıştır.
- ✓ Sağlıkta şiddetin nedenlerinde “*eğitimsizliğin, televizyon gibi kitle iletişim araçları ve sosyal platformlarda paylaşılan olumsuz örneklerin, çalışma güvenliğinden kaynaklı sorunların, güvenlik önlemlerinin yetersizliğinin, güvenlikle alakalı fiziki eksikliklerin, çalışma alanlarına denetimsiz giriş çıkışların yapılmasının, doğru iletişim kurulamamasının, zamansız hasta ziyaretlerinin, hastaya refakat eden birden fazla kişi bulunmasının, kapı*

şifrelerinin güncellenmemesinin, uygunsuz bekleme alanlarının olması gibi olumsuz çalışma koşullarının “ olması saptanmıştır.

- ✓ Ayrıca elde edilen bulgulardan sağlık kurumlarında, güvenlik görevlilerinin arttırılması gerektiği, güvenlik elemanlarının iletişim, eğitim vb. konularda yeterli bilgi ve yetkinliğe sahip olması ve acil çağrı sistemleriyle tam bir uyum içinde olaya müdahil olmaları gerektiği saptanmıştır.
- ✓ Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının *yarısından fazlasının herhangi bir psikososyal destek* almadıkları ve şiddet sonrası çoğunlukla *öfke, üzüntü, korku, mutsuzluk, çaresizlik, yalnızlık, moral bozukluğu* gibi duygular hissettikleri saptanmıştır.

7. ÖNERİLER

Araştırmanın bulgu ve sonuçları göz önüne alınarak sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle ilgili çözüm önerileri bir bütün halinde değerlendirildiğinde;

- ✓ Öncelikle *şiddetin hoş görülmediği toplumsal bir yapının* oluşturulması için, toplum geneline yönelik şiddetin hiçbir surette hak arama yöntemi ve mazeretinin olamayacağına dair farkındalık kazandırma çalışmalarının yapılması ve uygulanması gerekmektedir.
- ✓ Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet toplumdaki genel şiddet eğiliminden ayrı olarak düşünülmemeli ve toplumdaki tüm kamu/özel sektörlerdeki genel şiddet eğilimini azaltmaya yönelik yasal düzenlemelerin yapılması ve uygulanması gerekmektedir.
- ✓ 17.04.2020 tarih ve 31102 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe giren “Sağlıkta Şiddetin Önlenmesi Yasası” tüm sağlık kurumlarında kamu/özel sektör ayrımı yapılmaksızın uygulanmalıdır.
- ✓ Her türlü şiddete tanık olan/maruz kalan sağlık çalışanına hukuki, tıbbi ve sosyal destek sağlanmalıdır.
- ✓ *Şiddetin hoş görülmediği toplumsal bir yapının* oluşturulması için haberler ve televizyon dizilerinde, sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti teşvik edici, şiddeti bir sorun çözme yolu olarak gören yayınlardan kaçınılmalıdır.
- ✓ İşyerinde meydana gelen şiddet olaylarının, *şiddet türüne bakılmaksızın suç sayılması*, bunun için gerekli *yasal altyapının* oluşturulması, *cezaların caydırıcılığının artırılması* gerekmektedir.
- ✓ Sağlık hizmeti verilen yerlerdeki güvenlik ekipmanlarının işlevselliği ve bunların güvenlik görevlileriyle tam bir uyum içinde çalışıyor halde olması sağlık çalışanlarına güvenli bir çalışma ortamı oluşturacağı gibi çalışanın verdiği sağlık hizmet kalitesini de arttıracığı ön görülmüştür. Bu doğrultuda, Sağlıkta şiddetin önlenmesi amacıyla *güvenlik, eleman yeterliliği, fiziki yapı(muayene odası, bekleme odası, vs) ve donanım, iletişim, eğitim gibi konularda iyileştirmeler yapılması gerekmektedir*

- ✓ Sağlık hizmeti verilen tüm kuruluşlarda *şiddete yönelik risk değerlendirmesi* yapılmalı, sağlık çalışanlarının *şiddete uğramasını engelleyecek güvenlik önlemleri* arttırılmalıdır.
- ✓ SABİM'in bir iletişim merkezi olarak fonksiyonu ve öneminin vurgulandığı, SABİM'i tanıtan, *bilgi ve farkındalık artırıcı çalışmalar* yapılmalıdır.
- ✓ Sağlık kurum ve kuruluşlarında "*Hasta Hakları Birimleri*" ve "*Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Kurulları*"nın birlikte yer alacağı *Sağlık İletişim ve Etkileşim Merkezleri* kurulmalıdır. Bu merkezler *hem hasta ve yakınlarına hem de sağlık çalışanlarına* ortaklaşa hizmet vermelidir.
- ✓ Tüm kamu /özel sağlık kurumlarında şiddet konusunda uyarıcı bilgiler içeren panolar bulundurulmalıdır.
- ✓ Tüm sağlık çalışanlarının iletişim, empati ve duygusal zekâ becerileri düzeylerini geliştirmeye yönelik eğitim programların düzenlenmesi, yürütülmesi ve sürekliliğin sağlanması gerekmektedir.
- ✓ Sağlık çalışanlarının yanında hastane güvenlik personeline de göreve başlamadan sağlık iletişim eğitimi almış olma şartı aranmalı, göreve devam ederken iletişim, çalışılan ortamın özellikleriyle ilgili hizmet içi eğitimlerle süreklilik sağlanmalıdır.
- ✓ Sağlık sisteminin ve kurumlarının işleyişi konusunda toplumun düzenli ve doğru bir şekilde bilgilendirilmesi gerekmektedir.
- ✓ İletişim becerileri gelişmiş hekimler ve sağlık personeli yetiştirmek amacıyla tıp fakültelerinin ve diğer sağlık bilimleri fakültelerinin birinci sınıflarında etkili iletişim becerileri dersi verilmelidir. Ancak bu dersler sadece psikiyatri ve psikoloji hocaları tarafından değil, tıp ve sağlık eğitiminin uygulama ağırlıklı ve interaktif olması nedeniyle, iletişim becerilerini geliştirmeleri konusunda, iletişim becerileri alanında uzmanlaşmış profesyonel hocalar tarafından verilmelidir.
- ✓ Ayrıca hekimlerin ve sağlık personelinin klinik stajlarda karşılaştıkları hekimler, hemşireler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları, ve diğer sağlık personeli örneklerinin rol modellerinin özellikleri oldukça önem arz etmektedir. Bu doğrultuda sağlık çalışanlarının stajyer öğrencilerine olumlu yönde rol model olmaları önerilmektedir.
- ✓ Hastalarla olan iletişimde sağlık çalışanları; tüm hastalarına eşit davranmalı, dış görünüm, tanıdık, vb. nedenlerle hastalara ayrımcılık

yapmamalı, hastalara değer verdiğini belli ederek, hastasını aşağılayıcı, küçümseyici davranışlardan kaçınmalıdır.

