



TÜRKİYE CUMHURİYETİ

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTANEDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN ŞİDDETE
MARUZ KALMA DURUMLARI, İLETİŞİM VE PROBLEM
ÇÖZME BECERİLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

ÖZGÜN ERGİTÜRK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. Saime Erol

İSTANBUL-2019





TÜRKİYE CUMHURİYETİ

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTANEDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN ŞİDDETE
MARUZ KALMA DURUMLARI, İLETİŞİM VE PROBLEM
ÇÖZME BECERİLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

ÖZGÜN ERGİTÜRK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. Saime Erol

İSTANBUL-2019

I. TEZ ONAYI

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Tez Sahibi : Özgün Ergitürk
Tez Başlığı : Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin Şiddete Maruz Kalma Durumları, İletişim ve Problem Çözme Becerileri ve Etkileyen Faktörler
S. nav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Başbüyük Kampüsü
Sınav Tarihi : 10 -07-2019

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Doç.Dr. Saim Erol

Kurumu

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

İmza



Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Doç.Dr. Selda Seçginli

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Doç.Dr. Kamer Gür

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü



Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...24/07/2019 tarih ve 91 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Ayten GARGALI KELES

V.

-Sınav evrakları 3 iş günü içinde ıslak imzalı tek kopya halinde Enstitüye teslim edilmelidir.
-Bu form bilgisayar ortamında doldurulacaktır.

II. BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

18.06.2019

zgn ERGİTÜRK

III. TEŞEKKÜR

Bu çalışmamın yürütülmesi sırasında desteklerini esirgemeyen değerli hocam ve danışmanım Doç. Dr. Saime Erol'a,

Bana Halk Sağlığı Hemşireliği'ni sevdiren tüm Anabilim Dalı hocalarıma,

Yardımlı ve desteğiyle her zaman yanımda olan eşim Nagihan Ergitürk'e,

Bize neşe kaynağı olan sevgili kızım Defne Ergitürk'e

Destek ve sevgilerini hiçbir zaman esirgemeyen beni yetiştirip bugünlere gelmemi sağlayan annem Saniye Ergitürk, babam Turhan Ergitürk ve kardeşim Ulaş Ergitürk'e

Sonsuz Teşekkür Ederim.

Özgün ERGİTÜRK

Haziran 2019

IV. İÇİNDEKİLER

I.	TEZ ONAYI	I
II.	BEYAN	II
III.	TEŞEKKÜR	III
IV.	İÇİNDEKİLER	IV
V.	KISALTMALAR LİSTESİ	V
VI.	TABLolar LİSTESİ	VI
1	ÖZET	1
2	ABSTRACT	2
3	GİRİŞ VE AMAÇ	3
4	GENEL BİLGİLER	7
4.1	Şiddet	7
4.1.1	Şiddetin Tanımı	7
4.1.2	Şiddetin Tarihçesi	7
4.1.3	Şiddetin Türleri	9
4.1.4	Şiddet İle İlgili Etyolojik Yaklaşımlar	10
4.1.4.1	Biyolojik Yaklaşım	10
4.1.4.2	Davranışçı Yaklaşım	10
4.1.4.3	Psikodinamik Yaklaşım	11
4.1.4.4	Psikososyal Yaklaşım	11
4.2	İş Yerinde ve Sağlık Kurumlarında Şiddetin Tanımı	11
4.3	Sağlık Kurumlarında Şiddetin Nedenleri	12
4.3.1	Saldırganın Özellikleri	13
4.3.2	Şiddete Uğrayan Sağlık Personelinin Özellikleri	14
4.3.3	Sistem İle İlgili Sorunlar	14
4.3.4	Sosyal Nedenler	15
4.3.5	Medya Etkisi	16
4.4	İşyerinde Şiddet Çeşitleri	17
4.5	Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Personellerinin Şiddete Uğrama Sıklığı	18

4.6	Ülkemizde Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddete Karşı Çıkarılan Yasal Mevzuatlar	20
4.7	Sağlık Personellerine Yönelik Şiddeti Öneleme İş Sağlığı Hemşiresinin Rolü	22
4.8	İletişim	23
4.8.1	Sağlık Personellerinin İletişim Becerileri	23
4.9	Problem Çözme	26
4.9.1	Sağlık Personellerinin Problem Çözme Becerileri	26
4.10	Sağlık Personelinin İletişim ve Problem Çözme Becerilerini Geliştirmede İş Sağlığı Hemşiresinin Rolü	29
5	GEREÇ ve YÖNTEM	31
5.1	Araştırmanın Amacı ve Türü	31
5.2	Araştırmanın Yer ve Özellikleri	31
5.3	Araştırmanın Yapıldığı Zaman	31
5.4	Araştırmaya Alınma Kriterleri	31
5.5	Araştırmadan Çıkarılma Kriteri	31
5.6	Araştırmanın Evren ve Örneklemi	31
5.7	Veri Toplama Araçları:	32
5.7.1	Sosyodemografik Özellikleri Tanılama Formu	32
5.2.2	İletişim Becerileri Ölçeği (İBÖ)	32
5.7.3	Yetişkin Problem Çözme Ölçeği (YPÇÖ)	33
5.8	Veri Toplama Yöntemi	34
5.9	Araştırmanın Değişkenleri	34
5.10	Etik İzin	34
5.11	Verilerin Değerlendirilmesi (İstatistik)	34
5.12	Çalışmanın Güçlü Ve Zayıf Yönleri	35
6	BULGULAR	36
7	TARTIŞMA	53
8	KAYNAKLAR	61
9	EKLER	74
EK 1	Sosyodemografik Özellikleri Tanılama Formu	74
EK 2	İletişim Becerileri Ölçeği (İBÖ)	79
EK 3	Yetişkin Problem Çözme Ölçeği (YPÇÖ)	82

EK 4	Etik Kurul İzni	84
EK 5	Ölçek Kullanım İzni	85
EK 6	Bilimsel Çalışmalar Komisyonu İzni	86
10	ÖZGEÇMİŞ	87



V. KISALTMALAR LİSTESİ

APSS	Adult Problem Solving Scale
CSS	Communication Skills Scale
İBÖ	İletişim Becerileri Ölçeği
TTB	Türk Tabibler Birliği
YPÇÖ	Yetişkin Problem Çözme Ölçeği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri



VI. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Sağlık personellerinin Sosyo-demografik özellikleri (n=486)

Tablo 2. Sağlık personellerinin sağlık ve sosyal aktivite durumları (n=468)

Tablo 3. Sağlık personellerine göre çalıştıkları hastanenin fiziksel ortam ve çalışma koşulları (n=468)

Tablo 4. Sağlık personellerine göre hasta ve yakınları ile iletişim kurmayı olumsuz etkileyen çevresel faktörler (n=468)

Tablo 5. Sağlık personellerine göre hasta ve yakınları ile iletişim kurmayı olumsuz etkileyen bireysel faktörler (n=468)

Tablo 6. Sağlık personellerinin şiddet yaşama durumu (n=468)

Tablo 7. Sağlık personellerinin yaşadığı şiddet türleri (n=201)

Tablo 8. Sağlık personellerinin şiddete uğradığı ortamlar (n=201)

Tablo 9. Sağlık personellerinin şiddete uğradığı tahmini saat aralığı (n=201)

Tablo 10. Sağlık personellerinin şiddete uğradığı esnasında yaptığı iş/aktivite (n=201)

Tablo 11. Şiddete uğrayan sağlık personellerinin şiddet olayı sonrası yaşadığı fiziksel, psikolojik sorunlar ve tepkileri (n=201)

Tablo 12. Şiddete uğrayan sağlık personellerinin şiddet olayı sonrası yaşadığı düşünceler ve tutumlar (n=201)

Tablo 13. Şiddete uğrayan sağlık personellerinin olay sırasında çözüm arama durumu (n=201)

Tablo 14. Bağımsız değişkenler ile şiddet yaşama durumunun karşılaştırılması

Tablo 15. Sağlık personellerine göre hastanede verilen hizmeti olumsuz etkileyen fiziksel ortam faktörleri ile şiddet yaşama durumları

Tablo 16. Sağlık personellerine göre hastanede verilen hizmeti olumsuz etkileyen çevresel faktörlere verilen cevapları ile şiddet yaşama durumlarının karşılaştırılması

Tablo 17. Sağlık personellerinin hasta ve yakını ile iletişim kurmaya engel olan bireysel faktörlere göre şiddet yaşama durumu

Tablo 18. Sağlık personellerinin şiddet görme riski ile ilişkili değişkenler

Tablo 19. Sağlık personellerinin İletişim Becerileri Ölçeği (İBÖ) ve Yetişkin Problem Çözme Ölçeği (YPÇÖ) puan ortalamalarının dağılımı

Tablo 20. Şiddet yaşama durumuna göre problem çözme ölçeği alt boyut puan ortalamalarının dağılımı

Tablo 21. Şiddet yaşama durumuna göre iletişim becerileri ölçeği alt boyut puan ortalamalarının dağılımı



HASTANEDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN ŞİDDETE MARUZ KALMA DURUMLARI, İLETİŞİM VE PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Öğrencinin Adı: Özgün Ergitürk

Danışman: Doç. Dr. Saime Erol

Anabili Dalı: Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Araştırma, hastanede çalışan sağlık personelinin şiddete maruz kalma durumları, iletişim ve problem çözme becerileri ve şiddete maruz kalma durumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla, tanımlayıcı-ilişki arayıcı tasarımla yürütüldü.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı-ilişki arayıcı tasarımla yürütülen araştırma gerekli izinler alındıktan sonra Kasım 2017- Mart 2018 tarihleri arasında İstanbul'da iki eğitim araştırma hastanesinde çalışan gönüllü 468 sağlık çalışanıyla tamamlandı. Veriler, 37 sorudan oluşan Sosyodemografik Özellikleri Tanılama Formu, İletişim Becerileri Ölçeği (İBÖ) ve Yetişkin Problem Çözme Ölçeği (YPÇÖ) ile toplandı. Ölçek puanları ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki Kruskal Wallis Varyans analizi, Mann-Whitney U testi ile, sayımla belirtilen veriler ise Ki-Kare testi ile değerlendirildi. Değişkenlerin etki büyüklüklerini incelemek için lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular:Sağlık personellerinin %42,9'unun şiddete maruz kaldığı belirlendi. Kadınların (%82,1) erkeklerden (%17,9), acil serviste çalışanların (%44,8) diğer serviste çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı daha fazla şiddete maruz kaldığı bulundu ($p<0,05$). Çalışanlar, İletişim Becerileri Ölçeği (İBÖ) ve Yetişkin Problem Çözme Ölçeği (YPÇÖ) tüm alt boyutlarından ortalamanın üstünde puan aldılar.

Sonuç:Sağlık personelinin şiddete maruz kalma oranı yüksek bulundu. Şiddet oluşumunda yetersiz ortam koşulları, stresli çalışma ortamın, sağlık personeli başına düşen hasta sayısı, dinlenme süreleri gibi faktörlerin etkili olduğu belirlendi.

Anahtar Sözcükler:Sağlık personeli, Şiddet, İletişim becerileri, Problem çözme

STATUS OF VIOLENCE EXPOSURE OF HOSPITAL HEALTH EMPLOYEES, COMMUNICATION AND PROBLEM SOLVING SKILLS AND AFFECTING FACTORS

Student's Name: Özgün Ergitürk

Supervisor: Doç. Dr. Saime Erol

Department: Public Health Nursing, Department of Nursing, Faculty of Health Sciences

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to determine the exposure to violence, communication and problem solving skills and related factors of health personnel working in hospitals.

Material and Method: The descriptive and correlation-seeking study was carried out with 468 healthcare employees of two Education and Research Hospital located in Istanbul between November 2017 and March 2018. The data were collected with a questionnaire consisting of 37 questions, Communication Skills Scale (CSS) and Adult Problem Solving Scale (APSS). The relationship between scale scores and independent variables was evaluated by Kruskal Wallis variance analysis and Mann-Whitney U test. Data specified by census evaluated with Chi-Square test.

