



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

ŞİDDETSİZ İLETİŞİM EğİTİMİNİN SAğLIK ÇALIŞANLARININ
İLETİŞİM BECERİLERİ, MESLEKİ TATMİN VE TÜKENMİŞLİK
SEVİYELERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. Ayşenur zdemir

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2022



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

ŞİDDETSİZ İLETİŞİM EĞİTİMİNİN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ
İLETİŞİM BECERİLERİ, MESLEKİ TATMİN VE TÜKENMİŞLİK
SEVİYELERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. Ayşenur zdemir

Tez Danışmanı

Doç. Dr. İsmail Kasım

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ANKARA/2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi sürecimde her zaman yol gösterici olan Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği İdari ve Eğitim sorumlusu değerli hocamız Prof. Dr. Âdem Özkara'ya,

Bu tez çalışmasının bütün süreçlerinde yardımını ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen tez danışman hocam Doç. Dr. İsmail Kasım'a,

Tüm asistanlığım süresince bilgi ve tecrübelerinden istifade ettiğim sayın hocalarım Doç. Dr. Tarık Eren Yılmaz, Doç. Dr. İrfan Şencan ve Doç. Dr. Basri Furkan Dağcıoğlu'na,

Bu tez çalışmasının konusu olan şiddetsiz iletişim eğitimini Türkiye'de ilk defa sağlık çalışanlarına özel bir konseptle organize eden ve tez çalışmamı destekleyen Sağlıkta Hamilik Girişim Grubu öncüsü kıymetli Havva Sula ve ekibine,

Akademik hayatımın her döneminde bana güvenen ve destekleyen anne ve babam başta olmak üzere değerli aileme,

Asistanlık ve bilhassa tez çalışma sürecimde yardımlarını ve manevi desteklerini hep yanımda hissettiğim kıymetli dostlarım Nurgül Çıraklı, Vasfiye Nihan Bürçek ve Şeyma Handan Akyön'e,

Bu tez çalışmasının tamamlanmasında motivasyon ve moral desteğiyle büyük katkısı olan değerli beyefendi Ubeydullah Evirgen'e,

Zorlu asistanlık sürecinde birlikte çalışmaktan mutlu olduğum bütün asistan arkadaşlarıma,

Teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım...

Dr. Ayşenur ÖZDEMİR

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLolar LİSTESİ.....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. İLETİŞİM	3
2.1.1. İletişim Becerileri	3
2.1.2. Sağlık Alanında İletişim Becerileri.....	4
2.1.3. Aile Hekimliği ve İletişim	7
2.2. ŞİDDETSİZ İLETİŞİM.....	8
2.2.1. Şiddetsiz İletişimin Tarihçesi.....	8
2.2.2. Şiddetsiz İletişimin Tanımı ve Kapsamı	9
2.2.3. Şiddetsiz İletişimin Unsurları	10
2.2.4. Sağlıkta Şiddetsiz İletişim	14
2.3. MESLEKİ TATMİN (İŞ DOYUMU).....	16
2.4. TÜKENMİŞLİK.....	17
2.4.1. Tükenmişliğin Tanımı ve Nedenleri	18
2.4.2. Tükenmişliğin Bulguları ve Sonuçları.....	18
2.4.3. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik.....	19
2.5. İKİNCİL TRAVMATİK STRES (EŞDUYUM YORGUNLUĞU)	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	22
3.2. ÇALIŞMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	22
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	23
3.4. ARAŞTIRMANIN UYGULAMA AŞAMALARI	23
3.5. VERİ ANALİZİ	25

4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA	38
5.1. DEMOGRAFİK VERİ ANKETİNE DAİR TARTIŞMA.....	38
5.2. İLETİŞİM BECERİLERİ ENVANTER PUANLARINA DAİR TARTIŞMA	40
5.3.TÜKENMİŞLİK PUANLARINA DAİR TARTIŞMA	41
5.4. İKİNCİL TRAVMATİK STRES PUANLARINA DAİR TARTIŞMA.....	42
5.5. MESLEKİ TATMİN ÖLÇEK PUANLARINA DAİR TARTIŞMA.....	43
5.6. KISITLILIKLAR	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	45
7. KAYNAKLAR	47
EKLER.....	54
EK 1: ARAŞTIRMANIN ETİK KURUL ONAY FORMU	54
EK 2: TEZ KONUSU ONAY FORMU	58
EK 3: ANKET FORMU.....	60
EK 4 ÖZGEÇMİŞ	69

KISALTMALAR

CNVC	: Center of Nonviolent Communication,
ÇYKÖ	: Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği
İBE	: İletişim Becerileri Envanteri
SAHA	: Sağlıkta Hamilik

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı	26
Tablo 2. İletişim Beceri Puanları.....	27
Tablo 3. İletişim Beceri Puanları Mart Grubu Test Sonuçları	27
Tablo 4. İletişim Beceri Puanları Mayıs Grubu Test Sonuçları	28
Tablo 5. ÇYKÖ Tükenmişlik Alt Boyutu Test Sonuçları	28
Tablo 6. ÇYKÖ Tükenmişlik Alt Boyutu Mart Grubu Test Sonuçları	29
Tablo 7. ÇYKÖ Tükenmişlik Alt Boyutu Mayıs Grubu Test Sonuçları.....	29
Tablo 8. ÇYKÖ İkincil Travmatik Stres Alt Boyutu Test Sonuçları	30
Tablo 9. ÇYKÖ İkincil Travmatik Stres Alt Boyutu Mart Grubu Test Sonuçları	30
Tablo 10. ÇYKÖ İkincil Travmatik Stres Alt Boyutu Mayıs Grubu Test Sonuçları	30
Tablo 11. Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerisi ile İkincil Travmatik Stres Düzeyi Arasındaki İlişki.....	31
Tablo 12. Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerisi ile Mesleki Tatminleri Arasındaki İlişki	31
Tablo 13. Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerisi ile Tükenmişlik Arasındaki İlişki	32
Tablo 14. ÇYKÖ Meslek Tatmini Alt Boyutu Test Sonuçları.....	32
Tablo 15. ÇYKÖ Meslek Tatmini Alt Boyutu Mart Grubu Test Sonuçları.....	32
Tablo 16. ÇYKÖ Meslek Tatmini Alt Boyutu Mayıs Grubu Test Sonuçları.....	33
Tablo 17. Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerileri ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki	33
Tablo 18. Eğitim Alma Durumuna Göre İletişim Becerileri Puanlarının Ön test ve Son test Puanlarının İlişkisiz Örneklem t-Testi Sonuçları.....	34
Tablo 19. Eğitim Alma Durumuna Göre İletişim Becerileri Puanlarının Mart grubu Ön test ve Son test Puanlarının İlişkisiz Örneklem t-Testi Sonuçları....	34
Tablo 20. Eğitim Alma Durumuna Göre İletişim Becerileri Puanlarının Mayıs Grubu Ön test ve Son test Puanlarının İlişkisiz Örneklem t-Testi Sonuçları....	35
Tablo 21. Çalışılan Ortamdan Memnun Olma Durumuna Göre İletişim Becerileri Puanlarının Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları	35
Tablo 22. Çalışılan Ortamdan Memnun Olma Durumuna Göre Meslek Tatmini Alt Boyut Puanlarının Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	36
Tablo 23. Çalışılan Ortamdan Memnun Olma Durumuna Göre İkincil Travmatik Stres Alt Boyut Puanlarının Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları	36
Tablo 24. Çalışılan Ortamdan Memnun Olma Durumuna Göre Tükenmişlik Alt Boyut Puanlarının Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	37

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Şiddetsiz İletişimin Ana Modeli	14
--	----

ŞİDDETSİZ İLETİŞİM EĞİTİMİNİN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İLETİŞİM BECERİLERİ, MESLEKİ TATMİN VE TÜKENMİŞLİK SEVİYELERİ ÜZERİNE ETKİSİ

ÖZET

Giriş ve Amaç: Hekim-hasta ilişkisi, empatik iletişimin çok önemli olduğu bir süreçtir. Bu süreçte, görüşmeler sırasında edinilen izlenimler, sorunun tanımı ve çözümü açısından oldukça önemlidir. Bu görüşmelerin klinik sürecin temeli olduğu söylenebilir. Sağlık mensuplarının empati ve iletişim becerilerini geliştirmesi, anlaşmazlıkları diyaloga dönüştürme kapasitelerini artırabilmeleri adına dünyada geniş bir uygulama alanı bulan şiddetsiz iletişim pratiği iyi bir seçenek olarak görülmektedir. Bu bağlamda dünya genelinde yapılan çeşitli çalışmalarda şiddetsiz iletişim eğitimlerinin sağlık çalışanlarının iletişim ve empati becerisini artırmada, iş streslerini azaltmada etkili olduğu görülmekte, hasta-hekim ilişkisi üzerine olumlu katkıları olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte şiddetsiz iletişim pratiğinin sağlık çalışanlarının iletişim becerisi üzerine etkilerini inceleyen dünya genelinde sınırlı sayıda çalışma vardır. Çalışmamızın amacı şiddetsiz iletişim eğitiminin sağlık mensuplarının empati ve iletişim becerisi, mesleki tatmin, tükenmişlik ve ikincil travmatik stres üzerine etkilerini incelemektir. Çalışma iletişim becerilerinin ve eğitiminin sağlık alanındaki önemini ve etkilerini ortaya çıkaracak olması ve dünyada geniş bir uygulama alanı bulan şiddetsiz iletişim eğitiminin sağlık alanındaki etkilerini Türkiye’de ilk defa inceleme altına alan çalışma olması nedeniyle önem arz etmektedir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma, nicel araştırma yöntemlerinden biri kontrol grupsuz ön test- son test desenli bir müdahale çalışmasıdır. Mart ve mayıs aylarında iki grup şeklinde şiddetsiz iletişim eğitimi alıp çalışmaya katılımı kabul eden gönüllülere eğitim öncesi ve sonrasında (üç ay sonra) İletişim Becerileri Envanteri ile Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulandı ve sonuçlar istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Veri analizinde hipotezlerin analizleri için IBM SPSS Statistics Version 23 paket programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya şiddetsiz iletişim eğitimi alan 50 kişi katılmıştır. Katılımcıların 45'i (%90) kadın; 5'i (%10) erkektir. Sağlık alanlarına göre dağılıma bakıldığında tıp alanından 44(%88), diş hekimliğinden 4(%8), hemşirelik alanından 1(%2) ve eczacılık alanından 1(%2) kişi katılımı oluşturmaktadır. Mayıs grubunda iletişim becerileri ölçeği ön ve son test puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. ($t_{(19)}=-2,60$; $p<0,05$). Eğitim sonrası alınan İBE puanları ön test puanlarından anlamlı olarak yüksektir. Mayıs grubunda ÇYKÖ ikincil travmatik stres alt boyutu ön ve son test puanları arasında anlamlı bir farklılık bulundu. ($t_{(19)}=2,458$; $p<0,05$). İkincil travmatik stres alt boyutunda ön testten alınan puan ortalaması son test puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olup ikincil travmatik stres düzeyinde azalma sağlandı.

Sonuç: Çalışmamız şiddetsiz iletişim eğitiminin sağlık alanındaki etkilerini Türkiye’de inceleme altına alan bilinen ilk çalışmadır. Şiddetsiz iletişim metodunun dört unsuru-gözlem, duygu, ihtiyaç, rica- insanlar arasında iletişim ve anlayış şansını artıran ifadeleri formüle etmeye yardımcı olan unsurlardır ve hekim-hasta temasında son derece faydalı olduğu düşünülmektedir. Dünya genelinde yapılan çalışmalarda şiddetsiz iletişim eğitimlerinin sağlık çalışanlarının iletişim ve empati becerisini artırmada, iş stresi ve empati yorgunluğunu azaltmada etkin olabileceği gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda da katılımcı grubunun alt analizinde çıkan sonuçlar şiddetsiz iletişim eğitiminin iletişim becerilerini geliştirmede, ikincil travmatik stres düzeyini düşürmede etkin olduğunu desteklemektedir. Şiddetsiz iletişim eğitimi, içinde pratik uygulamaların da yer aldığı bir programla sağlık meslek gruplarının eğitim müfredatına dahil edilebilir ve bu eğitimlerin meslek hayatında hizmet içi eğitim oturumlarıyla tekrarı sağlanabilir. Çalışmamızın tüm dünyada yaygın bir uygulama alanı bulan şiddetsiz iletişim metodunun ülkemizde bilhassa sağlık meslek gruplarının eğitim programlarında kullanımı adına başka çalışmalara ve girişimlere öncülük edeceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Şiddetsiz iletişim, iletişim becerileri, empati, sağlık çalışanları, mesleki tatmin, tükenmişlik, eşduyum yorgunluğu, ikincil travmatik stres

THE EFFECT OF NONVIOLENT COMMUNICATION TRAINING ON THE COMMUNICATION SKILLS, JOB SATISFACTION AND BURNOUT LEVELS OF HEALTHCARE PROFESSIONALS

ABSTRACT

Background and Aims: The physician-patient relationship is a process in which empathetic communication is very important. In this process, the impressions gained during the interviews are very important for the definition and solution of the problem. It can be said that these interviews are the basis of the clinical process. Nonviolent communication practice, which has a wide application area in the world, is seen as a good option in order to improve the empathy and communication skills of healthcare professionals and to increase their capacity to turn disagreements into dialogue. In this context, in various studies conducted around the world, it is seen that nonviolent communication trainings are effective in increasing the communication and empathy skills of health workers, reducing work stress, and it is thought to have positive contributions to the patient-physician relationship. However, there are limited studies around the world examining the effects of nonviolent communication practice on communication skills in healthcare professionals. The aim of our study is to examine the effects of nonviolent communication education on empathy and communication skills, professional satisfaction, burnout and secondary traumatic stress of healthcare professionals. The study is important because it will reveal the importance and effects of communication skills and education in the field of health, and because it is the first study in Turkey to examine the effects of nonviolent communication education, which has a wide application area in the world, in the field of health.

Materials and Methods: This research is an intervention study with a pretest-posttest pattern without a control group, which is one of the quantitative research methods. The Communication Skills Inventory and the Quality of Life Scale for Employees were applied to the volunteers who received nonviolent communication training in March and May in two groups and agreed to participate in the study before and after the training (three months later), and the results were statistically compared. IBM SPSS Statistics Version 23 package program was used for the analysis of hypotheses in data analysis.

Results: 50 people who received nonviolent communication training participated in the study. 45 (90%) of the participants were women; 5 (10%) are male. Considering the distribution by health fields, 44 (88%) people from medicine, 4 (8%) from dentistry, 1 (2%) from nursing and 1 (2%) from pharmacy. A significant difference was found between the communication skills scale pre- and post-test scores in the May group. ($t(19)=-2.60$; $p<0.05$). The Communication Skills Inventory scores obtained after the training were significantly higher than the pre-test scores. A significant difference was found between the pre-test and post-test scores of the secondary traumatic stress sub-dimension of Quality of Life Scale for Employees in the May group ($t(19)=2.458$; $p<0.05$). In the secondary traumatic stress sub-dimension, the mean score obtained from the pre-test was significantly higher than the post-test scores, and a decrease in the level of secondary traumatic stress was achieved.

Conclusion: Our study is the first known study to examine the effects of nonviolent communication education in the field of health in Turkey. The four elements of nonviolent communication method—observation, emotion, need, request—help formulate expressions that increase the chances of communication and understanding between people, and are thought to be extremely beneficial in physician-patient contact. Studies conducted around the world have shown that nonviolent communication training can be effective in increasing the communication and empathy skills of healthcare workers and reducing work stress and empathy fatigue. In our study, the results of the sub-analysis of the participant group support that nonviolent communication education is effective in improving communication skills and reducing the level of secondary traumatic stress. Nonviolent communication training can be included in the education curriculum of health professional groups with a program that includes practical applications, and these trainings can be repeated with in-service training sessions in their professional life. We think that our study will lead to other studies and initiatives for the use of nonviolent communication method, which has a widespread application all over the world, especially in the education programs of health professional groups in our country.

Keywords: Nonviolent communication, communication skills, empathy, healthcare professionals, job satisfaction, burnout, empathy fatigue, secondary traumatic stress

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hekim-hasta ilişkisi, empatik iletişimin çok önemli olduğu bir süreçtir. Bu süreçte, görüşmeler sırasında edinilen izlenimler, sorunun tanımı ve çözümü açısından oldukça önemlidir. Bu görüşmelerin klinik uygulamaya temel teşkil ettiği söylenebilir. Etkili bir hekim-hasta görüşmesi için, doktorun bilgi birikimi ve tecrübesi kadar, iletişim becerisi de önemlidir. İyi iletişim becerilerine sahip doktorlar hastalarının sorunlarını daha doğru bir şekilde saptayabilmekte; hasta uyumunu daha fazla artırabilmekte, mesleki tatminlerini artırırken iş streslerini azaltabilmektedirler. Empatik iletişim sadece hasta-hekim ilişkisinde değil, hasta ile temas kuran tüm sağlık profesyonellerinin meslek pratiğinde kolaylık ve avantaj sağlamaktadır.

Sağlık mensuplarının empati ve iletişim becerilerini geliştirmesi, anlaşmazlıkları diyaloga dönüştürme kapasitelerini artırabilmeleri adına dünyada geniş bir uygulama alanı bulan şiddetsiz iletişim pratiği iyi bir seçenek olarak görülmektedir. Bu bağlamda dünya genelinde yapılan çeşitli çalışmalarda şiddetsiz iletişim eğitimlerinin sağlık çalışanlarının iletişim ve empati becerisini artırmada, iş streslerini azaltmada etkili olduğu görülmekte, hasta-hekim ilişkisi üzerine olumlu katkıları olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte şiddetsiz iletişim pratiğinin sağlık çalışanlarında iletişim becerisi üzerine etkilerini inceleyen dünya genelinde sınırlı sayıda çalışma vardır. Türkiye’de şiddetsiz iletişim, 2004 yılında Marshall Rosenberg’in "Şiddetsiz İletişim: Bir Yaşam Dili" çeviri kitabıyla daha çok konuşulmaya başlanmış olup zaman içerisinde sayıları artan eğitmenler ve gönüllüleri ile çeşitli alanlarda uygulama alanı bulmuştur ancak sağlık çalışanlarına yönelik bu alanda yapılmış bilinen geniş katılımlı bir eğitim pratiği bulunmamaktadır. 12-13 Mart ve 21-22 Mayıs 2022 tarihlerinde Türkiye’nin çeşitli illerinden, çoğunluğu farklı branşlardan hekimlerin oluşturduğu 50 kişilik bir sağlık çalışanı grubunun katılımıyla sağlık alanında bilinen ilk geniş katılımlı şiddetsiz iletişim eğitimi düzenlenmiştir.

Çalışmamızın amacı şiddetsiz iletişim eğitiminin sağlık mensuplarının empati ve iletişim becerisi, mesleki tatmin, tükenmişlik ve ikincil travmatik stres üzerine etkilerini incelemektir. Çalışma iletişim becerilerinin ve eğitiminin sağlık alanındaki önemini ve etkilerini ortaya çıkaracak olması ve dünyada geniş bir uygulama alanı

bulan şiddetsiz iletişim eğitiminin sağlık alanındaki etkilerini Türkiye’de ilk defa inceleme altına alan çalışma olması nedeniyle önem arz etmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İLETİŞİM

İletişim kelimesinin, batı dillerinde ve Latince'deki karşılıkları communication ve communicatio terimleridir. İletişim en geniş tabiriyle “canlılar arasında belirli ortaklaşa öğelere dayanan süreç” i belirtmektedir. Bu tanımdan hareketle iletişim sadece insanlar için değil bütün canlıları kapsayan bir kavram olarak düşünülebilir. Bununla birlikte, iletişimin iki manada kullanıldığı görülmektedir. Sınırlı manada iletişim, insanlar arası ilişkileri ifade ederken; kapsamlı anlamda ise hayvanlar arası, teknik, hücrel vb. birçok çeşitli alanlarda kullanılmaktadır (1).

