



**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İZMİR BOZYAKA EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ**

**İZMİR İLİNDEKİ AİLE HEKİMLERİNİN ŞİDDETE MARUZ KALMA
DÜZEYLERİ VE BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ**

Dr. Cihan Aras Üzel

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İZMİR 2024



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İZMİR BOZYAKA EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ

İZMİR İLİNDEKİ AİLE HEKİMLERİNİN ŞİDDETE MARUZ KALMA
DÜZEYLERİ VE BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ

Dr. Cihan Aras Üzel

Tez Danışmanı

Başasistan Uzm. Dr. Halime Seda KÜÇÜKERDEM

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İZMİR 2024

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın her aşamasında değerli bilgi, öneri ve tecrübelerini esirgemeyip çalışmanın gerçekleştirilmesinde önemli payı olan, tez danışmanım Başasistan Uz. Dr. Halime Seda KÜÇÜKERDEM'e , Değerli arkadaşlarıma, Beni her zaman destekleyen ve bugünlere gelmemi sağlayan sevgili aileme, teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ	3
2.1.1. Aile Hekimliği.....	3
2.1.2. Ülkemizden Aile Hekimliği ile İlgili Sayısal Veriler	4
2.2. SAĞLIKTA ŞİDDET.....	4
2.2.1. Şiddet Tanımı, Türleri ve Önemi	4
2.2.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Tanımı ve Önemi	6
2.2.3. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Nedenleri	7
2.2.4. Sağlık Çalışanının Şiddet Karşısında Tutumları ve Etkileri	9
2.2.5. Sağlıkta Şiddeti Önlemek İçin Alınması Gereken Önlemler	10
2.2.6. Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ile İlgili Veriler	11
2.2.7. Türkiye’de Sağlıkta Şiddete Yönelik Mevzuat	11
2.3. BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ.....	13
2.3.1. Başa Çıkma Stratejileri	13
2.3.2. Başa Çıkma Stratejilerinin Sınıflandırılması	14
2.3.3. Şiddet Mağduriyeti ile Başa Çıkma	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16

3.1. ARAŞTIRMA TİPİ.....	16
3.2. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	16
3.2.1 Çalışma Örneklemine Dahil Edilme Kriterleri	17
3.3. ÇALIŞMANIN ETİK BOYUTU	17
3.4. ARAŞTIRMADA VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	17
3.4.1. Anket Formu	17
3.5. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	18
4. BULGULAR.....	19
5. TARTIŞMA	35
6. SONUÇLAR	42
7.KISITLILIKLAR.....	46
8. KAYNAKLAR.....	47
9.EKLER.....	58
9.1. Anket formu.....	58

KISALTMALAR

- ABFM : Amerikan Aile Hekimliği Kurulu
AHUD : Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
CİMER : Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
ICN : International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Birliği)
ICN : Uluslararası Hemşireler Konseyi
ILO : International Labour Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü)
NHS : Ulusal Sağlık Hizmetleri
TAHUD: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
TBMM : Türkiye Büyük Millet Meclisi
TTB : Türk Tabipleri Birliği
YÖK : Yüksek Öğretim Kurumu

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Şiddet Türleri	6
Tablo 3.1. Araştırmanın Normallik Analizi	19
Tablo 4.1. Çalışma Grubuna Ait Tanımlayıcı İstatistikler	19
Tablo 4.2. Aile Hekimlerinin Şiddete Uğrama Düzeylerinin ve Uğradıkları Şiddet Türleri.....	20
Tablo 4.3. Şiddete Maruz Kalan Aile Hekimlerine Ait Özellikler ve Şiddet Türünün Karşılaştırılması	22
Tablo 4.4. Şiddete Maruz Kalan Aile Hekimlerinin Sözel Şiddete Maruz Kalma Durumunun Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	23
Tablo 4.5. Şiddete Maruz Kalan Aile Hekimlerinin Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumunun Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	25
Tablo 4.6. Şiddete Maruz Kalan Aile Hekimlerinin Şiddetle Başa Çıkma Yöntemleri ile Herhangi Bir Şiddete Maruz Kalma Durumunun Belirlenmesi.....	26
Tablo 4.7. Şiddete Maruz Kalan Aile Hekimlerinin Şiddetle Başa Çıkma Yöntemleri ile Sözel Şiddete Maruz Kalma Durumunun Belirlenmesi	28
Tablo 4.8. Şiddete Maruz Kalan Aile Hekimlerinin Şiddetle Başa Çıkma Yöntemleri ile Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumunun Belirlenmesi	29
Tablo 4.9. Beyaz Kod Vermiş Olan Aile Hekimlerinin Şiddet Sonrası Tükenmişlik Sendromu Yaşama Durumları.....	31
Tablo 4.10. Aile Hekimlerinin Şiddet Sonrası İş Doyumunda Azalma Durumunun Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması	31
Tablo 4.11. Aile Hekimlerinin Şiddet Sonrası Tükenmişlik Sendromuna Yakalanma Durumunun Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	33

ÖZET

İZMİR İLİNDEKİ AİLE HEKİMLERİNİN ŞİDDETE MARUZ KALMA DÜZEYLERİ VE BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ

Amaç: Bu araştırmada İzmir şehrinde yer alan aile hekimlerinin şiddete maruz kalma seviyelerini ölçmek ve başa çıkma yöntemlerini araştırmak amaç olarak belirlenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Yapılan araştırma, tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini İzmir ilinde görev yapan 1386 aile hekimi oluşturmaktadır. Çalışmamızın örneklem büyüklüğü %95 güven, %5 hata payı ile 300 kişi olarak hesaplanmıştır. İlçelerin sosyodemografik gelişmişlik düzeyleri Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı istatistiksel verilerine göre kategorileştirilmiştir. Araştırmada elde edilen veriler SPSS 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. İki grup arasındaki farklılık Non-parametrik verilerin analizinde Mann Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi ile; niteliksel verilerin analizinde ise Chi-square ve FisherExact testi ile değerlendirilmiştir. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

Bulgular: Veri analizleri sonucunda; katılımcıların %83,3'ünün şiddete maruz kaldığı ,şiddet türleri arasından ise en fazla sözel şiddete maruz kadıkları görülmüştür. İkinci kademe gelişmiş ilçelerde aile hekimlerinin sözel şiddete maruz kalma durumlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Sözel ve fiziksel şiddete maruz kalan aile hekimleri şiddet sonrası en fazla yardım arama ve beyaz kod verme girişiminde bulunmuştur. Şiddet sonrası beyaz kod veren aile hekimlerinin şiddet sonrası tükenmişlik sendromu yaşama durumlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sözel şiddete maruz kalan ve son 1 yılda şiddete maruz kalan aile hekimlerinde iş doyumunda azalmanın daha fazla olduğu görülmüştür. Yasal düzenlemelerin yeterli olmadığını düşünen aile hekimlerinin iş doyumunda azalma durumunun yüksek olduğu fark edilmiştir. Evli olan aile hekimlerinin bekar olanlara

kıyasla şiddet sonrası tükenmişlik sendromuna yakalanma durumları daha yüksektir. Şiddet sonrası öz eleştiri yapmayan aile hekimlerinin tükenmişlik sendromuna yakalanma durumlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Sonuçlar: Araştırma sonucunda, 1. kademe ve 2. kademe gelişmişlik düzeyine sahip ilçelerde sözel ve fiziksel şiddet puanlarının diğer kademelere kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Daha az gelişmiş ilçelerde şiddet yoğunluğunun daha az olduğu belirlenmiştir. Şiddete maruziyet ile tükenmişlik durumlarını sorguladığımızda şiddetin tükenmişlik durumunu birebir etkilediği sonucu elde edilmiştir. Ayrıca son 1 yılda şiddete maruz kalan kişilerin, şiddete maruz kalmayan kişilere kıyasla iş doyumunda azalmanın daha fazla olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, başa çıkma yöntemleri , şiddet.

ABSTRACT

LEVELS OF EXPOSURE TO VIOLENCE AND COPING METHODS OF FAMILY PHYSICIANS IN IZMIR PROVINCE

Objective: In this research, the aim was determined to measure the exposure levels of family doctors in Izmir to violence and to investigate coping methods.

Materials and Methods: The research conducted is a descriptive cross-sectional study. The population of the study consists of 1,386 family physicians working in İzmir province. The sample size of our study was calculated as 300 people with a 95% confidence level and a 5% margin of error. The socioeconomic development levels of the districts were categorized according to the statistical data of the Ministry of Industry and Technology. The data obtained in the research were analyzed using the SPSS 22.0 program. Differences between two groups were analyzed using the Mann-Whitney U test and the Kruskal-Wallis test for non-parametric data; and the Chi-square and Fisher's Exact test for qualitative data.

The level of statistical significance in the analyses was set at $p < 0.05$.

Results: As a result of data analysis, It was determined that 83.3% of the participants had been subjected to violence, and among the types of violence they were mostly exposed to verbal violence. It had been observed that family physicians' exposure to verbal violence is higher in second-stage developed districts. Family physicians who were exposed to verbal and physical violence mostly attempted to seek help and give a white code after the violence. It has been determined that family physicians who give a white code after violence are more likely to experience burnout syndrome after violence. It was observed that the decrease in job satisfaction was greater in family physicians who were exposed to verbal violence and those who were exposed to violence in the last year. It has been noticed that family physicians who think that legal regulations are not sufficient have a high decrease in job satisfaction. Married family physicians are more likely to suffer from post-violence burnout syndrome

than single ones. It has been determined that family physicians who do not criticize themselves after violence are more likely to suffer from burnout syndrome.

Conclusion: As a result of the research, it was determined that verbal and physical violence scores were higher in districts with 1st and 2nd level developed levels compared to other levels. It was determined that the intensity of violence was lower in less developed districts. When we questioned exposure to violence and burnout, it was concluded that violence directly affects burnout. In addition, it has been observed that people who have been exposed to violence in the last year have a greater decrease in job satisfaction compared to people who have not been exposed to violence.

Keywords: Family practice, coping skills , violence.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şiddet yalnızca insanların değil bütün canlı varlıkların hayatlarında gözlenebilmekte olan karmaşık bir olgu olarak kabul edilmektedir. Bahsedilen karmaşık olguyu Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “fiziksel kuvvet ya da gücün tehdit edici ya da gerçek bir biçimde; kendine, bir başkasına, bir grup ya da topluluğa karşı amaçlı bir biçimde yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişim sorunları ya da yoksunluğa neden olacak ya da bunların olasılığını artırmayla sonuçlanacak şekilde kullanılması” şeklinde ifade etmektedir (1). Yapılan tanımlama şiddet kavramının mekanizmasının (diğer bir deyişle fiziksel güç veya kuvvetin tehdit edici veya gerçek bir şekilde kullanılması), olumlu ve olumsuz semptomlar şeklinde sonuçlarının (diğer bir deyişle psikolojik zarar, ölüm, yaralanma, gelişim problemleri veya yoksunluğa yol açacak veya olasılığını artırma ile sonuçlanacak biçimde) somutlaştırılması ve davranışların en önemli yordayıcıları arasında yer alan niyetin önemine vurgu yapılması açısından fazlasıyla kapsayıcı bir şekilde değerlendirilebilmektedir (1).

Dünya genelinde sağlık personellerinin %8-38’lik kısmının fiziksel şiddete uğradığı ifade edilmektedir. Sağlık personellerinin maruz kaldıkları şiddetin büyük bir kısmı hasta ve ziyaretçiler tarafınca gerçekleştirilmektedir. En çok risk altında olan sağlık personellerinin ise hemşire ve aile hekimleri olduğu ifade edilmektedir (2).

Sağlık çalışma alanı, çeşitli uzmanlık alanları içerisinde aile hekimi, diş hekimi, diğer uzman hekimler, tıbbi sekreter, paramedik, sağlık teknisyeni, hemşire, ebe, psikolojik, diş hekimi gibi birçok sağlık meslek mensubunun istihdam edilmekte olduğu bir hizmet kolu olarak nitelendirilmektedir. Sağlık çalışanlarına saldırı; tedavi edici ya da korucuyu sağlık hizmetlerine erişimine ve hizmetin sunulmasına müdahalede bulunan tüm fiziksel ya da sözel şiddet davranışı, tehdit ve engelleme şeklinde ifade edilmektedir (2).

Çalışma ortamlarında yaşanmakta olan şiddet olayları, bilhassa aile hekimliği alanında çalışan kişiler üzerinde önem arz eden bir stres faktörüdür. Sağlık hizmetleri sunulan yerler, doğal olarak stres oluşturduğu için sağlık hizmetlerinde çalışan kişilerin stres ile başa çıkma yetenekleri fazlasıyla önem arz etmektedir. Bahsedilen yeteneklerin etkinlik düzeyi, özellikle hekimlerinin olaylara yüklemiş oldukları manalara, yaşamlarını sürdürdükleri çevreye, kişilik özelliklerine ve birçok faktöre göre değişkenlik göstermektedir. Ayrıca seçilmiş olan başa çıkma stratejileri problem odaklı ya da duygu

odaklı olabilmektedir. Aile hekimlerinin hem genel hem de şiddet unsuru barındırabilecek durum ve olayları yönetmek ile alakalı başa çıkma yeteneklerinin geliştirilmesi, fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklarının korunabilmesi adına fazlasıyla önem arz etmektedir.

Bu bağlamda, hasta tarafından ilk başvuru yer olması, ayrılmamış hastaların gelmesi gibi nedenler doğrultusunda aile hekimlerinin şiddete maruz kalma sıklığının daha fazla olabileceği düşüncesinden hareketle bu çalışma yapılmıştır.

Bu araştırmada İzmir şehrinde çalışan aile hekimlerinin şiddete maruz kalma seviyelerini ölçmek ve başa çıkma yöntemlerini araştırmak amaç olarak belirlenmiştir. Belirlenmiş olan bu amaç doğrultusunda, konu ile ilgili literatür içerisinde yer alan daha öncesinde gerçekleştirilmiş olan araştırma ve çalışmalar incelenmiştir. Yapılan literatür taraması sonucunda gözlemlenen konuyla alakalı bilgi ve kavramlara araştırma içerisinde yer verilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ

2.1.1. Aile Hekimliği

Aile hekimliği bir kişinin doğumdan önceki dönemden ölümüne dek yaş ve cinsiyete bakmadan ve herhangi bir koşul aranmadan kapsamlı ve devamlı bakımını temel olarak alan insan merkezli bir disiplin olarak ifade edilmektedir (3). Aile hekimliği kişinin sağlık sistemiyle ilk temas noktasıdır.

Aile hekimlerinin hastaları ile görüşme süreleri kendilerine hastır. Bahsedilen süreç etkili bir iletişim ile hasta ve doktor arasında zamanla gelişim gösteren bir bağ kurulmasına yardımcı olmakta ve sağlık hizmetlerinin devamlılığını tüm hastalar için kişiselleştirilmiş bir şekilde sürdürmektedir. Aile hekimleri, nüfus üzerinde belirleyici bir role sahip olan özgün bir karar varma sürecine sahip olmaktadırlar. Hastaların, farklı hastalıklarıyla aynı anda ilgilenmekte ve her türlü rahatsızlık ve sıkıntıyı yönetmektedirler. Aile hekimleri, insanların sağlık sorunlarını fiziksel boyutun haricinde varoluşsal, kültürel, toplumsal ve ruhsal boyutlarıyla da değerlendirmektedir (4).

Aile hekimliğini tanımlayan altı nitelik bulunmaktadır. Bahsedilen nitelikler; Bütüncül yaklaşım modelleme, toplum yönelimli olma, kapsamlı yaklaşım, özgün sorun çözme becerileri, kişi merkezli bakım ve birinci basamak yönetimi olarak sıralanabilmektedir (5).

Ülkemizdeki aile hekimliği uzmanlık eğitim müfredatı da bahsedilen yeterliklere sahip olan uzmanlar yetiştirmeyi hedef olarak belirlemektedirler. Gereken yeterlikleri sağlayabilmek amacı ile programın önem arz eden bir bölümü aile hekimliği uygulama ortamlarına ayrılmıştır (4). İşyerinde şiddet, fiziksel saldırı, taciz, korkutma veya yıkıcı/tehditkar davranışlar gibi çeşitli saldırganlık biçimlerini kapsar. Çalışanları, hizmet kullanıcılarını ve turistleri etkileyebilir. Bu saldırganlık, tehdit edici davranış ve sözlü tacizden fiziksel saldırılara kadar çeşitli şekillerde ortaya çıkabilir (6).

2.1.2. Ülkemizden Aile Hekimliği ile İlgili Sayısal Veriler

DSÖ'nün 1998'de yapılmış olan elli birinci toplantısı ile bir “*Dünya Sağlık Bildirgesi*” yayımlanmıştır ve ilk aşama görev ve hizmetlerinin sağlık sisteminin odak noktasında olması gerektiğine açıklık getirmiştir. Aile hekimlerinin birinci temas ve başvuru noktası olması tüm ülkelerde aile hekimlerinin bağımsız kurumlar oluşturmaları, aile hekimliğinin kurumsallaşması ve görev tanımlaması konusuna yönelik öneriler ile beraber Aile Hekimliği uzmanlık alanının gelişiminin önünde bulunan engel kaldırılmıştır (7, 8).

Türkiye’de ilk olarak 1984 yılında “Aile Hekimliği Anabilim Dalı Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi”nde çalışmaya ve araştırmalara başlanmıştır (9, 10). 06.07.1993 tarihli ve 12547 sayılı kararla Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) tarafınca tıp fakültelerine aile hekimliği dallarının oluşturulması ve faaliyetlerine başlamasıyla akademik gelişim konusunda önem arz eden bir adım atılmıştır. 17.09.1993’te “Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı” kapsamında başlamıştır (10). 1990’da Ankara şehrinde “*Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD)*” kurulmuş ve 1998’de ise Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) kararı ile “*Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD)*” adını almıştır (11). Sağlık Bakanlığı kapsamında toplanmış olan bilimsel kurulun çalışma ve araştırmaları sonucunda 2003 yılında “*Sağlıkta Dönüşüm Programı*” ismiyle duyurulmuş olan plan ışığında 2004’te ilk aşama aile hekimliği pilot uygulamalarına ilişkin kanun hazırlanmış ve bahsedilen uygulama 15.09.2005’te ilk defa Düzce’de yaşama geçirilmiştir (12).

Maliye Bakanlığı tarafından yayınlanan rapora göre aile hekimlerine yönelik gerçekleştirilen harcama miktarları senelere göre düzenli bir şekilde artış eğiliminde bulunmuştur. 2012’den 2018’e kadar aile hekimlerine yönelik gerçekleştirilen harcama miktarı %92.9’luk bir artış göstermiştir (13). Sağlık Bakanlığının aktif çalışan aile hekimi başına düşen nüfus incelendiğinde ise toplam Türkiye’de 3.267 kişinin düştüğü görülmektedir (14).