Results: 42.9% of health workers were exposed to violence. Women (82.1%) experienced more severe violence than men (17.9%) and those working in the emergency department (44.8%) than those working in the other service ($p < 0.05$). Employees scored above average in all sub-dimensions of the Communication Skills Scale (CSS) and Adult Problem Solving Scale (APSS). Logistic regression analysis was used to examine the effect sizes of the variables.

Conclusion: The rate of exposure of health personnel to violence was high. Factors such as inadequate environmental conditions, stressful working environment, number of patients per health personnel, resting periods were found to be effective in the formation of violence.

Key Words: Healthcare worker, Violence, Communication skills, Problem solving

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Kavramsal olarak şiddet; kendine veya başka bir bireye, grup veya topluluğa yönelik olarak yaralanmaya, ölüme, ruhsal zedelenmeye ve gelişim bozukluğuna neden olan fiziksel güç kullanımı, zorlama ya da tehdit içeren davranışlardır (Egici ve Öztürk, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre ise şiddet 'Kişinin kendisine ya da başka birine, bir gruba ya da topluma karşı fiziksel gücünü istemli olarak kullanması ya da tehdit etmesi sonucu, yaralanma, ölüm, psikolojik zarar görme ve gelişiminin olumsuz etkilenmesi ya da tükenme durumunun ortaya çıkmasıdır. Yani şiddet 'karşısındaki insana fiziksel veya ruhsal olarak istemli bir şekilde zarar vermeye yönelik yapılan davranışlardır (Krug ve ark., 2002).

Dünya çapında giderek yaygın ve endişe verici bir olgu halini alan işyerinde şiddet, önemli ve öncelikli bir halk sağlığı sorunudur. Özellikle sağlık çalışanları işyerinde şiddet konusundaki risk altındadırlar (Pınar ve Pınar, 2013). İş sağlığı ve güvenliği konusunun kapsamı önceleri çalışanların işyerinde karşılaştıkları fiziksel, biyolojik vb. tehlikeleri içermekteyken günümüzde, şiddet, taciz ve stres gibi konuları da içermektedir (Vural ve ark., 2013).

Sağlık kurumlarında şiddete maruz kalma riski diğer kurumlara göre 16 kat daha fazladır. Sağlık sektöründe şiddet çoğu zaman yalnızca fiziki yaralanmadan ibaret bir eylem olarak görülmekte, bu nedenle şiddet olaylarının kayıtlanmasında eksiklikler görülmektedir. Şiddetin tanımında yer alan tüm diğer davranışların kayıtlanması halinde bu oranın daha da yüksek olacağı düşünülmektedir (Demiroğlu ve ark., 2015).

Sağlık kurumlarında şiddetin oluşmasında bireysel, kurumsal ve toplumsal faktörler etkilidir olmaktadır. Alkol-madde kullanan hastalar, sağlık personelinin kadın olması, hasta ve sağlık personeli arasındaki iletişim problemleri, vb. etkenler bireysel faktörler arasında sayılabilir. Güvenlik yetersizliği, ekipler arası iletişim yetersizliği, fiziksel ortamın uygun olmaması vb. nedenler kurumsal faktörler arasında yer almaktadır. Suç oranlarının artması, şiddetin normalleşmesi, kişisel silahlanmanın

artması, şiddetin oluşmasına etkili olan toplumsal faktörlerdendir (Özcan ve Bilgin, 2011).

İletişim problemleri, sağlık personellerinin şiddete maruz kalmasında etkili olan en önemli nedenlerinden biri olarak görülmektedir (Çelik, 2008). Hastalar yaşadıkları hastalık sürecinin yarattığı psikolojik ve fizyolojik yıpranmışlıklardan dolayı hassastırlar, daha fazla ilgi ve destek beklemektedirler. Yaşadıkları hastalıkları, bu hastalıkların sonuçları, tedavi ve tedavinin yan etkileri, ağrı ve duygusal sıkıntılarının giderilmesi gibi konularda da bilgi ve tavsiye almak istemektedirler. Bu tür beklentilerin karşılanamaması sağlık personeli hasta ve hasta yakını arasında iletişim problemleri yaşanmasına neden olmaktadır (Karsavuran ve ark., 2011). İletişim problemi yaşayan hasta ve hasta yakınları, sağlık personelinin kendilerini anlamadığı, gereken ilgi ve özeni göstermediği ve kötü davrandığı düşüncesine sahiptir (Dağ ve Baysal, 2017). Bu nedenle hasta ve hasta yakınlarıyla doğrudan iletişim kuran, onların sorunlarına ve beklentilerine cevap veren hekim ve hemşirler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin gelişmiş olması, sözlü, sözsüz ve terapötik tüm iletişim becerilerini etkin bir şekilde kullanabilmesi gerekmektedir (Parlayan ve Dökme, 2016; Solmaz ve Duğan, 2018).

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi dinamik bir süreçtir ve sıklıkla problemlerle karşılaşmaktadır. Hekim ve hemşireler sağlık çalışanlarının en büyük grubunu oluşturduklarından dolayı karşılaşılan bu problemleri çözmek zorunda kalan grupturlar (Durmuş ve ark., 2017). Problem çözme, tepkilerin oluşumunu ve olası tepkiler arasından en uygun olanın seçimini içeren, özellikli bir problemin çözümüne yönlendirilmiş düşünme şeklidir. Ayrıca problem çözme, bilişsel becerilerin yanı sıra duyuşsal ve davranışsal özellikleri de içinde barındıran karmaşık bir süreçtir ve bireyin psikolojik uyumunu, özgüvenini, özsaygısını, iletişim becerilerini ve karar verme biçimlerini etkilemektedir (Başar ve ark., 2015). İletişim becerileri ile problem çözme becerisi birbiriyle bağlantılı kavramlardır. Problem çözmede başarıyı sağlamak için zaman, enerji, güven ve temel iletişim becerileri gereklidir (Yalçın ve ark., 2010). İyi bir iletişim, problemin çözümünde en etkili yöntemdir (Erözkan, 2009).