- ✓ Hastanın bakım ve tedavisinden sorumlu sağlık personeli, hasta ve yakınlarının tanı/ tedavi hakkında bilgilendirilmesine özel önem vermelidir.
- ✓ Sağlık Çalışanları ile kurulan iletişimde hastaların dikkat etmesi gereken hususlar hasta ve hasta yakınlarına anlatılmalıdır. Hasta ve hasta yakınları; sağlık çalışanının uzmanlığına saygı duyulmalı, hekim ve diğer sağlık çalışanlarının önerilerini dinlemeli, uygulamalı, duyulan bir rahatsızlık olduğunda bu kibar bir dille aktarmalı, tıbbi gerekliliği olmayan taleplerinin gerçekleşmesi için ısrarcı olmamalı, fazla ve gereksiz soruların işin yavaşlamasına ve diğer hastaların haklarını kaybetmelerine neden olabileceği için çok fazla soru sorulmamalıdır.
- ✓ Yaygın bir şiddet türü olan mobbing ve ilgili mevzuat hakkında tüm yönetici ve sağlık çalışanlarına bilgilendirme yapılmalıdır.
- ✓ Şiddet mağduru *sağlık çalışanına yeterli hukuki ve psikolojik desteğin sağlanması,*
- ✓ Sağlık çalışanlarının *özverili çalışma koşullarının kamu spotlarında yer verilmesi,*
- ✓ Toplumsal şiddetin azaltılmasına yönelik olarak *bilimsel çalışmalar yapılmalı, çalışma sonuçları değerlendirilerek öngörülen uygulamalar hayata geçirilmelidir.*
- ✓ Sağlıkta şiddet gibi kompleks bir problem *yalnızca sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmemeli, hasta ve hasta yakınlarının rolü* üzerinde de durulmalıdır. Sağlıkta şiddetin sebepleri daha ileri çalışmalar yaparak irdelenmelidir.

8. KAYNAKÇA

- ADAŞ, E., ELBEK, O. & BAKIR, K. (2008). Sağlık sektöründe şiddet: hekimlere yönelik şiddet ve hekimlerin şiddet algısı. *Gaziantep: Gaziantep Kilis Tabip Odası Yayını*.
- ADIGÜZEL, Z. (2005). Sağlık Personeli-Vatandaş (Hasta) İletişiminin Niteliği ve İletişimi Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Manisa.
- AKTAŞ, E. & AYDEMİR, İ. (2018). Şiddete Maruz Kalan Sağlık Çalışanlarının Beyaz Kod Uygulamasına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 3, 32-47.
- AL, B., ZENGİN, S., DERYAL, Y., GOKCEN, C., YILMAZ, D. A. & YILDIRIM, C. (2012). Increased violence towards health care staff/Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet. *The Journal of Academic Emergency Medicine*, 115-125.
- ALTINTAŞ, M. & MERTOĞLU, S. (2017). Hastanelerde Web Sitelerin Halkla İlişkiler Aracı Olarak Kullanımı: Doğu Ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ndeki Özel Hastaneler Üzerine Bir Çalışma. *Atatürk İletişim Dergisi*, Sağlık İletişimi Özel Sayı, Sayı(14):261-278.
- ANAND, T., GROVER, S., KUMAR, R., KUMAR, M. & INGLE, G. K. (2016). Workplace violence against resident doctors in a tertiary care hospital in Delhi. *Natl Med J India*, 29, 344-348.
- ANNAGÜR, B. 2010. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2.
- ATAKLI, A, DIKMENTAŞ, E. & ALTINIŞIK, S. (2004). Üniversite hastanelerinde çalışan yönetici ve klinik sekreterlerinin iş doyumunu. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 6.
- AYHAN, B. & CANÖZ, K. (2006). Hastaların Hastane Tercihinde Etkili Olan Halkla İlişkiler Faaliyetleri. II. *Ulusal Halkla İlişkiler Sempozyumu, Kocaeli*.

- AYRANCI, U., YENİLMEZ, C., BALCI, Y. & KAPTANOĞLU, C. (2006). Identification of violence in Turkish health care settings. *Journal of interpersonal violence*, 21, 276-296.
- AYŞE MEYDANLIOĞLU, (2013). Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Ve Güvenliği. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2, 192-199.
- AZODO, C., EZEJA, E. & EHIKHAMENOR, E. (2011). Occupational violence against dental professionals in southern Nigeria. *African health sciences*, 11.
- BABADAĞLI, B., EKİZ ERİM, S. & ERDOĞAN, S. (2006). Hekimlerin ve hemşirelerin hastayla iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1, 52-69.
- BABROW S. A. AND MATTSON M. (2003). Theorizing About Health Communication, In, T.L Thompson, A. Dorsey, K.I. Miller, R. Parrott (Eds.), *Handbook of Health Communication*, Lawrence Earlbaum Associates, NJ, pp. 35-61
- 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 Soc Care Community*.
- BAKİ, A. ve GÖKÇEK, T.(2012). Karma Yöntem Araştırmalarına Genel Bir Bakış. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 11 (42): 1-21.
- BAŞOL, E. (2015). "Sağlık kurumlarında İletişim, Uygulama ve Sorunlar: Hasta İle Sağlık Personeli İletişimi Üzerine Bir Uygulama(Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Örneği)", Yüksek lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- BAYKAN, Z., ÖKTEM, İ. S., ÇETINKAYA, F. & NAÇAR, M. (2015). Physician exposure to violence: a study performed in Turkey. *International journal of occupational safety and ergonomics*, 21, 291-297.
- BRONFENBRENNER, U .(1977) Toward an experimental ecology of human development. *Am Psychol* 32: 513-530.
- BRONFENBRENNER, U. (1986) Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Dev Psychol* 22: 723-742.

- BRONFENBRENNER , U. (1989) Ecological systems theory. *Annals of Child Development* 6 içinde, R. Vasta (ed) JAI, Greenwich, CT. s:187-251.
- BOAFO, I. M. (2016) "... they think we are conversing, so we don't care about them..." Examining the causes of workplace violence against nurses in Ghana. *BMC nursing*, 15, 68.
- BOLAT,Ç.,(1999), İletişim ve Kişilerarası İlişkiler, Hemşirelikte Kuramsal Yaklaşımlar,Üniversiteliler Ofset, İzmir
- BOWERS, L., NIJMAN, H., ALLAN, T., SIMPSON, A., WARREN, J. & TURNER, L. (2006). Prevention and Management of Aggression Training and Violent Incidents on U.K. Acute Psychiatric Wards. *Psychiatric Services*, 57, 1022-1026.
- BULDUKLU, Y (2010). 'Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programları ve İzleyicileri' Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, no. 24: 78.
- BÜYÜKBAYRAM, A. & OKÇAY, H. (2013). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 4.
- BRYANT,J., & MIRON, D. (2004). Theory and research in mass communication. *Journal of Communication*, 54(4), 662–704.
- CAI, W., DENG, L., LIU, M. & YU, M. (2011). Antecedents of medical workplace violence in South China. *Journal of interpersonal violence*, 26, 312-327.
- CAMERINO, D., ESTRYN-BEHAR, M., CONWAY, P. M., VAN DER, B. I. J. M. & HASSELHORN, H.-M. (2008). Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: a longitudinal cohort study. *International journal of nursing studies*, 45, 35-50.
- CARMI-ILUZ, T., PELEG, R., FREUD, T. & SHVARTZMAN, P. (2005a). Verbal and physical violence towards hospital- and community-based physicians in the Negev: an observational study. *BMC Health Serv Res*, 5, 54.
- CARMI-ILUZ, T., PELEG, R., FREUD, T. & SHVARTZMAN, P.(2005b). Verbal and physical violence towards hospital-and community-based physicians in the Negev: an observational study. *BMC health services research*, 5, 54.