2.2. SAĞLIKTA ŞİDDET

2.2.1. Şiddet Tanımı, Türleri ve Önemi

Hayatın tüm alanlarında karşı karşıya kalınabilen şiddet saldırganlık davranışının özgürlüğü, insan iradesini hiçe saymakta olan en aşırı ve ileri boyut şeklinde, “*Düşmanlık*

ve öfke duygularının, kişilere veya nesnelere yönelik fiili, yıkıcı fiziksel zor yoluyla dile getirilmesi” şeklinde ifade edilmektedir (15).

Davranış ve duygularda aşırılık, uzlaşmanın yanı sıra kaba kuvvete başvurma durumu olarak ifade edilen şiddet, varlığının kanıtını gösterme şekli olarak kişinin, kendisine has özgür idaresi ile başvurmakta olduğu bir durum şeklinde de değerlendirilmektedir. (16).

Şiddetin yukarıda yer alan tanımlamalar haricinde de pek çok tanımı vardır. Bu tanımlara göre şiddet; kültürel kodlar, inanışlar, özerklik elde etme isteği, suç faktörü, huzuru bozarak ve kuralları çiğnemek, adalet dağıtma içgüdüğü, engelleme duygusuna karşı duyulan saldırganlık olarak tanımlanmıştır (17).

2012 tarihinde yayınlanmış olan 6284 numaralı “Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun” içerisinde yer alan ikinci maddede şiddet kavramı, “Kişinin, fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik açıdan zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel hareketleri, buna yönelik tehdit ve baskıyı ya da özgürlüğün keyfi engellenmesini de içeren, toplumsal, kamusal veya özel alanda meydana gelen fiziksel, cinsel, psikolojik, sözlü veya ekonomik her türlü tutum ve davranış” şeklinde ifade edilmiştir (18). Tarih boyunca tanımlamalar farklılaşabilmek ile beraber bir dönem kabul görülmüş bir görüş, gelecek adım için değerini korumayı sürdürebilmektedir (19).

Şiddetten önce uyarı işaretlerini okumak, muhtemel eylem adına bireyin kendisini güvenli alana taşıması, şiddet yönetimini sağlıklı olarak gerçekleştirilmesi ve kendisini koruması açısından önem arz etmektedir. Şiddetten önceki uyarı işaretleri (mırıldanma, anksiyete, ses tonu ve bakış gibi) açısından bireyleri analiz etmenin, şiddetin uyarıcı işaretlerini tanımlayıp önlemede ve yönetme konusunda etki sahibi olabileceği varsayılmaktadır (20).

Georges Sorel 1900’lerde şiddet probleminin çözüme kavuşturulmasının zorlu bir süreç olduğundan söz etmiş olup yüzyıl sonrasında halen aynı zorluk ile mücadele edilmektedir. Şiddet, mağdur ve fail ilişki ve etkileşimine göre kendisine ilişkin, bireyler arası ve toplu şiddet şeklinde üç kategoriye ayrılmaktadır. Sağlık çalışanlarına ilişkin şiddet çalışma ortamında şiddet şeklinde geçmekte olup bireyler arası şiddet sınıfı içerisinde değerlendirilmektedir (20).

Şiddet çeşitleri aşağıda Tablo 2.1’de belirtilen şekilde sınıflandırılabilir (21, 22, 23);

Tablo 2.1. Şiddet Türleri

Psikolojik şiddet	Sözel şiddet	Siber şiddet	Ekonomik şiddet
Duygusal şiddet	Cinsel şiddet	Fiziksel şiddet	

Şiddet çeşitlerinden diğer biri olarak bilinen mobbing ise çalışma ortamında psikolojik şiddet ya da psikolojik yıldırma şeklinde tanımlanmaktadır ve temel hedefi birey ya da bireyler üstünde sistematik baskı yaratarak ahlak dışı yaklaşımlar ile dayanma ve çalışma kuvvetlerini ortadan kaldırarak işten ayrılmaya yönlendirmektir (24).

1980’lerde sağlıklı birey, kendisiyle ve toplumda yer alan diğer kişilerle iyi geçinebilen, saldırganlık davranışı olmayan insan şeklinde değerlendirilirken bahsedilen durum günümüz çağında kişinin zihniyle çevresi arasında bulunan uyum ve denge hali şeklinde ifade edilmektedir (25).

Hippokrates da insanın düşünce ve görüşlerini bozuntuya uğratabilen yegane duygunun öfke olduğundan ve en tehlikeli rahatsızlıkların insanın yüzüne değiştirmekte olan hastalıklar olduğundan söz etmiştir (26). Günümüzde geldiği an itibari ile gelecek yüzyıllar içerisinde şiddet olaylarının daha fazla yaşanacak olduğu muhtemel olarak kabul edilmektedir (27).

2.2.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Tanımı ve Önemi

Hasta Hakları Yönetmeliği içerisinde yer alan dördüncü maddede sağlık personeli tanımlaması, “Hizmetin, resmi veya özel sağlık kurumlarında ve kuruluşlarında veya serbest olarak sunulmasına bakılmaksızın, sağlık hizmetinin verilmesine iştirak eden bütün sağlık meslekleri mensuplarını ve sağlık meslekleri mensubu olmasa bile sağlık hizmetinin verilmesine sorumlu olarak iştirak eden kimseler”, şeklinde gerçekleştirilmiştir (28).

İş yerinde şiddet, sağlık hizmetleri alanında oldukça yaygın olarak karşılaşılan bir tehdittir. İş yerinde meydana gelen taciz, yıldırma davranışı, tehdit ya da bir şiddet davranışını içermekte olan yıkıcı kuvvetlerin davranışa dönüşmüş hali, eylemleri olarak

ifade edilmektedir (29). Sağlık hizmetlerine saldırı tedavi edici ya da koruyucu sağlık hizmetinin erişimine, hizmeti verilmesine müdahalede bulunan tüm fiziksel ya da özel şiddet davranışları, tehdit, engelleme şeklinde ifade edilmektedir (29).

Türk Tabipleri Birliği (TTB) sağlık personellerinin şiddete uğrama oranının Türkiye Cumhuriyeti bakımından %49-91 arasında değiştiğini ifade etmektedir. Bahsedilen oran hastanelere ve bölgelere göre değişkenlik gösterebilecek olduğu gibi sağlık personellerinin şiddet olayını raporlama durumlarına göre de değişiklik göstermektedir (30).

Sağlık personellerinin şiddete uğrama riskinde yaş unsurunun kayda değer olduğu görülmekte, otuz yaş ve üzerinin daha sık şiddete uğradığı saptanmaktadır. Kurumlara göreyse sırası ile 112 ambulans çalışanı, tıp fakültesi hastanesi çalışanı, devlet hastanesi çalışanı, eğitim ve araştırma hastanesi çalışanı ve özel hastane çalışanı en sık şiddete maruz kalmıştır (31).

Şiddete maruz kalma sıklığı bakımından en riskli iş alanları; ambulanslar, yoğun bakım üniteleri, kardiyoloji, cerrahi servisler, aile hekimliği, pediatri servisi, poliklinik, acil servis şeklinde sıralanabilir (32). Sağlık personellerinin çalışma ortamlarında maruz kaldıkları şiddetin gerçek boyutunun bilinmediği ve elde var olan bilgilerin buz dağının yalnızca görülen kısmı olduğu raporlar içerisinde ifade edilmektedir (33).

Kutlu ve Çamcı'nın yaptıkları bir araştırmada, sağlık personellerinin şiddet olaylarını bildirmeme sebeplerini; mesleklerinin bir parçası şeklinde düşünmeleri, negatif yönlü sonuçlardan korkmaları, bildirim gereksiz bulmaları şeklinde tespit etmiştir (34).

Tüm bildirim ve şikayetler, gelişmelere katkıda bulunacak bir bilgi kaynağı olacak, mevzuat bakımından güncel gelişme ve değişiklikler gerçekleştirebilecek sağlık sektörü iş şartlarını iyileştirip sağlık personellerine ilişkin şiddet azaltılabilecektir (34).

Çalışan bireylere şiddet uygulayan kişilerin %54 hasta, %76 hasta yakını, %15 güvenlik kuvvetleri ya da askerler ve %9 bilinmeyen saldırganlar olduğu rapor edilmiştir (35).

2.2.3. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Nedenleri

Sağlık kurum ve kuruluşlarında şiddet faktörünün sebepleri fazlasıyla karmaşık ve çeşitli olabilmektedir. İlk olarak hizmetlerin yetersizliği ve uzun bekleme süreleri, hasta ve hasta yakınları arasında sabırsızlık ve memnuniyetsizlik hissi yaratabilmektedir. Hasta bireylerin uzun süreler boyunca hizmet alabilmek adına beklemeleri, duygusal tepkilerinin artış göstermesine ve kimi durumlar söz konusu olduğunda saldırganlık eğilimine yol

açabilmektedir. İkinci olarak, iletişim problemleri sağlık kurum ve kuruluşlarında şiddet unsurunun önem arz eden bir etkeni olarak kabul edilmektedir. Hasta ve hasta yakınları ile sağlık personelleri arasında karşılıklı bir şekilde anlayış ve hoşgörünün eksik olması, eksik ya da yanlış bilgilendirmeler, duygusal gerilimlerin ve yanlış anlaşılmanın artış göstermesine yol açabilmektedir (37). Üçüncü olarak yoğun baskı ve stres altında çalışmakta olan sağlık personelleri, şiddet riski ile karşılaşabilmektedirler. Sağlık personelleri, sıklıkla acil durumlar ile baş etme, zaman ve yüksek iş yükü altında çalışmaktayken, fiziksel ve duygusal yorgunluğa maruz kalabilmektedirler. Yoğun iş şartları ve stres, sağlık personellerinin tepkisel davranış ve tutumlara uğrama riskini artırabilmektedir. Son olarak kimi hasta ve yakınlarının endişeleri, kaygıları ya da hastalıkları sebebiyle duygusal açıdan hassas olmaları da olay ve durumlarını etkileyebilmektedir (37).

Sağlık kurum ve kuruluşlarında şiddet unsurunun sebepleri arasında, saldırganın özellik ve nitelikleri fazlasıyla önem arz etmektedir. Saldırgan kişilerin duygusal kontrol ve denge problemleri, şiddet faaliyetlerinin temel motivasyonları arasında yer almaktadır. Hoşnutsuzluk, hayal kırıklığı, stres ya da öfke benzeri duygusal tepkilerin kontrol altına alınamaması, saldırgan davranış ve tutumların meydana gelmesine yol açabilmektedir. Psikolojik unsurlar, zihinsel sağlık sorunları ya da kişilik bozuklukları da saldırganlık eğiliminin artış göstermesine neden olabilmektedir. Bütün bu nitelikler, sağlık personellerine ve diğer hastalara ilişkin şiddet eylemlerinin meydana gelme ihtimalini artırmaktadır (34). Sağlık işyerinde şiddetin temel sebepleri toplumsal faktörler, çevresel faktörler, örgütsel faktörler ve taraflar arası etkileşim olarak 4 ana grup altında değerlendirilmektedir (39, 40).

Sağlık sisteminde yaşanan sorunlar sağlık tesislerinde çok beklemek zorunda kalan kişiler açısından, yetersiz personel, aşırı iş yükü ve çalışma ortamında şiddetin bildirilmesinde yönetim desteğinin bulunmaması, hastanın ve yakınlarının psikolojik ve fiziksel durumları, tıbbi malzemelerin eksik olması, sabırsızlık, tahammülsüzlük ve kaygı gibi durumlar, şiddet ortamına zemin hazırlayabilmektedir. Sağlık sisteminin düzenli olmaması, yönetsel problemler, hasta sağlık sigortalarının yetersiz oluşu, sağlık çalışanının eğitiminin yetersizliği, kamuya ait olan hastaneler içerisinde uzman hekimlerin sayısının yetersizliği ve yönetsel harcamalar sağlık çalışanında şiddeti tetiklemekte olan durumlar şeklinde de kabul edilmektedir (29).

Sağlık personeline ilişkin şiddete yol açan bahsedilen durumlar arasında yer alan örgütsel faktörlerin sebepleri; hastaların ölümü, reçetesiz ilaç alma isteği, aydınlatılmamış onam almada eksiklik, rapor isteme, tedaviden memnuniyetsizlik, iletişim sorunları, uzun bekleme süreleri şekilde sıralanabilmektedir (29).

Sağlık personeline şiddet uygulamakta olan hasta ya da yakınlarının cinsiyetlerinin %95.1 sıklıkla erkek olduğu da tespit edilmiş olan bulgular arasında yer almaktadır (41).

Sağlık çalışanlarına ilişkin tüm şiddet olaylarında, hizmetin aksaklığa maruz kalması acil müdahale gerektirmekte olan diğer hastaların yaşam hakkı ihlallerinin meydana gelmesine de yol açmakta ve insanların güvenli bir çevre içerisinde yaşam hakkını ihlal etmektedir (42).

Sağlık personellerinin şiddete uğrama nedenleri arasında gösterilmekte olan diğer bir faktör, toplumsal faktörler arasında yer alan medyanın etkisidir. Şiddetin olağan bir hale gelmiş olması algısı, kendi hak ve menfaatlerini medya aracılığı ile öğrenmekte olan hasta ve hasta bireylerin yakınları üstünde sağlık personeli imajının kötü bir hale gelmesine ve çalışanları işinde özensiz, para avcısı ve dikkatsiz olarak görmesine yol açmaktadır (43). Bu durumun en önemli nedenleriye; televizyonlarda saldırganlık ve şiddete çokça yer verilmesi, dizilerde yer alan sağlık çalışanlarına ilişkin şiddet ve iletişim kötü örnek oluşturması, medyanın şiddet unsurunu topluma normalleştirmesi ve çözüm aracı şeklinde sunması şekilde sıralanabilmektedir (43);

Uğurlu ve Şantaş (2023)'ın yapmış oldukları bir araştırmada, katılımcı bireyler şiddet unsurunun sebebi şeklinde %83 oranında hasta ve hasta yakınlarının sabırsızlıkları ve %73 oranındaysa eğitimsizlik olarak göstermişlerdir. Sağlık personelleri üstündeki doğru olmayan fikirler, muayene için ve hastane içerisinde uzun bekleme süreleri, sağlık personellerinin iş yoğunlukları ve medyanın etkisi de şiddet faktörünün sebepleri arasında yer almaktadır (45). Diğer bir araştırmaya göreyse, şiddet faktörünün sebepleri arasında %68'lik oranla en yüksek nedenin eğitimsizlik olduğu tespit edilmiştir. Yüksek oranda seçilen diğer tercihler hasta yakınlarının sabırsızlıkları ve bekleme süreleri olmuştur (46).

2.2.4. Sağlık Çalışanının Şiddet Karşısında Tutumları ve Etkileri

Şiddet mağdurlarının %40'ı, şiddetten sonra hastalar ile eskisi gibi güzel ilişkiler kuramadıklarını belirtmişlerdir. Fiziksel şiddete uğrayan kişiler şiddetten sonra ortalama 11 gün izin almaktadır. Bu da personel iş gücü kaybıyla şiddet faktörünün çalışan problemi olan bölgelerde daha önemli problemlere yol açmaktadır. Mağdur personellerde işe

bağıllık seviyelerinde ve hastalara bakım verme arzularında ciddi oranda azalma olduğu ifade edilmiş olup, hasta bireylerin açısından da memnuniyet düzeyleriyle artık ilgilenmediklerini belirtmişlerdir (47).

Şiddetten sonra sergilenen davranışlara bakıldığı zaman, %43 oranıyla sağlık merkezleri içerisinde önlem ve tedbirlerin alındığı %21 oranıyla bireylerin şiddete karşı tutun ve davranışlarında tolerasn göstermedikleri, %15 oranıyla yönetimin inisiyatifine bağlı kalındığı, %9 oranıyla çalışana baskı kurulduğu, %9 oranıyla kayıtsız kalındığı, %3 oranıyla çalışan baskısıyla olaya sert müdahalede bulunulduğu görülmektedir. Şiddet karşısında önlem ve tedbirlerin alınmamasının temelinde yatmakta olan nedenler ise; raporlanmış olan şiddet bilgilerinin azlığı, tedbirler adına yeterli vaktin olmaması, ülkede yer alan güvenlik durumu ve siyasi yapılanma olarak ifade edilmiştir (47).

Şiddet ile başa çıkmada bireylere çözüm önerileri sorulmuştur. Çalışanların %70'lik kısmı çalışmış oldukları bölgede güvenlik tedbirlerinin uygulanmasının, %70'lik kısmı şiddet eylemlerinin rapor edilmesi ve takip işleminin gerçekleştirilmesinin, %70'i stres yönetim alanları ve iletişim becerilerinde çalışan eğitiminin önem arz ettiğini, %67'si risk değerlendirmesi ve yönetimi yapma yeteneğinin önem arz ettiğinin, %57'si bütün çalışanların koruyucu tedbirlere erişim sağlamalarının gerektiğinin, %53'ü çalışan ruh sağlığı ve psikolojik bakımdan desteklenmesi gerektiğinin, %50'si davranışsal bakımdan etik davranılması, %40'ı acil durum planlamalarının uygulama geçirilmesi gerektiğinin, %37'si hastane içerisinde gereken kişi ve birimlere erişim sağlamanın kolay olmasının ve son olarak %27'si bütün çalışanların dinlenmeleri adına gereken yer ve zamanın sağlanmasının gerekli olduğunu bildirmiştir (47).

2.2.5. Sağlıkta Şiddeti Önlemek İçin Alınması Gereken Önlemler

Şiddet karşısında alınacak olan önlem ve tedbirleri inceleyebilmek mümkündür. Bunlar; hastane geneliyle alakalı geniş kapsamlı önlemler ve hasta odaklı önleyici önlemlerdir. Hasta odaklı önleyici önlemler; etkili sözel ve sözel olmayan beceriler, hastaya yaklaşım sırasında stres ile başa çıkma yollarını öğrenmek, detaylı muayene etmek, detaylı öykü almak, hastayı yakından gözlemlemek şekilde sıralanabilmektedir (48);

Hasta ve hasta yakınlarına karşı açıklayıcı konuşmalar gerçekleştirmemek ya da meydana gelebilecek olan risklere ilişkin yeterli bilgilendirmede bulunmamak, şiddet riskini artıran nedenler arasında yer almaktadır. Hastane geneliyle alakalı önlemler ise; acil

panik butonları, metal detektörler ve kontrol noktaları, güvenlik kameraları, güvenli kapılar, 24 saat güvenlik sağlanması, etkili güvenlik eğitimleri verilmesi şekilde sıralanabilmektedir (49).