İletişimin insanlarda doğumdan önce hamilelik döneminde anne ve bebek arasında başladığı varsayılmaktadır. Daha sonra aile, çevre, okul, iş hayatı ve yaşam boyunca devam eder. İnsan doğduğu andan itibaren, çevresiyle iletişim kurmaya başlar. İletişim günümüzde bir insanın öğrenmesi ve becerilerini geliştirmesi gereken önemli bir araçtır (2).

Sosyal dünyamızı yaratma ve sürdürme yeteneğimiz, büyük ölçüde ne kadar iyi iletişim kurduğumuza bağlıdır. İnsanların sosyal becerileri, bireysel ve toplu olarak refahları için çok önemlidir. Nitelikli davranışı tüm karmaşıklıkları içinde anlamının önemi göz ardı edilemez (3).

2.1.1. İletişim Becerileri

İletişim becerisi “saygıyı ve empatiyi temel alarak, etkili dinleyebilme, somut konuşarak uygun bir biçimde kendini ifade edebilme, duygu ve düşünceleri muhataba maske takmadan ben dili ile iletebilme, ‘ben’ savaşı vermeden, başkalarını küçük görmeden kendi haklarını koruyabilme, sözel mesajlarla sözel olmayan mesajları uyumlu bir şekilde kullanabilme biçiminde bireyin karşısındaki kişilerle tatmin edici ilişkiler kurabilmesini sağlayan, başkalarından olumlu tepkileri getiren ve bireyin toplum içinde yaşamasını kolaylaştıran öğrenilmiş davranışlar” olarak tanımlanabilir (4).

Bireylerin iletişim becerilerine sahip olmaları aile içi, eş ve arkadaşlarıyla olan ilişkilerinde, işyerindeki çalışma arkadaşları, astları ve üstleri ile olan ilişkilerinde,

sağlıklı ve uzun süreli ilişkilerin kurulması ve sürdürülmesini sağlar. Anlamli ilişkiler kuran bireyler, kendilerini daha mutlu hisseder, kendisini mutlu hisseden bireylerin verimleri ve dolayısıyla çevreye ve topluma katkıları daha fazla olur (4).

Diğer insanlarla doyurucu ve güven verici ilişkiler başlatmak ve devam ettirmek için kullandığımız iletişim becerilerinin niteliği son derece önemlidir. Çünkü iletişim çok şeyi değiştirir. Çünkü iletişim niteliğine göre ilişkileri ve hayatı kolaylaştırabildiği gibi, hayatı zorlaştıran ve sosyal ilişkileri zorlaştıran bir faktör olarak da karşımıza çıkabilir (5).

2.1.2. Sağlık Alanında İletişim Becerileri

Sağlıkta iletişimin tarihçesi antik çağlara, Hipokrat'a ve Plato 'ya kadar uzanmaktadır. Sağlık iletişimi kavramı Amerika Birleşik Devletleri'nde doğmuş ve gelişmeye başlamıştır. İkinci Dünya Savaşı'na kadar sağlık Amerika'da önemli bir değer olarak ele alınmamıştır. Sağlıklı olmak diğer unsurlar arasında belli belirsiz dikkate alınmıştır. Savaşı takip eden süreçte bireysel sağlık değeri artan bir olgu haline gelmeye başlamış ve Amerikan halkı için sağlık hizmetlerinin uygun bir şekilde sağlanması önemli bir mevzu halini almıştır. Gelişmiş ülkelerde sağlık insanların nezdinde bir yaşam biçimine dönüşmüştür. Bu gelişmelerle birlikte sağlık alanında iletişim becerilerinde yapılan iyileştirmenin sağlık hizmetlerine önemli katkıları olduğu görülmüştür. Geline nokta iletişim becerileri temel bir beceridir, , geliştirilebilir, öğretilir ve öğretilmelidir (6).

Hekim-hasta ilişkisi, empatik iletişimin çok önemli olduğu bir süreçtir. Bu süreçte, görüşmeler sırasında edinilen izlenimler, sorunun tanımı ve çözümü açısından oldukça önemlidir. Bu görüşmelerin klinik uygulamaya temel teşkil ettiği söylenebilir. Etkili bir hekim-hasta görüşmesi için, doktorun bilgi birikimi ve tecrübesi kadar, iletişim becerisi de önemlidir. İyi iletişim becerilerine sahip doktorlar hastalarının sorunlarını daha doğru bir şekilde saptayabilmekte; hasta uyumunu daha fazla artırabilmekte, mesleki tatminlerini arttırırken iş streslerini azaltabilmektedirler(7).

Lancet'te yapılan bir çalışmada doktorlar, birincil iş tatmini kaynaklarının hasta, akraba ve personel ile iyi ilişkiler ve mesleki statü ve saygınlık olduğunu bildirmiştir. Yönetim tarafından anlaşılmanın, yüksek derecede özerkliğe sahip olmanın ve çeşitli görevleri yerine getirmenin mutluluklarına katkıda bulunduğunu

belirtmiştir. Çalışmadaki doktorların sadece yüzde 45'i iletişim becerileri konusunda yeterli eğitim aldıklarını düşünürken, hastalık tedavisi ve semptomların yönetimi konusunda doktorların hepsi yeterli eğitim aldıklarına inandıklarını ifade etmiştir. Raporun yeniden teyit ettiği gibi, hekimlerin ruh sağlığı iş doyumlarını artırmalarına katkı sağlayacak şekilde işlerinde özerklik ve çeşitlilik sağlayarak ve ayrıca iletişim ve yönetim becerilerinde etkili eğitim sağlayarak korunabilir (8).

İletişim becerileri ve etkili iletişim kavramı kültürel, yerel, sosyal ve ekonomik şartlara ve zemine göre değişim göstermektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinde değişen paradigmlarla birlikte gelişmektedir. Görüşmeler esnasında hastaya verilen bilgiler ve bu bilgilerin aktarım yolu hastanın tutumlarını değiştirebilir. Açık iletişim yolu ile hastaya kendini daha rahat ifade edeceği güvenilir bir atmosfer oluşturulabilir. Bu durum bireyde dikkate alındığı, önemsendiği duygusu meydana getirmektedir. Bütün başarılı iletişim ve etkileşimler diğerinin bakış açısı sebepleri ile iyi bir şekilde anlaşıldığı takdirde meydana gelebilir (9).

Sağlık çalışanı ile hasta veya yakını arasındaki iletişim yaş, cinsiyet, eğitim, sosyoekonomik, toplumsal ve kurumsal faktörlerle çok ilişkilidir. Bu iletişim sürecini etkileyen pek çok faktör vardır. Sağlık çalışanı ve hastanın karakter ve psikolojik yapıları ve ilişkiden beklentileri, sağlık çalışanı ve hastanın iletişim becerileri, hekim başına düşen hasta sayısı, toplumun hasta-hekim ilişkisine bakışı, sağlık çalışanı ile hasta ilişkisinin gerçekleştiği fiziki ortam, sağlık çalışanlarının kullandığı ancak hastaların anlamakta zorlandığı tıbbi terminoloji ve dil bu faktörlerden bazılarıdır (10).

Sağlık hizmetlerinde, sağlık çalışanının hasta ve yakınlarıyla etkili iletişim kurabilmesi çok önemlidir. Bu iletişim hastanın öyküsünü almaktan başlayarak, tanı ve tedavi sürecinin etkin olmasını ve verilen sağlık hizmetinin daha verimli olmasını sağlamaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, etkili iletişimin birçok klinik sonucu, bilhassa hasta ve hekimi ilgilendiren fizyolojik sonuçları, klinik ilişkileri, sağlıkla ilgili davranış değişiklikleri, sağlık hizmetlerinin ekonomik boyutu gibi birçok parametreyi de olumlu yönde etkilediği görülmüştür (11).

Hasta-hekim iletişimi konusunda sağlık personelinin yeteneklerinin geliştirilmesinin asıl amacı; personelin hasta ile etkili görüşme yoluyla öykü, muayene, tanı ve tedavi basamaklarını başarılı bir şekilde gerçekleştirip olumlu yönde

devam ettirmek için bilgi ve beceri kazanmasını sağlamaktır. Hekimlerin kazanacağı bu becerilerin, tüm meslek hayatlarında pekiştirilerek devam ettirilmesi gereklidir (7).

Hekim-hasta iletişiminde iletişimin genellikle tek yönlü kurulma ihtimali mevcuttur. Hekimin sosyal statüsü ve konumu genellikle iletişimde hastanın daha pasif bir tutum ve çekingen davranış göstermesine sebebiyet verebilir. Bu noktada hekime iletişimin daha etkin sağlamlasında önemli bir görevi düşmektedir. Hastanın daha fazla merkeze alındığı ve hasta taleplerinin de önemli olduğunun hissettirildiği iletişim dili ve uygulamalar, hekim ile hastanın iletişim sürecini hızlandırmakta ve bu süreçte empatik bir zemin katmaktadır. Hasta hekimin odağında olduğunu hissedebilirse, kendini değerli ve yeterli hissedip bilgi verme, bilgi alma, daha fazla soru sorma ve hastalık süreci hakkında daha uzun süre konuşma motivasyonuna sahip olabilecektir (9).

Tıbbi karşılaşmalarda iletişim sözlü ve sözsüz yönlerden oluşur. Bu iletişim biçimleri tutarsız veya çelişkili ise, sözel olmayan mesajlar sözlü mesajların önüne geçme eğilimindedir (12). Mehrabian ve Ferris, bir mesajın sözlü ve sözsüz etkileri için geliştirdiği formülde toplam etkiyi (.07 sözlü + .38 vokal +.55 yüz ifadesi) olarak ifade etmişlerdir (13). Hasta-hekim karşılaşmalarında, hastanın tıbbi geçmişine dair detayları açıklamasını etkileyen önemli sözel olmayan işaretler hekimin göz teması, duruş, ses tonu, baş sallama, jest ve postüral pozisyonudur (14).

Ganguly (2020)'ye göre iletişim sağlık alanında çok önemli bir yer tutmasına rağmen iletişim becerisi mesleğin yumuşak bir noktası olmaya devam etmektedir. Bunun sebebi kısmen farklı sosyal geçmişe sahip olmak, dil kaynaklı iletişim defektleri ve sürekli artan hasta yüküne bağlı olabilir. Şiddet olayları çoğunlukla iletişim boşluğundan doğmaktadır (15).

Hastalarla olan diyalogda hekimlere iletişim becerileri öğretilbilse de çoğu birinci basamakta bu temel unsurda eksiklik görünmektedir. Hastalarla yetersiz zaman, doktorlar tarafından genellikle zayıf iletişimin ana nedeni olarak gösterilir (9).

Sağlık sektöründe çalışanların maruz kaldığı şiddetin literatürde belirtildiği gibi pek çok nedeni vardır. Sağlıkta yaşanan şiddetin nedenleri arasında sayılan “iletişimsizlik” tek başına şiddetin nedeni olmasa da sağlıklı iletişim ve iyi düzeyde iletişim becerisi yaşanan şiddetin azalmasına katkı sağlayabilir. Çünkü sağlık sektörü

iletişimin tüm boyutlarıyla en yoğun yaşandığı alanlardan biridir. Bu nedenle sağlık meslek gruplarında iletişimin çok önemli ve yadsınamaz bir rolü vardır. Sağlık çalışanları mesleklerinin doğası gereği sosyokültürel özellikleri birbirinden farklı hasta ve yakınları ile iletişim kurmak durumunda kalmaktadır. Bu süreçte sağlık çalışanının doğru iletişim tekniklerini kullanması hastalığın tedavi süreci, hasta ve yakınlarının sağlık hizmetinden memnuniyeti, sağlık çalışanlarının mesleki tatmini, algıladıkları iş stresi gibi birçok alanı etkilemektedir (10).

İletişim becerileri, tüm asistanların eğitimi bitirmeden önce kazanması gereken lisansüstü tıp eğitiminin önemli bir ayağıdır. Mezun ve uzman hekimler hastalarla ilgilenme süreçlerini ve sonuçlarını optimize edecek şekilde iletişim kurma becerisine sahip olmalıdırlar. Fakat çoğu eğitim programında iletişim becerilerinin öğretimi ve değerlendirilmesine dair vurgu nispeten az görülmektedir. Öğretim üyelerinin çalışma saati kısıtlamaları ve üretkenlik talepleri doğrultusunda gerçek asistan-hasta etkileşimlerini doğrudan gözlemlemek ve değerlendirmek için çok az zamanı vardır (16). Bu bağlamda mezun hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının iletişim becerilerini geliştirmek adına etkin eğitim programları ve değerlendirmek için etkin ölçüm araçlarına ihtiyaç vardır.

2.1.3. Aile Hekimliği ve İletişim

“Aile hekimleri, disiplinin prensiplerine uygun eğitilmiş, bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her bireye kapsamlı ve sürekli olarak vermekle yükümlü hekimlerdir.” (17).

Aile hekimliğinin disiplinler arası bir sağlık yaklaşımı gereği bütüncül bir sağlık hizmet sunumunu öngörür. Güvene dayalı bir ilişki içinde sorunları biyopsikososyal yönleriyle ele alır. Kişi merkezli oluşunun yanı sıra bütüncül yaklaşım anlayışı, sürekli bakım ilkesi, aile ve topluma yönelik olması özelliklerinin gereği olarak iletişim aile hekimliği uygulamasının önemli yapı taşlarındandır (18).

Hastalar birincil bakım uygulamasından çıktıklarında çoğu zaman pek çok şeyi hatırlamaları gerekmektedir. Hastalarla etkin iletişim kurulduğu takdirde, hastanın kendi sağlık durumu üzerindeki yönetimi, zamanın etkin kullanımı ve hasta güvenliği daha etkin sağlanmaktadır. Teşhis amaçlı, ilacın doğru kullanımı, hastanın

laboratuvara hazırlanması, evde bakımının yapılması ve izlenmesi veya randevu planlarının yapılması vb. pek çok alanda her düzeydeki iletişim önem arz etmektedir (19).

Amerika’da yapılan bir çalışmada kırk yıllık meslek yaşantısı olan bir birinci basamak hekiminin toplam olarak 120000-160000 arası görüşme yaptığı belirtilmektedir. Günde 20 hastaya tekabül eden bu rakamın bizim ülkemiz için düşünüldüğünde 2-3 katına çıkacağı açıktır. Bu derece yoğun hasta bakılan bir uzmanlık dalında iletişim becerilerinin bilinmesi, geliştirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması önemlidir (20).

Hasta merkezli iletişim aile hekimliği uygulamasının temellerindendir. Aile hekimlerinden beklenen temel yeterlilikler arasında etkili iletişim becerilerine sahip olma özelliği de bulunmaktadır. Tıbbi uygulamalarda yapılan hataların, eksik veya yanlış tanıların neden olabilen eksik veya yanlış tanıların en önemli nedenlerinden biri de iletişim yetersizlikleridir. İletişim becerileri kişisel bir yetenek olmayıp, eğitim ve uygulamalarla kazanılıp, geliştirilebilir (18).

Yapılan bir çalışmada, aile hekimleri hastalarla iletişim kurmaya yönelik çözüm yöntemlerini, hastaya kendisini ifade etme imkânı sunarak, önerilerde bulunarak ve hastayı anladığını ifade ederek sağlamaktadırlar (21). Hasta merkezli bir iletişim biçimi olarak düşünülen bu iletişim şeklinde hastayı dinleme, hastanın endişelerini anlamaya çalışma, hastalığı ve uygulanacak tedaviye dair anlaşılabilir bir açıklama sunma ve geri bildirimde bulunma önemli bulunmuştur.

Araştırma sonuçları kötü iletişimin hastalar ve yakınları tarafından şikayetlere yol açan ciddi sonuçlara sebebiyet verebileceğini, hastaların tatminsiz, hayal kırıklığına uğramış hissetmelerine neden olup tedavilere uyumunu bozacak kadar etkileyebildiğini; iyi iletişimin ise, hastaların duygu durumlarını düzelttiğini, semptomlarını gerilettiğini, kan basıncı gibi fizyolojik ölçümlerini düzenlediğini, ağrılarını azalttığını ve ilaç kullanım oranlarını düşürdüğünü göstermiştir (22).

2.2. ŞİDDETSİZ İLETİŞİM

2.2.1. Şiddetsiz İletişimin Tarihçesi

Marshall Rosenberg'in ortaya attığı “şiddetsiz iletişim” kavramı soğuk savaş döneminde dünyadaki çatışmalara yönelik barışçıl çözümler bulmak maksadıyla şiddetten arınmış bir iletişimin mümkün olup olmadığına yönelik arayışların sonucu olarak ABD’de 1960’larda ortaya çıkmıştır. Kavram öncelikli olarak ABD’deki ırk çatışmalarına barışçıl çözümler bulmak amacıyla kullanılmış, Rosenberg ve ekibinin 1984’te Şiddetsiz İletişim Merkezini kurmasıyla dünyaya yayılarak bir ekol haline dönüşmüştür (23).

2.2.2. Şiddetsiz İletişimin Tanımı ve Kapsamı

Şiddetsiz iletişim, temelinde empatinin yer aldığı bir iletişim türüdür. Yüz yüze iletişimin empati temelli formudur (23).

1960'ların başında ortaya çıkan şiddetsiz iletişim kavramı insanların ortak ihtiyaçları paylaştığını varsayan bir iletişim biçimidir. Bu varsayım, şiddetsiz iletişim sürecinde yararlıdır; çünkü iletişimin, kişiler arası bağlantıyı kolaylaştırabilen, ilişkilendirilebilir bir insan ihtiyacını karşılama amacına hizmet etmesine olanak tanır. Şiddetsiz iletişim modelini kullanarak çatışmayı çözmek için taraflar yargılayıcı bir dil kullanmaktan kaçınırlar, bunun yerine ilgili tüm tarafların temel ihtiyaçlarını anlamaya çalışırlar. Tüm tarafların, çatışmanın neden kaynaklandığı, konunun hangi yönlerinin her biri için önemli olduğu konusunda karşılıklı bir anlayışa sahip olması gerektiğini vurgular. Tüm tarafların bu karşılıklı anlayışa ulaşma olasılığını artıran somut bir yapı sağlar. Şiddetsiz iletişim dört ana adıma dayanır: (i) gözlemler, (ii) duygular, (iii) ihtiyaçlar ve (iv) ricalar; ancak kullanımları diyalog içinde akıcı olabilir ve bir diyalog boyunca sıra değiştirilebilir. Bazı adımların yanıtlara dayalı olarak tekrar edilmesi gerekebilir ve bazı adımlar, dinleyicilerin yorumuna veya konuşma ilerlemesine dayalı olarak daha fazla vurgu gerektirebilir (24). Bu öğeleri içerecek şekilde kendimizi ifade etmek ve karşımızdakini empati yoluyla dinlemek, modelin önemli bir ayağıdır. Rosenberg, esas doğamızın “birbirimizin iyiliğine katkıda bulunmak” olduğunu ve doğamızda şefkat bulunduğunu varsaymakta; alışageldiğimiz bazı iletişim kalıplarının, bizi bu şefkatten uzaklaştırdığını kabul etmektedir (25).

Şiddetsiz iletişim, empatik ilişkiler yaratmaya yönelik kasıtlı bir odaklanmaya dayanan kişilerarası iletişim yaklaşımıdır ve genel amacı, insanlar arasında daha kaliteli bir bağlantı kurmaktır. Şiddetsiz iletişim, şiddetsizlik, empati ve işbirlikçi

iletişim ilkesini destekleyen araçlar ve ilkeler sunmaktadır. Bu, kişinin duygularının ve ihtiyaçlarının her an farkına varılmasıyla veya Rosenberg'in belirttiği gibi, şu anda “içimizde canlı olanla bağlantı kurarak” başarılabilir (26).