Hemşireler hem bireysel problemlerle başa çıkmak hem de her an stresli ve akut durumların yaşandığı, karmaşık ve hızlı değişim gerektiren bir ortam olan

hastanede başkalarının problemlerine çözüm aramak zorundadırlar. Karşılaşılan problemlerin çözümü için etkili problem çözme becerileri kullanılmalıdır. Problem çözme becerileri hemşirelik uygulamalarında hayati bir öneme sahiptir (Durmuş ve ark., 2017).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddetin önlenmesine dikkat çekmektedir. Çünkü bu durum yalnızca sağlık çalışanlarının psikolojik ve fiziksel iyilik halini olumsuz etkilememekte, aynı zamanda iş motivasyonlarını ve iş doyumlarını da bozmaktadır. Sağlık çalışanlarının şiddet maruz kalması sonucunda meslek bırakma kararı almaları, sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinin bozulmasına ve sağlık hizmetlerinin sunumuna ağır darbe vurmaktadır (Özcan ve Yavuz. 2017). Özellikle az gelişmiş ülkelerde sağlık personellerinin şiddet nedeniyle mesleği terk etmeleri, temel sağlık hizmetlerine erişimi tehdit etmektedir (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42617/1/9221134466.pdf>, Erişim Tarihi: 15Haziran 2019).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi konusunda iş yeri hemşiresine görev ve sorumluluklar düşmektedir. İş yeri hemşiresi, sağlık personelinin şiddete yaklaşım konusunda daha donanımlı hale gelmesi için şiddet kapsamına giren davranışlar, sahip oldukları yasal haklar, mevzuatlar konusunda bilgilendirmelidir. Şiddete maruz kalan sağlık personelinin erken dönemde saptanması, oluşabilecek komplikasyonların ve şiddet olayının tekrarının önlenmesi, bildirimlerinin yapılması, olayın meydana geliş nedeninin araştırılarak önlenmesi konusunda girişimlerde bulunmalıdır. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının örgütsel ve sosyal destek alması için girişimlerde bulunmalıdır (Yeşilbaş, 2016; Dursun, 2012). Şiddeti önlemeye yönelik politikalarda tüm şiddet türlerinde ‘sıfır tolerans’ ilkesiyle çalışmalı, küçük veya şüpheli olayların da rapor edilmesini sağlayarak ‘farkındalık kültürü’ oluşturulmalıdır. Çalışma ortamının fiziksel koşullarını değerlendirerek gerekli düzenlemelerin yapılmasını sağlanmalıdır (aydınlatma, güvenlik kameraları vb.) (American Association of Occupational Health Nurses, 2014).

Sağlık kurumlarında sağlık personeline uygulanan şiddetin nedenlerinin belirlenmesi, önlemeye yönelik girişimlerin ele alınmasına rehberlik edecektir. Konu hakkında araştırma yapılmasına ihtiyaç vardır. Bu araştırma, hastanede çalışan sağlık

personelinin şiddete maruz kalma durumları, iletişim ve problem çözme becerileri ile ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yürütülmüştür. Bu araştırmanın sonuçlarının, sağlık personelinin iletişim ve problem çözme becerileri ile şiddete maruz kalma arasındaki ilişkiyi göstereceği ve şiddetin önlenmesine yönelik girişimlere rehberlik edeceği düşünülmektedir.



4. GENEL BİLGİLER

4.1 Şiddet

Bu bölümde şiddetin tanımı, şiddetin tarihçesi, işyerinde ve sağlık kurumlarında şiddetin tanımı yapılacaktır.

4.1.1 Şiddetin Tanımı

Türk Dil Kurumu'na göre şiddet "Karşıt görüşte olanlara kaba kuvvet kullanma, kaba güç, duygu veya davranışta aşırılık anlamına gelmektedir (<http://www.tdk.gov.tr>, Erişim tarihi: 13 Haziran 2019).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre ise şiddet 'Kişinin kendisine ya da başka birine, bir gruba ya da topluma karşı fiziksel gücünü istemli olarak kullanması ya da tehdit etmesi sonucu, yaralanma, ölüm, psikolojik zarar görme ve gelişiminin olumsuz etkilenmesi ya da tükenme durumunun ortaya çıkmasıdır. Yani şiddet 'karşısındaki insana fiziksel veya ruhsal olarak istemli bir şekilde zarar vermeye yönelik yapılan davranışlardır (Krug ve ark., 2002).

Avrupa Komisyonu'nun şiddet ile ilgili yaptığı tanım ise, kişinin tehdit edildiği veya saldırıya uğradığı, işi ile ilgili olarak güvenliğinde, sağlığında ve iyilik halinde olumsuz değişimlere neden olan olaylardır (Soraes ve ark., 2000).

Şiddet Önleme Birliği'ne göre ise şiddetin tanımı, kasıtlı olarak fiziksel kuvvet veya güç kullanımı, tehdit veya fiili girişim; kendine, başka birine, grup ya da topluluğa karşı yapılan; yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişme bozukluğu ya da baskılama ile sonuçlanan veya sonuçlanma ihtimali yüksek olan davranışlardır (<http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/>, Erişim Tarihi 13 Haziran 2019).

4.1.2 Şiddetin Tarihçesi

Sosyal olarak toplum içinde yaşayan insanların birarada bulunmasını sağlayan dini, ahlaki ve hukuki kurallar bulunmaktadır. Şiddetin temelinde yatan saldırganlık toplumsallaşma ile öğrenilmektedir. İnsanlar arasındaki kuralların varlığına rağmen çatışma, rekabet ve bireylerin psikolojik durumları şiddetin meydana gelmesinde rol

oynamaktadır. Şiddet geçmişten günümüze farklı şekillerde ve düzeylerde devam etmektedir (Aktaş ve Uyanık, 2016).

Yaşanan en eski şiddet eyleminin Habil'in, kardeşi Kabil'i öldürmesi olduğu belirtilmektedir. Bu öldürme hikayesinin yaşandığı dönemde ciddi bir toplumsal sorun olarak görülmemiştir. Eski toplumların savaşmalarının, varlığını sürdürmek için normal bir durum olduğunu belirten yaklaşımlar bulunmaktadır. Şiddeti doğal bir dürtü olarak gören yaklaşımda (organizmacı yaklaşım), ilkel toplumların savaşçı niteliği sıkı bir şekilde ele alınır. Saldırgan davranış, en azından evrim görüşüne göre, insanların ilk maymunu ataları olan Australopithecuslardan beri insan gerçekliğinin bir parçası olmuştur. Şiddetin zaman içerisinde olgunlaşmada hiç bir değişikliğe uğramadığını ve insanlığa özgü bir tür davranışı olduğunu iddia etmektedir. İlkel toplumlarda ordu, asker gibi kurumlar yoktur. Şiddet toplumun denetimindedir. Toplum içinde şiddete müsaade edilmemektedir. Devletli toplumlarda ise şiddet bir araç olarak ortaya koyulmuş ve devletin meşru gücü halini almıştır (Güleç ve ark., 2012).