- ÇELİK, F.,(2008). Sağlık Kurumlarında İletişim: Hasta ile Sağlık Personeli İletişim Üzerine Bir Araştırma, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- CHEN, W.-C., HWU, H.-G., KUNG, S.-M., CHIU, H.-J. & WANG, J.-D.(2008). Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *Journal of Occupational Health*, 50, 288-293.
- CİHANBEYOĞLU, H.(2018). Radyoloji Bölümü Çalışanları ve Hasta İletişimi, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- CRESWELL, WJ. (2017). Intoduction to Mixed Method Investigations . Çeviri: Sözbilir M, Çelik S, Acar İH, Göktaş, Y. Karma Yöntem Araştırmalarına Giriş. 1 Baskı. Ankara: Pegem Yayınları.
- CRESWELL, J.W. ve CLARK, V.L.P. (2015). Karma yöntem araştırmaları: Tasarımı ve yürütülmesi. Y. Dede & S.B.Demir (Eds.). Anı Yayınları: Ankara.
- DAVENPORT N, SCHWARTZ RD, ELLİOTT GP. (2008).Mobbing: İşyerinde Duygusal Taciz. 2. Baskı. İstanbul: Sistem Yayınları.
- D'URSO, P. & HOBBS, R. (1989). Aggression and the general practitioner. *Bmj*, 298, 97-8.
- DEVEBAKAN, N. (2018). Sağlık Kurumlarında İşyeri Şiddeti Ve Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama Ve Araştırma Hastanesi'nde Beyaz Kod Başvurularının Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 23, 383-399.
- DOĞAN, İ. (1999). *Sokaktaki yabancı: işyeri isimlerine yansıyan kültürel eğilimler*, Sistem Yayıncılık.
- DÖKMEN,Ü.,(2003),İletişim Çatışmalar ve Empati,Sistem Yayınları , 22. Baskı, İstanbul.
- DURŞUN, S. (2012). İşyeri şiddetinin çalışanların tükenmişlik düzeyine etkisi: Sağlık sektöründe bir uygulama. *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 3:1, 103-113.
- EDWARD, K. L., STEPHENSON, J., OUSEY, K., LUI, S., WARELOW, P. & GIANDINOTO, J. A. (2016). A systematic review and meta-analysis of

- factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff. *J Clin Nurs*, 25, 289-99.
- EKER, H.H. TOPCU, İ. ŞAHİNÖZ, S. ÖZDER, A. AYDIN, H. (2011). Bir eğitim ve araştırma hastanesindeki şiddet sıklığı. *Bidder Tıp Bilimleri Dergisi*, 3,3, 16-22.
- ELLIOTT, P.P. (1997). Violence in healthcare: What nurse managers need to know. *Nurs Manage*; 28: 38-41.
- EREN, E., Örgütsel Davranış Ve Yönetim Psikolojisi, İstanbul, 2010
- ERSANLI, K., ve BALCI, S. (1998). "İletişim Becerileri Envanterinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması", *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, II (10). 7-12.
- FRANZ, S., ZEH, A., SCHABLON, A., KUHNERT, S. & NIENHAUS, A. J. B. H. S. R. 2010. Aggression and violence against health care workers in Germany-a cross sectional retrospective survey. 10, 51.
- FREY, L. R. (Ed.). (2002). *New directions in group communication*. Sage.p:1-18
- FUJITA, S., ITO, S., SETO, K., KITAZAWA, T., MATSUMOTO, K. & HASEGAWA, T. (2012). Risk factors of workplace violence at hospitals in Japan. *Journal of hospital medicine*, 7, 79-84.
- GACKI-SMITH, J., JUAREZ, A. M., BOYETT, L., HOMEYER, C., ROBINSON, L. & MACLEAN, S. L. (2009). Violence against nurses working in US emergency departments. *Journal of Nursing Administration*, 39, 340-349.
- GALE, C., HANNAH, A., SWAIN, N., GRAY, A., COVERDALE, J. & OUD, N. 2009. Patient Aggression Perceived by Community Support Workers. *Australasian Psychiatry*, 17, 497-501.
- GATES, D. M., ROSS, C. S. & MCQUEEN, L. (2006). Violence against emergency department workers. *J Emerg Med*, 31, 331-7.
- GILLESPIE, G. L., GATES, D. M., MILLER, M. & HOWARD, P. K. (2010). Workplace Violence in Healthcare Settings: Risk Factors and Protective Strategies. *Rehabil Nurs*, 35, 177-184.
- GÜLDANE, N.(2014). Hastanelerde Yönetim Kadrosunda Çalışanlar İle Diğer Sağlık Hizmetlerin Çalışanların (Hekim ve Hemşire) Kişisel İletişim Becerilerinin Karşılaştırılması (Denizli Devlet Hastanesi Örneği),

Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi, İstanbul.

- GÜNEY, S. (2006). Davranış Bilimleri. 3. Baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım
- GÜRÜZ, D. ve TEMEL EĞİNLİ, A. (2015). Kişilerarası İletişim, Bilgiler-Etkiler-Engeller. 5. Baskı. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- GÜZ, H. (2007). Şiddet ve Gençliğin Şiddeti Algılaması, Çocuk ve Ergene Yönelik Şiddetin Önlenmesi Sempozyumu. Ankara: Aem Kitap
- HAHN, S., MULLER, M., NEEDHAM, I., DASSEN, T., KOK, G. & HALFENS, R. J. (2010). Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *J Clin Nurs*, 19, 3535-46.
- HAHN, S., MÜLLER, M., NEEDHAM, I., DASSEN, T., KOK, G. & HALFENS, R. J. (2010). Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *Journal of clinical nursing*, 19, 3535-3546.
- HAHN, S., ZELLER, A., NEEDHAM, I., KOK, G., DASSEN, T. & HALFENS, R. J. (2008). Patient and visitor violence in general hospitals: a systematic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 431-441.
- HILLS, D. & JOYCE, C. (2013). A review of research on the prevalence, antecedents, consequences and prevention of workplace aggression in clinical medical practice. *Aggression and Violent Behavior*, 18, 554-569.
- HARTLEY, P. (2002). *Interpersonal communication*. Routledge.p:15-62
- ILO, I. & WHO, P. (2002). Framework Guidelines for addressing workplace violence in the health sector. *Joint Program on Workplace Violence in the Health Sector. International Labour Office, Geneva*.
- ILO, I. & WHO, P. (2003). Joint programme on workplace violence in the health sector. *Workplace Violence in the Health Sector Country Case Study–Questionnaire. Geneva2003*, 14.
- ILO, (2002). Work place violence. September 2008. <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/state.pdf>. (Erişim:15.04.2020).