şiddetsiz iletişim, insanı gönülden vermeye yönelten bir iletişim yoludur. Bu yaklaşımdaki amaç, insan olarak birbirimizle nasıl iletişim kurduğumuzla ilgili doğal bilgi birikimimizi gözden geçirmek ve bu bilgiyi pratik hayatımıza nasıl yansıtacağımızı öğrenmektir. şiddetsiz iletişim, yargılanma ve eleştirme karşısında ortaya koyduğumuz savunma, geri çekilme ya da saldırma reflekslerimizin yerine geçerek hem kendimizi ve başkalarını hem de niyet ve ilişkilerimizi yeni bir bakışla ele almamızı sağlar. Direnç gösterme, savunmaya geçme ve şiddet içeren tepkiler minimize edilir (27).

şiddetsiz iletişimi uygularken, etkileşim kurduğumuz kişilerin şiddetsiz iletişim konusunda eğitim almış olması, hatta bizimle iletişim kurarken şefkatli davranma niyeti taşımasına da yoktur. Sadece şefkatle alıp verme niyetiyle şiddetsiz iletişimin temel ilkeleri uygulandığında ve bu niyet muhataba hissettirilebildiğinde, muhatap da bu sürece katılır ve sonunda iletişimin her iki kanadındaki birey şefkatle karşılık vermeye başlarlar (27).

2.2.3. şiddetsiz İletişimin Unsurları

şiddetsiz iletişimin temelde 4 aracı vardır. şiddetsiz iletişimin bir kısmı, bu dört öğeyi sözlü olarak ya da başka yollarla açık bir şekilde ifade etmektir. İkinci aşama ise karşımızdaki kişiden aynı dört bilgiyi almayı içerir. Önce onların gözlemleri, hissettikleri ve ihtiyaçları anlaşılmaya çalışılarak muhatap ile bağlantı kurulur, sonra da dördüncü bilgiyi kullanarak muhatapın istekleri anlaşılarak yaşamlarına neyin olumlu katkıda bulunacağı keşfedilir. Bu dört temel öğe; gözlem, duygu, ihtiyaçlar ve istek/ricadır (25).

Gözlem: şiddetsiz iletişim modelindeki ilk adım, kendimizi veya diğer tarafı suçlamadan veya yargılamadan durumu nasıl gözlemlediğinizi aktarmaktır. Gözlemler, şiddetsiz iletişim modelinde taraflar arasında açık ve gerçeğe dayalı iletişime izin veren önemli bir unsurdur. Bununla birlikte, gözlem suçlama veya yargılama ile birleştiğinde, aslında amacımız olan muhatabımızın mesajı duyma

olasılığı azalır. Bu durumda muhatap ilettiğimiz mesajı eleştiri olarak duyabilir ve söylenenlere direnebilir (24).

Gözlem, bir başkasına içinde bulunduğumuz durumu dürüstçe ve açıkça ifade etmeyi içeren şiddetsiz iletişimin önemli bir unsurudur. Şiddetsiz iletişimin amacına ulaşması genellemelerden kaçınarak, gözlem ve değerlendirmenin birbirinden farklı olduğunu bilerek değerlendirmeden arınmış bir gözlem süreci ile mümkün olabilir. İletişimde genelleme yapmak yerine zamana özgü gözlemlere yer vermek gerekir (27).

Duygular: Şiddetsiz iletişimin bir diğer bileşeni, duygularımızın farkına varmak; duyguları düşüncelerden ayırt etmeyi ve ifade etmeyi öğrenmektir. Rosenberg başkalarının eylemlerinin duygularımızın sebebi olmaktan çok tetikleyicisi olabileceğini vurgular ve çözüm olarak “kendimizi veya başkalarını suçlamak yerine duygularımızın ardındaki ihtiyaç, arzu, beklenti, değer ve düşüncelerimizin farkına vararak duygularımızın sorumluluğunu üstlenmek” fikrini sunar. Kendi duygu ve ihtiyaçlarımızı algılamak, başkalarınınkini ise sezmeye çalışmak şiddetsiz iletişimin önemli bir bileşenidir. Rosenberg şöyle ifade etmektedir: “Başkaları hakkındaki yargılarımız, karşılanmamış ihtiyaçlarımızın yabancılaşmış ifadesidir.” (28).

Duygularımızı ifade ederken belirsiz ve genel sözcükler yerine belirli duygulara gönderme yapan sözcükler kullanmak yararlı olur. Örneğin, "Ben bununla ilgili iyi hissediyorum," dediğimizde iyi sözcüğü mutlu, heyecanlı, rahat veya başka pek çok duygu anlamına gelebilir. İyi ve kötü gibi sözcükler, aslında bizi dinleyen kişinin ne hissettiğimizle ilgili kolayca bağlantı kurabilmesini engeller (25).

İhtiyaçlar: İkinci adım, bir kişinin temel ihtiyacını tanımlanan duygulara bağlayan üçüncü adımla bağlantılıdır. Buradaki ana fikir, olumsuz duyguların, karşılanmayan temel bir ihtiyacın tezahürü olduğudur. İstihdam veya ekonomik güvenlikle ilgili endişelerini dile getirenler için iş güvenliği, güvenlik, refah ve dayanıklılık ihtiyaçlarının farkına varmak, onlarla bir bağlantı kurmanın en iyi yolu olabilir. Benzer şekilde, gizli gündemlerle veya yanlış/yanıltıcı bilgilerle ilgili endişelerini dile getirenler için, gerçeklik, sorumluluk ve adalet ihtiyaçlarını belirlemek ve kabul etmek, ortak bir bağlantı yoluyla üretken bir diyalogu sürdürmenin en yararlı yolu olabilir (24). Biri bize sözlü veya sözsüz olarak olumsuz bir mesaj verdiğinde, onu nasıl algılayacağımıza dair dört seçeneğimiz vardır. Bunlar, kendimizi

suçlamak, başkalarını suçlamak, kendi duygu ve ihtiyaçlarımızı algılamak ve başkalarının duygu ve ihtiyaçlarını sezmektir. Başkalarını suçlamak yerine kendi ihtiyaç, arzu, beklenti, değer ya da düşüncelerimizin varlığını kabul ederek duygularımızın sorumluluğunu üstleniriz (25).

Rosenberg sitem, suçlama, kırgınlık gibi olumsuz duyguların altında karşılanmamış duygusal ihtiyaçlar olduğunu, bu yüzden kişilerin bu duygusal açıkları nedeniyle tepkisel davranış sergilediklerini ifade etmektedir. İnsanoğlunun duygusal ve fiziksel pek çok ihtiyacı bulunmaktadır. Bu ihtiyaçların karşılanmaması hali insanda olumsuz duygular açığa çıkmasına neden olmaktadır. Tüm çatışmaların ve önyargıların altında bu karşılanmamış ihtiyaçlar vardır. Rosenberg, bu çatışmaların sonucu olarak yaşanan acılar için bedel ödetme ve cezalandırma arzusunun şiddetin ortaya çıkmasına zemin hazırladığını, kişilerin de bu nedenle suçlayıcı bir yaklaşıma yöneldiğini, eğer cezayı kendi veremezse verebilecek olanları desteklediğini belirtmektedir (23).

Rica: Şiddetsiz iletişimin dördüncü bileşeni ihtiyaçlarımız karşılanmadığında gözlem, duygu ve ihtiyaçlarımızın ifadesinden sonra somut bir ricada bulunmaktır. Ricada önemli nokta olumlu eylem dili kullanmak, bilinçli olarak istemek/rica etmek, karşıdakinin ne duyduğunu tekrarlamasını istemek, dürüstlük istemek ve yapılanın rica mı talep mi olduğunu tespit etmektir (27). Şiddetsiz iletişim modelinde karşı taraftan eylem talebi gibi bir talepte bulunulurken, kullanılan dilin eşitlik noktasından gelmesi önemlidir. Talepler, eğer muhatap için uygun değilse, insanları suçlama veya ceza ile tehdit etme potansiyeli barındırır, bu da tarafların ortak bir zemin bulmasını engelleyebilir. Ricalar, mesajların doğru yorumlanmasını sağlamak için daha fazla netlik veya bilgi (yansıtma talebi olarak bilinir) istemek kadar basit olabilir: “Bunu tekrar eder misiniz? Endişelerinizi doğru anladığımdan emin olmak istiyorum.” Bir diyalog sırasında birkaç eylem veya yansıtma talebinde bulunulabilir (24).

Rica somut bir eylem dili konuşma çabasını ifade eder. Şimdi ve şu ana açıklık getirir. Yapılabilir, uygulanabilir bir şeyleri içerir. Bütün tarafların her an seçme özgürlüğünün olduğu bilinci ile dile getirilir. Bir kez karşılanmayan ihtiyacımızın ne olduğunu saptadığımızda, bu ihtiyacın karşılanması için sayısız yol (strateji) vardır. Rica, her durumda o an bize en uyan yolu/stratejiyi sunar.

Bununla birlikte şiddetsiz iletişim eğitiminde temel kavramlardan bazıları şunlardır: Empati kurma, duygu ve ihtiyaçlara kulak verme, empatiyi sürdürme, bireyin şefkatle kendisi ile bağ kurması, şiddetsiz iletişimde yas tutma, bireyin kendisini bağışlaması, öfkeyi tam olarak ifade etme vb. (27).

Samimiyetle kendimi ifade etmek(suçlamadan, eleştirmeden, talep etmeden)	Karşımdakini empati ile dinlemek (suçlama, eleştiri, talep duymadan)
Gözlem: İç barışımı etkileyen olgunun nesnel tarifini yapıyorum. (anlaşmazlık durumunda ne oldu da kuvvetli duygular doğdu?) Gözlem ahlaki yargı, tahlil, teşhis ya da suçlama içermez. " _____ gördüğümde / duyduğumda / fark ettiğimde / hatırladığımda..."	Gözlem: Empati ile karşımdakinin ne gördüğünü, ne duyduğunu, neyi hatırladığını anlamaya çalışıyorum. " _____ gördüğünde / duyduğunda / fark ettiğinde/ hatırladığında..."
Duygu: O "davranışı" gördüğümde, duyduğumda hatırladığımda, algıladığımda karşımdakini suçlamadan bedenimde canlanan duyguları söylüyorum. " _____ hissediyorum" "(duygu).....ım, ...ım, ...üm, ...um"	Duygu: Empati ile karşımdakinin ne hissettiğini anlamaya çalışıyorum. " _____ mı hissediyorsun?" "(duygu).....misin, ...mısın.....musun?"
İhtiyaçlarım veya Değerlerim: duygularımın kaynağında yatan ve karşılanan ya da karşılanmayan ihtiyaçlarımı dile getiriyorum. "çünkü _____ a ihtiyacım var." "çünkü benim için _____ önemli." "çünkü _____ a değer veriyorum." "çünkü _____ özlüyorum."	İhtiyaçlar veya Değerleriniz: Empati ile karşımdakinin ihtiyaçlarını, değerlerini ve arzularını algılamaya çalışıyorum. "Çünkü _____ mı ihtiyacın var?" "Çünkü _____ 'a mı değer veriyorsun?" "çünkü senin için _____ mi önemli?" "çünkü _____ mi özlüyorsun?"

Rica/İstek: İhtiyacınızı karşılayacak somut, şimdi yapılabilir, olumlu dilde ifade edeceğiniz bir istekte bulunun. Karşımdaki insandan ne yapmasını istiyorum? "_____ yapmaya razı mısınız?" "_____ mümkün mü?" "_____ olur mu?"	Rica/İstek: Karşımdaki kişinin istediği somut şeyi anlamaya çalışın. Bu kişi ne olmasını istiyor? "O nedenle _____ olmasını mı istiyorsun?" "_____ mı rica ediyorsun?"
--	---

Şekil 1. Şiddetsiz İletişimin Ana Modeli

2.2.4. Sağlıkta Şiddetsiz İletişim

Rosenburg ve Molho, bir sağlık hizmeti ortamında Şiddetsiz İletişim kullanımına ilişkin bir ön tanımlayıcı inceleme gerçekleştirdi. Hasta-bakımveren etkileşimleri ile başarılı kullanımına ilişkin örneklerin yanı sıra, sıklıkla dirençle karşılanan yeni politikaların tanıtılmasıyla ilgili pozitif doktor-hastane yöneticisi arayüzleri bildirilmiştir. “Bu sürecin amacının; suçlamadan, düzeltmeden veya eğitmeden önce diğer insanlarla şefkatle bağlantı kurmak” olduğu sonucuna vardılar (29).

Şiddetsiz iletişim, doktorun, eleştiri korkusu, ceza tehdidi, suçluluk veya utançtan kaçınma korkusu nedeniyle değil, merak duygusu ile hastanın ihtiyaçlarını karşılamasına yardımcı olur. Bir doktorun hastası için empati kurması, onun duygu ve ihtiyaçlarıyla temas kurma yeteneğidir. Yaşam dili (yaşayan dil), doktorun kendisine yönelik empatisini eşit derecede önemli olarak algılar. Şiddetsiz iletişim, hekimi belirli araçlarla donatarak stresle başa çıkmaya yardımcı olur ve böylece stresli koşullar söz konusu olduğunda son derece önemli görünen tükenmişlik riskini azaltır (30).

İyi bir doktor-hasta ilişkisi, hasta tedavisinin önemli bir parçasıdır. Aynı zamanda doktor için birçok fayda sağlar, bu nedenle varsayımları özümsemek ve yaşam dilinde iletişim kurma becerisini uygulamak çok değerlidir. Şiddetsiz iletişimin 4 unsuru-gözlem, duygu, ihtiyaç, rica- insanlar arasında iletişim ve anlayış şansını artıran ifadeleri formüle etmeye yardımcı olan unsurlardır ve doktor-hasta temasında son derece faydalıdır. Bu noktada iletişim sürecinde bu unsurların kullanılmasının, doktor ve hasta arasındaki teması ve anlayışı sağlamaya yönelik olduğunun altını çizmek son derece önemli görünmektedir. Şiddetsiz iletişim, özgür irade ve seçimi her

insanın temel ihtiyaçları olarak kabul eder ve bu nedenle bu model zorlamak, manipüle etmek, yargılamak ve eleştirmek için tasarlanmamıştır (30).

Sağlık profesyonelleri genellikle klişelere ve ahlaki yargılara yakalanırlar. Doktorların farklı geçmişlerden gelen hastalarla ilgilenmesi gerekir ve çoğuş zaman belirli bir gruptan veya topluluktan gelen hastaları klişeleştirmeye eğilimlidirler. Ayrıca, birçok durumda hastanın nasıl davrandığına dair ahlaki yargılarda bulunma eğilimindedirler. Hümanist bir ilişki için, stereotiplerden ve ahlaki yargılardan kaçınmak çok önemlidir ve şiddetsiz iletişim stratejileri kullanılarak kişi bu tür durumlardan kaçınmayı öğrenebilir (31).

Şiddetsiz iletişim empatik bağlantılar geliştirmeye yardımcı olur. Empati, güven inşa etmenin merkezinde yer alır ve doktoruna güvenen bir hastanın, doktorunun tedavi tavsiyesine uyması daha olasıdır. Empatinin bir diğerk önemli işlevi, hastanın bazen deneyimlemeye meyilli olduğı duygusal irrasyonelliğek karşı koymasına yardımcı olmaktır. Hasta doktorla empatik bağı fark ettikçe, duygularının mantıksızlığının farkına varması muhtemeldir. Bu, hastanın doktorun önerdiği şeyle daha uyumlu olan farklı bir bakış açısı benimsemesine yardımcı olacaktır (31).

Kanıtlar, sağlık kurumlarının çalışan memnuniyetini artırarak elde tutma ve işe alma maliyetlerini milyonlarca dolar başarıyla azaltabileceğini ve daha iyi iletişimin önemli bir başarı faktörü olduğunu göstermektedir. Şiddetsiz İletişim modeli, çeşitli sağlık kurumlarında uygulanmış ve güçlü sonuçlar elde edilmiştir (8).

Nosek ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptığı çalışma, bir şiddetsiz iletişim eğitiminin sınıf ortamında hemşirelik öğrencileri üzerindeki etkisini test eden ilk karma yöntem pilot çalışmasıydı. Nicel sonuçlar, eğitim sonrası empatide bir artış olduğunu ortaya koydu. Nitel analizlerden elde edilen bulgular, psikiyatrik rotasyonlar sırasında hastalarla çalışmaya özel bir vurgu yaparak, şiddetsiz iletişimin kendisiyle ve başkalarıyla empati kurma yeteneğı üzerindeki olumlu etkisini göstermiştir (32).

Museux ve arkadaşları, 7 saatlik tek bir şiddetsiz iletişim eğitiminin, 9 hasta bakımının profesyoneller arası iş birliğı üzerindeki etkilerini araştırdı. İletişim becerilerinde önemli bir gelişme olmasa bile, karar verme ve eylem planlarını paylaşma açısından grup becerilerinde bir gelişme olduğunu bildirdiler (33).

Yakın zamanda yapılan bir çalışmada, tıp fakültesi öğrencilerine farkındalık, bilişsel davranışçı terapi, şiddetsiz iletişim, motivasyonel görüşme, sağlık hizmetlerinde maneviyat, sağlık, dinginlik ve 'acı ile olgunlaşma' gibi konu başlıklarından bir oluşan dört yıla entegre edilmiş 500 saatlik bir müfredat kullanıldı. Toplam 258 tıp öğrencisi gönüllü oldu ve bir dizi öz değerlendirme aldı. Öğrencilerin geri bildirimlerinde kişisel gelişim, mesleki gelişim ve başkalarıyla empati kurma ve bağlantı kurma yeteneğinde sürekli bir gelişme sağlandığı görüldü (34).

Literatürde sağlık çalışanları üzerinde şiddetsiz iletişim eğitiminin etkilerini araştıran başka çalışmalarda da şiddetsiz iletişim eğitiminin iletişim ve empati becerisini geliştirmede etkili olduğuna, iş stresini azaltmada etkin sonuçlar verdiğine dair kanıtlar vardır (32,35–37).

2.3. MESLEKİ TATMİN (İŞ DOYUMU)

Çalışanların mesleklerine dair duygularının bir yansıması olarak tanımlanan iş doyumunu kavramı, ilk kez 1920’lerde ortaya atılmış olup önemi 1930-1940’lı yıllarda anlaşılmıştır. İş, “örgütsel ortamda belirli bir zaman diliminde gerçekleşen, beraberinde kimi ilişkileri getiren ve ücret karşılığı girilen mal ve hizmet üretme çabasıdır”. Doyum ise, duygusal bir tepki biçimidir (38).

Hoppock’un 1935’te yayınlanan “Job satisfaction” adlı makalesinden bu yana bu konuda önemli araştırmalar yapılmıştır. “İş doyumunu nedir?” sorusuna Hoppock: “...kişiye gerçek anlamda “ben işimden oldukça memnunum” dedirten ruhsal, fizyolojik ve çevresel durumların değişik biçimde birleşimi” şeklinde cevaplamıştır (38).

Bir kurumda çalışan bireyler görev ve sorumluluklarını yerine getirirken, işlerinin kendi ihtiyaç ve beklentilerini karşılamasını ummaktadırlar. Bu ihtiyaçların karşılandığı ölçüde çalışan memnuniyetiyle orantılı olarak çalışan da işinden o kadar haz alır. Kurumda çalışanların bireysel yeteneklerinin belirlenmesi, çalışanın ödüllendirilmesi, iş dağılımının çalışanlara uygun bir şekilde yapılması, ortam koşullarının daha da iyileştirilmesi durumunda personelin verimliliği ve üretim hızı da artacaktır (39).

Sağlık kurumlarında çalışanların başarılı, işlerinden memnun ve daha verimli olabilmelerinin en önemli nedenlerinden biri de iş doyumudur. Çalışanların tamamı,

çalışma koşullarının daha iyi olmasını, iş hayatı ile ilgili ekonomik, psikolojik ve toplumsal ihtiyaçların karşılanmasını talep etmektedirler. Çalıştıkları kurumlarda çalışanların bu ihtiyaçları karşılandığı müddetçe işlerinden tatmin olmaktadır (40).