Şiddetin tarihsel gelişimine bakıldığında kadına yönelik şiddet de dikkat çekmektedir. Arkeologlar kadınlara yönelik şiddet olgularının 3000 yıl öncesine dayandığını belirlemişlerdir. Bulgularda erkek mumyaların kemiklerinde %9-20 kırığa rastlanırken, kadın mumyalarda bu oranın %30-50 olduğunu görülmüştür. Eski Roma yazıtlarında da erkeklerin belirli koşullarda eşlerini cezalandırma amacıyla şiddete başvurmak, öldürmek ve cezalandırmak gibi haklarının olduğu yazmaktadır (Dişsiz ve Şahin 2008).

Eski Roma'da erkeklerin eşlerini dövmesi, zina vb. durumlarda öldürmesi normal karşılanmaktaydı. 1700'lü yıllara gelindiğinde İngiltere'de mevcut yasalar erkeklerin eşlerini cezalandırmasına olanak sağlıyordu. Aynı şekilde bu yasaların 19. Yüzyılda Amerika'da da uygulanmıştır. Kadının eşitsizliği, mal olarak satılması, erkeğin baskın olarak kabul edilmesi, ikinci sınıf insan olarak görülmesi ile erkeğin bağımlılığı sağlanmış ve 1960'lı yıllara kadar kadına şiddet göz ardı edilmiştir (Altıntaş, 2006).

Yakın tarihte şiddet kavramının terminolojisini oluşturmaya, şiddetin çeşitlerini ayırmaya dair ihtiyaçların artması ile yalnızca şiddetin sayısı değil, çeşitleri ve etkilerinin de araştırılmasına hız verilmiştir (Altıntaş, 2006).

4.1.3 Şiddetin Türleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) genel şiddet tanımını 3 başlık altında belirtmiştir. Bunlar kendine yönelik şiddet, kişilerarası şiddet ve kollektif şiddettir.

- 1) **Kendine yönelik şiddet:** Failin ve mağdurun aynı kişi olduğu, kendi kendine istismar ve intiharın görüldüğü şiddettir.
- 2) **Kişilerarası şiddet:** Bireyler arasındaki şiddeti ifade eder. Aile, yakın eş-arkadaş ve topluma karşı yapılan şiddeti kapsar. Eş-yakın arkadaş veya yaşlıya karşı yapılan şiddet, yabancılara karşı şiddet ve iş yerlerinde şiddet bu gruba girer.
- 3) **Kollektif şiddet:** Toplu şiddeti ya da daha büyük birey grupları tarafından işlenen şiddeti ifade eder, sosyal, politik ve ekonomik şiddete bölünebilir (<https://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/>, Erişim Tarihi: 04 Temmuz 2019).

Şiddetin oluş şekline göre, şiddet fiziksel ve psikolojik olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir.

- 1) **Fiziksel şiddet:** Bir kişiye veya gruba, fiziksel, cinsel ya da psikolojik zarara verecek şekilde fiziksel kuvvet uygulanmasıdır. Bu şiddet türü, vurma, tekmeleme, tokatlama, çekme, itme, ısırma, sıkımayı kapsar. (<https://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/>, Erişim Tarihi: 04 Temmuz 2019).
- 2) **Psikolojik şiddet:** Fiziksel güç kullanılabileceği hissettirilerek korkutmak (tehdit) da dahil, bir kişi veya grup üzerinde onların fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki veya sosyal gelişimine zarar verebilecek şekilde kasıtlı baskı oluşturmaktır. Bu şiddet türü, sözel şiddet, mobbing / yıldırma, cinsel taciz ve tehdit'i kapsar (Pınar ve Pınar, 2013).
 - a) Sözel şiddet: Bireyi küçük düşüren, aşağılayan veya bireyin itibar ve değerine saygı duyulmadığını gösteren sözlü ifadelerdir.
 - b) Mobbing/Yıldırma: Bireyi, acımasızca ve kötü niyetli bir şekilde küçük düşürmek aşağılamak için yapılan, tekrarlı ve uzun süreli eylemlerdir.
 - c) Cinsel Taciz: Cinsel amaçla ilgili kişinin rahatsız edilmesidir. Mağdurun korkmasına, aşağılanmasına ve utanmasına, kendini rencide olmuş hissetmesine neden olan, cinsel içerikli sözler, müstehcen görseller, cinsel

ilişki talepleri ve benzer nitelikte davranışlar cinsel taciz olarak sayılabilir (Kolburan ve Demir, 2018).

4.1.4 Şiddet İle İlgili Etyolojik Yaklaşımlar

Şiddet ile ilgili etyolojik yaklaşımlarda temel soru şiddetin yaşamın veya insan türünün zorunlu bir parçası olup olmadığı sorusudur. Bu soru insanın kötü olmasına dair içsel yönü ile ilgili savlar öne sürülmesine neden olmaktadır. Şiddetin temenlinde yaşam mücadelesi, nefis, iktidar istenci, egemenlik-başatlık arayışı, ölüm dürtüsü (yıkıcılık-sinizm) olduğu gibi savlar öne sürülmüştür. Bu savları öne süren yazarlar doğal denge, yaşama güdüsü/dürtüsü, rekabet, irade, güç, egemenlik arayışı gibi kavramların altında şiddeti, sanki doğal ve zorunlu bir durum olarak kabul etmişlerdir. Ancak şiddetin zorunlu olup olmadığı konusunda yeterince açıklayıcı olamamış, yırtıcılık, doğada hayatta kalma ve irade istencinin yeterince açıklayıcı olmadığı şeklinde eleştirilmişlerdir. Bu eleştirilerin devamında, insanın haydut genlere sahip olup, nedensiz de saldırganlaşabilen, bunun için bir duygu veya vicdan azabı çekmeyen, hiçbir zaman da çaresi olmayacak doğal bir canavarlığa da sahip olması sonucu çıkmasının doğru olmayacağı da öne sürülmektedir (Güleç ve ark., 2012).