Sağlık Bakanlığı'nın gerçekleştirmiş olduğu düzenleme ve yeniliklerin aktif olarak uygulamaya geçirilmesi ve personellerin bu konuya ilişkin bilgilendirilmesi için 14 Mayıs 2012'de "*Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik*" dahilinde sağlık personellerinin güvenliklerine ilişkin düzenlemeler gerçekleştirmesi adına ("*Güvenlik Tedbirlerinin Artırılması, Risk Değerlendirmesi Çalışanların Eğitimi, Hasta ve Hasta Yakınlarının Bilgilendirilmesi, Çalışanların Hizmetten Çekilmesi, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimine Başvurulması, Bildirim Süreci ve Hukuki Yardım Alınması ve Beyaz Kod Uygulaması*") faaliyetler başlatmıştır (50).

2.2.6. Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ile İlgili Veriler

ICN, ILO ve DSÖ tarafınca 2002'de yayınlanmış olan ortak rapor içerisinde, sağlık personellerinin %27 ile 67'lik kısmının sözel, %10 ile 23'lük kısmının psikolojik, %3 ile 17'lik kısmının fiziksel, %0.8 ile 8'lik kısmının cinsel ve %0.8 ile 2.7'lik kısmının ise etnik şiddete maruz kaldıkları belirtilmiştir (53). Amerika Birleşik Devletleri İş gücü İstatistikleri Bürosu'nun 2020'de yayınlamış olduğu mesleki şiddet eylemleri verilerinin %48'lik kısmı sağlık alanında gözlemlenmiştir (54). İngiltere'de gerçekleştirilmiş olan bir çalışmada sağlık kuruluşlarında çalışmakta olan kişilerde şiddete maruz kalanların büyük bir kısmının kadın cinsiyetinde olduğu, %23'lük kısmının hastalar tarafınca tehdit edilmiş olduğu, %15,5'lik kısmının ise hasta yakınları tarafınca tehdit edilmiş olduğu ve fiziksel şiddet oranının %20 düzeyinde olduğu belirtilmiştir (55).

Türkiye Cumhuriyeti'nde sağlık personellerine ilişkin şiddetin önüne geçebilme kadına 2012'de "*Beyaz Kod*" birimi oluşturulmuştur. Sağlık Bakanlığı, bahsedilen birime bildirilmiş olan şiddet eylemlerini; 2015'te 8 bin 386 sözel ve 3 bin 533 fiziksel olacak şekilde toplamda 11 bin 919, 2016'da 8 bin 41 sözel ve 2 bin 730 fiziksel olacak şekilde toplamda 10 bin 771 olduğu belirtilmiştir (56).

2.2.7. Türkiye'de Sağlıkta Şiddete Yönelik Mevzuat

Türkiye Cumhuriyeti'nde sağlık personellerinin güvenliklerini sağlayabilmek ve sağlık sektöründe şiddetin önüne geçebilmek adına farklı yasal düzenleme ve çalışmalar gerçekleştirilmiştir. 2005'te Sağlık Bakanlığı tarafınca yayınlanmış olan ve sonrasında

2007 ile 2016 dönemleri arasında belirli yıllar içerisinde güncellenmiş olan “*Sağlık Kalite Standartları*” isimli rehber, sağlık personellerinin güvenliklerini sağlayabilmek ve şiddet eylemini azaltabilmek amacı ile oluşturulmuştur. Rehber içerisinde DSÖ’nün belirlemiş olduğu kalite standartlarına erişim hedefleriyle birlikte sağlık personellerinin şiddete uğradıkları durumlar söz konusu olduğunda başvurabilecek oldukları “*Beyaz Kod*” adlı uygulamaya da yer verilmiştir (57).

Sağlık çalışanlarının güvenliklerini sağlayabilmek amacı ile atılmış olan ilk adımlar arasında yer alan “*Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulanması Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ*”, 16.03.2009’da Resmi Gazete içerisinde yayınlanmıştır. Bahsedilen düzenlemeyle birlikte hastanelerin giriş ve çıkışlarının denetim altına alınması, yeterli miktarda güvenlik çalışanın bulundurulması ve güvenliği sağlamak için kameralardan yararlanması hedef olarak belirlenmiştir (58).

İçişleri Bakanlığı, 26.04.2012’de “*Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması*” isminde bir genelge yayınlamıştır. Bahsedilen genelge içerisinde sağlık çalışanlarının uğradıkları yaralanma, tehdit benzeri suç eylemlerinin işlenmesi halinde sağlık çalışanın şikayetine bakılmadan hastane polisi tarafınca gereken işlemlerin yerine getirilmesi ve soruşturmanın başlatılması gerektiği belirtilmiştir (59).

Bunun haricinde 28.04.2012’de “*Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik*” yayınlanmıştır. Bahsedilen yönetmelik içerisinde Sağlık Bakanlığı’na bağlı olan kuruluş ve kurumlarda çalışmakta olan kişilere ilişkin suç eylemleri durumunda hukuksal yardım talebi etme süreçleri değerlendirilmiştir (59).

Son olarak ise 08.04.2020’de TBMM’ye sunulmuş olan “*Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi*”yle sağlık personellerine ilişkin şiddetin önüne geçebilmek adına farklı ceza düzenlemeleri yapılmıştır. Söz konusu düzenlemeler arasında sağlık personellerine karşı işlenmiş olan suç eylemlerine verilecek olan cezaların artırılması ve şiddeti yapan kişilerin tedavi süreci içerisinde diğer bir sağlık çalışanı tarafınca değil şiddete maruz kalmış olan çalışan haricinde bir kişi tarafınca hizmet alması gibi düzenlemeler bulunmaktadır (60).

“*Çalışan Güvenliği Genelgesi*”, olaylar ile alakalı tutanak tutulması, kolluk kuvvetlerinin olaylara müdahalede bulunması ve Beyaz Kod bildirim gibi süreçleri kapsamında barındırmaktadır. Beyaz Kod birimi yirmi dört saat boyunca aralıksız hizmet sunmaktadır.

2.3. BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ

2.3.1. Başa Çıkma Stratejileri

Başa çıkma, hoş olmayan hayat durumlarına ve gündelik sorunlara bağlı zihinsel, duygusal ve fiziksel yükü azaltmaya ilişkin bir tepkidir (61). Lazarus ve Susan başa çıkma stratejilerini soruna odaklanan ve duyguya odaklanan stratejiler olmak üzere ikiye ayırmıştır (61). Subudi'ye göre başa çıkma, bireylerin zorluklarını yönetmelerine ya da bunlarla yüzleşmelerine izin veren beceri ya da yetenektir. Soruna odaklanan stratejiler ve duyguya odaklanan stratejiler olan iki temel başa çıkma yöntemi türü bulunmaktadır (62). VandenBos ise insanın kaynaklarına etki eden talepleri yönetme becerisi veya stresin davranışsal veya bilişsel stratejilerden yararlanarak etkilerinden kaynaklı meydana gelen negatif yönlü duyguları veya çatışmaları azaltmak olarak tanımlamıştır (63).

Olumlu başa çıkma, nesnel problemi çözüme kavuşturmayı amaç olarak belirleyen bir başa çıkma stratejisidir. Ayrıca sorun odaklı bir başa çıkma stratejisi olarak kabul edilmektedir. Kısa başa çıkmanın boyutları; aktif başa çıkma, araçsal desteğin kullanımı, olumlu yeniden çerçeveleme, planlama, kabul, din alt ölçeklerinden oluşmaktadır (62);

Olumsuz başa çıkmaysa, kişinin duygularına bağlı olan ve gerginliği azaltmak için durum deneyimini değiştiren uyumsuz bir başa çıkma stratejisidir. Duygu odaklı başa çıkma stratejileri olarak da kabul edilmektedir. kısa başa çıkmanın boyutları; kendi kendine dikkat dağıtma, inkar, duygusal destek kullanımı, madde kullanımı, davranışsal ayrılma, havalandırma, mizah, kendini suçlama alt ölçeklerinden oluşmaktadır (62);

Başa çıkma stratejileri, hastaların stres faktörleri ve hastalıkları ile ilişkili güçlüklerle baş etmelerine katkıda bulunabilmek adına önemli bir rol oynamaktadır. Bu sebeple, gelişmiş adaptasyon yetenekleri, sağlığın artmasına, sorun çözme düşüncesi ile hastalık kabulüne neden olabilmekte ve kişiler kendi gündelik hastalık bakımlarından sorumlu hissedebilmektedirler (64).

Stresin yarattığı sonuçları azaltabilmek adına hastalar grup danışmanlığına dahil edilmekte, problem çözme teknikleri geliştirilmektedir ve başa çıkma becerileri iyileştirilmektedir (65). Bireyler zorluk ve güçlüklerle karşılaştıkları zaman, ortaya koymuş oldukları problemlere nasıl tepki verdikleri ve bu problemler ile nasıl başa çıktıkları fikri, hastalarda daha sonraki ilerlemelerinde önemli bir etki yaratabilmektedir (65).

2.3.2. Başa Çıkma Stratejilerinin Sınıflandırılması

Başa çıkma stratejileri pozitif ve negatif stratejiler olacak şekilde de sınıflandırılabilir (66). Pozitif stratejiler, insanın kuvvetli strese neden olan duruma iyi uyum sağlamasına katkıda bulunmaktadır ve bu, aktif başa çıkma yöntemlerine benzer olarak bireye duygusal dengeyi tekrardan kazandırmaya yardımcı olmaktadır. Bu sebeple, pozitif başa çıkma, aktif başa çıkma ve sorun odaklı başa çıkma, stresörlere iyi uyum sağlamak olan aynı amaca sahiptir. Negatif başa çıkma yöntemleri, destek ya da yardım sağlanmasını içerirken, fakat sadece kısa bir süre (zamansal olarak), yani bu stratejiler sorunları kalıcı olarak çözmek için işe yaramamaktadır. Tam tersine, sonunda insanlar için problemlere neden olabilmektedir. Bu sebeple, duygusal başa çıkma yöntemleri, negatif başa çıkma yöntemleri ve pasif başa çıkma yöntemleri stratejileri, hepsinin geçici olması bakımından benzerdir (67).

Bir insanın stresli hayat olayları ile başa çıkabilmek adına başvurduğu başka başa çıkma türleri de mevcuttur (63). Bunun haricinde, insanın düşüncelerine ve stresin sebebine dikkat eden tepkiler olan katılım ile başa çıkma ve kişinin düşünce ve duygularından uzaklaşan tepkiler olan ayrılıkla başa çıkma vardır. Ayrıca bilişsel ve davranışsal başa çıkmanın yanı sıra dolaylı ve doğrudan başa çıkma da mevcuttur (68).

Sosyal destek aramak, bireylerin stresli hayat olayları ile karşı karşıya kaldıkların zaman kullanmakta oldukları, problemlerin çözüme kavuşturulmasında yardım alabilmek adına arkadaşlar gibi yakın kişilerden rahatlık ve tavsiye almayı içeren başka bir başa çıkma strateji olarak bilinmektedir. Sosyal destek arama stratejisi, problemlerle ve negatif yönlü duygularla başa çıkma konusunda olumlu bir strateji olarak kabul edilmektedir. Bilhassa bahsedilen destek soruna odaklanır ise, kişinin hem fiziksel hem de zihinsel sağlığı üzerinde yararlı bir etkiye sahip olmaktadır (69, 70).

Duygu Odaklı Başa Çıkma Stratejileri

Duygusal açıdan odaklanmış başa çıkma stratejileri, insanın yaşamındaki stresli durum ve olayların tetiklemekte olduğu duyguları yönetebilmeyi amaç olarak belirleyen beceriler olarak ifade edilmektedir (70). Duygu odaklı başa çıkma stratejileri, stres oluşturan duygu ve hisleri kademeli bir şekilde azaltmakta ve kısa süre içerisinde rahatlamaya katkıda bulunmaktadır. Bahsedilen yöntemlere örnek olarak gevşeme teknikleri, dikkat dağınıklığı ve derin nefes alma gösterilebilmektedir ve söz konusu yöntemler bir şekilde problemlere eşlik eden semptomların şiddetinin azalmasına katkı sağlamaktadır (71, 72).

Problem Odaklı Başa Çıkma Stratejileri

Aktif başa çıkma, kabul etme, planlama ve pozitif yönlü tekrardan çerçeveleme, bunların tümünün gerilimleri yönettiği bilindiği için problem odaklı ya da pozitif yönlü başa çıkma stratejileri şeklinde kabul edilmektedir. Pozitif yönlü başa çıkma stratejilerinin kullanılması, sonuç olarak psikolojik refahı artıracak olan olumlu sağlık sonuçları ile alakalıdır (62).

Değerleme Odaklı Stratejiler

Değerlendirme odaklı stratejiler, bireylerin düşünce ve görüşlerini değiştirmeye odaklanmaktadır. Bahsedilen stratejiler arasında, herkesin bildiği uyuşturucu problemini kabul etmemek gibi problemin boyutunu küçültmek ya da kabul etmemek olarak ifade edilen inkar yer almaktadır (73). Değerlendirme odaklı stratejiler, duyguya odaklanan stratejiler ve probleme odaklanan stratejiler farklıdır (68).

2.3.3. Şiddet Mağduriyeti ile Başa Çıkma

Çalışma ilanına dönüş yapmış olan katılımcı bireylerle gerçekleştirilmiş olan bir araştırmada, ilişkiyi sonlandırma kararına güvenin duygu batemelli baş etme puanıyla olumsuz, sorun temelli baş etme puanıyla olumlu korelasyona sahip olduğu tespit edilmiştir (74, 75). Bir diğer çalışmada şiddete maruz kalan kadın bireylerin söz konusu durum ile nasıl başa çıktıklarını ele almış olan bir araştırmada, şiddet mağduriyetinden sonra kaynak kullanılmasının direkt olarak değil öz savunma motivasyonunda meydana gelen yükseliş ve kaçınmacı baş etme ve TSSB puanında meydana gelen azalma aracılığı ile yordanmış olduğunu göstermiştir (76). Başka bir çalışmada ise şiddet mağduru olan kadın bireylerin öz etkinlik inançları, sosyal destek ve farkındalıklarının ilişkiyi sonlandırmaya ilişkin değişikliklere hazırlanmalarında etki sahibi olduğu tespit edilmiştir (77).

Literatür içerisinde yer alan kimi çalışma ve araştırmalar, baş etmeyi sorun veya duygu temelli boyutlarıyla değil, yaklaşma ve uzaklaşma boyutlarıyla ele alınmıştır (78) Aynı şekilde destek arayışında olan kadın bireylerle gerçekleştirilmiş olan bir araştırmada, şiddet mağduriyetinin yaklaşma baş etme puanında meydana gelen yükseliş ile artış gösterdiği, fakat uzaklaşma baş etme puanında meydana gelen yükselişle azaldığı gözlemlenmiştir (79).

Bunun haricinde şiddet mağduriyetine ilişkin failin disinhibisyonunun azalması veya çatışma eyleminin artış göstermesine neden olarak risk faktörü şeklinde

değerlendirilebilen alkol kullanım oranının bilhassa yoğun şiddet mağduriyetinin yaşanmış olduğu durumlar söz konusu olduğunda ayrıca bir kaçınma baş etme metodu olabileceği ileri sürülmüştür (80).

Nitel bir araştırmada ise şiddete maruz kalan kadın bireylerin sosyal ağlarında yer alan kişilerin söz konusu süreç içerisinde neler yaşadıkları ele alınmıştır. Bahsedilen araştırma sonucunda ulaşılan temalar da şiddete maruz kalan kadın bireylerin gayri resmi ağlarında yer alan kişilerin durumlarından haberdar olarak bir anlatı geliştirmelerinin ardından uzaklaşma veya yaklaşma olacak şekilde eyleme geçmiş olduklarına vurgu yapılmıştır (81).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın modeline, evren ve örnekleme, veri toplama araçlarına ve verilerin analizine dair genel bilgilere yer verilmiştir.

3.1. ARAŞTIRMA TİPİ

Yapılan araştırma, tek merkezli tanımlayıcı kesitsel anket çalışmasıdır.

3.2. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini İzmir ilinde görev yapan 1386 aile hekimi oluşturmaktadır. Araştırmanın çalışma grubu, amaçlı örnekleme yöntemlerinden biri olan ölçüt örnekleme ile seçilmiştir. Bir araştırmada gözlem birimleri belli niteliklere sahip kişiler, olaylar, nesneler ya da durumlardan oluşturulabilir. Bu durumda örneklem için belirlenen ölçütü karşılayan birimler (nesneler, olaylar vb.) örnekleme alınır (82). İzmir İl Sağlık Müdürlüğüne göre İzmir ilinde şu an aktif olan 375 aile sağlığı merkezinde 1386 aile hekimi görev yapmaktadır. Çalışmamızda %95 güven aralığı %5 hata payı göz önünde bulundurularak 300 kişilik bir örnekleme ulaşılmıştır. Çalışmamız 01.08.2023-01.01.2024 tarihleri arasında yapılması planlanmış ancak aile hekimlerinin çalışma yoğunluğundan dolayı verilerin toplanmasında gecikme yaşandığından 01.04.2024 tarihine kadar

sürdürülmüştür . Araştırmanın örneklemini İzmir’de görev yapan 300 aile hekimi oluşturmaktadır. İzmir ilinin tüm ilçelerinde çalışan aile hekimi sayısına göre 300 kişilik örneklem tabakalar halinde hesaplanmış ve ilçe başına çalışmaya dahil edilen aile hekimi sayısı bu hesaplama uygun olarak yapılmıştır.

Bu araştırmada ulaşılması hedeflenen İzmir ilinde görev yapan aile hekimleriyle iletişime geçilmiş, anket formu katılımcılara dağıtılarak gönüllü olanların bu formları yüz yüze doldurmaları sağlanmıştır. Katılımcıların çalışmada kullanılan anketin özgür bir ortamda, herhangi bir baskı ve engelleme ya da yönlendirmeye maruz kalmadan gönüllü olarak cevaplaması sağlanmıştır.

3.2.1 Çalışma Örneklemine Dahil Edilme Kriterleri

- İzmir ilinde Aile hekimi olarak görev yapmak
- Çalışma sorularının tamamına cevap vermiş olmak

Dahil olma kriterlerini sağlamayan hekimler çalışma dışında bırakılmıştır.

3.3. ÇALIŞMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmanın yürütülebilmesi için 19.07.2023 tarihli ve 2023/106 karar numaralı etik kurul onayı alınmıştır. Veri toplama işlemi, yazar tarafından hazırlanan anket yoluyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yürütüleceği İzmir İl Sağlık Müdürlüğü’nden çalışmaya başlanmadan önce resmi izinler alınmıştır(04.10.203 tarih ve E-36026262-619-226073709 sayı numaralı). Gerekli izinler alındıktan sonra aile hekimlerine araştırma süreci hakkında detaylı bilgi verilerek, ardından katılımcı bilgilendirme ve onay formu imzalatılmıştır. Gönüllülük esası gözetilerek araştırmaya katılım gerçekleşmiştir.