Çeşitli araştırmalarda hekimlerde mesleki tatminin düşük olduğu ve ruh sağlığında bozulmalar görüldüğü bildirilmiştir. Tükenmeyi en çok etkileyen faktörler arasında mesleki tatminin de olduğu; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve çalışma şartlarından etkilendiği vurgulanmaktadır (41). Bunların yanı sıra yapılan işin içeriği, yönetim politikası, ücret, çalışma şartları gibi örgütsel ve çevresel faktörlerin de mesleki tatmini etkilediği belirtilmektedir. Meslek dışı yaşamı doğrudan ve büyük oranda etkileyen, sürekli özveri gerektiren hekimlik mesleğinde, mesleki tatmin büyük önem taşımaktadır (42).

Ramirez ve arkadaşları (1996) tarafından yapılan çalışmada konsültan hekimlerde tükenme, hasta, akraba ve iş arkadaşlarıyla sosyal ilişkilerde, mesleki statü ve kendine yeterlilikte, entelektüel uyarı alanında doyum azlığı, 55 yaş altında olmak ve bekar olmak ile ilişkili bulunmuştur. Yine aynı çalışmada iletişim ve yönetme becerileri konusunda eğitimi yetersiz olanlarda daha yüksek düzeyde tükenme saptanmıştır (43).

Genel olarak memnun çalışanların daha üretken, işlerine bağlı ve daha yüksek düzeyde performans gösterdiği kabul edilir. Çalışanların iş tatmininin (veya eksikliğinin) en önemli iki sonucu iş performansı ve çalışan devridir. Bazı araştırmacılar, yüksek düzeyde tatmin olmuş çalışanların mutlaka daha iyi performans göstermediğine inansa da birçok çalışma iş tatmini ile iş performansı arasında oldukça güçlü ve pozitif bir ilişkiye işaret etmektedir (44).

Mesleki tatmini düşük olan çalışanlar, işten kaçma, işten erken ayrılma, işe geç gelme, sık hastalık raporu alma, verimde düşme, hatalarda artış, duyarsızlık gibi davranışlar gösterebilmektedir. Yapılan çalışmalar, mesleki tatmini yüksek olan çalışanların kendine olan güveni, morali, performansı ve üretkenliği arttırdığını; stres, gerginlik, hastalık, kaygı, işe gelmeme, şikâyet ve işten ayrılma düzeylerini azalttığını göstermektedir (40).

2.4. TÜKENMİŞLİK

2.4.1. Tükenmişliğin Tanımı ve Nedenleri

Tükenmişlik, fizik ve mental kaynakların tükeniştir. Aldığımız enerjiden daha fazlasını harcadığımızda ortaya çıkmaktadır. İlk olarak 1974 yılında Freudenberger tarafından tanımlanan tükenmişlik, “iş gereği sürekli olarak diğer insanlarla yüz yüze çalışan kişilerde sıklıkla ortaya çıkan üç boyutlu bir durum” olarak kabul edilmektedir (42).

Tükenmişlikle ilgili çalışmaların öncülerinden olan Maslach (2001) tükenmişliği “iş yerinde kronik stresöre verilen tepkinin sonucunda oluşan psikolojik sendrom” olarak ifade etmektedir. Maslach’ın tükenmişlik modeline göre bu tepkiler duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı duygusunda azalma olarak üç boyutuyla ifade edilmektedir (45).

Maslach, tükenmişliğe neden olan unsurların başında aşırı iş yükü, çalışma arkadaşları ile olan ilişkiler, yetersiz ödüller, adalet eksikliği, kontrol düzeyi, değer çatışmaları gibi faktörlerin geldiğini ifade etmektedir. Uzun çalışma saatleri, rol çatışması ve rol belirsizlikleri, çalışanlar için güçlendirme uygulamalarının olmaması, örgüt içinde çalışanların kendilerini değersiz hissetmeleri, takdir edilmemeleri, sınırlı tatil süreleri ve dinlenme molaları, pozitif geri bildirimin yapılmaması, iletişim problemleri örgütsel yapı kaynaklı tükenmişliğe neden olan diğer faktörlerdir. Çalışanın iş yüküyle beraber duygusal yükü de artmaktadır. Bunların yanı sıra yaş, medeni durum, çalışma süresi, cinsiyet gibi demografik unsurlar da tükenmişlik ile ilişkili bulunmuştur (46).

2.4.2. Tükenmişliğin Bulguları ve Sonuçları

Patrick tükenmişliği; duygusal, bilişsel, davranışsal ve fiziksel alanlardaki bozulmalara bağlayarak 4 bölüme ayırmıştır. Duygusal alandaki bulguları; çaresizlik hissi, düşük moral, sinirlilik, kişisel başarıda düşme hissi ve çökkünlük olarak belirtmiştir. Bilişsel alandaki semptomların; sinirlilik, işe karşı olumsuz tutum, duyarsızlaşma ve öz saygı yitimi biçiminde, davranışsal alandaki semptomların; düşük verimlilik ve üretkenlik, kişiler arası çatışmalar, gecikme ve işten ayrılma olarak, fiziksel alandaki semptomların da; süregelen yorgunluk, hastalığa yakalanma riskinde artış, uykusuzluk, madde kullanımı ve yeme alışkanlıklarında bozukluklar olarak ortaya çıktığını bildirmiştir (47).

İşe bağı gerginlik ve tükenme kişide depresyon, anksiyete, çaresizlik duyguları gibi ruhsal, kaslarda gerginlik, baş ağrısı uykusuzluk gibi fizyolojik etkilere yol açmaktadır. Bunun yanı sıra işle ilgili gerginliğin işte verimi ve üretkenliği düşürme, mesleki tatmini azaltma, işe gecikme, özür uydurarak hiç gelmeme ya da işi tamamen bırakma, sonuçta deneyimli personelin elde tutulamaması gibi kurumsal sonuçları da vardır (42).

2.4.3. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik

Tükenmişlik, insanlarla yüz yüze ilişki gerektiren mesleklerde daha fazla görülmektedir. İnsanlarla çalışan meslek gruplarında insana duyulan sorumluluğun nesnelere duyulan sorumluluktan daha fazla olması nedeniyle tükenmişlik daha sık görülmektedir. Bu nedenle tükenmişlik; hizmet sektörü çalışanları olan doktorlar, hemşireler, hastabakıcılar, öğretmenler, akademisyenler, polisler, avukatlar, sosyal hizmet görevlileri, çocuk bakıcıları, çeşitli işletmelerin müşteri hizmetleri temsilcileri ve herhangi bir alanda yönetici kademesinde görev yapanlarda, diğer meslek gruplarına oranla daha yüksektir (48).

İşle ilgili stres, tükenmişlik; iş tatmini ve fiziksel olduğu kadar zihinsel sağlık sonuçlarıyla da ilişkilidir. Yetersiz denetim, akranlar ve hastalarla çatışma, yüksek iş talepleri ve fazla mesai dahil olmak üzere işle ilgili stres deneyimine katkıda bulunan stresörlerin tümü, tükenmişliğin bir veya daha fazla boyutuyla ilişkilidir (49).

Kötü hasta sonuçları, akranlarla çatışma, yüksek iş yükü ve iş talepleri ile kötü denetim ve destek eksikliği gibi stres faktörlerinin tümü, kötü fiziksel ve zihinsel sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir. Canon'un stres teorisi bu yanıtı, stres faktörlerine uzun süre maruz kalmanın biyolojik sistemin bozulmasına neden olduğu homeostazdaki bir dengesizlik olarak açıklar. Bu bozulma, başa çıkmaya yardımcı olan telafi edici ve ileriye dönük değişiklikleri önler, böylece baş ağrıları, uykusuzluk, sosyal işlev bozukluğu ve depresyon gibi kötü sağlık sonuçlarıyla sonuçlanır (49).

Hekimlerde tükenmişlik, daha düşük iş tatmini, bozulan kişisel ilişkiler, madde kötüye kullanımı, depresyon ve intihar ile ilişkilendirilmiştir. Sağlık bakım kurumlarında tükenmişlik, azalan üretkenlik, yüksek iş devir hızı ve erken emeklilik ile ilişkilidir (50).

Tükenmişlik bağlamında büyük bir stres faktörü olarak nitelendirilen çatışma, başarılı bir şekilde yönetildiğinde, kişilerin gelişimini ve motivasyonunu artıran, iş birliğini geliştiren, mesleki tatmini ve kişisel başarı duygusunu arttıran bir süreçtir. İletişim ve problem çözme becerilerinin yer aldığı çatışma çözme becerileri eğitim programları, sağlık çalışanlarının çatışma çözme becerilerini geliştirme ve tükenmişliği azaltmada etkili olabileceği düşünülmektedir (51).

2.5. İKİNCİL TRAVMATİK STRES (EŞDUYUM YORGUNLUĞU)

Stres tepkileri, duygusal bir travmanın varlığının ilk göstergesidir. Bu tepkiler, stres etkeniyle başa çıkmak için bilinçli ve bilinçsiz davranışlar, bilişler ve duygular dizisi olarak tanımlanır. Stres semptomları geliştirme süreci ve kökenine odaklanan travmatizasyon araştırma alanında, birincil ve ikincil travmatizasyon arasında belirgin bir fark vardır. Birincil travmatizasyon savaş durumu, şiddet veya cinsel istismar gibi travmatik bir olayla kalıcı, yoğun ve doğrudan temastan kaynaklanabilecek bir süreçtir. Bu süreç travma sonrası stres bozukluğuna yol açabilir (52). İkincil travmatizasyon, travmatik bir olayı duymaktan veya travmatik bir olay yaşayan birine bakmaktan gelişebilen dolaylı maruz kalma yoluyla gerçekleşen süreçtir. Bu süreç tükenmişliğe, merhamet yorgunluğuna, dolaylı travmaya ve ikincil travmatik strese yol açabilir (53).

Klinik psikologlar, danışmanlar, psikiyatristler, travma çalışanları, çocuk koruma çalışanları veya sosyal hizmet uzmanları dahil olmak üzere ruh sağlığı uzmanları, bazı hekimler kendilerini genellikle hastalarının çok çarpıcı ayrıntılarını ve travmatik hikayelerini dinlerken bulurlar. Bu hastalar aile içi şiddet mağduru, kendi ülkesinden kaçmak zorunda kalmış bir mülteci veya cinsel istismar mağduru olabilir. Ruh sağlığı uzmanları, hastalarına yardımcı olmak ve daha iyi bir iyileşme süreci sağlamak için kalplerini ve ruhlarını açar, bilinçli ve kasıtlı olarak dinler, önemser ve danışanlarıyla empatik bir şekilde ilgilenir. Figley'e göre sekonder travmatik stres bilgiden kaynaklanan doğal sonuç davranış ve duygulardır (54).

Başkalarının acısını paylaşmanın sonuçlarından biri, gözlemcide duygusal sıkıntıya yol açabilmesidir. Bu nedenle, duygusal tükenmeye, kopmaya ve düşük başarı duygusuna yol açabilecek mesleki sıkıntıya karşı en savunmasız olan

hekimlerin, hastalarının sıkıntısını algılayarak ortaya çıkan olumsuz duygularını düzenlemekte güçlük çeken hekimler olması olasıdır (55).

İkincil travmatik stres tepkilerinde hekimler bunalmış hissedebilir, empati kurmakta zorlanabilir (merhamet yorgunluğu) veya kişisel ve profesyonel yaşamlarını önemli ölçüde etkileyebilecek "tükenmişlik" yaşayabilirler (56).

Sekonder travmatik stres bir başkası tarafından yaşanan travmatize edici bir olay hakkında, travma geçirmiş veya acı çeken bir kişiye yardım etmekten veya yardım etmeyi istemekten kaynaklanan strestir. Başka bir deyişle sekonder travmatik stres, travmatik hikayelere maruz kalmanın bir sonucudur. Sekonder travmatik stres, bakım verenin sosyal işlevselliğini ve iş performansını olumsuz etkiler ve depresyon, uykusuzluk, anksiyete, madde ve alkol kötüye kullanımı gibi zihinsel ve somatik bozukluklara yol açar (57).

Herkes empatinin etkili tıbbi bakımın, hasta sonuçlarını iyileştirmenin ve doktor memnuniyetini artırmanın ayrılmaz bir parçası olduğu konusunda hemfikir olsa da bireysel eğilimler, empati (ve bileşenleri) ve profesyonel yaşam kalitesi arasındaki ilişki basit değildir. Empatinin farklı yönleri ile profesyonel yaşam kalitesi arasındaki özel ilişkiyi anlamak; sağlık profesyonelleri ve tıp öğrencilerinin gerektiğinde hastalara yardım etmek için güçlü bir empatik tepki ortaya çıkarabilmelerini motive ederken, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunu önlemek için empatinin uygun yönlerini azaltmalarına yardımcı olmak adına kanıta dayalı eğitim programlarının tasarlanmasını gerektirmektedir (55).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Uzmanlık tez çalışması olarak yürütülen, amacı şiddetsiz iletişim eğitiminin sağlık mensuplarının empati ve iletişim becerisi, mesleki tatmin ve tükenmişlik düzeyleri üzerine etkilerini incelemek olan bu araştırma 09.03.2022 tarihinde Ankara Şehir Hastanesi 1 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun onayı alınarak yapılmıştır. Etik kurul onay belgesi Ek 1'dedir.

3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Bu araştırma, nicel araştırma yöntemlerinden biri olan kontrol grupsuz ön test-son test desenli bir müdahale çalışmasıdır. Çalışmaya katılımı kabul eden gönüllülere eğitim öncesi ve sonrasında (üç ay sonra) İletişim Becerileri Envanteri ile Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulandı ve sonuçlar istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

3.2. ÇALIŞMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evreni, 12-13 Mart Gençlik ve Spor Bakanlığı İstanbul Marmaracık kampüsünde (30 katılımcı) ve 21-22 Mayıs Gençlik ve Spor Bakanlığı Ankara Gölbaşı kampüsünde (20 katılımcı) SAHA(58) girişim grubunun Mezun SAHA projesi kapsamında gerçekleştirilen şiddetsiz iletişim eğitimine katılmış sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Kriterleri sağlayan sağlık çalışanlarına iletişim becerileri envanteri ve çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği gönüllülük esasına dayalı bir biçimde uygulanmıştır. Sonuç olarak bu çalışmanın örneklemini bu iki eğitim kampında 2 tam günlük şiddetsiz iletişim eğitimine katılan gönüllü 50 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Her iki gruba düzenlenen eğitimde de aynı şiddetsiz iletişim eğitmenleri görev almıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- Sağlık çalışanı olmak
- 12-13 Mart Gençlik ve Spor Bakanlığı İstanbul Marmaracık kampüsünde veya 21-22 Mayıs Gençlik ve Spor Bakanlığı Ankara Gölbaşı kampüsünde gerçekleştirilmiş şiddetsiz iletişim eğitimine katılmış olmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olanlar

Dışlama kriterleri:

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayanlar

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma kapsamında sağlık çalışanlarına, öncelikle sosyo demografik özellik anketi (cinsiyet, yaş, mesleği, çocuk durumu, nöbet tutma durumu, kronik hastalık durumu, çalışma ortamından memnun olma durumu, hasta yakınları tarafından fiziksel şiddete uğrama durumu, hasta yakınları tarafından sözlü saldırıya uğrama durumu, son bir yıl içinde yaşanan olumsuz bir olay olma durumu, meslekten dolayı şiddet sebebiyle mahkemelik olma durumu, hasta şikayeti sebebiyle savunma istenme durumu) dışında Ersanlı ve Balcı'nın geliştirdiği 45 maddelik İletişim Becerileri Envanteri (İBE) ile Yeşil ve ark.'nın uyarlama çalışması olan Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇYKÖ) uygulanmıştır. Anket soruları ve kullanılacak ölçeklerin seçiminde, konuyla ilgili literatür taramaları, kliniğimizde yapılan akademik konseyde ifade edilen görüşler ve şiddetsiz iletişim eğitmenlerinin görüşleri baz alınmıştır. İletişim becerileri envanteri 45 maddeden oluşmakta; duygusal, bilişsel ve davranışsal iletişim becerilerini 15'er soru ile üç alt grup olarak değerlendirmeye olanak sağlamaktadır. Envanterin geçerlik çalışmasıyla ilgili olarak; Korkut (1996)'ın geliştirmiş olduğu "İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeği" kullanılmıştır. Yapılan geçerlik çalışmasında; geçerlik katsayısı 0,70 bulunmuştur, bu katsayının, ölçeğin geçerli sayılabilmesi için yeterli olduğu düşünülmektedir. Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeğinin uyarlama çalışması sağlık çalışanları ile yapılan anketler sonucunda geliştirilmiş olup; mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu (ikincil travmatik stres) düzeyini 10'ar soru ile değerlendirme olanağı sunmaktadır. ÇYKÖ'nün Cronbach's Alfa katsayısı: 0,848 olarak hesaplanmıştır. Mesleki tatmin alt ölçeğinin Cronbach's Alfa katsayısı: 0,819'dur. Maddelerinin standardizasyonu esas alınarak hesaplandığında Cronbach's Alfa katsayısı: 0.884'tür. Tükenmişlik alt ölçeğinin Cronbach's Alfa katsayısı: 0,622'dir. Maddelerinin standardizasyonu esas alınarak hesaplandığında Cronbach's Alfa katsayısı: 0,575'tir. Eşduyum yorgunluğu alt ölçeğinin Cronbach's Alfa katsayısı: 0,835'tir. Maddelerin standardizasyonu esas alınarak hesaplanan Cronbach's Alfa katsayısı: 0,841'dir.

3.4. ARAŞTIRMANIN UYGULAMA AŞAMALARI

Çalışmamızın müdahale aşamasını 12-13 Mart ve 21-22 Mayıs tarihlerinde İstanbul ve Ankara’da gerçekleştirilen şiddetsiz iletişim eğitimi programı oluşturmaktadır. Eğitimler SAHA(58) girişim grubunun Mezun SAHA projesi kapsamında gerçekleştirilmiş olup, eğitime proje duyurusunun ulaştığı sağlık çalışanlarından gönüllü olanlar katılmıştır.

Eğitim öncesinde organizasyon komitesinden sözel olarak izin alındıktan sonra tez araştırma çalışmamızın duyurusu yapıldı. Çalışmaya katılmayı eğitime katılan bütün katılımcılar gönüllü oldu ve araştırma süreci hakkında bilgilendirildi. Ön test anket formu yüz yüze tekniğiyle dolduruldu. Son test anket formu eğitimden 2,5 ay sonra mail yoluyla katılımcılara iletmeye başlandı, 3 ay içerisinde tamamlandı.

Eğitimler sırasıyla 30 ve 21 kişilik katılımcı grubuyla gerçekleştirildi. Eğitim salonları çember şeklinde oturma düzeni olacak şekilde ayarlandı. Her iki günde de totalde 6 saatlik eğitim oturumları düzenlendi. Eğitimler CNVC (center of nonviolent communication) sertifikalı şiddetsiz iletişim eğitmen adayları Alper SÜZER ve Gizem Alev Şapçı tarafından gerçekleştirildi. Her iki eğitimde de pratik oturumları organize etmek için 3 ile 5 arasında şiddetsiz iletişim gönüllüsü asistan görev aldı. Oturumlarda şiddetsiz iletişimin temel prensipleri teorik ve pratik araçlarla oluşturulmuş bir içerikle sunuldu. Pratik oturumlar 2 ya da 3 kişilik gruplar halinde gerçekleştirildi. Pratik oturumlar günlük meslek pratiğinde sıkça karşılaşılan iletişim problemlerine örnek teşkil edecek vakalar üzerinden gerçekleşti. Kendine empati ve bir başkasına empati alıştırmaları için 2’şerli gruplarla 10-15 dk’lık oturumlar düzenlendi. Eğitim oturumlarında şu dört başlık üzerinde duruldu:

1. İletişimde empatiyle güven ve anlayışı geliştirmek

Mesleki etkileşimlerimde empati becerilerimi geliştirmek hem kendimle hem başkalarıyla barışçıl ilişkiler kurmayı nasıl destekleyebilir?