4.1.4.1 Biyolojik Yaklaşım

Biyolojik yaklaşıma göre şiddet davranışının temelinde genelde beyin işleyişine bağlı olarak kimyasal ve hormonal etkileşimleri görmektedir. Bu çerçevede biyoloji disiplini şiddet tutumlarını; diet, alerjiler, hormonal düzensizlikler, testosteron gibi bio-kimyasal faktörler, beyin bozuklukları ve tümör gibi nöropsikolojik faktörler ile XYY sendromu gibi genetiksel faktörler üzerinden analiz etmektedir. Ayı zamanda erkek cinsiyet, madde kullanımı ile birlikte ruhsal bozuklukların da şiddetin ortaya çıkmasını arttırdığı saptanmıştır (Kızmaz, 2006; Eronen ve ark., 1998).

4.1.4.2 Davranışçı Yaklaşım

Davranışçı yaklaşıma göre kızgınlık ve saldırganlık tepkileri, ortaya çıkarıcı nedene ikincil olarak ortaya çıkmaktadır. Saldırgan davranışın cinsi, şiddeti, tekrarlama özelliği ve kendi aralarındaki ilişki önemsenmektedir. Şiddetin özellikle saldırganlık yönünün anlaşılmasında antropoloji temel rollerden birini oynamaktadır.

Toplumsal etkileşimin dışında insan doğasının şiddetle ilişkisi burada temel etmen olarak rol oynamaktadır (Güleç ve ark., 2012).

4.1.4.3 Psikodinamik Yaklaşım

Kernberg saldırganlığın bir doyum aracı olduğunu ortaya koymuştur. Bu görüşe göre insan hem kötü nesneyi yok ederek ondan kurtulur, hem de iyi nesne ile ilişkisini devam ettirir. Klein ise çocukluktan itibaren ölüm duygusunun göz ardı edildiğini ve bu duygu yerine dış nesnelere odaklanıldığını ve sadist düşüncelerin başladığını ifade eder. Bu davranışlar sonucunda saldırganlık doğmuştur (Gençtan E, 1997).

4.1.4.4 Psikososyal Yaklaşım

Küçük yaşta fiziksel ya da cinsel istismara kullanılmış olanlarda, çocukluğunda aile içi şiddet olayları yaşayanlarda, erken ebeveyn kayıp yaşayanlarda şiddet davranışının arttığı artmaktadır. Temel gereksinimlerin karşılanmaması, yalnız yaşama, aile içi sorunların bulunması, alkol-madde kullanma sorunu, düşük sosyo-ekonomik/kültürel durum ve özellikle işsizlik bozulmuş sosyal kontrol ile ilişkilendirilmektedir. Ekonomik durumdan bağımsız olarak, ağır yoksulluğun ve aile içi sorun varlığının şiddet ile ilişkisi bulunmaktadır. Bireylerin, grup içinde ya da çete içindeki davranışlarında, bireyselliğin bastırılıp daha saldırganlaştığı bilinmektedir. Çete alt kültürü, madde kullanımını arttırması dışında artmış şiddet davranışına ve silah kullanımına da neden olmaktadır (Güleç ve ark., 2012).

4.2 İş Yerinde ve Sağlık Kurumlarında Şiddetin Tanımı

İş yerinde şiddet kavramı, kişinin çalışma esnasında başka bir kişi veya kişiler tarafından sözel veya fiziksel olarak istismar edilmesi ya da saldırıya uğraması şeklinde tanımlanmaktadır (Yavuz, 2014). Avrupa Komisyonu iş yerinde şiddeti; çalışanın işe giriş ve işten ayrılma süreçleri de dahil olmak üzere, çalışmaları ile ilgili nedenlerden dolayı güvenlik, sağlığını vb. konularda kendilerine açık veya örtülü şekilde meydan okuma içeren davranışların tümü olarak tanımlamıştır (Milczarek, 2010). Başka bir çalışmada ise iş yerinde şiddet; çalışan kişinin işi ile ilgili bir durum sırasında kişi veya kişiler tarafından saldırıya uğradığı veya istismar edildiği olaylar olarak tanımlanmıştır (Ayrancı ve ark., 2002). Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD)

iş sağlığı dokümanlarına göre iş yerinde şiddet ise genel olarak, personelin üretim performansını ve güvenliklerini negatif düzeyde etkileyen iş yada iş çevresini kapsayan diğer sorunlar olarak tanımlanmaktadır (<https://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf>, Erişim Tarihi: 1 Temmuz 2019).

Sağlık kurumları da birer işyeri sayılmakta ve burada meydana gelen şiddet eyleminin de farklı tanımları yapılmaktadır. Bu bağlamda sağlık kurumlarında şiddet; ‘Hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık personeli için risk oluşturan; sözel ve fiziksel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum’ olarak tanımlanmıştır (Demiroğlu ve ark., 2015). Bir diğer tanıma göre ise sağlık kurumlarında şiddet; “hasta veya hasta yakınları ve diğer herhangi bir birey ile sağlık personelinin arasında meydana gelen, her iki taraf açısından risk oluşturan, tehdit içeren davranış, sözel tehdit, fiziksel veya cinsel saldırılardan herhangi biri” olarak tanımlanır. Şiddet, “diğerine göre daha güçlü durumda olan bireyin güç kullanması” olarak bilinmesine rağmen, sağlık kurumlarında bu durumun tam tersi gözlemlenmekte, sağlık personellerine göre daha güçsüz pozisyonda olan hastanın güç kullandığı görülmektedir (Altıntaş, 2006).

Sağlık kurumlarında meydana gelen şiddet olayları sonucu sağlık personelleri zarar görmektedir. İşyerinde şiddet faktörü iş sağlığı ve güvenliği konusunun içerisinde incelendiğinde, çalışanlar açısından ciddi tehditler oluşturmaktadır.