3.4. ARAŞTIRMADA VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarına dair genel bilgiler verilmiştir.

3.4.1. Anket Formu

Çalışmada yazar tarafından literatür taranması sonucunda oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Ankette katılımcıların demografik özelliklerini ve kişisel bilgilerini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. Demografik bilgilerin yanı sıra ankette şiddete

maruz kalma durumu, maruz kalınan şiddetin türü, şiddete verilen tepkiler, şiddet sonrası alınan önlemler, şiddete yönelik eğitim alma, şiddet sonrası iş doyumunda azalma ve şiddet sonrası tükenmişlik sendromuna yakalanma gibi durumlar hakkında bilgi edinmeye yönelik sorular bulunmaktadır.

3.4.1.1. Verilerin Toplanması

İzmir İlindeki aile sağlığı merkezlerinde 01.08.2023-01.04.2024 tarih aralığında aktif olarak çalışan, araştırmaya uygun kriterleri sağlayan ve onay veren aile hekimlerine anket uygulanmıştır. Örneklemin ilçelerdeki dağılımında her ilçede çalışan toplam aile hekimi sayısının ildeki toplam aile hekimliği birimine uygun temsiliyeti göz önünde bulundurulmuştur.

3.5. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmadan elde edilen verilerinin analizinde SPSS 22.0 kullanılmıştır. Araştırmada demografik bilgiler ve katılımcıların sorulara verdiği cevapların frekansı hesaplanarak tablo halinde verilmiştir. .

İlçelerin Sosyodemografik gelişmişlik düzeyleri Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı istatistiksel verilerine göre şöyledir: 1. Kademe ilçeler: Balçova, Karşıyaka, Bornova, Güzelbahçe, Konak, Çiğli, Narlıdere, Urla, Gazimir, Çeşme. 2. Kademe ilçeler: Karabağlar, Bayraklı, Buca, Aliğa, Menderes, Menemen, Foça, Torbalı, Karaburun, Selçuk, Tire, Kemalpaşa, Dikili, Seferihisar. 3. Kademe İlçeler: Ödemiş, Bergama. 4. Kademe İlçeler: Kınık, Bayındır, Beydağ. 5. Kademe İlçeler: Kiraz.

İlçeler bu bağlamda kategorilere ayrılmış ve istatistiksel analizlerde bu kategoriler kullanılmıştır.

Araştırmaya uygun parametrik veya parametrik olmayan analiz yöntemlerini belirlemek için veriler üzerinde normallik testi yapılması gerekmektedir. (89, 90). Anket verilerinin birbiri arasında karşılaştırılmasında Non-parametrik verilerin analizinde Mann Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi; Niteliksel verilerin analizinde ise Chi-square ve FisherExact testi kullanılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Tablo 3.1. Araştırmanın Normallik Analizi

	Ortalama	SS	Çarpıklık	Basıklık
Anket Formu	1,9754	0,2150	0,255	-0,412

4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde araştırmadan elde edilen bulgulara ve bu bulguların değerlendirmelerine yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Çalışma Grubuna Ait Tanımlayıcı İstatistikler

		n	%
Medeni Durum	Evli	200	66,7
	Bekar	100	33,3
Kronik Rahatsızlık	Evet	112	37,3
	Hayır	188	62,7
Meslekteki Çalışma Süresi	1 yıldan az	19	6,3
	1-5 yıl	37	12,3
	5 yıl ve daha fazla	244	81,3
Görev Yapılan Aile Sağlığı Merkezindeki Aile Hekimliği Birimi Sayısı	1	1	,3
	2	42	14,0
	3	77	25,7
	4	52	17,3
	5	35	11,7
	6	21	7,0
	7	33	11,0
	8	9	3,0
	9	19	6,3
	10	3	1,0
	11	8	2,7
Görev Yapılan İlçelerin Sosyo ekonomik Düzeyleri	1. Kademe Gelişmiş İlçeler*	96	32,0
	2. Kademe Gelişmiş İlçeler*	150	50,0
	3. Kademe Gelişmiş İlçeler*	20	6,7

4. Kademe Gelişmiş İlçeler*	17	5,7
5. Kademe Gelişmiş İlçeler*	17	5,7

*1. Kademe ilçeler: Balçova, Karşıyaka, Bornova, Güzelbahçe, Konak, Çiğli, Narlıdere, Urla, Gaziemir, Çeşme. 2. Kademe ilçeler: Karabağlar, Bayraklı, Buca, Aliğa, Menderes, Menemen, Foça, Torbalı, Karaburun, Selçuk, Tire, Kemalpaşa, Dikili, Seferihisar. 3. Kademe İlçeler: Ödemiş, Bergama. 4. Kademe İlçeler: Kınık, Bayındır, Beydağ. 5. Kademe İlçeler: Kiraz

Yapılan frekans analizi sonucunda çalışma grubuna ait tanımlayıcı istatistikler değerlendirildiğinde, katılımcılardan 200 kişi evli iken, 100 kişi ise bekar. Herhangi bir kronik rahatsızlığı olan 112 kişi bulunurken, 188 kişinin ise herhangi bir kronik hastalığı bulunmamaktadır. Meslekteki çalışma süresi 1 yıldan az olan katılımcı sayısı 19 iken, çalışma süresi 1-5 yıl aralığında olan 37 kişi ve mesleki çalışma süresi 5 yıl ve daha fazla olan ise 244 kişidir. Buna göre çalışma grubunun çoğunluğunu en az 5 yıl mesleki tecrübeye sahip aile hekimleri oluşturmaktadır. Veriler katılımcıların görev yaptıkları Aile Sağlığı Merkezi de dahil olmak üzere çalıştıkları merkezde bulunan toplam Aile Hekimliği Birimi sayısı bağlamında değerlendirildiğinde; 1 kişinin görev yaptığı merkezde 1 adet birim bulunurken, 42 kişinin 2 adet birim, 77 kişinin 3 adet birim, 52 kişinin 4 adet birim, 35 kişinin 5 adet birim, 21 kişinin 6 adet birim, 33 kişinin 7 adet birim, 9 kişinin 8 adet birim, 19 kişinin 9 adet birim, 3 kişinin 10 adet birim ve 8 kişinin görev yaptığı merkezde ise 11 adet birim bulunmaktadır. Buna göre katılımcıların çoğunluğu 3 adet Aile Hekimliği Birimi bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapmaktadır. Çalışma grubuna dahil edilen aile hekimlerinin görev yaptıkları ilçelerin sosyoekonomik düzeyleri incelendiğinde, 96 kişi 1. kademe gelişmiş ilçelerde görev yaparken, 150 kişi 2. Kademe, 20 kişi 3. kademe, 17 kişi 4. kademe ve 17 kişi ise 5. kademe gelişmiş ilçelerde çalışmaktadır. Buna göre çalışma grubuna dahil edilen aile hekimlerinin çoğunluğu 2. kademe gelişmiş ilçelerde görev yapmaktadır. Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı istatistiksel verilerine göre ilçelerin gelişmişlik kademeleri şöyledir: 1. Kademe ilçeler: Balçova, Karşıyaka, Bornova, Güzelbahçe, Konak, Çiğli, Narlıdere, Urla, Gaziemir, Çeşme. 2. Kademe ilçeler: Karabağlar, Bayraklı, Buca, Aliğa, Menderes, Menemen, Foça, Torbalı, Karaburun, Selçuk, Tire, Kemalpaşa, Dikili, Seferihisar. 3. Kademe İlçeler: Ödemiş, Bergama. 4. Kademe İlçeler: Kınık, Bayındır, Beydağ. 5. Kademe İlçeler: Kiraz.

Tablo 4.2. Aile Hekimlerinin Şiddete Uğrama Düzeylerinin ve Uğradıkları Şiddet Türleri

				n	%
Şiddete Durumu	Maruz	Kalma	Evet	250	83,3
			Hayır	50	16,7
Maruz Türleri	Kalınan	Şiddet	Sözel şiddet	186	74,4
			Fiziksel şiddet	64	25,6
			Cinsel içerikli taciz veya temas	0	0
			Sözel şiddet	247	98,8
En Sık Şiddet Türleri	Maruz	Kalınan	Fiziksel şiddet	3	1,2
			Cinsel içerikli taciz veya temas	0	0
			Bağırma	244	31,2%
Maruz İçeriği	Kalınan	Şiddet	Hakaret	237	30,3%
			Tehdit	163	20,8%
			Üzerine yürüme	70	9,0%
			Tekme	34	4,3%
			Yumruk	27	3,5%
			Bıçaklı saldırı	5	0,6%
			Silahlı saldırı	1	0,1%
			Cinsel olarak rahatsız edici söz veya davranış	1	0,1%
			Sabah	94	37,6
			Öğle	85	34,0
Şiddete Aralığı	Uğrama	Saat	Akşam	71	28,4
			Evet	199	79,6
Aile Çalışanların Şiddete Durumu	Sağlığı Son 1 Yılda	Merkezinde Maruz Kalma	Hayır	51	20,4

Şiddete maruz kalma durumu n=300

Frekans analizi yapılmıştır.

Yapılan frekans analizi sonucunda aile hekimlerinin şiddete uğrama düzeylerinin belirlenmesi ve uğradığı şiddet türlerinin belirlenmesine yönelik istatistikler değerlendirildiğinde, katılımcılardan 250 kişinin şiddete maruz kaldığı görünürken, 50 kişinin ise şiddete maruz kalmadığı görünmektedir. Maruz kalınan şiddet türleri arasından 186 kişi sözel şiddete maruz kalırken, 64 kişi fiziksel şiddete maruz kalmaktadır. Çalışmaya dahil edilen aile hekimleri arasından cinsel içerikli taciz veya temasa maruz kalan ise hiç kimse olmamıştır. Aile hekimlerinin çalıştıkları süre içerisinde en sık maruz kaldıkları şiddet türü sözel şiddettir (247 kişi). Fiziksel şiddet (3 kişi) katılımcıların en az uğradıkları şiddet türü iken, cinsel içerikli taciz veya temas ise hiç maruz kalmadıkları şiddet türüdür. Aile hekimlerinin maruz kaldıkları şiddetin içerikleri değerlendirildiğinde, katılımcılardan 244 kişi bağırma, 237 kişi hakaret, 163 kişi tehdit, 70 kişi üzerine yürüme,

34 kişi tekme, 27 kişi yumruk, 5 kişi bıçaklı saldırı, 1 kişi silahlı saldırı ve 1 kişi ise cinsel olarak rahatsız edici söz veya davranış şiddetine maruz kalmıştır. Birden fazla şiddet türü içeriğinin seçilebildiği anket verisinde katılımcıların çoğu “bağırma, hakaret, tehdit” içeriklerine birlikte maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların şiddete maruz kaldıkları saat aralığının çoğunlukla sabah (94 kişi) saatlerinde olduğu görülmektedir. Yine 85 kişi öğle saatlerinde ve 71 kişi ise akşam saatlerinde şiddete maruz kalmışlardır. Aile sağlığı merkezinde çalışanların son 1 yılda şiddete maruz kalma durumları değerlendirildiğinde, katılımcılardan 199 kişi son 1 yılda şiddete maruz kalırken, 51 kişi ise şiddete maruz kalmamıştır.

Tablo 4.3. Şiddete Maruz Kalan Aile Hekimlerine Ait Özellikler ve Şiddet Türünün Karşılaştırılması

		Sözel Şiddet	Fiziksel Şiddet	Cinsel içerikli taciz veya temas	Value	p
Medeni Durum	Evli	121	45	-	0,590	0,442
	Bekar	65	19	-		
Kronik Rahatsızlık	Evet	77	25	-	0,108	0,743
	Hayır	109	39	-		
Meslekteki Çalışma Süresi	1 yıldan az	-	-	-	2,309	0,129
	1-5 yıl	12	1	-		
	5 yıl ve daha fazla	174	63	-		
Görev Yapılan Aile Sağlık Merkezindeki Aile Hekimliği Birimi Sayısı	1	1	0	-	4,366	0,929
	2	23	11	-		
	3	28	7	-		
	4	41	11	-		
	5	26	9	-		
	6	16	5	-		
	7	23	10	-		
	8	6	3	-		
	9	13	6	-		
	10	3	0	-		
	11	6	2	-		
Görev Yapılan İlçelerin Sosyoekonomik Düzeyleri	1. kademe gelişmiş ilçeler	71	23	-	2,448	0,654
	2. kademe gelişmiş ilçeler	96	37	-		
	3. kademe	8	3	-		

gelişmiş ilçeler				
4. kademe	8	1	-	
gelişmiş ilçeler				
5. kademe	3	0	-	
gelişmiş ilçeler				

Şiddete maruz kalma durumu n=250
Ki-kare analizi yapılmıştır.

Şiddete maruz kalan aile hekimlerinin medeni durum, kronik rahatsızlık, meslekteki çalışma süresi, görev yapılan aile sağlık merkezinde bulunan aile hekimliği birimi sayısı ve görev yapılan ilçelerin sosyoekonomik düzeylerinin şiddet türlerine göre karşılaştırılmasına yönelik yapılan ki-kare testi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Buna göre elde edilen bulgulara dikkat çeken noktalardan biri şiddet türü ile ilçelerin sosyoekonomik düzeyleri arasındaki durumdur. Yani 1. kademe ve 2. kademe gelişmişlik düzeyine sahip ilçelerde sözel ve fiziksel şiddet puanlarının diğer kademelere kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Daha az gelişmiş ilçelerde şiddet yoğunluğunun daha az olduğu tespit edilmiştir. 1. kademe gelişmişlik düzeyine sahip ilçelerde 71 sözel şiddet 23 fiziksel şiddet bildirimi, 2. kademe gelişmişlik düzeyine sahip ilçelerde 96 sözel şiddet 37 fiziksel şiddet bildirimi, 3. kademe gelişmişlik düzeyine sahip ilçelerde 8 sözel şiddet 3 fiziksel şiddet bildirimi, 4. kademe gelişmişlik düzeyine sahip ilçelerde 8 sözel şiddet 1 fiziksel şiddet bildirimi yapılmıştır. 5. kademe gelişmişlik düzeyine sahip ilçelerde ise 3 sözel şiddet bildirimi yapılmış olup fiziksel şiddet bildirimi yapılmamıştır.

Tablo 4.4. Şiddete Maruz Kalan Aile Hekimlerinin Sözel Şiddete Maruz Kalma Durumunun Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

		Sözel Şiddete Maruz Kalma				
		Evet	Hayır	n	Value	p
Medeni Durum	Evli	160	6	166	0,000	0,986
	Bekar	81	3	84		
Kronik Rahatsızlık	Evet	96	6	102	2,586	0,108
	Hayır	145	3	148		
Meslekteki Çalışma	1-5 yıl	13	0	13	0,512	0,474
	5 yıl ve daha fazla	228	9	237		

Süresi						
Aile Hekimliği Birimi Sayısı	1	1	0	1	17,62	0,062
	2	34	0	34		
	3	35	0	35		
	4	46	6	52		
	5	35	0	35		
	6	19	2	21		
	7	33	0	33		
	8	9	0	9		
	9	18	1	19		
	10	3	0	3		
	11	8	0	8		
İlçelerin Sosyoekonomik Düzeyleri	1. kademe gelişmiş ilçeler	90	4	94	31,95	0,000
	2. kademe gelişmiş ilçeler	133	0	133		
	3. kademe gelişmiş ilçeler	8	3	11		
	4. kademe gelişmiş ilçeler	7	2	9		
	5. kademe gelişmiş ilçeler	3	0	3		
Son 1 Yılda Şiddete Maruz Kalma	Evet	192	7	199	0,019	0,890
	Hayır	49	2	51		
Şiddet Sonrası Öz Eleştiri Yapma	Evet	69	1	70	1,321	0,250
	Hayır	172	8	180		
Şiddetle Başa Çıkma Eğitimi Düzenlenmesi	Evet	13	0	13	0,512	0,474
	Hayır	228	9	237		
Kurum Tarafından İletişim Eğitimi Düzenlenmiş Olması	Evet	172	6	178	0,094	0,760
	Hayır	69	3	72		
Yasal Düzenlemelerin Yeterli Olduğu İnancı	Evet	40	1	41	0,190	0,663
	Hayır	201	8	209		

Şiddete maruz kalma durumu n=250

Ki-kare analizi yapılmıştır.

Katılımcıların sözel şiddete maruz kalma durumuna göre aile hekimlerinin demografik bilgilerinin, son 1 yılda şiddete maruz kalma durumu, şiddet sonrası öz eleştiri yapma, şiddetle başa çıkma eğitimi düzenlenmesi, kurum tarafından şiddetle başa çıkma eğitimi düzenlenmiş olması, kurum tarafından iletişim eğitimi düzenlenmiş olması ve yasal düzenlemelerin yeterli olduğu inancı boyutlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan ki-kare testi sonucunda yalnızca aile hekimlerinin görev yaptıkları ilçelerin sosyoekonomik düzeyleri ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Buna göre 2. kademe gelişmiş ilçelerde aile hekimlerinin sözel şiddete maruz kalma durumlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yine 1. kademe gelişmişlik düzeyine sahip ilçelerde de aile hekimlerinin sözel şiddete maruz kalma durumları yüksektir. Bu

doğrultuda az gelişmiş ilçelere kıyasla çok gelişmiş ilçelerde aile hekimlerinin sözel şiddete maruz kalma durumlarının daha yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır.

Tablo 4.5. Şiddete Maruz Kalan Aile Hekimlerinin Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumunun Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

		Fiziksel Şiddete Maruz Kalma			Value	p
		Evet	Hayır	n		
Medeni Durum	Evli	42	124	166	0,067	0,796
	Bekar	20	64	84		
Kronik Rahatsızlık	Evet	24	78	102	0,149	0,699
	Hayır	38	110	148		
Meslekteki Çalışma Süresi	1-5 yıl	1	12	13	2,152	0,142
	5 yıl ve daha fazla	61	176	237		
Aile Hekimliği Birimi Sayısı	1	1	0	1	6,369	0,783
	2	8	26	34		
	3	8	27	35		
	4	10	42	52		
	5	9	26	35		
	6	5	16	21		
	7	10	23	33		
	8	3	6	9		
	9	6	13	19		
	10	0	3	3		
	11	2	6	8		
İlçelerin Sosyoekonomik Düzeyleri	1. kademe gelişmiş ilçeler	25	69	94	4,198	0,380
	2. kademe gelişmiş ilçeler	34	99	133		
	3. kademe gelişmiş ilçeler	3	8	11		
	4. kademe gelişmiş ilçeler	0	9	9		
	5. kademe gelişmiş ilçeler	0	3	3		
Son 1 Yılda Şiddete Maruz Kalma	Evet	51	148	199	0,359	0,549
	Hayır	11	40	51		
Şiddet Sonrası Öz Eleştiri Yapma	Evet	15	55	70	0,593	0,441
	Hayır	47	133	180		
Şiddetle Başa Çıkma Eğitimi Düzenlenmesi	Evet	2	11	13	0,652	0,419
	Hayır	60	177	237		
Kurum Tarafından İletişim Eğitimi Düzenlenmiş Olması	Evet	39	139	178	2,768	0,096
	Hayır	23	49	72		
Yasal Düzenlemelerin Yeterli Olduğu İnanıcı	Evet	7	34	41	1,570	0,210
	Hayır	55	154	209		

Şiddete maruz kalma durumu n=250
Ki-kare analizi yapılmıştır.