2. Susmadan suçlamadan sesimi duyurmak

İlişkilerde kendimi ifade etmek istediğim durumlarda (isteğimi söylemek, hayır demek, sınır koymak, geri bildirim vermek vs.) karşıdakini suçlamadan, sözümü sakınmadan, net ve etkili bir dille sesimi nasıl duyurabilirim?

3. Çatışmaları diyaloga dönüştürmek

Anlaşmazlık anlarında güç mücadelelerinden sıyrılıp kimse kaybetmeden uzlaşmak, kendimizle ve diğerleriyle bağ kurma gücünü (geri) kazanmak nasıl mümkün olabilir?

4. Gücü (birlikte) kullanmak

Meslek hayatımda çalışma ekibi, hastalar ve hasta yakınları ile farklı güç dinamiklerinin ortasında gücümü şiddet üretmeyen biçimde nasıl kullanabilirim?

Mart katılımcı grubunun tamamı ön test ve son test anketini tamamladı. Mayıs katılımcı grubundan 1 kişi sadece ön testi tamamladığı için çalışmaya dahil edilmedi.

3.5. VERİ ANALİZİ

Veri analizinde hipotezlerin analizleri için IBM SPSS Statistics Version 23 paket programı kullanıldı. SPSS analizlerine geçilmeden önce veri hem hatalı hem de kayıp değerler için kontrol edildi ve 50 kişi ile analizler yapıldı. Ayrıca her iki ölçekteki olumsuz maddeler ters kodlanmıştır. Tanımlayıcı istatistikler birey sayısı (n) ve frekans (%) ile gösterildi. Hipotezlerin test edilmesinden önce İBE ve ÇYKÖ'nden elde edilen puanlarının normal dağılıp dağılmadığı test edildi. Örneklem sayısının 30'dan büyük olduğu için Kolmogorow Smirnov Testi kullanıldı ve çarpıklık basıklık değerleri kontrol edildi. Kolmogorow Smirnov Testi' nin 0,05 ten büyük çıkması ve çarpıklık- basıklık değerlerinin -1,5 ve +1,5 değerleri arasında olmasından dolayı analizlerde parametrik yöntemler kullanıldı. Aynı örneklemde elde edilen ön test ve son test puanları arasındaki farklılığı test etmek amacıyla ilişkili örneklem için t testi kullanıldı. İki değişken arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla ise Pearson Korelasyon katsayısı hesaplandı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kabul edildi. İki'den fazla gruba ilişkin ortalamaların karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapıldı. Hangi gruplar arasında fark olup olmadığını belirlemede çoklu karşılaştırma testlerinden LSD (little signifance difference) kullanıldı.

4. BULGULAR

Katılımcılara ait demografik bilgiler Tablo 1’de yer almaktadır. Çalışmaya şiddetsiz iletişim eğitimi alan 50 kişi katılmıştır. Katılımcıların 45’i (%90) kadın; 5’i (%10) erkektir. Sağlık alanlarına göre dağılıma bakıldığında tıp alanından 44(%88), diş hekimliğinden 4(%8), hemşirelik alanından 1(%2) ve eczacılık alanından 1(%2) kişi katılımı oluşturmaktadır. Katılımcıların 25’i (%50) nöbet tutmakta olup, “çalışma ortamınızdan memnun musunuz” sorusuna 21 katılımcı (% 42) “evet”, 9 katılımcı (%18) “hayır”, 21 katılımcı (%40) “kısmen” cevabını vermiştir. Katılımcıların 45; i (%90) son bir yıl içinde hasta veya yakınları tarafından sözlü saldırıya maruz kaldığını; 6’sı (%12) son 1 yıl içinde fiziksel saldırıya maruz kaldığını; 5’i (%10) meslek ile ilgili mahkemelik olduğunu belirtmiştir. 26 katılımcı (%50) eğitim ve meslek hayatları boyunca iletişim becerileri üzerine eğitim aldığını belirtmiş; bu katılımcılardan sadece 1’i aldığı eğitimi yeterli bulduğunu belirtmiştir. Son 1 yıl içinde kendisi veya ailesi ile ilgili olumsuz bir olay yaşadığını belirten katılımcı sayısı 25(%50) tir.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Değişken	Alt Grup	Frekans	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	45	90
	Erkek	5	10
Medeni durum	Bekar	33	66
	Evli	17	34
Çocuk durumu	Yok	45	90
	Var	5	10
Alan	Diş Hekimliği	4	8
	Hemşirelik	1	2
	Eczacılık	1	2
	Tıp	44	88
Nöbet tutma durumu	Hayır	25	50
	Evet	25	50
Kronik hastalık durumu	Yok	39	78
	Var	11	22
Çalışma ortamından memnun olma durumu	Hayır	9	18,0
	Kısmen	20	40,0
	Evet	21	42,0
	Yaşamadım	25	50

Son bir yıl içinde olumsuz durum yaşama	Yaşadım	25	50
Sözlü Saldırıya Uğrama	Yok	5	10
	Var	45	90
Fiziksel Şiddete Uğrama	Yok	44	88
	Var	6	12
İletişim becerileri üzerine eğitim alma durumu	Hayır	25	50
	Evet	26	50
Meslek ile ilgili mahkemelik olma	Hayır	45	90
	Evet	5	10
İletişim becerisi eğitimi alanların (n=26) eğitimi yeterli görme durumu	Hiç yeterli değil	5	19,23
	Yeterli değil	14	53,85
	Kararsızım	6	23,08
	Yeterli	1	3,85

Tablo 2. İletişim Beceri Puanları

Grup	n	$\bar{X}$	ss	t	p
Ön-test	50	154,22	8,91	-0,991	,327
Son-test	50	155,82	10,88		

Tablo 2 incelendiğinde iletişim becerileri ölçeği ön ve son test puanları arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t_{(49)}=-0,117$, $p>0,05$). Sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ölçeği ön testten aldıkları puan ile şiddetsiz iletişim eğitim sonrası aldıkları son test puanları benzerdir.

Tablo 3. İletişim Beceri Puanları Mart Grubu Test Sonuçları

Grup	n	$\bar{X}$	ss	t	p
Ön-test	30	156,37	9,39	0,492	,627
Son-test	30	155,30	13,53		

Tablo 3 incelendiğinde İletişim becerileri ölçeği ön ve son test puanları arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t(29)=0,492$, $p>0,05$). Yani sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ölçeği ön testten aldıkları puan ile şiddetsiz iletişim eğitim sonrası aldıkları son test puanları benzerdir.

Tablo 4. İletişim Beceri Puanları Mayıs Grubu Test Sonuçları

Grup	n	$\bar{X}$	Ss	t	p
Ön-test	20	151,00	9,99	-2,60	,018
Son-test	20	156,60	12,13		

Tablo 4 incelendiğinde İletişim becerileri ölçeği ön ve son test puanları arasında anlamlı bir farklılık göstermektedir ($t_{(19)}=-2,60$; $p<0,05$). Yani sağlık çalışanlarının şiddetsiz iletişim eğitim sonrası aldıkları İBE puanı ön test puanlarından anlamlı olarak yüksektir.

Tablo 5. ÇYKÖ Tükenmişlik Alt Boyutu Test Sonuçları

Grup	n	$\bar{X}$	ss	t	p
Ön-test	50	25,54	4,25	-0,284	,777
Son-test	50	25,76	5,81		

Tablo 5 incelendiğinde ÇYKÖ tükenmişlik alt boyutu ön ve son test puanları arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t_{(49)}=-0,284$, $p>0,05$). Sağlık çalışanlarının tükenmişlik alt boyutunda ön testten aldıkları puan ile şiddetsiz iletişim eğitimi sonrası aldıkları son test puanları benzer olup tükenmişlik düzeyinde azalma sağlanmamıştır.

Tablo 6. ÇYKÖ Tükenmişlik Alt Boyutu Mart Grubu Test Sonuçları

Grup	n	$\bar{X}$	Ss	t	p
Ön-test	30	25,27	4,55	0,227	,822
Son-test	30	25,00	6,75		

Tablo 6 incelendiğinde ÇYKÖ tükenmişlik alt boyutu ön ve son test puanları arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t_{(29)}=0,227$; $p>0,05$). Yani sağlık çalışanlarının tükenmişlik alt boyutunda ön testten aldıkları puan ile şiddetsiz iletişim eğitimi sonrası aldıkları son test puanları benzer olup tükenmişlik düzeyinde azalma sağlanmamıştır.

Tablo 7. ÇYKÖ Tükenmişlik Alt Boyutu Mayıs Grubu Test Sonuçları

Grup	n	$\bar{X}$	ss	t	p
Ön-test	20	25,95	3,83	-1,183	,835
Son-test	20	26,90	3,91		

Tablo 7 incelendiğinde ÇYKÖ tükenmişlik alt boyutu ön ve son test puanları arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t_{(19)}=-1,183$; $p>0,05$). Yani sağlık çalışanlarının tükenmişlik alt boyutunda ön testten aldıkları puan ile şiddetsiz iletişim eğitimi sonrası aldıkları son test puanları benzer olup tükenmişlik düzeyinde azalma sağlanmamıştır.

Tablo 8. ÇYKÖ İkincil Travmatik Stres Alt Boyutu Test Sonuçları

Grup	n	$\bar{X}$	Ss	t	p
Ön-test	50	20,20	7,07	-0,215	0,835
Son-test	50	20,46	8,16		

Tablo 8 incelendiğinde ÇYKÖ ikincil travmatik stres alt boyutu ön ve son test puanları arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t_{(49)}=-0,215$, $p>0,05$). Yani sağlık çalışanlarının ikincil travmatik stres alt boyutunda ön testten aldıkları puan ile şiddetsiz iletişim eğitimi sonrası aldıkları son test puanları benzer olup ikincil travmatik stres düzeyinde azalma sağlanmamıştır.

Tablo 9. ÇYKÖ İkincil Travmatik Stres Alt Boyutu Mart Grubu Test Sonuçları

Grup	n	$\bar{X}$	Ss	t	p
Ön-test	30	18,67	6,70	-1,388	,176
Son-test	30	21,10	8,53		

Tablo 9 incelendiğinde ÇYKÖ ikincil travmatik stres alt boyutu ön ve son test puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı ($t_{(29)}=-1,388$; $p>0,05$). Yani sağlık çalışanlarının ikincil travmatik stres alt boyutunda ön testten aldıkları puan ile şiddetsiz iletişim eğitimi sonrası aldıkları son test puanları benzer olup ikincil travmatik stres düzeyinde azalma sağlamadı.

Tablo 10. ÇYKÖ İkincil Travmatik Stres Alt Boyutu Mayıs Grubu Test Sonuçları

Grup	n	$\bar{X}$	Ss	t	p
Ön-test	20	22,5	7,15	2,458	,024
Son-test	20	19,5	7,69		

Tablo 10 incelendiğinde ÇYKÖ ikincil travmatik stres alt boyutu ön ve son test puanları arasında anlamlı bir farklılık bulundu ($t_{(19)}=2,458$; $p<0,05$). Yani sağlık çalışanlarının ikincil travmatik stres alt boyutunda ön testten aldıkları puan şiddetsiz iletişim eğitimi sonrası aldıkları son test puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olup ikincil travmatik stres düzeyinde azalma sağlandı.

Tablo 11. Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerisi ile İkincil Travmatik Stres Düzeyi Arasındaki İlişki

		İkincil travmatik stres
İletişim Becerileri	Pearson Korelasyon Katsayısı	-0,229
	P	0,109
	N	50

Sağlık çalışanlarının iletişim becerisi ile ikincil travmatik stres düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Pearson Korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. İletişim beceri puanları ile ikincil travmatik stres düzeyi arasında negatif yönlü anlamlı olmayan bir ilişki vardır. Yani iletişim beceri puanları arttıkça ikincil travmatik stres düzeyi de azalmaktadır.

Tablo 12. Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerisi ile Mesleki Tatminleri Arasındaki İlişki

		Mesleki Tatmin
İletişim Becerileri	Pearson Korelasyon Katsayısı	0,170
	P	0,239
	N	50

Sağlık çalışanlarının iletişim becerisi ile mesleki tatminleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Pearson Korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. İletişim beceri puanları ile mesleki tatminleri arasında pozitif yönlü anlamlı olmayan bir ilişki vardır. İletişim beceri puanları arttıkça mesleki tatminleri de artmaktadır.

Tablo 13. Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerisi ile Tükenmişlik Arasındaki İlişki

		Tükenmişlik
İletişim Becerileri	Pearson Korelasyon Katsayısı	-,248
	P	,082
	N	50

Sağlık çalışanlarının iletişim becerisi ile tükenmişlikleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Pearson Korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. İletişim beceri puanları ile tükenmişlikleri arasında negatif yönlü anlamlı olmayan bir ilişki vardır. İletişim beceri puanları arttıkça tükenmişlikleri de azalmaktadır.

Tablo 14. ÇYKÖ Meslek Tatmini Alt Boyutu Test Sonuçları

Grup	n	$\bar{X}$	Ss	t	p
Ön-test	50	36,16	6,43	-0,607	0,546
Son-test	50	36,78	8,40		

Tablo 14 incelendiğinde ÇYKÖ meslek tatmini alt boyutu ön ve son test puanları arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t_{(49)}=-0,607$, $p>0,05$). Yani sağlık çalışanlarının meslek tatmini alt boyutunda ön testten aldıkları puan ile şiddetsiz iletişim eğitim sonrası aldıkları son test puanları benzer olup meslek tatmininde artma sağlanmamıştır.

Tablo 15. ÇYKÖ Meslek Tatmini Alt Boyutu Mart Grubu Test Sonuçları

Grup	n	$\bar{X}$	Ss	t	p
Ön-test	30	35,00	6,92	-1,041	0,306
Son-test	30	36,50	9,27		

Tablo 15 incelendiğinde ÇYKÖ meslek tatmini alt boyutu ön ve son test puanları arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t_{(49)}=-1,041$ $p>0,05$). Yani sağlık çalışanlarının meslek tatmini alt boyutunda ön testten aldıkları puan ile şiddetsiz iletişim eğitim sonrası aldıkları son test puanları benzer olup meslek tatmininde artma sağlanmamıştır.

Tablo 16. ÇYKÖ Meslek Tatmini Alt Boyutu Mayıs Grubu Test Sonuçları

Grup	n	$\bar{X}$	Ss	t	p
Ön-test	20	37,90	5,31	0,519	0,609
Son-test	20	37,20	7,11		

Tablo 16 incelendiğinde ÇYKÖ meslek tatmini alt boyutu ön ve son test puanları arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t_{(19)}=0,519$; $p>0,05$). Yani sağlık çalışanlarının meslek tatmini alt boyutunda ön testten aldıkları puan ile şiddetsiz iletişim eğitim sonrası aldıkları son test puanları benzer olup meslek tatmininde artma sağlanmamıştır.

Tablo 17. Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerileri ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

		Yaşam kalitesi
İletişim Becerileri	Pearson Korelasyon Katsayısı	-0,141
	P	0,329
	N	50

Sağlık çalışanlarının iletişim becerisi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Pearson Korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. İletişim beceri puanları ile yaşam kaliteleri arasında negatif yönlü anlamlı olmayan bir ilişki vardır.

Tablo 18. Eğitim Alma Durumuna Göre İletişim Becerileri Puanlarının Ön test ve Son test Puanlarının İlişkisiz Örneklem t-Testi Sonuçları

Eğitim Alma Durumu	n	$\bar{X}$	ss	t	p
Hayır	50	154,04	7,97	-0,127	0,899
Evet	50	154,40	11,67		

Eğitim hayatı boyunca iletişim becerisi almış ve aldığı eğitimi yeterli görme durumuna göre sağlık çalışanlarının iletişim becerileri envanteri puanları anlamlı bir farklılık göstermemektedir $t_{(48)}=-0,899$, $p>0,05$). Yani eğitim hayatı boyunca iletişim becerisi almış ve aldığı eğitimi yeterli gören sağlık çalışanlarının iletişim becerileri envanteri puanları eğitim hayatı boyunca iletişim becerisi almamış ve aldığı eğitimi yeterli görmeyenler ile benzerdir.

Tablo 19. Eğitim Alma Durumuna Göre İletişim Becerileri Puanlarının Mart grubu Ön test ve Son test Puanlarının İlişkisiz Örneklem t-Testi Sonuçları

Eğitim Alma Durumu	n	$\bar{X}$	ss	t	p
Hayır	14	156,57	8,61	0,110	0,913
Evet	16	156,19	10,30		

Eğitim hayatı boyunca iletişim becerisi almış ve aldığı eğitimi yeterli görme durumuna göre sağlık çalışanlarının iletişim becerileri envanteri puanları anlamlı bir farklılık göstermemektedir $t_{(28)}=-0,110$, $p>0,05$). Yani eğitim hayatı boyunca iletişim becerisi almış ve aldığı eğitimi yeterli gören sağlık çalışanlarının iletişim becerileri envanteri puanları eğitim hayatı boyunca iletişim becerisi almamış ve aldığı eğitimi yeterli görmeyenler ile benzerdir.

Tablo 20. Eğitim Alma Durumuna Göre İletişim Becerileri Puanlarının Mayıs Grubu Ön test ve Son test Puanlarının İlişkisiz Örneklem t-Testi Sonuçları

Eğitim Alma Durumu	n	$\bar{X}$	ss	t	p
Hayır	11	150,82	5,98	0,088	0,931
Evet	9	151,22	13,86		

Eğitim hayatı boyunca iletişim becerisi almış ve aldığı eğitimi yeterli görme durumuna göre sağlık çalışanlarının iletişim becerileri envanteri puanları anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t_{(18)}=-0,088$, $p>0,05$). Yani eğitim hayatı boyunca iletişim becerisi almış ve aldığı eğitimi yeterli gören sağlık çalışanlarının iletişim becerileri envanteri puanları eğitim hayatı boyunca iletişim becerisi almamış ve aldığı eğitimi yeterli görmeyenler ile benzerdir.

Tablo 21. Çalışılan Ortamdan Memnun Olma Durumuna Göre İletişim Becerileri Puanlarının Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Çalışma Ortamından Memnun Olma Durumu	n	$\bar{X}$	ss	sd	F	p
Memnun değilim	9	154,33	8,03	(2,47)	0,005	0,995
Kısmen Memnunum	20	154,05	9,58			
Çok memnunum	21	154,33	11,26			

Çalışma ortamından memnun olma durumuna göre sağlık çalışanlarının iletişim becerileri envanteri puanları anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($F_{(2,47)}=0,005$, $p>0,05$). Yani çalışma hayatından memnun olmayan, kısmen memnun olan ve çok memnun olan sağlık çalışanlarının iletişim becerileri envanteri puanları benzerdir.

Tablo 22. Çalışılan Ortamdan Memnun Olma Durumuna Göre Meslek Tatmini Alt Boyut Puanlarının Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Çalışma Ortamından Memnun Olma Durumu	N	$\bar{X}$	ss	sd	F	p
Memnun değilim	9	35,11	4,96			
Kısmen Memnunum	20	36,45	7,63	(2,47)	0,142	0,868
Çok memnunum	21	36,33	5,97			

Çalışma ortamından memnun olma durumuna göre sağlık çalışanlarının meslek tatmini puanları anlamlı bir farklılık göstermemektedir. ($F_{(2,47)}=0,005$, $p>0,05$). Yani çalışma hayatından memnun olmayan, kısmen memnun olan ve çok memnun olan sağlık çalışanlarının meslek tatmini puanları benzerdir.

Tablo 23. Çalışılan Ortamdan Memnun Olma Durumuna Göre İkincil Travmatik Stres Alt Boyut Puanlarının Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Çalışma Ortamından Memnun Olma Durumu	N	$\bar{X}$	ss	sd	F	p
Memnun değilim	9	22,44	7,18			
Kısmen Memnunum	20	19,15	5,57	(2,47)	0,665	0,519
Çok memnunum	21	20,24	8,31			

Çalışma ortamından memnun olma durumuna göre sağlık çalışanlarının ikincil travmatik stres puanları anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($F_{(2,47)}=0,005$, $p>0,05$). Yani çalışma hayatından memnun olmayan, kısmen memnun olan ve çok memnun olan sağlık çalışanlarının ikincil travmatik stres puanları benzerdir.