4.3 Sağlık Kurumlarında Şiddetin Nedenleri

Sağlık personellerinin diğer hizmet sektörü çalışanlarına göre hizmeti alan kişiler tarafından şiddete uğrama riski 16 kat fazladır. Sağlık kurumlarında şiddet riskinin artmasına; toplum içinde şiddetin artması, kent ve şehirlerde çetelerin artışı, uyuşturucu, alkol kullanma ve kişisel silahlanma prevalansının artması, toplum ruh sağlığının bozulması, tıbbi bakım arayan hastaların hoş olmayan bekleme alanlarında uzun süre beklemeleri, doktor, hemşire ve paramediklere güvensizlik gibi nedenler etkili olmuştur

(http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVstateart.pdf?ua=1, Erişim Tarihi: 17 Haziran 2018).

Yapılan bir araştırmada mağdurlar tarafından bildirilen sözel şiddetin algılanan sebeplerine bakıldığında başta iletişimsizlik (%55,7) olmak üzere, öfke (%51,4), stresli acil durumlar (%50,5), anksiyete (%42,9), hastalık semptomları (%42,9), alkol-madde bağımlılığı (%28,8) ve sebepsiz (%3,8) gibi durumların etkili olduğu görülmüştür (Kamchuchat ve ark., 2008).

4.3.1 Saldırganın Özellikleri

Sağlık personeline yönelik şiddet uygulayanlar sıklıkla hastalar veya hasta yakınlarıdır (Kwok ve ark., 2006). Fiziksel, sözel ve cinsel şiddet uygulayanlar çoğunlukla hasta ve hasta yakınları iken zorbalık/psikolojik taciz uygulayanlar yöneticiler olup cinsiyet açısından değerlendirildiğinde şiddet uygulayanların en fazla erkek olduğu bulunmuştur. Ayrıca fiziksel şiddet (%12,2), sözel şiddet (%59,7), zorbalık/psikolojik taciz (%12,8) ve cinsel taciz (%3,6) erkekler tarafından daha fazla uygulanmıştır (Çamcı ve Kutlu, 2011).

Bireyin şiddet davranış öyküsü, madde kullanımı (alkol ve uyuşturucu), travma, ağrı, stress, hayal kırıklığı, anksiyete, zihinsel hastalık öyküsü olması şiddet eğilimini arttıran faktörler arasındadır. Bireyin acil servislerde uzun süre beklemesi, kendinin diğer bekleyen hastalara göre daha acil olduğunu ve sağlık personellerinin hizmet sıralaması yaparken adil olmadıklarını düşünmesi de şiddeti eğilimini arttıran diğer özelliklerdir (Chapman ve Styles, 2006).

Şiddetin nedenlerini araştıran etyolojik yaklaşımlara göre; hasta bireyler başvurdukları sağlık personellerine karşı bir idealizasyon veya yüceleştirme geliştirir. Sağlık personelleri onları hastalıktan kurtaracak, yeniden doğmuş gibi yapacaktır. Varoluşunda tehdit hisseden birey bir “gerileme” yaşar. Kendini sağlık personeline ya da sağlık kurumuna tam olarak teslim edebilir ya da korku ve kaygılar içerisinde tedaviye uyum gösteremez, “yi bakılmadığını”, doktorun “hastalığını anlamadığını” söyler. Mevcut durum ile ilgili zıt duygular ve fikirleri (ambivalans) bir arada düşünmeye başlar. Bu gerileme sürecinde bebeklik döneminden itibaren doyurulmayan ihtiyaçlarına (doyum, memeden esirgenmesi gibi) ilişkin yaşadığı umutsuzluk, anksiyete ve zulmedilme duygusunun etkisi altına girer. Sonunda tıpkı yeterince doyum alamadığı ilk nesnesi olan annesine duyduğu öfke sağlık personeline yansıtılır. Yani ‘annelik’ işlevi beklediği, acılarının dinmesini, bakım verilmesini

istediği sağlık kurumlarında yaşadığı umutsuzluk ve hayal kırıklığı; ilkel savunma düzeneklerinin ortaya çıkmasına, değersizleştirme, vurma ve şiddet olayına dönüşmektedir (Büyükbayram ve Okçay, 2013).

4.3.2 şiddete Uğrayan Sağlık Personelinin Özellikleri

Hemşirler, hasta, hasta yakınları ile daha fazla ve yakın temas halinde olmalarından dolayı diğer sağlık personellerine göre şiddete maruz kalma riski daha yüksektir (Atan ve Dönmez, 2011). Acil servis çalışanları arasında da yine hemşireler daha fazla şiddete maruz kalmaktadır (şahin ve ark., 2011). Kliniklere göre bakıldığında; acil servis, psikiyatri biriminde çalışan sağlık personeli daha fazla şiddete maruz kalmaktadır (Chapman ve Styles, 2006; Özcan ve Yavuz. 2017). Kadın sağlık çalışanlarının erkeklerden daha fazla şiddete maruz kaldığı araştırmalarda gösterilmiştir (Yeşilbaş, 2016; Yakut 2012).

Eğitim durum incelendiğinde şiddete uğrayan sağlık personellerinin eğitim durumu ile şiddete uğrama arasında anlamlı bir ilişki yoktur (Çamcı ve Kutlu, 2011). Sağlık çalışanlarının; saldırgan davranışla baş etme, hastalarla iletişim kurma ve krizi yönetme konularında deneyimli olamamaları ve eğitim yetersizliklerinin olması nedeniyle sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin arttığı belirtilmiştir (Büyükbayram ve Okçay, 2013).

Sağlık personelleri yaşadıkları şiddeti işlerinin bir parçası olarak görmelerinden, herhangi bir sonuç alacağını düşünmemesinden, iş yükü olarak veya gereksiz görmelerinden dolayı yaşadıkları şiddeti rapor etmede eksiklikler yaşamaktadırlar (Abbas ve ark, 2010; Günaydın ve Kutlu, 2012).

4.3.3 Sistem İle İlgili Sorunlar

Türkiye’de sağlık çalışanlarının işyerinde uğradıkları şiddet oranının Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulamaya geçmesinden beri artış gösterdiği belirlenmiştir (Büyükbayram ve Okçay, 2013).