Katılımcıların fiziksel şiddete maruz kalma durumuna göre aile hekimlerinin demografik bilgilerinin, son 1 yılda şiddete maruz kalma durumu, şiddet sonrası öz eleştiri yapma, şiddetle başa çıkma eğitimi düzenlenmesi, kurum tarafından şiddetle başa çıkma eğitimi düzenlenmiş olması, kurum tarafından iletişim eğitimi düzenlenmiş olması ve yasal düzenlemelerin yeterli olduğu inancı boyutlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan ki-kare testi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Şiddete Maruz Kalan Aile Hekimlerinin Şiddetle Başa Çıkma Yöntemleri ile Herhangi Bir Şiddete Maruz Kalma Durumunun Belirlenmesi

		Herhangi Bir Şiddete Maruz Kalma		
		Evet	Hayır	n
Şiddet Sonrası Yardım Arama	Evet	183	-	183
	Hayır	67	-	67
Şiddet Sonrası Yardım Arama Yolları	Beyaz kod verdim	80	-	80
	Polisi aradım	52	-	52
	Savcılığa başvurdum	67	-	67
	Çalışma arkadaşlarımdan yardım istedim	37	-	37
	Hastalardan yardım istedim	14	-	14
Şiddet Sonrası Beyaz Kod Verme	Evet	125	-	125
	Hayır	125	-	125
	Kovuşturmaya yer olmadığına karar verildi	25	-	25
Şiddet Sonrası Beyaz Kod Verme Sonucu	Dava süreci devam etmekte	21	-	21
	Şiddet uygulayan para cezası aldı	54	-	54
	Şiddet uygulayan hapis cezası aldı	13	-	13

	Şiddet uygulayan herhangi bir ceza almadı	14	-	14
Şiddet Sonrası Hissedilenler	Korku	163	-	163
	Kızgınlık	154	-	154
	Çaresizlik	161	-	161
	Yalnızlık	144	-	144
	Suçluluk duyma	71	-	71
	Eziklik	73	-	73
	Hiçbir şey hissetmedim	5	-	5
Şiddeti Önlemek İçin Oda Düzenleme	Evet	79	-	79
	Hayır	171	-	171
Şiddet Sonrası Öz Eleştiri Yapma	Evet	70	-	70
	Hayır	180	-	180
Şiddetle Başa Çıkma Eğitimi Düzenlenmesi	Evet	13	-	13
	Hayır	237	-	237
Şiddetle Başa Çıkma Eğitimi Alma Düşüncesi	Evet	178	-	178
	Hayır	72	-	72
Kurum Tarafından İletişim Eğitimi Düzenlenmiş Olması	Evet	69	-	69
	Hayır	181	-	181

Şiddete maruz kalma durumu n=250

Frekans analizi yapılmıştır.

Şiddete maruz kalan aile hekimlerinin şiddetle başa çıkma yöntemleri ile herhangi bir şiddete maruz kalma durumunun belirlenmesine yönelik yapılan frekans analizi değerlendirildiğinde, şiddete maruz kalma durumunda 183 kişi şiddet sonrası yardım arar iken, 67 kişi yardım aramamaktadır. Şiddet sonrası yardım arama yollarından beyaz kod veren 80 kişi, polisi arayan 52 kişi, savcılığa başvuran 67 kişi, çalışma arkadaşlarından yardım isteyen 37 kişi ve hastalardan yardım isteyen ise 14 kişidir. Yani şiddet sonrası yardım arama yolları arasında en çok beyaz kod verme ve savcılığa başvurmak tercih edilmektedir. Herhangi bir şiddete uğrayan aile hekimleri arasında 125 kişi şiddet sonrası beyaz kod verirken, 125 kişi beyaz kod vermemektedir. Beyaz kod veren aile hekimlerinin şiddet sonrası beyaz kod verme durumu şöyle sonuçlanmıştır: Kovuşturmaya yer olmadığına karar verildi (25 kişi), dava süreci devam etmekte (21 kişi), şiddet uygulayan para cezası aldı (54 kişi), şiddet uygulayan hapis cezası aldı (13 kişi), şiddet uygulayan herhangi bir ceza almadı (14 kişi). Şiddet sonrası hissedilen duygular incelendiğinde, korku hisseden 163 kişi, kızgınlık hisseden 154 kişi, çaresizlik hisseden 161 kişi, yalnızlık hisseden 144 kişi, suçluluk duyan 71 kişi, eziklik hisseden 73 kişi ve hiçbir şey hissetmeyen 5 kişidir. Şiddeti önlemek için oda düzenleyen aile hekimlerinin sayısı 79

iken, düzenlemeyenlerin sayısı ise 171'dir. Yani şiddeti önlemek adına aile hekimlerinin çoğunlukla odalarını düzenlemedikleri sonucuna ulaşılmıştır. Herhangi bir şiddete maruz kalan aile hekimlerinin şiddet sonrası öz eleştiri yapma durumları incelendiğinde, 70 kişi şiddet sonrası öz eleştiri yaparken, 180 kişi ise öz eleştiri yapmamaktadır. Şiddetle başa çıkma eğitiminin düzenlenmesini isteyen şiddete maruz kalmış aile hekimi sayısı 13 iken, eğitimin düzenlenmesini istemeyen ise 237'dir. Bu durumda şiddete maruz kalmış aile hekimlerinin şiddetle başa çıkma eğitiminin düzenlenmesini istememe durumları daha yüksektir. 178 kişi şiddetle başa çıkma eğitimi alma düşüncesinde iken, 72 kişi bu eğitimi almayı düşünmemektedir. 69 kişi kurum tarafından iletişim eğitimi düzenlenmesi gerektiğini düşünürken, 181 kişi ise bu eğitimin düzenlenmemesi gerektiğini düşünmektedir.

Tablo 4.7. Şiddete Maruz Kalan Aile Hekimlerinin Şiddetle Başa Çıkma Yöntemleri ile Sözel Şiddete Maruz Kalma Durumunun Belirlenmesi

		Sözel Şiddete Maruz Kalma		
		Evet	Hayır	n
Şiddet Sonrası Yardım Arama	Evet	177	6	183
	Hayır	64	3	67
Şiddet Sonrası Yardım Arama Yolları	Beyaz kod verdim	79	1	80
	Polisi aradım	50	2	52
	Savcılığa başvurdum	64	3	67
	Çalışma arkadaşlarımdan yardım istedim	35	2	37
	Hastalardan yardım istedim	13	1	14
Şiddet Sonrası Beyaz Kod Verme	Evet	122	3	125
	Hayır	119	6	125
Şiddeti Önlemek İçin Oda Düzenleme	Evet	77	2	79
	Hayır	164	7	171
Şiddet Sonrası Öz Eleştiri Yapma	Evet	69	1	70
	Hayır	172	8	180
Şiddetle Başa Çıkma Eğitimi Düzenlenmesi	Evet	13	0	13
	Hayır	228	9	237
Şiddetle Başa Çıkma Eğitimi Alma Düşüncesi	Evet	172	6	178
	Hayır	69	3	72
Kurum Tarafından İletişim Eğitimi Düzenlenmiş Olması	Evet	65	4	69
	Hayır	176	5	181

Şiddete maruz kalma durumu n=250

Frekans analizi yapılmıştır.

Şiddete maruz kalan aile hekimlerinin şiddetle başa çıkma yöntemleri ile sözel şiddete maruz kalma durumunun belirlenmesine yönelik yapılan frekans analizi değerlendirildiğinde, sözel şiddete maruz kalma durumunda 177 kişi şiddet sonrası yardım arar iken, 64 kişi yardım aramamaktadır. Şiddet sonrası yardım arama yollarından beyaz kod veren 79 kişi, polisi arayan 50 kişi, savcılığa başvuran 64 kişi, çalışma arkadaşlarından yardım isteyen 35 kişi ve hastalardan yardım isteyen ise 13 kişidir. Yani şiddet sonrası yardım arama yolları arasında en çok beyaz kod verme ve savcılığa başvurmak tercih edilmektedir. Sözel şiddete uğrayan aile hekimleri arasında 122 kişi şiddet sonrası beyaz kod verirken, 119 kişi beyaz kod vermemektedir. Şiddeti önlemek için oda düzenleyen aile hekimlerinin sayısı 77 iken, düzenlemeyenlerin sayısı ise 164'tür. Yani şiddeti önlemek adına aile hekimlerinin çoğunlukla odalarını düzenlemedikleri sonucuna ulaşılmıştır. Sözel şiddete maruz kalan aile hekimlerinin şiddet sonrası öz eleştiri yapma durumları incelendiğinde, 69 kişi şiddet sonrası öz eleştiri yaparken, 172 kişi ise öz eleştiri yapmamaktadır. Şiddetle başa çıkma eğitiminin düzenlenmesini isteyen şiddete maruz kalmış aile hekimi sayısı 13 iken, eğitimin düzenlenmesini istemeyen ise 228'dir. Bu durumda sözel şiddete maruz kalmış aile hekimlerinin şiddetle başa çıkma eğitiminin düzenlenmesini istememe durumları daha yüksektir. 172 kişi şiddetle başa çıkma eğitimi alma düşüncesinde iken, 69 kişi bu eğitimi almayı düşünmemektedir. 65 kişi kurum tarafından iletişim eğitimi düzenlenmesi gerektiğini düşünürken, 176 kişi ise bu eğitimin düzenlenmemesi gerektiğini düşünmektedir.

Tablo 4.8. Şiddete Maruz Kalan Aile Hekimlerinin Şiddetle Başa Çıkma Yöntemleri ile Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumunun Belirlenmesi

		Fiziksel Şiddete Maruz Kalma		
		Evet	Hayır	n
Şiddet Sonrası Yardım Arama	Evet	45	138	183
	Hayır	17	50	67
Şiddet Sonrası Yardım Arama Yolları	Beyaz kod verdim	18	62	80
	Polisi aradım	14	38	52
	Savcılığa başvurdum	16	51	67
	Çalışma arkadaşlarımdan yardım istedim	8	29	37
	Hastalardan yardım	6	8	14

	istedim			
Şiddet Sonrası Beyaz Kod Verme	Evet	29	96	125
	Hayır	33	92	125
Şiddeti Önlemek İçin Oda Düzenleme	Evet	19	60	79
	Hayır	43	128	171
Şiddet Sonrası Öz Eleştiri Yapma	Evet	15	55	70
	Hayır	47	133	180
Şiddetle Başa Çıkma Eğitimi Düzenlenmesi	Evet	2	11	13
	Hayır	60	177	237
Şiddetle Başa Çıkma Eğitimi Alma Düşüncesi	Evet	39	139	178
	Hayır	23	49	72
Kurum Tarafından İletişim Eğitimi Düzenlenmiş Olması	Evet	14	55	69
	Hayır	48	133	181

Şiddete maruz kalma durumu n=250

Frekans analizi yapılmıştır.

Şiddete maruz kalan aile hekimlerinin şiddetle başa çıkma yöntemleri ile fiziksel şiddete maruz kalma durumunun belirlenmesine yönelik yapılan frekans analizi değerlendirildiğinde, fiziksel şiddete maruz kalma durumunda 45 kişi şiddet sonrası yardım arar iken, 17 kişi yardım aramamaktadır. Fiziksel şiddet sonrası yardım arama yollarından beyaz kod veren 18 kişi, polisi arayan 14 kişi, savcılığa başvuran 16 kişi, çalışma arkadaşlarından yardım isteyen 8 kişi ve hastalardan yardım isteyen ise 6 kişidir. Yani fiziksel şiddet sonrası yardım arama yolları arasından en çok beyaz kod verme ve savcılığa başvurmak tercih edilmektedir. Fiziksel şiddete uğrayan aile hekimleri arasından 29 kişi şiddet sonrası beyaz kod verirken, 33 kişi beyaz kod vermemektedir. Şiddeti önlemek için oda düzenleyen aile hekimlerinin sayısı 19 iken, düzenlemeyenlerin sayısı ise 43'tür. Yani şiddeti önlemek adına aile hekimlerinin çoğunlukla odalarını düzenlemedikleri sonucuna ulaşılmıştır. Fiziksel şiddete maruz kalan aile hekimlerinin şiddet sonrası öz eleştiri yapma durumları incelendiğinde, 15 kişi şiddet sonrası öz eleştiri yaparken, 47 kişi ise öz eleştiri yapmamaktadır. Şiddetle başa çıkma eğitiminin düzenlenmesini isteyen fiziksel şiddete maruz kalmış aile hekimi sayısı 2 iken, eğitimin düzenlenmesini istemeyen ise 60'tır. Bu durumda fiziksel şiddete maruz kalmış aile hekimlerinin şiddetle başa çıkma eğitiminin düzenlenmesini istememe durumları daha yüksektir. 39 kişi şiddetle başa çıkma eğitimi alma düşüncesinde iken, 23 kişi bu eğitimi almayı düşünmemektedir. 14 kişi kurum tarafından iletişim eğitimi düzenlenmesi gerektiğini düşünürken, 48 kişi ise bu eğitimin düzenlenmemesi gerektiğini düşünmektedir.

Tablo 4.9. Beyaz Kod Vermiş Olan Aile Hekimlerinin Şiddet Sonrası Tükenmişlik Sendromu Yaşama Durumları

		Şiddet Sonrası Tükenmiş Hissetme			Value	p
		Evet	Hayır	n		
Beyaz Kod Verme Durumu	Evet	89	36	125	44,944	0,000
	Hayır	36	89	125		

Şiddete maruz kalma durumu n=250

Ki-kare analizi yapılmıştır.

Katılımcıların beyaz kod verme durumuna göre aile hekimlerinin şiddet sonrası tükenmişlik sendromu yaşama durumlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan ki-kare testi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Buna göre beyaz kod veren aile hekimlerinin şiddet sonrası tükenmişlik sendromu yaşama durumları daha yüksektir. Şiddet sonrası beyaz kod vermeyenlerin ise şiddet sonrası tükenmişlik sendromu yaşama durumları daha düşüktür.

Tablo 4.10. Aile Hekimlerinin Şiddet Sonrası İş Doyumunda Azalma Durumunun Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

		İş Doyumunda Azalma			Value	p
		Evet	Hayır	n		
Medeni Durum	Evli	137	29	166	0,025	0,874
	Bekar	70	14	84		
Kronik Rahatsızlık	Evet	84	18	102	0,024	0,876
	Hayır	123	25	148		
Meslekteki Çalışma Süresi	1-5 yıl	11	2	13	0,032	0,859
	5 yıl ve daha fazla	196	41	237		
Aile Hekimliği Birimi Sayısı	1	1	0	1	12,90	0,229
	2	30	4	34		
	3	26	9	35		
	4	41	11	52		
	5	30	5	35		
	6	21	0	21		
	7	24	9	33		
	8	8	1	9		
	9	15	4	19		
	10	3	0	3		
	11	8	0	8		
İlçelerin Sosyoekonomik	1. kademe gelişmiş ilçeler	82	12	94	3,379	0,496
	2. kademe gelişmiş ilçeler	107	26	133		

Düzeyleri	3. kademe gelişmiş ilçeler	8	3	11		
	4. kademe gelişmiş ilçeler	7	2	9		
	5. kademe gelişmiş ilçeler	3	0	3		
Maruz Kalınan	Sözel şiddet	146	40	186	9,457	0,002
Şiddetin Türü	Fiziksel şiddet	61	3	64		
Son 1 Yılda Şiddete Maruz Kalma	Evet	172	27	199	9,036	0,003
	Hayır	35	16	51		
Şiddet Sonrası Öz Eleştiri Yapma	Evet	47	23	70	16,73	0,000
	Hayır	160	20	180		
Şiddetle Başa Çıkma Eğitimi Düzenlenmesi	Evet	146	32	178	0,262	0,609
	Hayır	61	11	72		
Kurum Tarafından İletişim Eğitimi Düzenlenmiş Olması	Evet	58	11	69	0,106	0,745
	Hayır	149	32	181		
Yasal Düzenlemelerin Yeterli Olduğu İnancı	Evet	28	13	41	7,248	0,007
	Hayır	179	30	209		

Şiddete maruz kalma durumu n=250

Ki-kare analizi yapılmıştır.

Katılımcıların şiddet sonrası iş doyumunda azalma durumuna göre aile hekimlerinin demografik bilgilerinin, maruz kalınan şiddetin türü, son 1 yılda şiddete maruz kalma durumu, şiddet sonrası öz eleştiri yapma, şiddetle başa çıkma eğitimi düzenlenmesi, kurum tarafından şiddetle başa çıkma eğitimi düzenlenmiş olması, kurum tarafından iletişim eğitimi düzenlenmiş olması ve yasal düzenlemelerin yeterli olduğu inancı boyutlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan ki-kare testi sonucunda; maruz kalınan şiddetin türü, son 1 yılda şiddete maruz kalma durumu, şiddet sonrası öz eleştiri yapma ve yasal düzenlemelerin yeterli olduğu inancı ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Buna göre, sözel şiddete maruz kalanların iş doyumunda azalma durumu fiziksel şiddete maruz kalanlardan daha yüksektir. Son 1 yılda şiddete maruz kalan kişilerin, şiddete maruz kalmayan kişilere kıyasla iş doyumunda azalmanın daha fazla olduğu görülmektedir. Şiddet sonrası öz eleştiri yapmayan aile hekimlerinin öz eleştiri yapanlara kıyasla iş doyumunda azalmanın daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Yani şiddet sonrası öz eleştiri yapmamak iş doyumunu azaltmaktadır. Yasal düzenlemelerin yeterli olmadığını düşünen aile hekimlerinin iş doyumunda azalma durumunun yüksek olduğu görülmüştür. Yani iş doyumunda azalma meydana gelen aile hekimlerinin yasal düzenlemelerin yeterli olduğuna dair inançları yoktur.