- ILO/ ICN/ WHO/ PSI. (2003). Joint programme on workplace violence in the health sector, work place violence in the health sector country casestudies research instruments survey questionnaire. Geneva.
- JIAO, M., NING, N., LI, Y., GAO, L., CUI, Y., SUN, H., KANG, Z., LIANG, L., WU, Q. & HAO, Y. (2015). Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: a cross-sectional survey. *Bmj Open*, 5, e006719.
- JOA, T. S. & MORKEN, T. (2012). Violence towards personnel in out-of-hours primary care: a cross-sectional study. *Scandinavian journal of primary health care*, 30, 55-60.
- KAĞITÇIBAŞI,Ç.,(1999), Yeni insan ve insanlar , 10. Baskı , Evrim Kitabevi, İstanbul.
- KAMCHUCHAT, C., CHONGSUWIVATWONG, V., ONCHEUNJIT, S., YIP, T. W. & SANGTHONG, R. (2008). Workplace violence directed at nursing staff at a general hospital in southern Thailand. *J Occup Health*, 50, 201-7.
- KAPLAN, B., PIŞKIN, R. E. & AYAR, B. (2013). Violence against health care workers. *Medical Journal of Islamic World Academy of Sciences*, 21, 4-10.
- KARSAVURAN, S., KAYA,S. & AKTURAN,S. (2011). Hasta hekim iletişiminde Güven: Bir Genel Cerrahi Polikliniği Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt (14), Sayı (2).
- KARAÇOR, S. & ŞAHİN, A. (2004). Örgütsel İletişim Kurma Yöntemleri Ve Karşılaşılan İletişim Engellerine Yönelik Bir Araştırma. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 4, 96-117.
- KESKİN,S. (2019). Sağlık Çalışanlarının Yeni Doğum Yapmış Anneler İle İletişimlerinin İncelenmesi ve İletişim Becerilerinin Annelerin Memnuniyetine Etkileri. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- KINGMA, M. (2001). Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion, *International Nursing Review* 2001;48:129-30.
- KIRMIZI, H. (2003); Genel ve Teknik İletişim, Dilara Yayınevi, Trabzon.

- KITANEH, M. & HAMDAN, M. (2012). Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*, 12, 469.
- KOCACIK, F.(2001). Şiddet Algısı Üzerine. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2 (1), (Doç.Dr. Feramuz Aydoğan Anısına), 1-7.
- KOCAKULAK, M. (2016). Okul yöneticilerinin öğrencilerle etkili iletişimde öğrencilerin beklentileri. Pamukkale Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Tezsiz Yüksek Lisans Projesi, Denizli.
- KOÇAK, A. & BULDUKLU, Y. (2010). Sağlık iletişimi: yaşlıların televizyonda yayınlanan sağlık programlarını izleme motivasyonları.
- KORITSAS, S., COLES, J., BOYLE, M. & STANLEY, J. (2007). Prevalence and predictors of occupational violence and aggression towards GPs: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract*, 57, 967-70.
- KOWALENKO, T., WALTERS, B. L., KHARE, R. K. & COMPTON, S. (2005). Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan. *Ann Emerg Med*, 46, 142-7.
- KOWALENKO, T., WALTERS, B. L., KHARE, R. K., COMPTON, S. & FORCE, M. C. O. E. P. W. V. T. (2005). Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan. *Annals of emergency medicine*, 46, 142-147.
- KUMCAĞIZ H. ,Yılmaz M. Çelik S.B. ,Avcı, İ.A. (2011) Hemşirelerin İletişim Becerileri: Samsun İli Örneği, Dicle Tıp Dergisi (DTD), 38 (1), 49-56.
- LI, Z., YAN, C. M., SHI, L., MU, H. T., LI, X., LI, A. Q., ZHAO, C. S., SUN, T., GAO, L., FAN, L. H. & MU, Y. (2017). Workplace violence against medical staff of Chinese children's hospitals: A cross-sectional study. *PLoS One*, 12, e0179373.
- MAGIN, P. J., ADAMS, J., SIBBRITT, D. W., JOY, E. & IRELAND, M. C. (2005). Experiences of occupational violence in Australian urban general practice: a cross-sectional study of GPs. *Med J Aust*, 183, 352-6.
- MARTINO, V. D. (2002). Workplace violence in the health sector. Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study. *Workplace violence in the*

- health sector. Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study.*
- MCLAUGHLIN, S., PEARCE, R. & TRENOWETH, S. J. M. H. P. (2013). Reducing conflict on wards by improving team communication. 16.
- MERCY, J. A., KRUG, E. G., DAHLBERG, L. L. & ZWI, A. B. (2003). Violence and health: the United States in a global perspective. *American Journal of Public Health*, 93, 256-261.
- MENDİ, B. (2015). Sağlık İletişiminde Sosyal Medyanın Kullanımı: Dünyadaki ve Türkiye'deki Uygulamalar. *Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi*, Cilt 11, Sayı:44.
- MISIRLI, İ. (2007). Genel ve Teknik İletişim. 3. Baskı. Ankara: Detay Yayıncılık.
- MOHR, W. K. & MOHR, B. D. (2001). Brain, behavior, connections and implications: Psychodynamics no more. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15, 171-181.
- MORPHET, J., GRIFFITHS, D., PLUMMER, V., INNES, K., FAIRHALL, R. & BEATTIE, J. (2014). At the crossroads of violence and aggression in the emergency department: perspectives of Australian emergency nurses. *Aust Health Rev*, 38, 194-201.
- NAZİK, M.H., BEYAZİT, A., (1981), İnsan İlişkileri ve iletişim, Ya-Pa yayınları, İstanbul.
- NESS, G. J., HOUSE, A. & NESS, A. R. (2000). Aggression and violent behaviour in general practice: population based survey in the north of England. *Bmj*, 320, 1447-8.
- NEWMAN, C. J., DE VRIES, D. H., KANAKUZE, J. D. A. & NGENDAHIMANA, G. (2011). Workplace violence and gender discrimination in Rwanda's health workforce: Increasing safety and gender equality. *Human Resources for Health*, 9, 19.
- NICKERSON, R. S. (1999). How we know—and sometimes misjudge—what others know: Imputing one's own knowledge to others. *Psychological bulletin*, 125(6), 737.
- O'CONNELL, B., YOUNG, J., BROOKS, J., HUTCHINGS, J. & LOFTHOUSE, J. (2000). Nurses' perceptions of the nature and

- frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas. *J Clin Nurs*, 9, 602-10.
- OKAY, A. (2009). Sağlık İletişimi, Farmaskop. *MediaCat Yayınları, İstanbul*.
- OKAY, A. (2016). Sağlık İletişimi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi
- OLAYLARININ, S. Ç. Y. A. Ş., AMACIYLA, A. A. G. Ö. B. & KOMİSYONU, K. M. A. (2013). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu.
- ORI, J., DEVI, N. S., SINGH, A. B., THONGAM, K., PADU, J. & ABHILESH, R. (2014). Prevalence and attitude of workplace violence among the post graduate students in a tertiary hospital in Manipur. *Journal of Medical Society*, 28, 25.
- ORHON, N. (2012). İletişim Bilgisi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- ÖZCAN, N. K., BILGIN, H., TÜLEK, Z. & BOYACIOĞLU, N. E. (2014). Nursing Students' Experiences of Violence: A Questionnaire Survey. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 5.
- ÖZCAN F. YAVUZ E. (2017).Türkiye’de sağlık çalışanları şiddet tehdidi altında. *Jour Turk Fam Phy* ; 8(3): 66-74.
- ÖZYURT, A., OGAN, H., SOLAKOĞLU, Z., BILEN, A., HAMARAT, M. & ARSLAN, Ş. (2009). Hekime yönelik şiddet nasıl önlenir çalıştay anket sonuçları. *İstanbul Tabip Odası*.
- UYER,G.,(1993),Hemşireliğe Genel Bakış,Hürbilek Matbaacılık,Ankara.
- ÜNSAL A. (2017), Hemşireliğin Dört Temel Kavramı: İnsan, Çevre, Sağlık, Hastalık, Hemşirelik, Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(1), 11-24
- PAKSOY, M.,ACAR, A.C.,(2000),Örgütsel iletişim,Editör: İnan Özalp,Açıköğretim Fakültesi Yayınları,Eskişehir
- PAPADOPOULOS, C., ROSS, J., STEWART, D., DACK, C., JAMES, K. & BOWERS, L. (2012). The antecedents of violence and aggression within psychiatric in-patient settings. 125, 425-439.
- PARKER, R. M., CERAMIDAS, D. M., FORREST, L. E., HERATH, P. M. & MCRAE, I. (2017). Patient initiated aggression and violence in the Australian general practice setting.

- PHILLIPS, J. P. (2016). Workplace violence against health care workers in the United States. *New England Journal of Medicine*, 374, 1661-1669.
- POLAT, O. (2016). Şiddet. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi Cilt 22, Sayı 1, Ocak 2016, 15-34.
- RATZAN S C 2001 Health Literacy: Communication for the Public Good, Health Promotion International, 15 (3) Oxford University Pres, GB, pp.207-214
- REW, M. & FERNS, T. (2005). A balanced approach to dealing with violence and aggression at work. *British journal of nursing*, 14, 227-232.
- RICHARDS, J.(2003). Management of workplace violence victims.
- RIGEL,N.,(1994),Medya Ninnileri,Sistem Yayıncılık.
- SAINES, J. (1999). Violence and aggression in A&E: recommendations for action. *Accident and Emergency Nursing*, 7, 8-12.
- SCHIAVO R. (2007). Health Communication From Theory to Practice, A Wiley Imprint, San Francisco
- SHAMIAN, J. & VILLENEUVE, M. (2000). Building a national nursing agenda. A timely response for the sickest workers in the country. *Hosp Q*, 4, 16, 18.
- SHIELDS, M. & WILKINS, K. (2009). Factors related to on-the-job abuse of nurses by patients. *Health Reports*, 20, 7.
- SIMON, D., GRIMES, M., & ROCH, S. (2018). Communication for Business Professionals
- SMIDT, A., BALANDIN, S., REED, V. & SIGAFOOS, J. 2007. A communication training programme for residential staff working with adults with challenging behaviour: Pilot data on intervention effects. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 16-29.
- SPECTOR, P. E., ZHOU, Z. E. & CHE, X. X. (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 72-84.
- STATHOPOULOU, H. (2007). Violence and Aggression Towards Health Care Professionals. *Health Science Journal*.
- STRONG, B. L., SHIPPER, A. G., DOWNTON, K. D. & LANE, W. G. (2016). The effects of health care-based violence intervention programs on

- injury recidivism and costs: A systematic review. *J Trauma Acute Care Surg*, 81, 961-970.
- SWAIN, N. & GALE, C. (2014). A communication skills intervention for community healthcare workers reduces perceived patient aggression: a pretest-posttest study. *Int J Nurs Stud*, 51, 1241-5.
- SWAIN, N. & GALE, C. J. I. J. O. N. S. (2014). A communication skills intervention for community healthcare workers reduces perceived patient aggression: A pretest-posttest study. 51, 1241-1245.
- ŞAHİN TK, BAKICI H, BİLBAN S, DİNÇER Ş, YURTÇU M, GÜNEL E. (2005).Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde yatan hasta yakınlarının memnuniyetinin araştırılması. *Genel Tıp Dergisi*, 15: 137-142
- TABAK R. S. (2003). Sağlık İletişimi, 2. Baskı, Literatür Yayınları, İstanbul
- TAYLOR, J. R. (1999). What is "organizational communication"? Communication as a dialogic of text and conversation. *Communication Review (The)*, 3(1-2), 21-63.
- TAYFUN, R. (2009). Etkili İletişim ve Beden Dili. 2. Baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım
- TATLILIOĞLU, K. (2013). Türkiye'de aile içi kadına karşı şiddetin psiko-sosyal ve kültürel dinamiklerin değerlendirilmesi.
- TEDDLİE, C., & Yu, F. (2007). "Mixed Methods Sampling: A Typology With Examples". *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1): 77-100.
- TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ. (2013). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyon Raporu (S. Sayısı: 454), Ankara. <https://acikerisim.tbmm.gov.tr/xmlui/bitstream/handle/11543/110/ss454.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Erişim: 20.05.2020).
- TENGİLİMOĞLU, D. (2009). Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara, Nobel Yayınevi
- TINAZ, P (2006), İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing), Beta Basım Yayım, İstanbul
- TUNA, Y. (2009). Örgütsel iletişim sürecinde yöneticilerin duygularını yönetebilme yeterlilikleri. *Selçuk İletişim*, Cilt 5, Sayı(4),83-94.