Tablo 24. Çalışılan Ortamdan Memnun Olma Durumuna Göre Tükenmişlik Alt Boyut Puanlarının Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Çalışma Ortamından Memnun Olma Durumu	n	$\bar{X}$	ss	sd	F	p	İkili Karşılaştırma
1.Memnun değilim	9	22,44	7,18	(2,47)	3,738	0,031*	1-2
2.Kısmen Memnunum	20	19,15	5,57				2-3
3.Çok memnunum	21	20,24	8,31				

*p<0,05

Çalışma ortamından memnun olma durumuna göre sağlık çalışanlarının tükenmişlik puanları anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F(2,47)=3,738$, $p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırma LSD testine göre bu farklılık çalışma hayatından kısmen memnun olanlar ile memnun olmayan ve çalışma hayatından kısmen memnun olanlar ile memnun olmayanlar arasındadır. Kısmen memnun olmayanların tükenmişlik puanları memnun olmayan ve çok memnun olanlara göre istatistiksel olarak daha düşüktür.

5. TARTIŞMA

5.1. DEMOGRAFİK VERİ ANKETİNE DAİR TARTIŞMA

Çalışmaya şiddetsiz iletişim eğitimi alan 50 kişi katılmıştır. Katılımcıların 45'i (%90) kadın; 5'i (%10) erkektir. Sağlık alanlarına göre dağılıma bakıldığında tıp alanından 44(%88), diş hekimliğinden 4(%8), hemşirelik alanından 1(%2) ve eczacılık alanından 1(%2) kişi katılımı oluşturmaktadır. Katılımcı sayısının kadın-erkek oranı ve meslek gruplarına göre dağılımı dengeli olmadığı için bağımlı değişkenlerin cinsiyete ve mesleğe göre değişimi analiz edilememiştir.

Katılımcıların 25'i (%50) nöbet tutmakta olup, “çalışma ortamınızdan memnun musunuz” sorusuna 21 katılımcı (% 42) “evet”, 9 katılımcı (%18) “hayır”, 21 katılımcı (%40) “kısmen” cevabını vermiştir. Çalışma ortamından memnun olma durumuna göre katılımcıların iletişim becerileri, mesleki tatmin ve ikincil travmatik stres puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. (Tablo 21, 22, 23) Ancak tükenmişlik puan ortalamaları karşılaştırıldığında soruya “kısmen memnunuz” cevabını veren katılımcıların tükenmişlik puan ortalamaları “çok memnunuz” ve “hiç memnun değilim” diyenlerin puan ortalamasından anlamlı olarak yüksektir. (Tablo 24) Çalışma ortamından duyulan memnuniyetin tükenmişlikle negatif yönlü bir ilişkisi olduğunu varsayımından hareketle bu bulgu beklediğimiz sonuçla örtüşmemektedir. Bulguların bu şekilde sonuçlanmasında katılımcıların çalışılan kurum, meslek dalı, branş, çalışma şartları vb. açılardan heterojenite göstermeleri, katılımcıların anket formunu yanıtlama motivasyonlarının farklı olması, memnuniyetin göreceli bir kavram olması ve pek çok başka faktörden etkilenmesi gibi nedenler etkili olmuş olabilir. Literatürde iş ortamı ve çalışma koşullarının iş stresi, tükenmişlik ve iş doyumu ile yakından ilgili olduğunu gösteren pek çok çalışma mevcuttur. Sağlık çalışanlarının mental sağlığı ve mutluluğunu artırma adına işyeri temelli müdahale çalışmaları üzerine yapılan bir sistematik derlemede, ruh sağlığını ve çalışma ortamını etkileyen örgütsel düzeydeki faktörlerin karmaşıklığı vurgulanmaktadır. Çalışanların mental sağlığını geliştirmeye yönelik kurumsal düzeyde müdahaleler üzerine araştırmalara daha fazla ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (59). Çünkü sağlık çalışanları yalnızca kendileri için değil, aynı zamanda hastalar üzerinde de önemli etkilere neden

olan yüksek oranlarda ruh sağlığı sorunları yaşamasına karşın, sağlık iş gücünde ruh sağlığının ve esenliğin nasıl geliştirileceğine dair sınırlı sayıda kanıt vardır (59).

Çalışmamızda eğitim ve meslek hayatı boyunca iletişim becerileri üzerine eğitim aldığını ifade eden katılımcı sayısı 25 (%50) kişi idi. Eğitim aldığını ifade eden katılımcılardan ise sadece 1'i(%3,85) aldığı eğitimi yeterli görmektedir. Bununla birlikte eğitim hayatı boyunca iletişim becerileri üzerine eğitim aldığını belirten katılımcılar ile eğitim almayan katılımcıların ön test iletişim becerileri envanteri puanları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. (Tablo 18,19,20) Aldığı eğitimi yeterli görmeyen katılımcı sayısının oranı düşünüldüğünde (%96) bu sonuç anlamlı görünmektedir. Çalışma örneklemimiz bazında düşünüldüğünde daha önce almış oldukları iletişim becerileri eğitimlerinin de iletişim kalıplarını değiştirme konusunda kalıcı etkiye neden olmadığı söylenebilir. Sağlık hizmetlerinde, sağlık çalışanlarıyla, hastalarla ve yakınlarıyla, etkili bir iletişim kurulabilmesi çok önemlidir. Bununla birlikte ülkemizde ve dünyada sağlık meslek gruplarının eğitiminde iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik girişimlere duyulan ihtiyaç giderek artmaktadır (60,61). Literatüre baktığımızda da dünya genelinde sağlık alanında iletişim becerileri eğitimine duyulan ihtiyacın giderek arttığını ve yeterlilik düzeyinin olması gerekenden az olduğunu görmekteyiz (60,62,63). Lancet'te yayınlanan bir çalışmada doktorların sadece yüzde 45'i iletişim becerileri konusunda yeterli eğitim aldıklarını düşünürken, hastalık tedavisi ve semptomların yönetimi konusunda doktorların hepsi yeterli eğitim aldıklarına inandıklarını belirtmiştir (63). Sağlık hizmeti ortamında iyi iletişim becerilerinin gerekli olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir (64). Klinisyenler etkili iletişimciler olduğunda olumlu sonuçlar ortaya çıkar. Etkili klinik iletişim hasta ve klinisyen memnuniyetinde, hasta uyumu ve güvenliğinde, hasta görüşmesi yoluyla elde edilen bilgilerin nitelik ve niceliğinde artışa neden olduğu gibi; azalan tedavi süresi, dava, hasta sıkıntısı ve kaygısı, ile ilişkilidir (65). Ülkemizde ve dünyada sağlık meslek gruplarının eğitim sürecinde iletişim becerilerini geliştirmeye dair eğitimlere daha fazla yer verilmesi gerektiği söylenebilir.

Çalışmamızda son 1 yıl içinde hasta ve yakınları tarafından sözlü şiddete maruz kaldığını ifade eden katılımcı sayısı 45(%90), fiziksel şiddete uğradığını ifade eden katılımcı sayısı 6(%12) idi. Bir çalışmada sağlık kurumunda çalışmanın diğer işyerlerine göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu

gösterilmiştir (66). Araştırmalar hastalar kadar hasta yakınlarının da sağlık çalışanlarına şiddet uyguladığını göstermektedir. Sözel şiddetin fiziksel şiddetten daha sık olduğu belirtilmiştir (67). Zhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcılara uygulanan anket çalışmasında fiziksel olmayan şiddet en yüksek olarak ölçülen şiddet değeri olarak ortaya çıkmaktadır (68). Ahmed ve arkadaşlarının (2018) çalışması doktorların 12 ay içinde en az bir şiddet olayıyla karşı karşıya kaldığını göstermektedir (69). Çalışmamızın bulguları bu yönüyle literatürle uyumlu görünmektedir. Fiziksel ve sözel şiddete uğrama oranları dengeli dağılmadığı için (son 1 yıl içinde sözel şiddete uğrama %90, fiziksel şiddete uğrama %12) bağımlı değişkenlerin fiziksel ve sözel şiddete uğrama durumları ile ilişkisi analiz edilememiştir.

5.2. İLETİŞİM BECERİLERİ ENVANTER PUANLARINA DAİR TARTIŞMA

Çalışmamızda şiddetsiz iletişim eğitim programı mart ayında 30 kişilik mayıs ayında 20 kişilik katılımcı grubuna uygulandı. Tablo 2’de görüldüğü üzere tüm katılımcı bazında eğitimin hemen öncesinde ve eğitimden 3 ay sonra uygulanan İBE ön test-son test puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. ($t_{(49)}=-0,117$, $p>0,05$) Sağlık çalışanlarının İBE için ön testten aldıkları puan ile şiddetsiz iletişim eğitim sonrası aldıkları son test puanları benzerdir. Ancak Mart grubu ve Mayıs grubu kendi içinde değerlendirildiğinde Mayıs grubunun ön test-son test İBE puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. (Tablo 4, $t_{(19)}=-2,60$; $p<0,05$). Yani sağlık çalışanlarının şiddetsiz iletişim eğitim sonrası aldıkları İBE puanları ön test puanlarından anlamlı olarak yüksektir. Mart grubunun ön test-son test puanları arasında ise anlamlı farklılık bulunamamıştır. (tablo 3, $t_{(29)}=0,492$, $p>0,05$) Literatürde dünya genelinde şiddetsiz iletişim eğitiminin sağlık çalışanlarının empati becerisini üzerine etkisini inceleyen birkaç adet çalışma bulunmaktadır. Wacker ve arkadaşlarının yaptığı kontrol gruplu çalışmada katılımcılara 3 günlük şiddetsiz iletişim eğitimi uygulanmış; eğitim öncesi ve sonrasında şiddetsiz iletişim becerileri, bilişsel ve duygusal empati, iş stresörleri, ikincil travmatik stresi ölçen anket sorularının yanı sıra tartışma ortamında duygu ifadelerinde artışı ölçen video kayıt tabanlı bir ölçüm metodu kullanılmıştır (37). Türkiye’de bu çalışmada şiddetsiz iletişim becerilerine spesifik olarak geliştirilen ölçeğin bir benzerine dair yapılmış geçerlilik ve güvenilirlik çalışması bulunmamaktadır. Bu nedenle şiddetsiz iletişim

eğitmenlerinin de görüşleri alınarak hem şiddetsiz iletişim becerilerini ölçmeye daha uygun bulunması, hem de bilişsel, duygusal ve davranışsal iletişim becerilerini ayrı ayrı ölçmeye olanak tanınması nedeniyle Ersanlı ve Balcı'nın geliştirdiği 45 maddelik iletişim becerileri envanteri kullanılmıştır. Wacker ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların şiddetsiz iletişim ölçek puanlarında anlamlı artış bulunmasına karşın duygusal ve bilişsel empatiyi ölçen ölçek puanlarında anlamlı artış bulunamamıştır (37). Epinat-Duclos ve arkadaşlarının 390 tıp öğrencisi üzerinde 3 günlük bir şiddetsiz iletişim eğitim programı üzerinden yaptığı kontrol gruplu müdahale çalışmasında, müdahale grubunda ön test-son test puanları kıyaslandığında Jefferson empati ölçek puanlarında anlamlı yükselme saptanmıştır (35). Literatürde daha uzun sürelerle yayılmış kapsamlı şiddetsiz iletişim eğitimlerinin etkisini araştıran nicel ve nitel yöntemlerin kullanıldığı çalışmalar da vardır (32,70). Bu çalışmada da empati ölçek puanlarında anlamlı artış saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da toplam katılımcı bazında iletişim becerileri envanterinde ön test-son test puanları arasında anlamlı artış saptanmasa da Mayıs grubu katılımcılarının iletişim becerileri puanlarında anlamlı artış saptanmıştır. Mart grubu eğitim programının yapıldığı dönemde medyada sağlık çalışanlarına ilişkin yapılan açıklamaların yarattığı olumsuz duygu atmosferi, son dönemlerde ülkemizde ve dünyada artan şiddet haberlerinin etkisi, aynı dönemde ülkemizde hekimlik mesleğinin saygınlık sorunsalına dair sosyal medyada yer bulan haber ve etkinliklerin Mart grubu katılımcılarının eğitimden beklenen verimi almasına engel teşkil etmiş olabileceğini düşünmekteyiz. Bununla beraber sağlık çalışanlarında iletişim becerileri ve empati düzeyindeki gelişimin sağlanması ve devamlılığında şiddetsiz iletişim vb. eğitim programlarının düzenli aralıklarla tekrarlanması daha etkili sonuçlar doğuracağı açıktır. Nitekim Güney Kore'de yapılan şiddetsiz iletişim müdahale çalışmalarının etkisini inceleyen bir derlemede iletişim kalıplarını etkili bir şekilde değiştirmek için, müdahalelerin haftada 1~2 kez yaklaşık 10~11 seansa ihtiyacın olduğu belirtilmiştir (71).

5.3. TÜKENMİŞLİK PUANLARINA DAİR TARTIŞMA

Çalışmamızda hem tüm katılımcılar bazında hem de mart ve mayıs grubu kendi içinde değerlendirildiğinde tükenmişlik ön test-son test puanları arasında anlamlı

farklılık bulunamamıştır. (tablo 5,6,7) Ancak iletişim beceri puanları ile tükenmişlik puanları arasında anlamlı olmayan negatif bir korelasyon bulunmaktadır. İletişim beceri puanları arttıkça tükenmişlik düzeyi de azalmaktadır. (Tablo 13) Literatürde sağlık çalışanlarına verilen iletişim becerisi eğitimi sonrasında duygusal tükenme düzeylerinde azalmanın gösterildiği çalışmalar bulunmaktadır (51,72,73). Trakya Üniversitesi tıp fakültesinde görev yapan araştırma görevlilerinin empati düzeyinin tükenmişlik ve iş doyumu ile ilişkisini inceleyen bir tez çalışmasında empati düzeyleri yüksek olan katılımcıların tükenmişliği daha az bulunmuştur (39). Tükenmişliğin bireysel ve örgütsel çok farklı nedenleri bulunmaktadır (48). Çalışmamızda son testin eğitimlerden 3 ay sonra yapıldığı düşünülecek olursa, bu süre zarfında yaşanan sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayları, Aralık 2021 itibariyle başlayan bir ücret iyileştirme çalışmasının akamete uğraması, ayrıca dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de emtia fiyatlarındaki hızlı artış vb. etkenlerin sağlık çalışanlarının geleceğe dair belirsizlik duygusu ve tükenmişlik düzeyi üzerine olumsuz etkisi olabileceğini düşünmekteyiz. Örgütsel ve sistemsal problemlerin varlığı söz konusu olduğunda iletişim becerileri, empati, çatışma çözümü vb. bireysel faktörleri geliştirmeye yönelik kısa süreli müdahalelerin tükenmişlik düzeyinde tek başına anlamlı bir düşüşe neden olmayacağı da söylenebilir. Bununla birlikte sağlık çalışanlarında tükenmişlik düzeyini azaltmaya yönelik çeşitli müdahale çalışmalarının meta-analizini yapan bir çalışmada bireysel faktörleri göz ardı eden organizasyonel müdahalelerin, doktor ve hemşirelerin tükenmişliğini gerçek anlamda azaltmada etkili olamayacağı belirtilmektedir (74). Hekimler ve hemşireler tükenmişlik ve iyilik hali arasında dinamik bir değişim yaşamaktadır. Dayanıklılığı artırmak için pozitif müdahale stratejileri benimsenebilirse, doktor ve hemşirelerin tükenmişlik insidansı büyük ölçüde azalır ve iyilik hali iyileşir. İletişim becerileri de bu pozitif müdahale stratejileri arasında önemli bir yer tutmaktadır (74).

5.4. İKİNCİL TRAVMATİK STRES PUANLARINA DAİR TARTIŞMA

Çalışmamızda şiddetsiz iletişim eğitimi ikincil travmatik stres alt ölçek puanlarında tüm katılımcı bazında ve Mart katılımcı grubunda anlamlı düşüşe neden

olmadı.(tablo 8, tablo 9) Ancak Mayıs katılımcı grubu kendi içinde değerlendirildiğinde ikincil travmatik stres alt ölçek puanlarında anlamlı düşüşe neden olduğu görülmektedir.(tablo 10, $t_{(19)}=2,458$; $p<0,05$) Literatürde Wacker ve ark' nın yaptığı kontrol gruplu müdahale çalışmasında şiddetsiz iletişim eğitimin ikincil travmatik stres olgusuna yakın bir kavram olan “empathic distress” üzerine etkisi araştırılmış; ölçek puanlarında anlamlı düşüş saptanmıştır. Bu bağlamda mayıs katılımcı grubunun ikincil travmatik stres için istatistiksel sonuçları literatür ile uyumludur (37). Mart katılımcı grubunun ikincil travmatik stres alt ölçek puanlarında anlamlı düşüşe karşın mayıs katılımcı grubunda olmamasında; iki grubun İBE puanlarındaki istatistiksel fark için belirttiğimiz ihtimallerin benzerini düşünmekteyiz. Çalışmamızda iletişim beceri puanları ile ikincil travmatik stres düzeyi arasında negatif yönlü anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır. (Tablo 11) İletişim beceri puanları arttıkça ikincil travmatik stres düzeyi de azalmaktadır. İletişim becerileri ile ikincil travmatik stres arasında negatif bir korelasyon olduğunu söylemek için yeterli kanıt olmasa da literatürde ikincil travmatik stresi azaltmak için uygulanan müdahale çalışmalarında iletişim becerilerinin de yeri vardır ve olumlu çıktıların görüldüğü çalışmalar mevcuttur (53,75) .

5.5. MESLEKİ TATMİN ÖLÇEK PUANLARINA DAİR TARTIŞMA

Çalışmamızda mesleki tatmin ön test-son test puanları arasında hem total katılımcı bazında hem Mart ve Mayıs grubu kendi içinde değerlendirildiğinde anlamlı farklılık saptanmamıştır. (tablo 14, tablo 15, tablo 16) Ancak iletişim beceri puanları ile mesleki tatmin puanları arasında pozitif yönlü anlamlı olmayan bir ilişki vardır.(Tablo 12)İletişim beceri puanları arttıkça mesleki tatmin puanları da artmaktadır. Literatürde bir şiddetsiz iletişim eğitim programının mesleki tatmin düzeyi üzerine etkisini doğrudan inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak sağlık çalışanlarında iletişim becerileri ve iş doyumu arasında ilişkiyi inceleyen çalışmalarda iletişim becerileri ile iş doyumu arasında pozitif korelasyon saptanan çalışmalar vardır (76-77). İran’da yapılan ve kişilerarası iletişim becerileri eğitiminin hemşirelerin mesleki tatmini üzerine etkisini inceleyen bir çalışmada deney grubunda iletişim becerileri eğitimi programı sonrasında iş doyumu puan ortalaması kontrol grubuna göre artmış ve anlamlı bulunmuştur (77). Yapılan çalışmalarda mesleki tatmini etkileyen bireysel ve örgütsel pek çok neden bulunmuştur (41,78-

79).Çalışmamızda şiddetsiz iletişim eğitim programının mesleki tatmin puanları üzerinde anlamlı değişime neden olmamasında; mesleki tatmini etkileyen başka pek çok bireysel ve örgütsel nedenin olması, eğitim programının kalıcı bir etki oluşturabilecek süre ve yoğunlukta olmaması etkili olabilir.