Tablo 4.11. Aile Hekimlerinin Şiddet Sonrası Tükenmişlik Sendromuna Yakalanma Durumunun Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

		Tükenmişlik Sendromuna Yakalanma			Value	p
		Evet	Hayır	n		
Medeni Durum	Evli	93	73	166	7,172	0,007
	Bekar	32	52	84		
Kronik Rahatsızlık	Evet	54	48	102	0,596	0,440
	Hayır	71	77	148		
Meslekteki Çalışma Süresi	1-5 yıl	6	7	13	0,081	0,776
	5 yıl ve daha fazla	119	118	237		
Aile Hekimliği Birimi Sayısı	1	0	1	1	15,84	0,104
	2	18	16	34		
	3	13	22	35		
	4	21	31	52		
	5	15	20	35		
	6	13	8	21		
	7	19	14	33		
	8	7	2	9		
	9	10	9	19		
	10	3	0	3		
	11	6	2	8		
İlçelerin Sosyoekonomik Düzeyleri	1. kademe gelişmiş ilçeler	53	41	94	4,618	0,329
	2. kademe gelişmiş ilçeler	63	70	133		
	3. kademe gelişmiş ilçeler	3	8	11		
	4. kademe gelişmiş ilçeler	5	4	9		
	5. kademe gelişmiş ilçeler	1	2	3		
Maruz Kalınan Şiddetin Türü	Sözel şiddet	75	111	186	27,21	0,000
	Fiziksel şiddet	50	14	64		
Son 1 Yılda Şiddete Maruz Kalma	Evet	105	94	199	2,981	0,084
	Hayır	20	31	51		
Şiddet Sonrası Öz Eleştiri Yapma	Evet	20	50	70	17,85	0,000
	Hayır	105	75	180		
Şiddetle Başa Çıkma Eğitimi Düzenlenmesi	Evet	11	2	13	6,573	0,010
	Hayır	114	123	237		
Kurum Tarafından İletişim Eğitimi Düzenlenmiş Olması	Evet	36	33	69	0,180	0,671
	Hayır	89	92	181		
Yasal Düzenlemelerin Yeterli Olduğu İncancı	Evet	14	27	41	4,931	0,026
	Hayır	111	98	209		

Şiddete maruz kalma durumu n=250

Ki-kare analizi yapılmıştır.

Katılımcıların şiddet sonrası tükenmişlik sendromuna yakalanma durumuna göre aile hekimlerinin demografik bilgilerinin, maruz kalınan şiddetin türü, son 1 yılda şiddete maruz kalma durumu, şiddet sonrası öz eleştiri yapma, şiddetle başa çıkma eğitimi düzenlenmesi, kurum tarafından şiddetle başa çıkma eğitimi düzenlenmiş olması, kurum tarafından iletişim eğitimi düzenlenmiş olması ve yasal düzenlemelerin yeterli olduğu inancı boyutlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan ki-kare testi sonucunda; medeni durum, maruz kalınan şiddetin türü, şiddet sonrası öz eleştiri yapma, şiddetle başa çıkma eğitimi düzenlenmesi ve yasal düzenlemelerin yeterli olduğu inancı ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Buna göre, evli olan aile hekimlerinin bekar olanlara kıyasla şiddet sonrası tükenmişlik sendromuna yakalanma durumları daha yüksektir. Sözel şiddete maruz kalan aile hekimlerinin fiziksel şiddete maruz kalanlara kıyasla şiddet sonrası tükenmişlik sendromuna yakalanma durumu daha yüksektir. Şiddet sonrası öz eleştiri yapmayan aile hekimlerinin öz eleştiri yapanlara kıyasla şiddet sonrası tükenmişlik sendromuna yakalanma durumlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Yani şiddet sonrası öz eleştiri yapmamak şiddet sonrası tükenmişlik sendromuna yakalanma durumunu arttırmaktadır. Kurum tarafından şiddetle başa çıkma eğitimi düzenlenmesini istemeyen aile hekimlerinin eğitim yapılmasını isteyenlere kıyasla şiddet sonrası tükenmişlik sendromuna yakalanma durumları daha yüksektir. Yasal düzenlemelerin yeterli olmadığını düşünen aile hekimlerinin şiddet sonrası tükenmişlik sendromuna yakalanma durumlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yani şiddet sonrası tükenmişlik sendromuna yakalanan aile hekimlerinin yasal düzenlemelerin yeterli olduğuna dair inançları yoktur.

5. TARTIŞMA

Yapılan literatür taraması sonucunda İzmir'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet temalı çalışmalara rastlanmıştır. Ancak bu çalışma, İzmir'de aile hekimlerine yönelik şiddetin ölçüldüğü ilk çalışmadır. Çalışma grubuna ait tanımlayıcı istatistikler değerlendirildiğinde, mesleki çalışma süresi 5 yıl ve daha fazla olan katılımcılar çoğunluğu oluşturmakta idi. Katılımcılardan 1 kişinin görev yaptığı merkezde 1 adet birim bulunurken, 42 kişinin 2 adet birim, 77 kişinin 3 adet birim, 52 kişinin 4 adet birim, 35 kişinin 5 adet birim, 21 kişinin 6 adet birim, 33 kişinin 7 adet birim, 9 kişinin 8 adet birim, 19 kişinin 9 adet birim, 3 kişinin 10 adet birim ve 8 kişinin görev yaptığı merkezde ise 11 adet birim bulunmaktadır. Çalışma grubuna dahil edilen aile hekimlerinin görev yaptıkları ilçelerin sosyoekonomik düzeyleri incelendiğinde, 96 kişi 1. kademe gelişmiş ilçelerde görev yaparken, 150 kişi 2. Kademe, 20 kişi 3. kademe, 17 kişi 4. kademe ve 17 kişi ise 5. kademe gelişmiş ilçelerde çalışmaktadır.

Çalışmamızda katılımcılardan 250 kişi şiddete maruz kalırken, 50 kişi ise şiddete maruz kalmamıştır. Kemik ve diğerleri tarafından aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarına yönelik yapılan çalışmada, aile hekimlerinin aile sağlığı elemanlarına göre daha fazla şiddete maruz kaldığı bulunmuştur (91). Yine Çolak tarafından yapılan araştırmada aile hekimlerinin yaşam boyu şiddete uğrama sıklığı %82,2 ve son bir yıl içinde şiddete uğrama durumu %56,4 bulunmuştur (92). Vorderwülbecke ve arkadaşları tarafından Almanya'da yapılan araştırmaya göre, 2015 yılında araştırmaya katılan aile hekimleri arasından %91'i kariyeri süresince en az bir kez şiddetle karşılaşmışlardır (94). Bu durumda aile hekimlerinin sıklıkla şiddete maruz kaldıkları anlaşılmaktadır. Maruz kalınan şiddet türleri arasından 186 kişi sözel şiddet, 64 kişi ise fiziksel şiddete maruz kalmaktadır. Çalışmaya dahil edilen aile hekimleri arasından cinsel içerikli taciz veya temasa maruz kalan ise hiç kimse olmamıştır. Aile hekimlerinin çalıştıkları süre içerisinde en sık maruz kaldıkları şiddet türü sözel şiddettir. Fiziksel şiddet katılımcıların en az uğradıkları şiddet türü iken, cinsel içerikli taciz veya temas ise hiç maruz kalmadıkları şiddet türüdür. Bıçkıcı yaptığı çalışmada, şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının tamamının sözel şiddete, %7,7'sinin ise fiziksel şiddete maruz kaldığını tespit

etmiştir (83). Literatürde de sağlık çalışanlarının çoğunluğunun sözel şiddete ve bir kısmının da fiziksel şiddete maruz kaldığı bilgisi bulgularımızı destekler niteliktedir.

Araştırmamıza katılmış olan aile hekimlerinden 244 kişi bağırma, 237 kişi hakaret, 163 kişi tehdit, 70 kişi üzerine yürüme, 34 kişi tekme, 27 kişi yumruk, 5 kişi bıçaklı saldırı, 1 kişi silahlı saldırı ve 1 kişi ise cinsel olarak rahatsız edici söz veya davranış şiddetine maruz kalmıştır. Kowalenko tarafından ABD’de yapılan çalışmada, güvenlik görevlilerinin olduğu bir acil serviste görev yapan sağlık çalışanlarının %44’ünün hastanede kendini daha az güvende hissettiği ifade edilmiştir (93). Bu durumda sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin azaltılması veya engellenmesi için güvencilik kameraları, güvenli kapılar, panik alarmları, metal detektörler, koruyucu akrilik pencere gibi daha fazla önlemler alınması gerektiği söylenilebilir. Şiddet olaylarının yaşanma nedenleri arasında en fazla hasta ve hasta yakınlarının isteklerinin reddedilmesi ya da uzun bekleme süreleri yer almaktadır (92). Dolayısıyla hastanelerde veya aile sağlık merkezlerindeki bekleme sürelerinin kısa tutulması için gerekli önlemler alınabilir. Ayrıca şiddetin önlenmesi adına aile hekimleri tarafından hasta ve yakınlarının isteklerine yönelik uygun çözüm önerileri sunulabilir. Aile hekimlerinin şiddete maruz kaldıkları saat aralığının çoğunlukla sabah saatlerinde olduğu görülmüştür. Yapılan araştırmalara göre gece saatlerine kıyasla gündüz saatlerinde saldırı olaylarının daha çok olduğu bildirilmiştir (99, 100, 101). Bu durumda güvenlik önlemlerinin gündüz saatlerinde artırılması gerektiği düşünülmektedir.

Şiddete maruz kalan aile hekimlerinin medeni durum, kronik rahatsızlık, meslekteki çalışma süresi, görev yapılan aile sağlık merkezinde bulunan aile hekimliği birimi sayısı ve görev yapılan ilçelerin sosyoekonomik düzeylerinin şiddet türlerine göre karşılaştırılmasına yönelik yapılan analizlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmemiştir. Bunun yanı sıra 1. kademe ve 2. kademe gelişmiş düzeyine sahip ilçelerde sözel ve fiziksel şiddet puanlarının diğer kademelere kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Dolayısıyla daha az gelişmiş ilçelerde şiddet yoğunluğunun daha az olduğu söylenilebilir. İncelenen literatür ışığında ilçelerin gelişmişlik düzeyleri ile şiddet arasındaki ilişkiye yönelik herhangi bir veri bulunamamıştır. Bu ilişkinin incelenmesi için bu alanda gelecekte yapılacak daha detaylı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin sözel şiddete maruz kalma durumuna göre , son 1 yılda şiddete maruz kalma durumu arasında istatistiksel anlamlı farklılık sadece aile hekimlerinin görev yaptıkları ilçelerin sosyoekonomik düzeyleri söz konusu olduğunda ortaya çıkmıştır. Buna göre 2. kademe gelişmiş ilçelerde aile hekimlerinin sözel şiddete maruz kalma durumlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yine 1. kademe gelişmişlik düzeyine sahip ilçelerde de aile hekimlerinin sözel şiddete maruz kalma durumları yüksektir. Çalışmamıza göre az gelişmiş ilçelere kıyasla çok gelişmiş ilçelerde aile hekimlerinin sözel şiddete maruz kalma durumlarının daha yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır. Literatürde bu konuyla ilgili yeterli veriye rastlanamamıştır. Bu ilişkinin incelenebilmesi için bu alanda gelecekte yapılacak daha detaylı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Hıdıroğlu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının yalnızca %7'sinin şiddete maruz kaldığında nasıl davranması gerektiğine yönelik eğitim aldığı tespit edilmiştir (95). Sağlık çalışanlarının günden güne artış gösteren şiddete maruz kalma durumuna karşı alınan eğitimlerin çok az olduğu görülmektedir. Bu durumda sağlık çalışanlarının şiddetle karşılaşma durumunda ne yapmaları gerektiğine yönelik zorunlu eğitimler almaları gerektiği düşünülmektedir.

Şiddete maruz kalan aile hekimlerinin şiddetle başa çıkma yöntemleri ile herhangi bir şiddete maruz kalma durumu değerlendirildiğinde, şiddete maruz kalma durumunda 183 kişi şiddet sonrası yardım arar iken, 67 kişi yardım aramamaktadır. Şiddet sonrası yardım arama yollarından beyaz kod veren 80 kişi, polisi arayan 52 kişi, savcılığa başvuran 67 kişi, çalışma arkadaşlarından yardım isteyen 37 kişi ve hastalardan yardım isteyen ise 14 kişidir. Yani şiddet sonrası yardım arama yolları arasından en çok beyaz kod verme ve savcılığa başvurmak tercih edilmektedir. İncelenen literatüre göre sağlık hizmetlerinde şiddet vakalarına yönelik bildirimler tam olarak yapılmamaktadır (96). Bunun en önemli nedeninin sağlık çalışanlarının yasal süreçlerle uğraşmak zorunda kalmaları olduğu belirtilmiştir (97). Kanada'da yapılan bir araştırmada şiddete maruz kalanların %67'sinin uğradığı şiddeti rapor ettikleri bildirilmiştir (98). Sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddete yönelik yasal süreçlerin daha hızlı gerçekleştirilmesi sağlık çalışanlarının şiddet sonrası hakkını aramalarına ve beyaz kod vermelerine olanak sağlayabilir.

Çalışmamızda aile hekimleri arasında şiddet sonrası hissedilen duygular incelendiğinde, korku hisseden 163 kişi, kızgınlık hisseden 154 kişi, çaresizlik hisseden 161 kişi, yalnızlık hisseden 144 kişi, suçluluk duyan 71 kişi, eziklik hisseden 73 kişi ve hiçbir şey hissetmeyen 5 kişiye rastlanmıştır. İncelenen literatürde şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının şaşkınlık, korku, tükenmişlik, kızgınlık, güven kaybı, çaresizlik, kendini suçlama gibi farklı duygulara kapıldığı belirtilmiştir (103, 104, 105). Ülkemizde yapılan bir çalışmada şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının %43.5'i şiddet sonrası herhangi bir sorun belirtmez iken, %56.2'si anksiyete veya irritasyon bulguları göstermiştir ve bunların çoğunluğunun (%87.8) şiddet sonrası tedavi almadığı anlaşılmıştır (106). Şiddeti önlemek için oda düzenleyen aile hekimlerinin sayısı 79 iken, düzenlemeyenlerin sayısı ise 171'dir. Yani şiddeti önlemek adına aile hekimlerinin çoğunlukla odalarını düzenlemedikleri sonucuna ulaşılmıştır. Literatüre göre şiddeti önlemek adına oda düzenlemeye dair herhangi bir veriye ulaşılamamıştır. Herhangi bir şiddete maruz kalan aile hekimlerinin şiddet sonrası öz eleştiri yapma durumları incelendiğinde, 70 kişi şiddet sonrası öz eleştiri yaparken, 180 kişi ise öz eleştiri yapmamaktadır. Şiddet sonrası öz eleştiri yapma bulgusuna yönelik literatürde herhangi bir veri bulunamamıştır.

178 kişi şiddetle başa çıkma eğitimi alma düşüncesinde iken, 72 kişi bu eğitimi almayı düşünmemektedir. 69 kişi kurum tarafından iletişim eğitimi düzenlenmesi gerektiğini düşünürken, 181 kişi ise bu eğitimin düzenlenmemesi gerektiğini düşünmektedir. Hıdıroğlu ve ark. tarafından yapılan araştırmada, sağlık çalışanlarının sadece %7'sinin şiddete maruz kaldıklarında nasıl davranmaları gerektiği konusunda eğitim almış oldukları görülmüştür (84). Bu doğrultuda şiddetle başa çıkma eğitimi oldukça az alınmıştır ve çalışmamızda eğitim almak isteyen aile hekimlerinin sayısı ise fazladır.

Sözel şiddete maruz kalma durumunda 177 kişi şiddet sonrası yardım arar iken, 64 kişi yardım aramamaktadır. Şiddet sonrası yardım arama yollarından beyaz kod veren 79 kişi, polisi arayan 50 kişi, savcılığa başvuran 64 kişi, çalışma arkadaşlarından yardım isteyen 35 kişi ve hastalardan yardım isteyen ise 13 kişidir. Yani şiddet sonrası yardım arama yolları arasından en çok beyaz kod verme ve savcılığa başvurmak tercih edilmektedir. Sözel şiddete uğrayan aile hekimleri arasından 122 kişi şiddet sonrası beyaz kod verirken, 119 kişi beyaz kod

vermemektedir. Şiddeti önlemek için oda düzenleyen aile hekimlerinin sayısı 77 iken, düzenlemeyenlerin sayısı ise 164'tür. Yani şiddeti önlemek adına aile hekimlerinin çoğunlukla odalarını düzenlemedikleri sonucuna ulaşılmıştır. Sözel şiddete maruz kalan aile hekimlerinin şiddet sonrası öz eleştiri yapma durumları incelendiğinde, 69 kişi şiddet sonrası öz eleştiri yaparken, 172 kişi ise öz eleştiri yapmamaktadır. Şiddetle başa çıkma eğitiminin düzenlenmesini isteyen şiddete maruz kalmış aile hekimi sayısı 13 iken, eğitimin düzenlenmesini istemeyen ise 228'dir. Bu durumda sözel şiddete maruz kalmış aile hekimlerinin şiddetle başa çıkma eğitiminin düzenlenmesini istememe durumları daha yüksektir. 172 kişi şiddetle başa çıkma eğitimi alma düşüncesinde iken, 69 kişi bu eğitimi almayı düşünmemektedir. 65 kişi kurum tarafından iletişim eğitimi düzenlenmesi gerektiğini düşünürken, 176 kişi ise bu eğitimin düzenlenmemesi gerektiğini düşünmektedir. Hewitt tarafından sağlık çalışanlarının sözel ve sözel olmayan beceri eğitimi almalarının olumsuz duygusal etkiyi azalttığı belirtilmiştir (102). Dolayısıyla sağlık çalışanlarının şiddetle başa çıkma yöntemleri eğitimi almalarının fazlasıyla önemli olduğu düşünülmektedir.