- TÜRKOĞLU, N. (2010). İletişim Bilimlerinden Kültürel Çalışmalara, Toplumsal İletişim: Tanımlar, Kavramlar, Tartışmalar. İstanbul: Urban Kitap Yayınları.
- ULUDAĞ, A.,(2001),Sağlık Hizmetlerinde Halkla ilişkiler,Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Selçuk Üniversitesi,Konya
- USLUATA, A. (1994). İletişim, İstanbul: İletişim Yayınları.
- UYER, G. (1992), Hemşirelikte Klinik Öğretim,Hatipoğlu Yayınları,Ankara
- VOLAVKA, J. 1999. The neurobiology of violence: an update. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 11, 307-314.
- VORDERWÜLBECKE, F., FEISTLE, M., MEHRING, M., SCHNEIDER, A. & LINDE, K. (2015). Aggression and violence against primary care physicians—a nationwide questionnaire survey. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112, 159.
- WEI, C. Y., CHIOU, S. T., CHIEN, L. Y. & HUANG, N. (2016). Workplace violence against nurses--prevalence and association with hospital organizational characteristics and health-promotion efforts: Cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*, 56, 63-70.
- WEINIG, O. G. (2004). *Gesundheitskommunikation im Öffentlichen Gesundheitswesen.: Bewältigung von Risiken und Krisen*, BoD—Books on Demand.
- WHO. (2002). World Report on Violence and Health: Summary. Geneva. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf (Erişim 15.04.2020).
- WINSTANLEY, S. & WHITTINGTON, R. (2004). Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *Journal of clinical nursing*, 13, 3-10.
- XING, K., JIAO, M., MA, H., QIAO, H., HAO, Y., LI, Y., GAO, L., SUN, H., KANG, Z., LIANG, L. & WU, Q. (2015). Physical Violence against General Practitioners and Nurses in Chinese Township Hospitals: A Cross-Sectional Survey. *PLoS One*, 10, e0142954.
- XING, K., ZHANG, X., JIAO, M., CUI, Y., LU, Y., LIU, J., ZHANG, J., ZHAO, Y., ZHAO, Y., LI, Y., LIANG, L., KANG, Z., WU, Q. & YIN, M. (2016). Concern about Workplace Violence and Its Risk Factors in Chinese

Township Hospitals: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*, 13.

ZHAO, S., QU, L., LIU, H., GAO, L., JIAO, M., LIU, J., LIANG, L., ZHAO, Y. & WU, Q. (2016). Coping with Workplace Violence against General Practitioners and Nurses in Heilongjiang Province, China: Social Supports and Prevention Strategies. *PLoS One*, 11, e0157897.

ZILLIOĞLU, M. (2007). İletişim Kavramı ve Tanımı. *A. Yüksel içinde, İletişim Bilgisi*, 1-19.

ZILLIOĞLU, M. (2014). *İletişim nedir?*. Cem yayınevi, İstanbul.

9. EKLER

9.1. ETİK KURUL RAPORU 1

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı :
Konu: Araştırma Hk.

...../...../2018

DR. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU
15/05/2018 tarihinde saat 14:30' da toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

Hastanemizde Başhekim Yardımcısı olarak görev yapmakta olan Dr. Atikullah GHİASSE' nin sorumlu araştırmacı olduğu "Sağlık çalışanlarında iletişim becerileri ile sağlık çalışanlarının uğradıkları ya da tanık oldukları şiddet olayları arasındaki ilişki " başlıklı çalışma konusu Uzmanlık Eğitimi Kurulunca uygun bulunmuştur.

Not: Bütün Çalışma başvurularında Etik Kurul Onayı alınması gereklidir.

ÜYE

Prof. Dr. Ayşegül ZENCİROĞLU
Neonatoloji Eğitim Görevlisi

ÜYE

Doç. Dr. Deniz YÜKSEL
Çocuk Nörolojisi
Eğitim Görevlisi

ÜYE

Doç. Dr. Nilden TUYGUN
Çocuk Aclı Eğitim Görevlisi

TUEK BAŞKAN YARDIMCISI

Prof. Dr. Saliha ŞENEL
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Eğitim Görevlisi

TUEK BAŞKANI

Doç. Dr. A.Zülfikar AKELMA
Başhekim

9.2. ETİK KURUL RAPORU 2



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

27.07.2020

Sayın Atikullah Ghiasse

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2020/756 proje numaralı ve **“Sağlıkta Şiddet Sorunu ile İletişim Becerileri Arasındaki İlişki: Ankara İli Örneği”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

Not: Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.

9.3. İNTİHAL RAPORU

Sağlıkta Şiddet

ORJİNALLİK RAPORU

% 19 BENZERLİK ENDEKSİ	% 19 İNTERNET KAYNAKLARI	% 9 YAYINLAR	% ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
----------------------------------	---------------------------------------	------------------------	-----------------------

TÜM KAYNAKLARI EŞLEŞTİR (SADECE SEÇİLİ OLAN KAYNAĞI YAZDIR)