5.6. KISITLILIKLAR

Yaptığımız çalışma Türkiye’de bir şiddetsiz iletişim eğitiminin sağlık çalışanları üzerindeki etkisini inceleyen bilinen ilk çalışmadır. Ayrıca müdahale olarak ele aldığımız eğitim programı da şiddetsiz iletişim eğitiminin Türkiye’de sağlık çalışanlarına özel planlandığı geniş katılımlı bilinen ilk çalışmadır. Mart’ta oluşturulan ilk eğitim programına hava şartları nedeniyle beklenenden az katılım olması nedeniyle mayıs ayında ikinci bir eğitim planlanmıştır. Eğitim tarihlerinin farklı dönemlerde olması, katılımcıların çok çeşitli şehir ve kurumlarda çalışıyor olmaları ve farklı mesleki gruplardan olmaları çalışma sonuçlarını etkileme potansiyeli bakımından bu çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Ayrıca eğitim programı normalde daha uzun süre ve formatta yapılıyor olmasına rağmen bu çalışmada katılım durumu göz önünde bulundurularak 2 tam gün olarak planlanmıştır. İlerleyen süreçte daha uzun bir sürece yayılmış, oturum sıklığının fazla olduğu eğitim programları ile şiddetsiz iletişim eğitiminin etkileri daha etkin değerlendirilebilir. Bununla beraber çalışmamızda yalnızca anket bazlı nicel ölçüm yöntemlerinin kullanılması da çalışmamızın kısıtlılıkları arasındadır. Katılımcıların farklı illerde olması nedeniyle son test değerlendirmesinin yüz yüze olma imkânı düşük olduğundan anket bazlı ölçüm araçlarını tercih ettik. Şiddetsiz iletişimin içeriği ve amaçları düşünüldüğünde bilhassa empatik gelişimin ölçümü, iletişim becerilerinin gelişimi, duygu ifadelerinin artışı vb. başlıkların değerlendirilmesinde gözlem, röportaj vb. nitel ölçüm araçlarının da kullanılmasının; değerlendirilmelerin daha etkin yapılmasına katkı sağlayabileceğini düşünmekteyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaptığımız çalışmada iki günlük şiddetsiz iletişim eğitiminin sağlık çalışanlarının iletişim becerileri, mesleki tatmin, tükenmişlik ve ikincil travmatik stres düzeyleri üzerine etkisini ölçmeyi amaçladık.

Total katılımcı düzeyinde olmasa da Mayıs katılımcı grubunda eğitim sonrası İBE puanlarında anlamlı artış, ikincil travmatik stres düzeylerinde anlamlı düşüşe neden olduğunu saptadık. Mart katılımcı grubunda benzer etkinin görülmemesinde; eğitimin yapıldığı tarihlerde dönemsel gündemler, artan hekime şiddet haberlerinin olumsuz etkisi; katılımcıların farklı il ve kurumlarda çalışıyor olması nedeniyle bireysel ve örgütsel çeşitliliğinin etkili olabileceğini düşündük.

Mesleki tatmin ve tükenmişlik puan düzeylerinde her iki grupta da anlamlı değişim saptanmadı. Bu sonuçlarda mesleki tatmin ve tükenmişlik düzeyini etkileyen başka pek çok bireysel ve örgütsel nedenin olması, eğitim programının bu parametrelerde kalıcı bir etki oluşturabilecek süre ve yoğunlukta olmamasının etken olabileceğini düşündük.

Çalışmamızda daha önce eğitim ve meslek hayatında iletişim becerilerine dair eğitim aldığını ifade eden katılımcı sayısı total katılımcıların yarısını oluşturmasına karşın aldığı eğitimi yeterli gören katılımcı sayısı yalnızca 1 kişi idi. Daha önce iletişim becerileri eğitim alan katılımcılar ile almayanların iletişim becerileri envanter puanları arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de sağlık alanında iletişim becerileri eğitime duyulan ihtiyacın giderek arttığını ve yeterlilik düzeyinin olması gerekenden az olduğunu görmekteyiz. Sağlık meslek gruplarının gerek lisans gerekse de lisans üstü eğitim süreçlerinde iletişim ve empati becerilerini geliştirmeye dair eğitimlere daha fazla yer verilmesi, bu eğitimlerin verimini ve etkinliğini artırma konusunda çalışmalar yapılması tüm sağlık çalışanlarının meslek pratiğine olumlu katkılar sunabilir.

Şiddetsiz iletişim metodunun dört unsuru-gözlem, duygu, ihtiyaç, rica- insanlar arasında iletişim ve anlayış şansını artıran ifadeleri formüle etmeye yardımcı olan unsurlardır ve hekim-hasta temasında son derece faydalı olduğu düşünülmektedir.

Dünya genelinde yapılan çalışmalarda şiddetsiz iletişim eğitimlerinin sağlık çalışanlarının iletişim ve empati becerisini artırmada, iş stresi ve empati yorgunluğunu azaltmada etkin olabileceği gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda da katılımcı grubunun alt analizinde çıkan sonuçlar şiddetsiz iletişim eğitiminin iletişim becerilerini geliştirmede, ikincil travmatik stres düzeyini düşürmede etkin olduğunu desteklemektedir. Şiddetsiz iletişim eğitimi, içinde pratik uygulamaların da yer aldığı bir programla sağlık meslek gruplarının eğitim müfredatına dahil edilebilir ve bu eğitimlerin meslek hayatında hizmet içi eğitim oturumlarıyla tekrarı sağlanabilir. Şiddetsiz iletişimin nasıl bir konsept ve programla eğitim müfredatına dahil edilebileceği konusunda ileri çalışmalar yapılabilir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve nedenleri üzerine yapılan araştırmaların ortak sonucu; hekimlerin tıp eğitimleri sırasında, mesleği icra ederken iletişim becerilerini arttırmaya yönelik uygulamalar yapılması ve uygun iletişim modellerinin geliştirilmesi en azından çatışmanın çift değil tek taraflı olma ihtimalini güçlendirebilir. Ayrıca her insan potansiyel hastadır düşüncesinden yola çıkarak gerek eğitim kurumlarında gerek halk eğitim merkezlerinde, sağlıkta iletişim, iletişim becerileri konularında insanlara bu konularda çeşitli eğitimler düzenlenebilir, farkındalık kazandırılabilir.

Çalışmamız şiddetsiz iletişim eğitiminin sağlık alanındaki etkilerini Türkiye’de inceleme altına alan bilinen ilk çalışmadır. Çalışmamızın tüm dünyada yaygın bir uygulama bulan şiddetsiz iletişim metodunun ülkemizde bilhassa sağlık meslek gruplarının eğitim programlarında kullanımı adına başka çalışmalara ve girişimlere öncülük edeceğini düşünmekteyiz. Daha geniş katılımlı, daha geniş bir zamana yayılmış eğitim müdahaleleri ve nitel ölçüm tekniklerini de içeren ileri çalışmalar şiddetsiz iletişim eğitiminin etkilerini daha etkin değerlendirmeye katkı sunabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Orhan G. İletişim bilimine giriş. Ankara: Turhan Kitabevi; 1993.
2. Balcı S, Ersanlı K. İletişim becerileri envanterinin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 1998; 2 (10), 7-12.
3. Hargie O. The handbook of communication skills. London, 1986.
4. Yüksel Şahin F. İletişim becerilerine genel bir bakış. İçinde: Kişilerarası ilişkiler ve etkili iletişim. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2017. s. 32–55.
5. Üstün B. Çünkü iletişim çok şeyi değiştirir! Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005; 8(2): 88-94.
6. Akyurt, N. Sağlıkta iletişim ve Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin iletişim becerileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2009; 4(11): 15-33.
7. Kutlu M, Çolakoğlu N, Özgüvenç ZP. Hasta hekim ilişkisinde empatinin önemi hakkında bir araştırma. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 2010; 2(2): 127–43.
8. Sears M. Humanizing health care creating cultures of compassion with nonviolent communication. 2010.
9. Özşenler SD. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin çözümünde iletişim becerilerinin rolü: sistematik derleme. Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi. 2021; 14(2): 576-605.
10. Solmaz B, Duğan Ö. Sağlık çalışanı ile hasta ve yakınları arasında yaşanan şiddetin nedenlerinden “iletişim” üzerine bir inceleme. AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2018; 18(2):185–206.
11. Ruiz Moral R, García De Leonardo C, Cerro Pérez A, Caballero Martínez F, Monge Martín D. Barriers to teaching communication skills in Spanish medical schools: A qualitative study with academic leaders. BMC Med Educ. 2020; 20(1):41.
12. Hall JA. Affective and nonverbal aspects of the medical visit. In: Lipkin M, Putnam SM, Lazare A, editors. The medical interview: clinical care, education, and research. New York: Springer; 1995. p. 495–503.
13. Mehrabian A, Ferris SR. Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels. J Consult Psychol. 1967; 31(3): 248–52.

14. Roter DL, Frankel RM, Hall JA, Sluyter D. The Expression of Emotion Through Nonverbal Behavior in Medical Visits. Mechanisms and Outcomes. J Gen Intern Med. 2006 Jan; 21(S1):S28–34.
15. Ganguly G. Violence against Doctors:A Multisystem Failure. Curr Sci. 2020 Jan 10; 118(1):10.
16. Henry SG, Holmboe ES, Frankel RM. Evidence-based competencies for improving communication skills in graduate medical education: A review with suggestions for implementation. Medical Teacher. 2013; 35(5): 395–403.
17. Aile Hekiminin Tanımı [Internet]. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. [cited 2022 Oct 11]. Available from:<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/aile-hekiminin-tan%C4%B1m%C4%B1.html#:~:text=Aile%20hekimleri%2C%20ki%C5%9Fiye%20y%C3%B6nelik%20koruyucu,g%C3%BCn%20esas%C4%B1na%20g%C3%B6re%20C3%A7al%C4%B1%C5%9Fan%20aile>
18. Yılmaz MB, Şireci M. Malatya’da yer alan aile hekimliği merkezlerinde sağlık iletişimi uygulamalarına yönelik bir çalışma. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2020; 30(1): 357-371.
19. Gözölü K, Kaya S. Aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların perspektifinden hekim-hasta iletişimi. 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 11-13 Ekim, 2018; 748-763.
20. Ünlüoğlu İ, Kaptanoğlu A, Özer C. Aile hekimliğinde iletişim. İstanbul: Tahev, 2013.
21. Aynaolu Hakverdi Ö. Aile hekimlerinin iletişim becerileriyle hastaya yaklaşımları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Turkish Journal of Family Practice. 2022; 26(1): 17–24.
22. Karadağ M, Işık O, Cankul İH, Abuhanoğlu H. Hekim ve hemşirelerin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2015; 17(1): 160-179.
23. Türk GD, Darı AB. Rossenberg’in şiddetsiz iletişim modeline göre keloğlan masallarının analizi ve çocuklarla şiddetsiz iletişim. AVRASYA Uluslararası Araştırmalar Dergisi. 2022; 10(30): 264-294.
24. Williams BA, Simmons BA, Ward M, Beher J, Dean AJ, Nou T, et al. The potential for applying “Nonviolent Communication” in conservation science. Conserv Sci Pract. 2021 Nov 22;3(11): e540.
25. Rosenberg MB. Şiddetsiz iletişim: Bir yaşam dili. 24th ed. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2021.
26. Koyuncu D. Okul Öncesi Öğretmenlerinin Şiddetsiz İletişim Kullanmaya İlişkin Görüşleri: Fenomenolojik Bir Çalışma. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2022.

27. Şarlak D. Şiddetsiz iletişim psiko-eğitim programının aile içi şiddet öyküsü olan annelerin umut duygusu ve stresle baş etme yöntemleri üzerine etkisi. Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi. 2018; 3(3): 43-54.
28. Selçuk FÜ. Siyasi çatışmaların çözümünde şiddetsiz iletişim modelinin olanak ve kısıtlılıkları, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 2017; 72(1): 99 - 131.
29. Rosenberg M, Molho P. Nonviolent (empathic) communication for health care providers. In: Haemophilia. 1998, p.335-340.
30. Gęsińska H, Hołtyń B, Nowakowska-Arendt A, Krajnik M. Marshall Rosenberg's non-violent communication as the language of life in a doctor-patient relationship. Palliative Medicine in Practice. 2020 Dec 22; 14(4):285-94.
31. Sidhu SM. Relationship between Medical Professionals and Patients: Exploring the Role of Nonviolent Communication in Enhancing Engagement. International Journal of Peace Education and Development. 2020;8(1).
32. Nosek M, Gifford E, Kober B. Nonviolent Communication (NVC) training increases empathy in baccalaureate nursing students: A mixed method study. J Nurs Educ Pract. 2014; 4(10).
33. Museux AC, Dumont S, Careau E, Milot É. Improving interprofessional collaboration: The effect of training in nonviolent communication. Social Work in Health Care. 2016; 55(6): 427-439.
34. Buck E, Billingsley T, McKee J, Richardson G, Geary C. The physician healer track: educating the hearts and the minds of future physicians. Med Educ Online. 2021;26(1): 1844394.
35. Epinat-Duclos J, Foncelle A, Quesque F, Chabanat E, Duguet A, van der Henst JB, et al. Does nonviolent communication education improve empathy in French medical students? Int J Med Educ. 2021; 12:205-18.
36. Lee M, Lee SB. Effects of Nonviolent Communication(NVC) Program consist of Communication Ability, Relationship and Anger in Nurses. Journal of the Korea Society of Computer and Information. 2016; 21(10): 85-89.
37. Wacker R, Dziobek I. Preventing empathic distress and social stressors at work through nonviolent communication training: A field study with health professionals. J Occup Health Psychol. 2018; 23(1):141-50.
38. Erşan EE, Yıldırım G, Doğan O, Doğan S. Sağlık çalışanlarının iş doyumu ve algılanan iş stresi ile aralarındaki ilişkinin incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2013; 14(2):115-21.
39. Uyar AA. Trakya üniversitesi tıp fakültesi araştırma görevlileri empati düzeylerinin iş doyumu ve tükenmişlik ile ilişkisi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi ,Uzmanlık Tezi. 2018,

40. Nal M, Nal B. Sağlık çalışanlarının iş doyumu düzeylerinin incelenmesi bir kamu hastanesi örneği. *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*. 2018; 8(1):131–40.
41. Öztürk G, Çetin M, Yıldırım N, TÜRK YZ. Hekimlerde tükenmişlik ve iş doyumu düzeyleri. *Anatol J Clin Investig*. 2012;6(4):239-245
42. Sünter AT, Canbaz S, Dabak Ş, Öz H, Pekşen Y. Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumu düzeyleri. *Genel Tıp Dergisi*. 2006;16(1):9–14.
43. Ünal S, Karlıdağ R, Yoloğlu S. Hekimlerde tükenmişlik ve iş doyumu düzeylerinin yaşam doyumu düzeyleri ile ilişkisi. *Klinik psikiyatri*. 2001; 4(2):113–8.
44. Bezdrob M, Šunje A. Transient nature of the employees' job satisfaction: The case of the IT industry in Bosnia and Herzegovina. *European Research on Management and Business Economics*. 2021;27(2).
45. Günüşen NP, Üstün B. Türkiye’de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: literatür incelemesi [Internet]. 2010; 3 (1): 40-51. Available from: <http://www.deuhyoedergi.org>
46. Helvacı I, Turhan M. Tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi: Silifke’de görev yapan sağlık çalışanları üzerinde bir araştırma. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi* [Internet]. 2013; 1(4):58–68. Available from: <http://www.isletmeiktisat.com>
47. Demirbaş AR. Üç farklı hastanenin yöneticilerinin ve klinikte çalışan sağlık personelinin tükenmişlik durumları. Yüksek lisans tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006.
48. Ardıç K, Polatçı S. Tükenmişlik sendromu ve madalyonun öbür yüzü: İşle bütünleşme. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2009; (32): 21-46.
49. Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Ilıc D. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(1): 652-666.
50. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians a systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*. American Medical Association. 2017; 177(2): 195-205.
51. Akgün Çıtak E, Çam M. Hemşirelere verilen eğitimin çatışma çözme becerisine, yöntemine ve tükenmişlik düzeylerine etkisinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2011; 4(4): 165 – 171.
52. Meadors P, Lamson A, Swanson M, White M, Sira N. Secondary traumatization in pediatric healthcare providers: Compassion fatigue, burnout, and secondary traumatic stress. *Omega: Journal of Death and Dying*. 2010; 60(2):103–28.

53. van Mol MMC, Kompanje EJO, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD, Seedat S. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: A systematic review. *PLoS ONE. Public Library of Science*; 2015;10(8):e0136955.
54. Cemgil AÇ. Secondary traumatic stress among mental health workers in Turkey: Moderating role of emotion regulation on the relationship between empathy and secondary traumatic stress. Istanbul Bilgi University Institute of Social Sciences, Master's Thesis, 2019.
55. Gleichgerricht E, Decety J. The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians. *Front Behav Neurosci*. 2014; 8:243.
56. LaLonde CM. Secondary traumatic stress in mental health therapists: Potential protective factors. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 2022; 83(1-B).
57. Bell H, Kulkarni S, Dalton L. Organizational prevention of vicarious trauma. *Families in society* [Internet]. 2003; 84(4):463–70. Available from: www.familiesinsociety.org
58. Aytufan Z, Sancar S, Kaya Ş, Akbal N, Karaöz R, Balcı Yapalak AN. Sağlık branşlarında mesleki yaklaşımı tamamlayıcı özgün bir model: Sağlıkta hamilik. In: 1st International Congress of Medicine, Health and Communication Science. 2021.
59. Gray P, Senabe S, Naicker N, Kgalamono S, Yassi A, Spiegel JM. Workplace-based organizational interventions promoting mental health and happiness among healthcare workers: a realist review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(22):4396.
60. Makoul G, Schofield T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. *Patient Education and Counseling*. 1999; 37(2):191-195.
61. Vogel D, Meyer M, Harendza S. Verbal and non-verbal communication skills including empathy during history taking of undergraduate medical students. *BMC Med Educ*. 2018; 18(1):157.
62. Falcone JL, Claxton RN, Marshall GT. Communication skills training in surgical residency: A needs assessment and metacognition analysis of a difficult conversation objective structured clinical examination. *J Surg Educ*. 2014; 71(3):309–15.
63. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. 1996; 11(S4): 395.
64. Yoshida T, Milgrom P, Coldwell S. How do U.S. and Canadian dental schools teach interpersonal communication skills? *J Dent Educ*. 2002; 66(11):1281–1288.

65. Lanning SK, Brickhouse TH, Gunsolley JC, Ranson SL, Willett RM. Communication skills instruction: An analysis of self, peer-group, student instructors and faculty assessment. *Patient Educ Couns.* 2011; 83(2):145–151.
66. Elliott PP. Violence in health care. *Nursing Management (Springhouse).* 1997; 28(12):38-42.
67. Ayrançı U, Yenilmez C, Balcı Y, Kaptanoğlu C. Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence.* 2006; 21(2):276–96.
68. Zhang L, Qiu Y, Zhang N, Li S. How difficult doctor–patient relationships impair physicians’ work engagement: The roles of prosocial motivation and problem-solving Pondering. *Psychol Rep.* 2020; 123(3): 885–902.
69. Ahmed F, Khizar Memon M, Memon S. Violence against doctors, a serious concern for healthcare organizations to ponder about. *Annals of Medicine and Surgery.* 2018; 25:3–5.
70. Marlow E, Nyamathi A, Grajeda WT, Bailey N, Weber A, Younger J. Nonviolent communication training and empathy in male parolees. *Journal of Correctional Health Care.* 2012; 18: 8–19.
71. Yang JW, Kim S. Integrative Review of Nonviolent Communication Intervention Studies. *Perspectives in Nursing Science.* 2016;13(1):36.
72. Linzer M, Poplau S, Grossman E, Varkey A, Yale S, Williams E, et al. A cluster randomized trial of interventions to improve work conditions and clinician burnout in primary care: Results from the Healthy Work Place (HWP) Study. *J Gen Intern Med.* 2015; 30(8):1105–1111.
73. Darban F, Balouchi A, Narouipou A, Safarzaei E, Shahdadi H. Effect of communication skills training on the burnout of nurses: A cross-sectional study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 2016;10(4):IC01–4.
74. Zhang XJ, Song Y, Jiang T, Ding N, Shi TY. Interventions to reduce burnout of physicians and nurses An overview of systematic reviews and meta-analyses. *Medicine (United States).* Lippincott Williams and Wilkins; 2020; 99(26): e20992.
75. Quenot JP, Rigaud JP, Prin S, Barbar S, Pavon A, Hamet M, et al. Suffering among carers working in critical care can be reduced by an intensive communication strategy on end-of-life practices. *Intensive Care Med.* 2012; 38(1):55–61.
76. Jankelová N, Joniaková Z. Communication skills and transformational leadership style of first-line nurse managers in relation to job satisfaction of nurses and moderators of this relationship. *Healthcare (Switzerland).* 2021; 9(3):346

77. Dehaghani AR, Ahmadi Akhormeh K, Mehrabi T. Assessing the effectiveness of interpersonal communication skills training on job satisfaction among nurses in Al-Zahra Hospital of Isfahan, Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2012; 17(4): 290–295.
78. Okray Kocabıyık Z, Çakıcı E. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2008; 9:132–138.
79. Cujec B, Oancia T, Bohm C, Johnson D. Career and parenting satisfaction among medical students, residents and physician teachers at a Canadian medical school. *CMAJ*. 2000; 162(5):637–40.