Fiziksel şiddete maruz kalma durumunda 45 kişi şiddet sonrası yardım arar iken, 17 kişi yardım aramamaktadır. Fiziksel şiddet sonrası yardım arama yollarından beyaz kod veren 18 kişi, polisi arayan 14 kişi, savcılığa başvuran 16 kişi, çalışma arkadaşlarından yardım isteyen 8 kişi ve hastalardan yardım isteyen ise 6 kişidir. Yani fiziksel şiddet sonrası yardım arama yolları arasında en çok beyaz kod verme ve savcılığa başvurmak tercih edilmektedir. Fiziksel şiddete uğrayan aile hekimleri arasında 29 kişi şiddet sonrası beyaz kod verirken, 33 kişi beyaz kod vermemektedir. Çalışmamızla benzer olarak Er ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada sağlık çalışanlarının sadece %23.8'i şiddet esnasında beyaz kod vermiştir (107). Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin beyaz kod verme durumuna göre aile hekimlerinin şiddet sonrası tükenmişlik sendromu yaşama durumlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan analizde aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Buna göre beyaz kod veren aile hekimlerinin şiddet sonrası tükenmişlik sendromu yaşama durumları daha yüksektir. Şiddet sonrası beyaz kod vermeyenlerin ise şiddet sonrası tükenmişlik sendromu yaşama durumları daha düşüktür. Bu durumda beyaz kod veren aile hekimlerinin tükenmişlik

sendromuna yakalanmamaları için yasal süreçlerin hızlandırılması gerektiği düşünülmektedir. Aksi takdirde uzun vadede süregelen mahkeme süreçleri nedeniyle aile hekimlerinin tükenmişlik sendromuna yakalanma riski artabilir. Literatürü incelediğimizde aile hekimlerinin şiddet sonrası beyaz kod verme durumuyla tükenmişlik sendromuna yakalanma ilişkisi ile ilgili veriye rastlanmamıştır. Bu ilişkinin incelenebilmesi için bu alanda gelecekte yapılacak daha detaylı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Şiddeti önlemek için oda düzenleyen aile hekimlerinin sayısı 19 iken, düzenlemeyenlerin sayısı ise 43'tür. Yani şiddeti önlemek adına aile hekimlerinin çoğunlukla odalarını düzenlemedikleri sonucuna ulaşılmıştır. Ancak literatürde şiddeti önlemek adına oda düzenlemeye yönelik bir veri bulunamamıştır. Fiziksel şiddete maruz kalan aile hekimlerinden 15 kişi şiddet sonrası öz eleştiri yaparken, 47 kişi ise öz eleştiri yapmamaktadır. Şiddetle başa çıkma eğitiminin düzenlenmesini isteyen fiziksel şiddete maruz kalmış aile hekimi sayısı 2 iken, eğitimin düzenlenmesini istemeyen ise 60'tır. Bu durumda fiziksel şiddete maruz kalmış aile hekimlerinin şiddetle başa çıkma eğitiminin düzenlenmesini istememe durumları daha yüksektir. 39 kişi şiddetle başa çıkma eğitimi alma düşüncesinde iken, 23 kişi bu eğitimi almayı düşünmemektedir. 14 kişi kurum tarafından iletişim eğitimi düzenlenmesi gerektiğini düşünürken, 48 kişi ise bu eğitimin düzenlenmemesi gerektiğini düşünmektedir. Hewitt JB ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının sözel ve sözel olmayan eğitim almalarının olumsuz duygusal etkiyi azalttığı ortaya koyulmuştur (102). Bu durumda hem iletişim hem de şiddetle başa çıkma yöntemleri eğitimlerinin alınması şiddete maruz kalma durumunu azaltabilir.

Maruz kalınan şiddetin türü ile son 1 yılda şiddete maruz kalma durumu, şiddet sonrası öz eleştiri yapma ve yasal düzenlemelerin yeterli olduğu inancı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, sözel şiddete maruz kalanların iş doyumunda azalma durumu fiziksel şiddete maruz kalanlardan daha yüksektir. Son 1 yılda şiddete maruz kalan kişilerin, şiddete maruz kalmayan kişilere kıyasla iş doyumunda azalmanın daha fazla olduğu görülmektedir. İncelenen literatüre göre sağlık çalışanlarının %61.1'i en az bir kez ve %39.3'ü ise son bir yıl içinde şiddete uğramıştır (107). Dolayısıyla son bir yılda şiddete maruz

kalma bulgularının elde ettiğimiz verilerle benzerlik gösterdiği anlaşılmaktadır. Bu durum ise artan şiddet sonrasında iş doyumunda azalmanın artış göstermesine sebep olmaktadır. Şiddet sonrası öz eleştiri yapmayan aile hekimlerinin öz eleştiri yapanlara kıyasla iş doyumunda azalmanın daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Yani şiddet sonrası öz eleştiri yapmamak iş doyumunu azaltmaktadır. Yasal düzenlemelerin yeterli olmadığını düşünen aile hekimlerinin iş doyumunda azalma durumunun yüksek olduğu görülmüştür. Yani iş doyumunda azalma meydana gelen aile hekimlerinin yasal düzenlemelerin yeterli olduğuna dair inançları yoktur. Katılımcıların şiddet sonrası iş doyumunda azalma durumu ile maruz kalınan şiddetin türü, şiddetle başa çıkma eğitimi düzenlenmesi, kurum tarafından şiddetle başa çıkma eğitimi düzenlenmiş olması ve kurum tarafından iletişim eğitimi düzenlenmiş olması boyutları arasında anlamlı farklılıklar görülmemiştir. Çolak tarafından yapılmış olan çalışmada, son bir yılda işyerinde şiddete tanık olma durumunun %85,5 olduğu saptanmıştır (86). Dolayısıyla literatürde de görüldüğü üzere şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının son bir yılda şiddete maruz kalma durumunun artış göstermiş olmasının dolaylı olarak aile hekimlerinin de iş doyumlarının azalmasına neden olduğu söylenebilir. Şiddet sonrası öz eleştiri yapmayan aile hekimlerinin öz eleştiri yapanlara kıyasla iş doyumunda azalmanın daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Yani şiddet sonrası öz eleştiri yapmamak iş doyumunu azaltmaktadır. Yasal düzenlemelerin yeterli olmadığını düşünen aile hekimlerinin iş doyumunda azalma durumunun yüksek olduğu görülmüştür. Yani iş doyumunda azalma meydana gelen aile hekimlerinin yasal düzenlemelerin yeterli olduğuna dair inançları yoktur. Özcan ve Yavuz ile Kıymazaslan çalışmalarında sağlık profesyonellerine yönelik şiddet eğiliminde artış olduğunu tespit etmiş ve bu durumun kişilerin iş doyumunu olumsuz etkilediğini ortaya koymuşlardır(87,88). Dolayısıyla bu çalışmaların bulgularımızla örtüştüğü görülmektedir.

Katılımcıların şiddet sonrası tükenmişlik sendromuna yakalanma durumu ile medeni durum, maruz kalınan şiddetin türü, şiddet sonrası öz eleştiri yapma, şiddetle başa çıkma eğitimi düzenlenmesi ve yasal düzenlemelerin yeterli olduğu inancı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, evli olan aile hekimlerinin bekar olanlara kıyasla şiddet sonrası tükenmişlik sendromuna yakalanma durumları daha yüksektir. Sözel şiddete maruz kalan, şiddet

sonrası öz eleştiri yapmayan aile hekimlerinin öz eleştiri yapanlara kıyasla şiddet sonrası tükenmişlik sendromuna yakalanma durumlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Yani şiddet sonrası öz eleştiri yapmamak şiddet sonrası tükenmişlik sendromuna yakalanma durumunu arttırmaktadır. Kurum tarafından şiddetle başa çıkma eğitimi düzenlenmesini istemeyen aile hekimlerinin eğitim yapılmasını isteyenlere kıyasla şiddet sonrası tükenmişlik sendromuna yakalanma durumları daha yüksektir. Yasal düzenlemelerin yeterli olmadığını düşünen aile hekimlerinin şiddet sonrası tükenmişlik sendromuna yakalanma durumlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yani şiddet sonrası tükenmişlik sendromuna yakalanan aile hekimlerinin yasal düzenlemelerin yeterli olduğuna dair inançları yoktur. Katılımcıların şiddet sonrası tükenmişlik sendromuna yakalanma durumu ile son 1 yılda şiddete maruz kalma durumu, şiddetle başa çıkma eğitimi düzenlenmesi ve kurum tarafından iletişim eğitimi düzenlenmiş olması arasında ise anlamlı farklılıklar görülmemiştir. Şerik ve ark.'nın yaptığı çalışmada şiddetin tükenmişlik durumunu birebir etkilediği sonucuna ulaşmışlardır(85). Dolayısıyla şiddetin tükenmişlik sendromunu arttırdığına yönelik bulgularımız ile literatürün örtüştüğü görülmektedir.

6. SONUÇLAR

Son dönemlerde aile hekimlerine ilişkin şiddet davranış ve tutumları git gide artış göstermektedir. Gerçekleştirilen söz konusu şiddet davranış ve tutumları, aile hekimlerinin motivasyonları üzerinde negatif yönlü etkilere, işgücü kaybına, yaralanmalara ve can kayıplarına neden olmaktadır. Söz konusu durum sağlık alanında şiddetle alakalı bilimsel araştırmalar gerçekleştirilmesine yol açmıştır. Fakat gerçekleştirilmiş olan araştırmalar daha çok şiddetin nasıl, nerede ve kime yapılmış olduğuna odaklanmıştır. Sağlık sektöründe şiddete uğrayan kişilerin bakış açıları ile ilgili araştırmalar pek bulunmamaktadır. Bu kapsamda yapılan araştırmayla aile hekimlerinin şiddete uğrama seviyelerini ve başa çıkma yöntemlerini incelemek amaçlanmıştır. Aile hekimlerinin kendilerine ilişkin uygulanan şiddet ile başa çıkma yöntemleri geliştirmeleri, psikolojik, fiziksel ve duygusal açıdan önem arz etmektedir.

Araştırma bulguları doğrultusunda elde edilen sonuçları şu şekildedir:

- En az 1 kez şiddete maruz kalan aile hekimi katılımcıların %83,3'ünü oluştururken, hiç şiddete maruz kalmayan aile hekimi ise %16,7'dir.
- Maruz kalınan şiddet türleri arasından katılımcıların %74,4'i sözel şiddete maruz kalırken, %25,6'sı fiziksel şiddete maruz kalmaktadır.
- Katılımcıların şiddete maruz kaldıkları saat aralığının çoğunlukla sabah (94 kişi) saatlerinde olduğu görülmektedir. Yine 85 kişi öğle saatlerinde ve 71 kişi ise akşam saatlerinde şiddete maruz kalmışlardır. Aile sağlığı merkezinde çalışanların son 1 yılda şiddete maruz kalma durumları değerlendirildiğinde, katılımcılardan 199 kişi son 1 yılda şiddete maruz kalırken, 51 kişi ise şiddete maruz kalmamıştır.
- 1. kademe ve 2. kademe gelişmiş düzeyine sahip ilçelerde sözel ve fiziksel şiddet puanlarının diğer kademelere kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Daha az gelişmiş ilçelerde şiddet yoğunluğunun daha az olduğu tespit edilmiştir.
- 2. kademe gelişmiş ilçelerde aile hekimlerinin sözel şiddete maruz kalma durumlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yine 1. kademe gelişmişlik düzeyine sahip ilçelerde de aile hekimlerinin sözel şiddete maruz kalma durumları yüksektir.
- Şiddete maruz kalmış aile hekimlerinin şiddetle başa çıkma eğitiminin düzenlenmesini istememe durumları daha yüksektir. 178 kişi şiddetle başa çıkma eğitimi alma düşüncesinde iken, 72 kişi bu eğitimi almayı düşünmemektedir. 69 kişi kurum tarafından iletişim eğitimi düzenlenmesi gerektiğini düşünürken, 181 kişi ise bu eğitimin düzenlenmemesi gerektiğini düşünmektedir.
- 65 kişi kurum tarafından iletişim eğitimi düzenlenmesi gerektiğini düşünürken, 176 kişi ise bu eğitimin düzenlenmemesi gerektiğini düşünmektedir.
- Fiziksel şiddete maruz kalma durumunda 45 kişi şiddet sonrası yardım aramakta iken, 17 kişi yardım aramamaktadır. Fiziksel şiddet sonrası beyaz kod veren 18 kişi, polisi arayan 14 kişi, savcılığa başvuran 16

kişi, çalışma arkadaşlarından yardım isteyen 8 kişi ve hastalardan yardım isteyen ise 6 kişidir. Fiziksel şiddet sonrası yardım arama yolları arasından en çok beyaz kod verme ve savcılığa başvurmak tercih edilmektedir. şiddeti önlemek için odasını düzenleyen aile hekimlerinin sayısı 19 iken, düzenlemeyenlerin sayısı ise 43'tür. şiddetle başa çıkma eğitiminin düzenlenmesini isteyen fiziksel şiddete maruz kalmış aile hekimi sayısı 2 iken, eğitimin düzenlenmesini istemeyen ise 60'tır. 39 kişi şiddetle başa çıkma eğitimi alma düşüncesinde iken, 23 kişi bu eğitimi almayı düşünmemektedir. 14 kişi kurum tarafından iletişim eğitimi düzenlenmesi gerektiğini düşünürken, 48 kişi ise bu eğitimin düzenlenmemesi gerektiğini düşünmektedir.

- Beyaz kod veren aile hekimlerinin şiddet sonrası tükenmişlik sendromu yaşama durumları daha yüksektir. şiddet sonrası beyaz kod vermeyenlerin ise şiddet sonrası tükenmişlik sendromu yaşama durumları daha düşüktür.
- Sözel şiddete maruz kalanların iş doyumunda azalma durumu fiziksel şiddete maruz kalanlardan daha yüksektir. Son 1 yılda şiddete maruz kalan kişilerin, şiddete maruz kalmayan kişilere kıyasla iş doyumunda azalmanın daha fazla olduğu görülmektedir.
- Sözel şiddete maruz kalan aile hekimlerinin fiziksel şiddete maruz kalanlara kıyasla şiddet sonrası tükenmişlik sendromuna yakalanma durumu daha yüksektir. şiddet sonrası öz eleştiri yapmamak şiddet sonrası tükenmişlik sendromuna yakalanma durumunu arttırmaktadır. Kurum tarafından şiddetle başa çıkma eğitimi düzenlenmesini istemeyen aile hekimlerinin eğitim yapılmasını isteyenlere kıyasla şiddet sonrası tükenmişlik sendromuna yakalanma durumları daha yüksektir. Yasal düzenlemelerin yeterli olmadığını düşünen aile hekimlerinin şiddet sonrası tükenmişlik sendromuna yakalanma durumlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Araştırma sonucunda ortaya çıkan öneriler ř şekildedir:

- Aile hekimlerinin kendilerine uygulanan şiddet ile başa çıkma yöntemleri geliştirmeleri, psikolojik, fiziksel ve duygusal açıdan önem arz etmektedir.
- Sağlık Bakanlığının sağlık çalışanlarına yönelik şiddete ilişkin yapılandırılmış hizmet içi eğitimler vermesi şiddetten korunma ve sonrasında başa çıkma yöntemleri geliştirmesi açısından önemli katkılar sağlayabilir.
- Kamuda sağlıkta şiddetin sona ermesine yönelik sosyal kampanyalar yapılabilir.
- Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddete yönelik caydırıcı cezalar uygulanarak olası durumların önüne geçilmesi sağlanabilir.
- Sağlık çalışanlarının çalışma şartlarının iyileştirilmesi ile öfke, stres gibi olumsuz etkenlerin ortadan kaldırılması sağlanabilir.
- Sağlık hizmeti veren kurumlarda acil panik butonları, metal detektörler ve kontrol noktaları, güvenlik kameraları, güvenli kapılar, 24 saat güvenlik sağlanması gibi konularda daha detaylı çalışmalar yapılabilir.
- Hekimler ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin gerçek boyutunun belirlenebilmesi için şiddete maruz kalma sonrası oluşturulan kayıtların ilgili kurumlar tarafından vaktinde ve daha düzenli tutulması sağlanabilir.

7.KISITLILIKLAR

Çalışmamız sadece İzmir ilindeki aile hekimleri ile yürütülmüştür. Türkiye'nin diğer illerindeki aile hekimi başına düşen nüfus sayısı, sosyo kültürel ve sosyo ekonomik farklılıklardan dolayı çalışma verileri tüm ülkeyi veya geneli temsil etmemektedir.

Çalışmamızda veriler aile hekimlerinin beyanları esas alınarak toplanmıştır. Hafıza faktörü, yaşanan kötü hayat tecrübelerinin hatırlanmak istenmemesi vb. faktörlere bağlı olarak çalışma verilerinde bir taraflılık ortaya çıkmış olabilir.

Çalışmamızda tükenmişlik sendromunu ve iş doyumunda azalmayı ölçmek için ölçek kullanılamamıştır. Bunun temel sebebi aile hekimlerinin yoğun çalışma şartlarından dolayı ölçek kullanma durumunda uzun sürecek ankete zaman ayıramayacaklarının düşünülmesidir.

8. KAYNAKLAR

1. Dahlberg L. L., Etienne G. K. Violence a global public health problem. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11: 277-292.
2. Kılıç M. Sağlıkta Şiddeti Önleme Politikasının Mediko-Sosyal ve Yasal Dinamiği (Rapor). SET Vakfı İktisadi İşletmesi. 2020.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Aile Hekiminin Tanımı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/>, (Erişim Tarihi: 03.04.2024).
4. Aile Hekimliği Standart, Müfredat ve Rotasyon Belirleme Komisyonu. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Rotasyon Uygulamaları Üzerine Rapor. *Türk Aile Hek. Derg.* 2011; 15(2):88-90.
5. Whinney M. C. A Textbook of Medicine. 2. Baskı. New York: Oxford University Press. 1997; 3- 25.
6. London, M. A framework for translating workplace violence intervention research into evidence-based programs. *Online journal of issues in nursing*. 2013;18(1):1-28.
7. Mevzuat. Aile Hekimliği Kanunu. Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5258.pdf> (Erişim Tarihi: 03.04.2024), 2004.
8. Boelen C. Improving health systems: The contribution of family medicine: A guidebook. Wonca. 2002.
9. Resmi Gazete. Tababet Uzmanlık Tüzüğü. Erişim Adresi: <https://srm.metu.edu.tr/tr/system/files/tababet-uzmanlik-tuzugu.pdf>, (Erişim Tarihi: 03.04.2024), 1983.
10. Yaman H. Training in family medicine: the current state in Turkey. *Education For Primary Care* 13.3, 2002: 394-397.
11. Paycı S. Ö., Ünlüoğlu, İ. Dünya ve Türkiye’de Aile Hekimliği. TC. Sağlık Bakanlığı. Aile Doktorları İçin Kurs Notları. 1. Baskı, 2004.
12. Akyurek C. E., Mutluer E., Arslan D. T., A policy analysis study: Family medicine. *New Trends and Issues Proceedings on Humanities and Social Sciences*. 2(2), 2016: 76-83.
13. Maliye Bakanlığı. 2018 Yılı Bütçe Gerekçesi. 2017; 247-289.

14. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayın. 2017; 127-201.
15. Budak S., Psikoloji Sözlüğü. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları. 2000; 716-717.
16. Köroğlu E., Bilişsel Davranışçı Psikoterapi Temel Kavramlar. Temel Yaklaşımlar Boylam Psikiyatri Enstitüsü. Ankara: HYB Basım Yayın. 2009.
17. Mimir A., Kadının hak arama rehberi. Doğan Egmont Yayıncılık. 2017.
18. Mevzuat. Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6284.pdf>, (Erişim Tarihi: 03.04.2024), 2012.
19. Bayat A. H., Tıp Tarihi. Merkezefendi Geleneksel Tıp Derneği Yayınları. 2010.
20. Dora S. S. K., et al. Workplace violence against doctors in India: a traditional review. Cureus 12.6. 2020.
21. Polat O. Şiddet. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi. 2016; 22(1); 15-34.
22. Sartre J. P. Varlık ve Hiçlik. İthaki Yayınları. 2013.
23. Aslan A., Doğan B. Ö. Çevrimiçi şiddet: Bir siber zorbalık alanı olarak “Potinss” örneği. Marmara İletişim Dergisi. 2017; 95-119.
24. Sercan M., Oğan H. Şiddetle Başa Çıkmak Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu. İstanbul Türk Tabipleri Birliği Yayınları (4. Baskı). 2019.
25. Krug E. G., Dahlberg L. L., Mercy JA, Zwi A. B., Lozano R., World Report on Violence and Health. Geneva. World Health Organization, 2002.
26. Montaigne. Denemeler. İstanbul. Kültür Yayınları, 1999.
27. Dewey J., Okul ve Toplum. Ankara: Pegem Akademi. 3.Baskı, 2012.