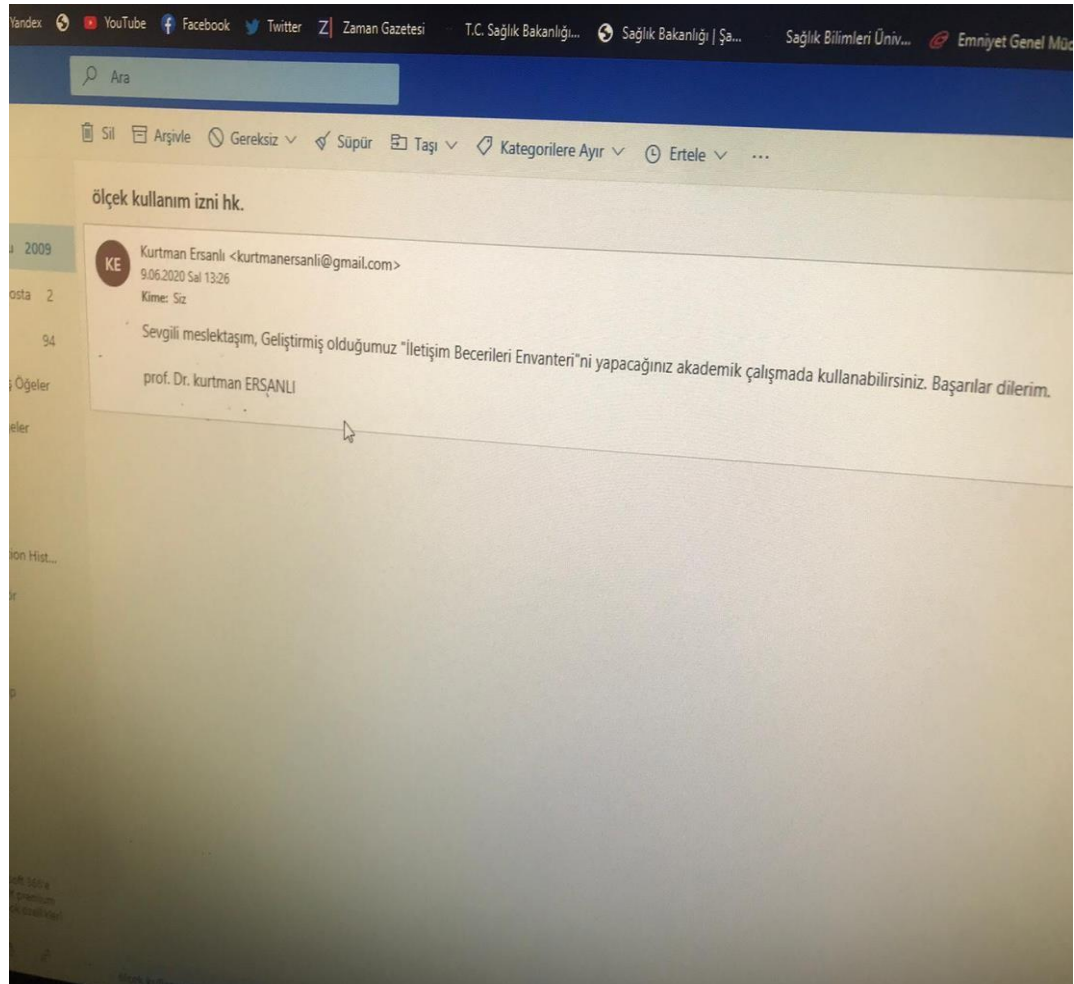
%4

★ www.journalagent.com

İnternet Kaynağı

Alıntılar çıkart	üzerinde	Eşleşmeleri çıkar	< 5 words
Bibliyografyayı Çıkart	üzerinde		

9.4. ÖLÇEK İZİN YAZISI



9.5. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

SAĞLIKTA ŞİDDET SORUNU İLE İLETİŞİM BECERİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ:

ANKARA İLİ ÖRNEĞİ

Katılımcı Bilgilendirme ve Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Bu sosyo-demografik bilgi formu, envanter ve yarı yapılandırılmış görüşme formunda yer alan sorular, sağlık çalışanlarında iletişim becerileri ile sağlık çalışanlarının uğradıkları ya da tanık oldukları şiddet olayları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla oluşturulmuştur. Araştırmanın öngörülen süresi 25 dakikadır. Aşağıda bulunan anket ve ölçeği doldurarak, araştırmaya katılmayı kabul etmiş olacaksınız.

Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalı olup, araştırmaya katılıp katılmamanız hiçbir şekilde notlarınızı etkilemeyecektir. Kimlik bilgileriniz araştırma ekibi dışında kimse ile paylaşılmayacaktır. Bu çalışma süresince toplanan veriler, yalnızca akademik araştırma amacı ile kullanılacaktır ve yalnızca ulusal/uluslararası akademik toplantılarda ve/veya yayınlarda sunulacaktır. Bizimle iletişime geçerek istediğiniz zaman çalışmadan çekilebilirsiniz. Eğer çalışmadan çekilirseniz, sizden toplanan tüm veriler veri tabanımızdan silinecektir ve sizinle ilgili olan veriler çalışmada kullanılmayacaktır. Bu konu ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz olursa, bize aşağıdaki iletişim bilgilerinden ulaşabilirsiniz.

Atikullah GHİASEE,

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Dr. Sami Ulus Kadın Doğum,

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Başhekim Yardımcısı

Tel: 0546 500 6093

E posta: atik0093@hotmail.com

Prof. Dr. Mustafa SAĞSAN

Yakın Doğu Üniversitesi,

İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi,

İnovasyon ve Bilgi Yönetimi Bölümü

E posta: msagsan@gmail.com

Aşağıya imzanızı atarak çalışmaya katılmış olursunuz.

Katılımcının adı/soyadı

İmza...

Tarih...

9.6. SOSYOEKONOMİK VE DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Bu araştırmada, sağlık alışanlarında iletişim becerileri ile sağlık çalışanlarının uğradıkları ya da tanık oldukları şiddet olayları arasındaki ilişkiyi incelenecektir. Verdiğiniz bilgiler hiçbir şekilde kişi isimleri ile birlikte kaydedilmeyecek olup kişilere özel bir analiz yapılmayacaktır. Topluca analizler yapılarak bu konuda sağlanabilecek katıklara hizmet edecektir. Bu sebeple samimi ve doğru cevaplar vermeniz, hem bilime sunacağınız destek hem sağlanabilecek katıklara yol göstermesi açısından çok değerlidir.

Teşekkürler.

1. Cinsiyetiniz?
 - Kadın Erkek
2. Kaç yaşındasınız? ...
3. Kaç yıldır sağlık sektöründe görev yapıyorsunuz? ...
4. Hangi birimde çalışıyorsunuz? ...
5. İletişim alanında eğitim aldınız mı?
 - Hayır Evet
6. Etkili iletişimin mesleğinizi daha iyi yapmanıza katkı sunabileceğini düşünüyor musunuz?
 - Hayır Evet
7. Daha önce fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?
 - Hayır, Evet Birden fazla...(Kaç kez)
8. Daha önce szli şiddete maruz kaldınız mı?
 - Hayır, Evet Birden fazla...(Kaç kez)
9. Daha önce fiziksel şiddete tanık oldunuz mu?
 - Hayır, Evet Birden fazla
10. Daha önce szli şiddete tanık oldunuz mu?
 - Hayır, Evet Birden fazla
11. Daha önce şiddete (fiziksel ya da szli) maruz kaldıysanız saldırı yapan kişinin cinsiyeti nedir?
 - Kadın Erkek Saldırıya uğramadım
12. Hakkınızda hastalar tarafından şikâyette bulunuldu mu?
 - Hayır, Evet Birden fazla...(Kaç kez)
13. Hastalarla mahkeme süreci yaşadınız mı?
 - Hayır, Evet Birden fazla ...(Kaç kez)
14. Aşağıdaki sebeplerden hangilerinin sağlıkta şiddete sebep olduğunu düşünüyorsunuz? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)
 - Uzun bekleme süreleri
 - Hastanenin fiziksel imkânlarının kısıtlılığı
 - Alkol ya da uyuşturucu almış hasta yakınları
 - Yasalardaki boşluklar
 - İletişim problemleri

- Adam kayırma algısı
- Yeterince bilgilendirilmeme
- Medya ve dizilerin kötü yönlendirmeleri
- Hastaların yeterince bilgilendirilmemeleri
- Sistemin yeterince iyi olmaması
- Sağlık çalışanlarının kaba davranışları
- Hasta ve hasta yakınlarının yeterince eğitilmiş olmamaları
- Sağlık çalışanlarının verdikleri hizmette bilgi yetersizlikleri
- Yetersiz sağlık hizmeti

9.7. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

Bu araştırma bir doktora çalışması olup sağlıkta şiddet sorunu ile iletişim becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesine ilişkin mevcut durumu ortaya çıkarmayı amaçlamıştır. Bu konuda hiçbir şekilde kimlik bilgileriniz paylaşılmayacaktır. Görüşme sürecinde izin verdiğiniz takdirde ses kaydı yapılacaktır. Süreçten rahatsız olduğunuzda ya da yanıtlamak istemediğiniz herhangi bir soru olduğunda görüşmeyi kesebilir ya da ses kayıt cihazının kapatılmasını isteyebilirsiniz.