EKLER

EK 1: ARAŞTIRMANIN ETİK KURUL ONAY FORMU

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ Ankara Şehir Hastanesi 1 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı
Sayı : E.Kurul –E1-22-2477	
2477-no'lu çalışma	
Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nde yapılması planlanan“Şiddetsiz İletişim Eğitiminin Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerileri, Mesleki Tatmin ve Tükenmişlik Seviyeleri Üzerine Etkisi” konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.	
	09/03/2022
Etik Kurul Sekreterliği Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No:1 Çankaya/Ankara İrtibat: Etik Kurul EKadioğlu	
Tel: 0 (312) 552 66 00	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Şiddetsiz İletişim Eğitiminin Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerileri, Mesleki Tatmin ve Tükenmişlik Seviyeleri Üzerine Etkisi		
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		-		
BAŞYÜKURULETİK BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Ankara Şehir Hastanesi 1 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	AÇIK ADRESİ:	Etik Kurul Sekreterliği Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No:1 Çankaya/Ankara		
	TELEFON	0312 552 66 00		
	FAKS	0312 552 99 82		
	E-POSTA	ankarash.etikkurul@saglik.gov.tr		
BAŞYÜKURULETİK BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. İsmail Kasım		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Şehir Hastanesi		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-		
	DESTEKLEYİCİ	-		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐	
		FAZ 2	☐	
		FAZ 3	☐	
		FAZ 4	☐	
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐	
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐	
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐	
İlaç dışı klinik araştırma		☐		
Diğer ise belirtiniz: Anket Çalışma (Dr. Ayşenur Özdemir'in tezi olan)				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

KURUMUN AÇIK ADI		Şiddetsiz İletişim Eğitiminin Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerileri, Mesleki Tatmin ve Tükenmişlik Seviyeleri Üzerine Etkisi	
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		-	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Açıklama
	SIGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:	☐	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: E1/2477/2022	Tarih: 09.03.2022
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARMANIN AÇIK ADI	Şiddetsiz İletişim Eğitiminin Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerileri, Mesleki Tatmin ve Tükenmişlik Seviyeleri Üzerine Etkisi
SA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Hürrem BODUR

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi
Prof. Dr. Hürrem BODUR	Enf. Hast.ve Kl.Mikrobiyoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒
Prof. Dr. Süreyya BARUN	Tıbbi Farmakoloji	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒
Prof. Dr.Fahriye Tuğba KÖŞ	Tıbbi Onkoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒
Prof.Dr.Mehmet Numan ALP	Göz Hastalıkları	Ankara Şehir Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒
Prof.Dr.Birol KORUKLUOĞLU	Genel Cerrahi	Ankara Şehir Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒
Prof.Dr.Berrak GÜMÜŞKAYA ÖCAL	Patoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒
Prof.Dr.Seyhan YAĞAR	Anestezi ve Reanimasyon	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒
Doç. Dr. Mehmet Salih KAYA	Fizyoloji	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒
Doç.Dr.Hayrettin Levent MAVİOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	Ankara Şehir Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒
Doç.Dr.Afşin Emre KAYIPMAZ	Acil Tıp	Ankara Şehir Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒
Doç.Dr.Hatice SELÇUK	Kardiyoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒
Doç.Dr.Hesna BEKTAŞ	Nöroloji	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒
Uzm. Dr. Dilek KANYILMAZ	Halk Sağlığı	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒
Avukat İsmail BAŞDAŞ	Hukuk	Ankara Barosu	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒
Çiğdem KOCAMAN	Mühendis	işletmecisi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒

*:Toplantıda Bulunma

EK 2: TEZ KONUSU ONAY FORMU

Evrak Tarih ve Sayısı: 12.04.2022-120461



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı :E-86241737-100--120461
Konu : Tez İnceleme ve Değerlendirme
Akademik Kurulu Kararları

12.04.2022

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu, 07.04.2022 tarihinde saat 14:00'da Dekan Yardımcısı Prof.Dr.Sedat YILMAZ başkanlığında üyelerin uzaktan dijital ortamda online olarak katılımı ile toplanmıştır.

Toplantıda, Dekanlığımızla afiliye olan SUAM'larda görevli 74 (yetmiş dört) uzmanlık öğrencisine ait tez incelenerek değerlendirilmiş olup; tezlerle ilgili Ek'teki kararların alınmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK
Dekan

Ek:Kurul Kararı

Dağıtım:

Kulak,Burun ve Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı
Başkanlığına
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığına
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahisi
Anabilim Dalı Başkanlığına
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Başkanlığına
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığına
Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanlığına
Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı
Başkanlığına
Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı
Başkanlığına
Ankara Atatürk Sanatoryum Sağlık Uygulama ve
Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BSCBM2ZRFC* Pin Kodu :87582

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys>

Adres:Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Emrah Mah. 0618

Etilik/Keçiören/ANKARA

Telefon:0 312 304 61 73 Faks:0 312 304 61 90

Web:<http://sbu.edu.tr>

Keş Adresi:sbu@hs01.kep.tr

Bilgi için: Levent YILDIRIM
Unvanı: Uzman



S NO	ADI SOYADI	GÖREVLİ OLDUĞU SUAM	TEZ KONUSU	SONUÇ
1	Dr. Gamze ÖNCÜ	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Laparoskopik cerrahilerde post operatif dönemde diyafram eksksiyonunun ultrason ile değerlendirilmesi ve ağrı ile ilişkilendirilmesi	Kabul Edilmedi: Program yönetici ve tez danışmanı hakem üye olamaz.
2	Dr. Eray TÜRKEL	GTF Adli Tıp AD.Bşk.lığı	İkinci servikal vertebraanın bilgisayarlı tomoğrafi (BT) ile elde edilen antropometrik ölçümleriyle cinsiyet yaş ve boy tahmini	Kabul Edilmedi: Metodolojinin yeniden düzenlenmesi (boy vs. gibi bilgilerin eklenmesi) gerekmektedir.
3	Dr. Pınar DAĞ	Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji SUAM	Bethesda 3Önemi belirsiz A tipi (AUS)Folliküler Neoplazi (FLUS) olarak sınıflandırılan troid nodüllerinde malignite oranları ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) ve histopatoloji uyumuna etki eden faktörler	Kabul Edilmedi. Başlık revize edilmeli, folliküler neoplazi Bethesda Tıp 4 grubunda yer alır. Tüm yazı içinde folliküler neoplazi çıkartılarak AUS ve FLUS tanımları kullanılmalıdır, Hipotez uygun olarak tanımlanmamıştır.
4	Dr. Ecem YÜCEL	Ankara Etik Zübeyde Hanım Kadın Hst.SUAM	Servikal preinvaziv ve İnvaziv Lezyonların Ayırıcı Tanısında Servikal Elastografinin Yeri	Kabul Edildi. Çalışma dizaynının retrospektif olarak değiştirilmesi koşuluyla.
5	Dr. Fatma Hicran SAN	Ankara Sağlık SUAM	Polistik Over sendromu farklı fenotipik alt gruplarının serum trimethylamine N-oxide düzeyi ile ilişkisinin belirlenmesi	Kabul Edildi.
6	Dr. İsmail BORAZAN	Ankara Dışkapı Beyazıt Yıldırım SUAM	Diyabetik ketoasidoz ve hiperesmelor durum tanısı alan hastaların ısı şok proteini 70 düzeyi ile mortalite arasındaki ilişki	Kabul Edildi.
7	Dr.Ayşenur ÖZDEMİR	Ankara Şehir SUAM	Şiddetsiz iletişim eğitiminin sağlık çalışanlarının iletişim becerileri,mesleki tatmin ve tükenmişlik düzeyleri üzerine etkisi *	Kabul Edildi.
8	Dr. Büşra YÜZGENÇ	Ankara Dışkapı Beyazıt Yıldırım SUAM	İdiyopatik splenomegali ve/veya sitopenili olgularda gaucher hastalığı sıklığı	Kabul Edildi.
9	Dr.Gökçe DURMAZ	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Küçük hücreli dışı akciğer kanserlerinde kemoterapi radyoterapi immunoterapi ve cerrahinin ek yükü ve komplikasyonu olmadan yorgunluğun egzersiz kapasitesine ve vücut kompozisyonuna etkisi araştırılacaktır.	Kabul Edildi.
10	Dr. Mert SEYHAN	Ankara Sağlık SUAM	Evre 2-4 Kronik böbrek hastalığı ile uyumlu diyabetik nefropatili hastalar ile primer glomerulonefrit tanılı hastaların yaşam ve uyku kalitesi açısından Pittsburgh uyku kalite indeksi (PSQI) ve böbrek hastalığı yaşam kalitesi indeksine (KDQOL-36) göre karşılaştırılması	Kabul Edildi.
11	Dr. Tayfun BAYRAKTAR	Ankara Sağlık SUAM	Deneysel yara iyileşmesi modelinde red ginseng ve aleo vera nın etkinliklerinin karşılaştırılması	Kabul Edildi.
12	Dr. Dilara SARIKAYA	Ankara Etik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları SUAM	Borderline over tümörlerinde uygulanan fertilite koruyucu ve fertilite olmayan cerrahi girişimlerin nüks ve hastalısız sağ kalım sonuçlarının incelenmesi	Kabul Edildi.
13	Dr.Veysi AÇAN	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Pulmoner tromboemboli sıklığının meteorolojik parametreler ve mevsimlerle ilişkisi	Kabul Edilmedi: Program yönetici ve tez danışmanı hakem üye olamaz.
14	Dr.Elif BECENEN DURMUŞ	Ankara Şehir Hastanesi SUAM	Romatoid artritli hastalarda temporomandibular eklem disfonksiyonu ile ilişki faktörler	Kabul Edildi.
15	Dr.Gizem KAHRAMAN	Ankara Şehir Hastanesi SUAM	Hastanemizde vonwillebrand hastalığı nedeniyle izlenen çocukların değerlendirilmesi	Kabul Edildi.

EK 3: ANKET FORMU

RUMUZUNUZ.....

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz : ()Kadın ()Erkek

3. Medeni durumunuz : ()Evli ()Bekar ()Boşanmış/dul

4. Çocuğunuz var mı ? : ()Evet/.... ()Hayır

5. Alanınız?: ()Tıp ()Diş Hekimliği ()Hemşirelik ()Eczacılık

6.Hekim iseniz öğrenim düzeyiniz:

() Pratisyen hekim

() Tıpta uzmanlık/ doktora öğrencisi (Alanınızı belirtiniz)

() Uzman hekim/ doktora mezunu (Alanınızı belirtiniz)

() Yan dal uzmanlık öğrencisi (Alanınızı belirtiniz)

() Yan dal uzman hekimi (Alanınızı belirtiniz)

7. Meslekte kaçınıcı yılınız? :.....

8. Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?

9.Nöbet tutuyor musunuz?

()Evet Sayı:...../ay () Hayır

10. Çalışma ortamınızdan memnun musunuz? :

()Evet ()Hayır ()Kısmen

11. Kronik bir hastalığınız var mı?:

()Evet/..... ()Hayır

12. Son 1 yıl içinde kendiniz veya ailenizle ilgili olumsuz bir olay yaşadınız mı (ölüm, boşanma, hastalık vb.) ?

()Evet ()Hayır

13. Meslek hayatınız boyunca hasta veya yakınları tarafından sözlü saldırıya maruz kaldınız mı, cevabınız evet ise son bir yılda ne kadar ?

()Evet .../yıl ()Hayır

14.Meslek hayatınız boyunca hasta veya yakınları tarafından fiziksel saldırıya maruz kaldınız mı, cevabınız evet ise son bir yılda ne kadar ?

()Evet.../yıl ()Hayır

15.Hasta şikâyeti yüzünden tarafınızdan savunma istenecek şekilde şikayet edildiniz mi?

()Evet ()Hayır

16. Mesleğinizle ilgili bir şiddet olayı nedeniyle mahkemelik oldunuz mu?

()Evet ()Hayır

17. Eğitim hayatınız boyunca iletişim becerileri üzerine herhangi bir eğitim (ders, kurs vs.) aldınız mı?

()Evet ()Hayır

18. Cevabınız evetse, aldığınız eğitimin meslek pratiğinizde yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

()Hiç yeterli değil ()Yeterli değil ()Kararsızım ()Yeterli ()Oldukça yeterli

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

Elde edilen bilgiler sadece bu araştırmada kullanılacaktır. Envanterin doldurulmasında gerekli özeni göstereceğinizi umar, katkılarınız için teşekkür ederim.

		Her zaman	Genellikle	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1.	İnsanları anlamaya çalışırım					
2.	İletişimde bulunduğum kişinin yüzüne baktığım halde sözlerini dinlemediğim olur.					
3.	Düşüncelerimi başkalarına tam olarak iletmede zorluk çekerim.					
4.	Konuşurken, etkili bir göz iletişimi kurabilirim.					
5.	Genelde eleştirilmekten hoşlanmam					
6.	Dikkatimi karşımdakinin ilgi alanı üzerinde toplayabilirim.					
7.	Kişilerin, anlatmak istediklerini dinlemek için yeterince zaman ayırırım					
8.	Karşımdaki kişiye genellikle söz hakkı 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 paylaşsam bile fikirlerine saygı duyarım.					
16.	İletişimde bulunduğum insanlardan gelen öğüt ve önerileri içtenlikle dinlerim.					
17.	Karşımdaki kişinin konuşmaya ve dinlemeye istekli olup olmadığını anlamaya çalışırım.					
18.	Yanlış tutum ve davranışlarımı kolaylıkla kabul ederim.					
19.	Özür dilemek bana zor gelir.					
20.	Dinleyenim anlamaz görüldüğünde, iletmek istediklerimi tekrarlar, yeni kelimelerle ifade eder, özetlerim.					
21.	İnsanlarla görüşürken, bilerek onları rahatlatacak şeyler yaparım.					
22.	İnsanları kontrol etmeye ve istediğim kalıba sokmaya çalışırım.					
23.	Küs olduğum birisi ile barışmak istediğimde ilk adımı atmaktan çekinirim.					

24.	Karşımdaki kişinin bana ters düşen duygu ve düşüncelerini yargılarımla.					
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.	Dinlediğim kişiyi daha iyi anlamak için sorular yöneltirim					
30.	Tartışma sonunda, savunduğum düşüncelerin yanlış olduğunu kabul edebilirim.					
31.	Konuşurken sözümün kesilmesinden rahatsız olurum.					
32.	Dinlerken, karşımdaki kişinin sözünü kesmemeye özen gösteririm.					
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 beklentilerimle karşılarım.					
40.	İletişim kurduğum kimselerden bir şeyler alır ve onlara da bir şeyler verdiğimi hissedirim.					
41.	İnsanlara cevaplamada zorlanacakları ani sorular yöneltirim.					
42.	Beni rahatsız eden duygularımı iletmekte sıkıntı çekerim.					
43.	Öneride bulunduğum kişinin öneriye açık olup olmadığına dikkat ederim.					
44.	İletişim kurduğum insanlar tarafından anlaşıldığımı hissedirim.					
45.	Kendimi karşımdakinin yerine koyarak, duygu ve düşüncelerini anlamaya çalışırım.					

Yaptığımız işin veya mesleğin gereği olarak insanlara yardım etmek, onların yaşantısıyla doğrudan temasa geçmemizi sağlar. Duygularımız ya da yaşanan acıyı paylaşabilmemiz ve hissedebilmemiz yardım ettiğimiz kişinin olumlu ve olumsuz yaşantılarından veya durumundan etkilenecektir. **Mesleğinizin özelliklerinden** kaynaklanabilecek olumlu ve olumsuz deneyimleriniz hakkında sorular sormak istiyoruz. Lütfen, her soruyu içinde bulunduğunuz durumu göz önüne alarak değerlendiriniz. **GEÇTİĞİMİZ SON BİR AYDAKİ** duygu ve düşüncelerinizi dikkate alarak içinde bulunduğunuz durumu ne kadar sıklıkla yaşadığınızı aşağıdaki çizelgede 0 ile 5 arasındaki belirtilen rakamlardan herhangi birini seçerek yanıtlayınız. (Uygun kolonun altına X işareti koyarak)

Çalışanlar YK	Hiçbir Zaman (0)	Nadiren (1)	Bazı Zamanlar (2)	Sıkça (3)	Sık Sık (4)	Çok Sık (5)
1. Kendimi mutlu hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Yardım ettiğim kişiler zihnimi aşırı meşgul ediyor.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. İnsanlara yardım edebiliyor olmaktan memnun oluyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Başkalarıyla ilişki kurabildiğimi hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Ani ya da beklenmedik ses duyunca sığıyorum ya da ürküyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Başkalarına yardım ettikten sonra kendimi daha güçlü hissediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Yardım eden rolümle kendi özel hayatımı birbirinden ayırmakta zorlanıyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Yardım ettiğim kişinin yaşadığı çok acı bir olay uyumun bozulmasına neden oluyor.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Yardım ettiğim kişilerin yaşadığı stresin bana de geçebileceğini düşünüyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Yardım eden olarak kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Yardım için yaptığım çalışmalarımın dolayısı zaman zaman kendimi zorda hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

12. İşimi seviyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Yardım eden olmamın sonucunda kendimi çökkün hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Yardım ettiğim kişilerin başlarından geçen çok acı yaşantıları sanki kendim yaşıyormuş gibi hissettiğim oluyor.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Bana güç veren inançlarım var.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Bildiğim yardım yöntemlerini ne kadar çok kullanabilirsem o kadar iyi hissediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17. Her zaman olmak istediğim gibi bir insanım	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. İşim beni tatmin ediyor.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Kendimi tükenmiş hissediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. Yardım ettiğim kişiler ve onlara yaptığım yardımlarla ilgili olumlu düşünce ve duygular taşıyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. Yaptığım işin yoğunluğu veya yardım ettiğim kişilerin çokluğu gibi nedenlerle kendimi tükenmiş hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22. İşimde yaptıklarımla bir fark yaratabileceğime inanıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23. Bana, yardım ettiğim insanların korku verici yaşantılarını hatırlattığı için çeşitli etkinlik ve durumlarda bulunmaktan kaçınıyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24. Yardım edebildiğim durumlardan gurur duyuyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

25. Yardım etmemin sonucu olarak sıkıntı verici veya korkutucu düşüncelerim oluyor.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26. Çalışma sisteminden dolayı kendimi çıkmaza girmiş gibi hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27. Yardım eden olarak kendimi “başarılı” hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28. Travma mağdurlarıyla yaptığım çalışmaların önemli bölümlerini hatırlayamıyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29. Çok hassas bir insanım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30. Bu işi seçtiğim için mutluyum	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK 4 ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Ayşenur ÖZDEMİR

Doğum yeri ve tarihi :

Uyruğu : T.C.

Medeni durumu : Bekâr

İletişim adresi ve telefonu :

Yabancı dili : İngilizce

II- Eğitimi

2011-2017: Ondokuzmayıs Üniversitesi-Samsun

III- Unvanları

IV- Mesleki Deneyimi

Kastamonu Daday İlçe Devlet Hastanesi 07.2017-04.2019 Pratisyen Hekim

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD 05.19-01.2020 Arş. Gör. Dr.

Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği 02.2020-Hâlen Arş. Gör. Dr.