28. Mevzuat. Hasta Hakları Yönetmeliği. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>, (Erişim Tarihi: 03.04.2024), 1998.
29. Nasreddine A., Violence in Healthcare Settings during the COVID-19 Pandemic: the Case of Algerian Hospitals. Health Sciences 1.1. 2020: 17.
30. TTB. Şiddetle Karşılaşan Hekimin Hukuki Açından Yapması Gerekenler. Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/kollar/_siddet/makale_goster.php?Guid=79e27d14-9baa-11e8-a344-02bcac27bd3f, (Erişim Tarihi: 03.04.2024), 2018.
31. Uğurlu H., Şantaş, F. Sağlıkta Şiddete İlişkin Bir Çalışma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2023; 26(2): 305-334.
32. Gündüz M. Hastaların Sağlıkta Şiddete Yönelik Görüşleri ile Hasta Hakları Kullanma Tutumlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi. 2019.
33. Yıldız M. S., Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Ankara İlinde Araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2019; 22(1): 135-156.
34. Çamcı O., Kutlu Y. Kocaeli’nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2011; 22(1): 9-16.
35. ICN (Uluslararası hemşireler Konseyi). Nursing Definitions, Erişim Adresi: <https://www.icn.ch/resources/nursing-definitions>. (Erişim Tarihi: 03.04.2024).
36. Özcan F., Erdiñç Y. Türkiye’de sağlık çalışanları şiddet tehdidi altında. The Journal of Turkish Family Physician. 2017; 8(3): 66-74.
37. Yeşiltaş A. Şiddet ve defansif tıp uygulamaları üzerine nitel bir çalışma. Doktora Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi. 2018.
38. Gündüz M. Hastaların Sağlıkta Şiddete Yönelik Görüşleri ile Hasta Hakları Kullanma Tutumlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi. 2019.

39. Yıldırım H. H., Sağlık İş Yerinde Şiddet. Kuramsal Bir Çerçeve. TÜSEB Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü. Ankara: TUSPE Yayınlar. 2018.
40. Demirci Ş., Uğurluoğlu Ö., Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Bir kamu hastanesi örneği. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020: 89-97.
41. İş A., Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Çözüm Önerileri. Hukusal Mücadele. Her Boyutuyla Sağlık Çalışanlarına Şiddet/Çalıştay. Ankara. 2017.
42. Sağlık-sen. Sağlık-Sen Kasım Ayı Sağlıkta Şiddet Raporu. Erişim Adresi: <https://adana.sagliksen.org.tr/haber/9483/saglik-sen-kasim-ayi-saglikta-siddet-raporu>. (Erişim Tarihi: 03.04.2024). 2020.
43. Taşhan S. T., Çelik H. Bireylerin hasta haklarını kullanma tutumlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet düşüncesiyle ilişkisinin belirlenmesi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2014; 1(2): 89-98.
44. Mevzuat, Yayın Hizmeti Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=15508&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeligi&mevzuatTertip=5>. (Erişim Tarihi: 03.04.2024). 2011.
45. TBMM. Türkiye Büyük Millet Meclisi Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. <https://www5.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem24/yil01/ss454.pdf>. (Erişim Tarihi: 03.04.2024). 2013.
46. TTB. Şiddetle Karşılaşan Hekimin Hukuki Açıdan Yapması Gerekenler. https://www.ttb.org.tr/kollar/_siddet/makale_goster.php?Guid=79e27d14-9baa-11e8-a344-02bcac27bd3f. (Erişim Tarihi: 03.04.2024). 2018.
47. Agbornu F. M. K., Isaac M. B., Adelaide M. A. O. Effects of workplace violence on the quality of care by nurses: A study of the Volta Region of Ghana. International Journal of Africa Nursing Sciences. 2022: 100421.

48. Eriksson K. I., Westrin C. G. Coercive measures in psychiatric care. Reports and reactions of patients and other people involved. *Acta Psychiatr Scand.* 1995; 92(3): 225-230.
49. Kuhn W. Violence in the emergency department. Managing aggressive patients in a highstress environment. *Postgrad Med.* 1999; 105(1):143-54.
50. Büyükbayram A., Hale O. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği.* 2013; 4(1).
51. Türkiye Büyük Millet Meclisi Araştırma Komisyonu Raporu. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi, 2013; 454.
52. Elliott P. P. Violence in health care. What nurse managers need to know. *Nurs Manage.* 1997; 28(12): 38-41.
53. Chen W. C, Hwu H. G, Kung S. M., Chiu H. J., Wang J. D. Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *J Occup Health.* 2008; 50(3): 288-93.
54. OSHA. Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers. Washington: US Department of Labor. 2004.
55. Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *J Clin Nurs.* 2004; 13(1): 3-10.
56. Takak S. Ö., Artantaş A. B. Hastalar ve yakınlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenleri konusunda görüş ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal.* 2018; 18(1): 103-16.
57. Sağlık Bakanlığı. Sks Hastane Seti. <https://sbsgm.saglik.gov.tr>. (Erişim Tarihi: 27.04.2024), 2018.
58. Resmi Gazete. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. 6 Nisan 2011. Sayı: 27897. Başbakanlık Basımevi. 2011.

59. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. 28 Nisan 2012. Sayı: 28277, Başbakanlık Basımevi, 2012.
60. TTB. Şiddetle başa çıkmak. (2. Baskı.). Türk Tabipler Birliği, 2021.
61. Lazarus R. S., Susan F. Stress, appraisal, and coping. Springer publishing company. 1984.
62. Subedi A. Coping strategies and psychological well-being among Bhutanese refugees resettled in Ottawa. Doctoral dissertation. Queen's University. Canada. 2016.
63. VandenBos G. R. APA dictionary of psychology. Vol 2. American Psychological Association. USA. 2015
64. Freeman-Hildreth Y., Aron D., Cola P. A., Wang Y. Coping with diabetes: Provider attributes that influence type 2 diabetes adherence. PloS one 14.4 (2019): e0214713.
65. Karlsen B., Idsoe T., Dirdal I., Hanestad B., Bru E. Effects of a group-based counselling programme on diabetes-related stress. coping. psychological wellbeing and metabolic control in adults with type 1 or type 2 diabetes. Patient education and counseling. 2004; 53(3): 299-308.
66. Chýlová H., Natovová L. Stress coping strategies at university studentspart I: Gender differences. Journal on Efficiency and Responsibility in Education and Science. 2012; 5(3): 135-147.
67. Korsah K. A. Coping strategies of newly diagnosed patients with type two Diabetes Mellitus at a Hospital in Ghana. Doctoral Thesis. De Montfort University.Leicester UK. 2015.
68. Skinner E. A., Edge K., Altman J., Sherwood H. Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. Psychological Bulletin. 2003; 129(2): 216.
69. Vélez C. E., Krause E. D., McKinnon A., Brunwasser S. M., Freres D. R., Abenavoli R. M., Gillham J. E. Social support seeking and early adolescent depression and anxiety symptoms: The moderating role of

- rumination. *The Journal of Early Adolescence*. 2016; 36(8): 1118-1143.
70. Ryan K. How problem focused and emotion focused coping affects college students' perceived stress and life satisfaction. Thesis, Department of Psychology. DBS School of Art. Dublin. 2013.
 71. Videbeck S. L. Psychiatric-mental health nursing. Lippincott Williams & Wilkins. China. 2011.
 72. Schoenmakers E. C., van Tilburg T. G., Fokkema T. Problem-focused and emotion-focused coping options and loneliness: how are they related?. *European Journal of Ageing*. 2015; 12(2): 153-161.
 73. Gorman L. M., Anwar R. Neeb's fundamentals of mental health nursing. FA Davis USA. 2014.
 74. Tirado-Muñoz J., Gilchrist G., Farre M., Hegart K., Torrens M. The efficacy of cognitive behavioural therapy and advocacy interventions for women who have experienced intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Annals of medicine*. 2014; 46(8): 567-586.
 75. Lerner C. F., Kennedy L. T. Stay-leave decision making in battered women: Trauma, coping and self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research*. 2000; 215-232.
 76. Swan S. C., Sullivan T. P. The resource utilization of women who use violence in intimate relationships. *Journal of Interpersonal Violence*. 2009; 24(6): 940-958.
 77. Cluss P. A., Chang J. C., Hawker L., Scholle S. H., Dado D., Buranosky, R., Goldstrohm S. The process of change for victims of intimate partner violence: support for a psychosocial readiness model. *Women's Health Issues*. 2006; 16(5): 262-274.
 78. Taft C. T., Resick P. A., Panuzio J., Vogt D. S., Mechanic M. B. Examining the correlates of engagement and disengagement coping among help-seeking battered women. *Violence and Victims*. 2007; 22(1): 3-17.

79. Iverson K. M., Litwack S. D., Pineles S. L., Suvak M. K., Vaughn R. A., Resick P. A. Predictors of intimate partner violence revictimization: The relative impact of distinct PTSD symptoms, dissociation, and coping strategies. *Journal of traumatic stress*. 2013; 26(1):102-110.
80. Riggs D. S., Caulfield M. B., Street A. E. Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of clinical psychology*. 2000; 56(10): 1289-1316.
81. Latta R. E., Goodma L. A. Intervening in partner violence against women: A grounded theory exploration of informal network members' experiences. *The Counseling Psychologist*. 2011; 39(7): 973-1023.
82. Büyüköztürk S., Kılıç Çakmak E., Akgün O. E., Karadeniz S. ve Demirel F. *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Pegem Yayıncılık. 2013.
83. Bıçkıcı F. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve neden olan faktörler: Bir devlet hastanesi örneği. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. 2013; (5)1: 43-56.
84. Hıdıroğlu S., Tanrıöver Ö., Tosun M., Turan C. A., Günaydın B. S., Eser B., Karavuş, M. Birinci basamak sağlık çalışanlarının şiddete maruziyet düzeyleri ile iş doyumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*. 2019; 10(4): 173-184.
85. Şerik B., Erdoğan N., Ekerbiçer H. Ç., Demirbaş M., İnci B. M., Bedir N., Erkorkmaz Ü. Sakaryada Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2016; 6(2).
86. Çolak M. Birinci basamakta çalışan hekimlere yönelik Şiddetin farklı boyutlarıyla değerlendirilmesi. *Uzmanlık tezi*. İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi. 2016.
87. Özcan F., Yavuz E. Türkiye’de sağlık çalışanları Şiddet tehdidi altında. *The Journal of Turkish Family Physician*. 2017; 8(3): 66-74.

88. Kıymazaslan E. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında sağlık çalışanlarına yönelik Şiddet: Tekirdağ örneği. Yüksek Lisans Tezi. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi. 2022.
89. Groeneveld R. A., Meeden G. Measuring skewness and kurtosis. Journal of the Royal Statistical Society Series D: The Statistician. 1984; 33(4): 391-399.
90. Hopkins K. D., Weeks D. L. Tests for normality and measures of skewness and kurtosis: Their place in research reporting. Educational and psychological measurement. 1990; 50(4): 717-729.
91. Kemik A, Hayran O, Akan H. Aile Hekimliği Sisteminde Çalışan Personelin şiddete Maruziyet Durumları. Sözel sunum. Kuşadası, 12. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi. 15-19 Mayıs 2013. S-063.
92. Çolak M. Birinci basamakta çalışan hekimlere yönelik Şiddetin farklı boyutlarıyla değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi. 2016.
93. Kowalenko T., et al. Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan. Annals of emergency medicine. 2005; 46(2): 142-147.
94. Vorderwülbecke F., Feistle M., Mehring M., Schneider A., Linde K., Aggression and violence against primary care physicians—a nationwide questionnaire survey. Deutsches Ärzteblatt International. 2015; 112(10): 159.
95. Terkeş N., Değirmenci K., Bedir G. (2021). Hasta/Hasta yakınları bakış açısıyla sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2021; 14(4): 328-336.
96. Yeşildal N. Sağlık hizmetlerinde iş kazaları ve şiddetin değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2005; 4(5): 280-302.
97. Akbaş M., Ayça B. O. Z., Dursun A., Çetin S., Kılıçaslan A. 112 çalışanlarının şiddete maruz kalma durumları ve şiddete yönelik tutum ve davranışları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2016; 9(3): 93-100.

98. Fernandes C, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore C, Christenson JM et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. CMAJ. 1999; 16: 161-70.
99. Öztunç G. [An examination of verbal and physical abuse incidents that nurses encounter in their work, in various hospitals in Adana]. Journal of Nursing College of Cumhuriyet University. 2001; 5(1): 1-9.
100. Kısa S. Turkish nurses' experiences of verbal abuse at work. Arch Psychiatr Nurs. 2008; 22 (4): 200-7.
101. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. [The frequency of being exposed to violence in the various health institutions and health profession groups]. Journal of Anatolian Psychiatry. 2002; 3(3): 147-54.
102. Hewitt JB, Levin PE. Violence in the workplace. Annu Rev Nurs Res. 1997; 15: 81-99.
103. Fernandes C., Bouthillette F., Raboud JM., Bullock L., Moore C., Christenson JM., et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. CMAJ. 1999; 16: 161-170.
104. Hoag-Apel CM. Violence in the emergency department. Nurs Manage 1998; 29: 60- 63.
105. Erickson L., William-Evans SA. Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. J Emerg Nurs. 2000; 26: 210-215.
106. Ayrancı U., Yenilmez C., Balci Y., Kaptanoğlu C. Identification of violence in Turkish health care settings. J Interpers Violence. 2006; 21: 276-296.
107. Er T., Ayoğlu F., Açıkgöz B. (2021). Sağlık çalışanına yönelik şiddet: Risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. Turkish Journal of Public Health. 19(1). 69-78.

9.EKLER

9.1. Anket Formu

1) Çalışmamıza katılmayı kabul ediyor musunuz?

A) Evet B) Hayır

2)Medeni durumunuz?

A) Evli B) Bekar

3)Herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı?

A) Evet B) Hayır

4)Şu an hangi ilçede aile hekimi olarak çalışmaktasınız?

5)Meslekteki çalışma süreniz?

A) 1 yıldan az B) 1-5 yıl arası C) 5 yıldan fazla

6) Çalıştığınız Aile Sağlığı Merkezinde sizin çalıştığınız birim dahil olmak üzere kaç Aile Hekimliği Birimi bulunmaktadır?.....

7)Çalıştığınız süre içinde herhangi bir şiddete uğradınız mı?

A) Evet B) Hayır

[Bu soruya cevabınız evet ise geri kalan tüm soruları cevaplayınız lütfen]

8) Aile hekimi olarak çalıştığınız süre içerisinde maruz kaldığınız hangi şiddet türleri bulunmaktadır? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

A) Sözel şiddet B) Fiziksel şiddet C) Cinsel şiddet

9)Aile hekimi olarak çalıştığınız süre içerisinde maruz kaldığınız şiddet türleri arasında en sık maruz kaldığınız hangisidir?

A) Sözel şiddet B) Fiziksel şiddet C) Cinsel şiddet

10)Maruz kaldığınız şiddet hangisini içermektedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

A) Bağırma B) Hakaret C) Tehdit D) Üzerine yürüme E) Tekme F) Yumruk
G) Bıçaklı saldırı H) Silahlı saldırı I) Cinsel olarak rahatsız edici söz veya davranış

11)Hangi saat aralığında şiddete uğradınız?

A) Sabah B) Öğle C) Akşam

12)Çalıştığınız Aile Sağlığı Merkezinde son 1 yıl içinde şiddete maruz kalan oldu mu?

A) Evet B) Hayır

13) Fiziksel şiddete uğradığınızda nasıl tepki verirsiniz? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- A) Tepki vermem
- B) Beyaz kod veririm
- C) Karşı tarafı etkisiz hale getirmeye çalışırım
- D) Aynı şekilde karşılık veririm
- E) En yakındaki kişilerden yardım isterim

14) Şiddete uğradıktan sonra herhangi bir yardım aradınız mı?

A) Evet B) Hayır

15) Cevabınız evet ise hangi yolla yardım aradınız?

- a. Beyaz kod verdim
- b. Polisi aradım
- c. Savcılığa başvurdum
- d. Çalışma arkadaşlarımdan yardım istedim
- e. Hastalardan yardım istedim
- f. Yardım aramadım

16) Şiddete uğradıktan sonra beyaz kod verdiniz mi?

A) Evet B) Hayır

17) Cevabınız evet ise nasıl sonuçlandı?

- a. Kuvuşturmaya yer olmadığına karar verildi
- b. Dava süreci devam etmekte
- c. Şiddet uygulayan para cezası aldı
- d. Şiddet uygulayan hapis cezası aldı
- e. Şiddet uygulayan herhangi bir ceza almadı
- f. Beyaz kod vermedim

18) Şiddete uğradıktan sonra iş doyumunuzda azalma meydana geldi mi?

A) Evet B) Hayır

19) Dünya sağlık örgütü tükenmişlik sendromunu için ‘Başarıyla yönetilemeyen kronik işyeri stresi’ ifadesini kullanmıştır. Şiddete maruz kaldıktan sonra tükenmişlik hissettiniz mi?

A) Evet B) Hayır

20)Gelirinizin diğer aile hekimliği yapan meslektaşlarınıza oranla nasıl değerlendirirsiniz?

A) Daha az B) Benzer C) Daha fazla

21)İşyerinde şiddeti engelleme düşüncesiyle oda düzeninizi değiştirdiniz mi?

A) Evet B) Hayır

22)Şiddete uğradıktan sonra neler hissettiniz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

A) Korku B) Kızgınlık C) Çaresizlik D) Yalnızlık E) Suçluluk duyma F) Eziklik G) Hiçbir şey hissetmedim

23)Şiddete uğradıktan sonra daha farklı bir iletişim kursaydım bu olay yaşanmazdı diye düşündünüz mü?

A) Evet B) Hayır

24)Kurumunuzdan sağlıkta şiddet ve şiddetle başa çıkma yöntemleri konusunda herhangi bir eğitim aldınız mı?

A) Evet B) Hayır

25)Kurumunuzdan hastalarla iletişim yöntemleri konusunda herhangi bir eğitim aldınız mı?

A) Evet B) Hayır

26)Mevcut yasal düzenlemelerin sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti önlemede yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

A) Evet B) Hayır

27)Gelecekte şiddetle baş etme düzeyini artırma ve etkili iletişim eğitimi almak ister miydiniz?

A) Evet B)Hayır