Verilen cevaplar içerik analizi yapılarak çözümlenerek bu konuda ilgili çalışmalara kaynak oluşturması beklenmektedir. Bu sebeple samimi ve doğru cevaplar vermeniz, hem bilime sunacağınız destek hem sağlanabilecek katkılara yol göstermesi açısından çok değerlidir.

Teşekkürler.

Adınız, soyadınız?

Cinsiyetiniz?

Kaç yaşındasınız?

Kaç yıldır sağlık sektöründe görev yapıyorsunuz?

Hangi birimde çalışıyorsunuz?

Görüşme tarihi:

Görüşme zamanı:

ŞİDDETE MARUZ KALMA VE BAŞETME DURUMLARI

1. Size göre Şiddet nedir?
 2. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet deyince ne anlıyorsunuz?
 3. "Çalışan güvenliği" konusunda hizmet içi eğitim aldınız mı?
- Sizce sağlık çalışanlarının hangi olumlu ya da olumsuz tutumları şiddetin oluşumunda etkili olmaktadır?
4. Sağlık çalışanlarına yönelik yapılan şiddetin kaynağı neler olabilir?
 5. Şiddetin önlenmesine yönelik hastanenizin ek bir önlemi var mıdır? Bir saldırı / şiddet hareketi olasılığına karşı kendinizi güvende hissediyor musunuz? Ne kadar güvende hissediyorsunuz?

6. Şiddete maruz kaldıktan sonra ne hissettiniz, bu anlamda hastanenizin herhangi birimlerinden ya da çalışanlardan destek aldınız mı? (Meslektaş, hastane yöneticileri, çalışan güvenliği birimi, psikolog vs).
7. Şiddete uğradıktan sonra hastalarınızla olan iletişiminizde bir değişim yaşadınız mı?
8. Elinizde yetki olsaydı sağlık çalışanlarında şiddeti önlemeye yönelik neler yapardınız?

9.8. İLETİŞİM BECERİLERİ ENVANTERİ (İBE)

İLETİŞİM BECERİLERİ ENVANTERİ

	HERZAMAN	GENELLİKLE	BAZEN	NADİREN	HİÇBİR ZAMAN
1. İnsanları anlamaya çalışırım.					
2. İletişimde bulunduğum insanlardan gelen öğüt ve önerileri içtenlikle dinlerim.					
3. Düşüncelerimi başkalarına tam olarak iletmekte zorluk çekerim.					
4. Konuşurken etkili bir göz iletişimi kurabilirim.					
5. Genellikle eleştirilmekten hoşlanmam.					
6. Dikkatimi karşımdakinin ilgi alanı üzerinde toplayabilirim.					
7. Kişilerin anlatmak istediklerini dinlemek için yeterince zaman ayırırım.					
8. Karşımdaki kişiye genellikle söz hakkı veririm.					
9. Karşımdaki kişiyi dinlerken hayal kurarım					
10. Başkaları konuşurken sabırsızlanır, onların sözünü keserim					
11. İnsanları dinlerken sıkıldığımı hissederim					
12. Eleştirilerimi karşımdaki kişiyi incitmeden iletirim					
13. Konuşurken ilk adımı atmaktan çekinmem					
14. Konuşurken açık, sade ve düzgün cümleler kurarım.					
15. Karşımdaki kişiyle aynı görüşü paylaşmasam bile fikirlerine saygı duyarım					
16. İletişimde bulunduğum kişinin yüzüne baktığım halde sözlerini dinlemediğim olur					
17. Karşımdaki kişinin konuşmaya ve dinlemeye istekli olup olmadığını anlamaya çalışırım					
18. Yanlış tutum ve davranışlarımı kolaylıkla kabul ederim					
19. Dinlediğim kişiyi daha iyi anlamak için sorular yöneltirim					
20. Dinleyenim anlamaz görüldüğünde, iletmek istediklerimi tekrarlar, yeni kelimelerle ifade eder, özetlerim					
21. İnsanlarla görüşürken, bilerek onları rahatlatacak şeyler yaparım					
22. Dinlerken karşımdaki kişinin sözünü kesmemeye özen gösteririm.					
23. Küs olduğum birisiyle barışmak					

istediğimde ilk adımı atmaktan çekinirim					
24. Karşımdaki kişinin bana ters düşen duygu ve düşüncelerini yargılarım.					
25. Ses tonumu konunun özelliğine göre ayarlayabilirim					
26. Genellikle insanlara güvenirim					
27. Karşı cinsten biriyle iletişim kurduğumda rahatsızlık duyarım					
28. Başkalarını dinlemek mecburiyetinde olmadığımı düşünürüm					
29. Özür dilemek bana zor gelir					
30. Tartışma sonunda savunduğum düşüncelerin yanlış olduğunu kabul ederim					
31. Konuşurken sözümün kesilmesinden rahatsız olurum					
32. İnsanları kontrol etmeye ve istediğim kalıba sokmaya çalışırım					
33. İletişim kurduğum kişinin tutumundan daha çok sorununu anlamaya çalışırım					
34. Çevremdeki insanlara karşı ilgisiz kaldığım kanısındayım					
35. Çoğunlukla duygularımdan emin olamıyorum.					
36. İletişim kurduğum kimse tarafından anlaşılmaktan mutluluk duyarım.					
37. Başkaları ile ilişkilerimi bozacak çıkışlar yapabilirim					
38. Karşımdaki kişiye güvenmek beni mutlu eder					
39. Her insanı olumlu beklentilerle karşılarım					
40. İletişim kurduğum kişilerden bir şeyler alır ve onlara da bir şeyler verdiğimi hissedirim					
41. İnsanlara cevaplama zorlanacakları ani sorular yöneltirim					
42. Beni rahatsız eden duygularımı iletmede sıkıntı çekerim					
43. Öneride bulunduğum kişinin öneriye açık olup olmadığına dikkat ederim					
44. İletişim kurduğum insanlar tarafından anlaşıldığımı hissedirim					
45. Kendimi karşımdaki kişinin yerine koyarak, duygu ve düşüncelerini anlamaya çalışırım					

10. ÖZGEMİŞ

Adı ve Soyadı: Dr.Atikullah GHİASEE

Kişisel Bilgiler:

Doğum Tarihi : 12.04.1977

Doğum Yeri : Afganistan

Uyruğu :Afgan /Türk Vatandaşlığı

Evlilik Durumu : Evli

E-mail: afg.saglik@gmail.com

Eğitim Bilgileri:

-Lise : Nangarhar lisesi Afganistan.

-Üniversite : 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi

- Yüksek Lisans : Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi: Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği

-Doktora : Kıbrıs Yakınoğu Üniversitesi: İletişim Fakültesi Medya ve iletişim doktora[PHD]

Dil Bilgileri

-Farsça

-Peştuca

-İngilizce

- Türkçe

- Arapça