Hantal/yavaş işleyen ve sinir bozucu olan süreçler, personel sayısı ve aşırı iş yükü durumu, kurumda güvenlik açıklarının bulunması ve panik alarmlarının yokluğu şiddetin kurumsal ve çevresel nedenlerinin başlıcalarıdır. Çalışanlar her ne kadar çalıştıkları alanda şiddete maruz kalmaktan korkup rahatsız olsalarda şiddet

uygulayanların genel hasta popülasyonuna göre az olduklarını düşünmektedirler. Çalışanların birçoğu, saldırganlar için empati kurarak, hastaların sağlık hizmetleri sistemindeki gerçek veya algılanan kurumsal sorunlara genellikle kızgın olduklarını ve önemli fiziksel ve zihinsel sağlık sorunları ile boğuşabileceğini kabul etmektedirler. Yani hastane içi prosedürler hasta ve hasta yakınları için zor olabilmekte bu durum da saldırganlık için bir potansiyel oluşturmaktadır (Purcell ve ark., 2017).

Çalışanlar klinikte işlerin yoğun olduğu zamanlarda personelin yetersiz sayıda olmaları ve hastaların bakım hizmetlerinden yararlanamaması, sağlık personellerinin 24 saat hizmet vermesi, hasta ve yakınları arasında da gerginliğe sebep olabilmektedir. Sağlık kurumunda ilaç, donanım, yatak yetersizlikleri, birden fazla hastanın aynı odayı paylaşması, hastaların beklediği salonların yoğun olması, sağlık personelinin vardiya halinde çalışması gibi faktörlerin sağlık personeline yönelik şiddeti arttırdığı belirtilmektedir (Gillespie ve ark., 2010; Purcell ve ark., 2017).

Fiziksel çevreyle ilgili olarak kurumlarda panik alarmlarının olmayışı, sağlık kurumlarına girişte kişilerin herhangi bir arama yapılmadan istedikleri gibi girebilmeleri; klinik alanlarda pratik olmayan mobilya dizilimleri, istenen ekipmanı zamanında elde edememe, sıkışık çalışma alanları gibi durumlar şiddet oluşumunda diğer potansiyel etkenlerdir (Gillespie ve ark., 2010).

Hastalara birebir yardım edecek birilerinin yetkilendirilmediği ve sistemin hastalara sunabileceği yardımların anlaşılır bir dille hastalara anlatılmadığı durumlar ortaya çıkabilmektedir. Bu gibi durumlarda hasta ve yakınları sağlık çalışanlarını ‘cevap vermeyen sinir bozucu bir grup’ olarak görebilmektedir. Hastaları sınırlendiren faktörler aynı zamanda personeli hayal kırıklığına uğrattır ve gergin bir sağlık ortamı oluşturabilir (Gillespie ve ark., 2010; Gebert ve ark., 2000).

Çalışanlar çevresel faktörlerin düzeltilebilir olmasına rağmen sorunların uzun süredir devam etmekte olduğunu ve bu durumun sebebi olarak kurum yöneticilerinin çalışanların güvenlikleri hakkında yeterince özen göstermediklerini belirtmişlerdir (Purcell ve ark., 2017).

4.3.4 Sosyal Nedenler

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet davranışının yasalarla sınırlandırılmamış olması, sağlık bakım sistemi ve kullanılan teknolojinin toplumun beklentilerini

karşılayamaması, şiddet olaylarını önlenme ve yönetme konusunda sağlık politikaların yetersiz olması da sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti artıran önemli etkenler arasındadır. Ayrıca uzun süreli yoksulluk, sosyal dışlanma yaşayan şiddet alt kültürüne sahip kişilerin, madde bağımlısı ve ruh sağlığı bozuk olanların, kendilerine ve başkalarına zarar veren, sorun çözmede şiddet kullanmayı tercih edenlerin de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulama riskinin daha fazla olduğu belirtilmektedir (Büyükbayram ve Okçay, 2013).

Saygı kültürü çerçevesinde takım anlayışının benimsenmemesi, ufak da olsa meydana gelebilen agresiflikler için hoşgörü kültürünün benimsenmeyişi şiddetin kültürel ve sosyal nedenlerinin başlıcalarıdır. Bazı çalışanlar hizmet verdikleri hastalara karşı saygılı tutumun önemini vurgulamış ve bunun tersi saygısız davranışlarının hasta şiddetine ve saldırganlığa potansiyel oluşturduğunu belirtmektedir. Bunun yanı sıra çalışanın işlerini yetiştirme konusunda acele ederken gergin bir tutum takınmasından ötürü hasta ve yakınıyla olan iletişiminin tırmanmasına sebep olabilmektedir (Purcell ve ark., 2017).

Hemşirelik mesleğinin kadınların toplam personel sayısından daha fazla olması ve hemşirelere karşı şiddetin kadına yönelik şiddetin sürekli bir parçası olarak kabul edilmesi ve kadınların daha savunmasız görünmesi hemşirelere yönelik şiddeti artırmaktadır (Akca ve ark., 2014; Büyükbayram ve Okçay, 2013).

Sağlık personelin %78'i toplumda şiddetin yaygınlaşmasının en önemli ilk üç sebebi olarak; kişilerin yaşadığı ve ülkenin içinde bulunduğu ekonomik sıkıntıları, toplumun içinde bulunduğu sosyokültürel problemleri, kişisel ve toplumsal eğitim problemleri olduğunu belirtmişlerdir (Büyükbayram ve Okçay, 2013).

4.3.5 Medya Etkisi

Başlıklarda kullanılan 'sopayla dövdü, saçından sürükledi, hastanelik etti' ya da 'meydan dayağı' gibi ifadelerin yanı sıra bazen saldırı anının görüntülerinin de eşlik ettiği bu haberlerde saldırı eylemi bayağılaştırılmaktadır. Bu sayede saldırgan güçlü gösterilmekte, saldırıya uğrayan sağlık çalışanı daha zayıf ve savunmasız bir konuma indirgenmektedir. 'Reçete yazmama, rapor vermeme' gibi ifadeler ise şiddeti meşrulaştırmaktadır. Şiddet olaylarının medyada 'iddia' olarak vurgulanması ile saldırının gerçekleşip gerçekleşmediği ile ilgili belirsizlik oluşmakta, mağdurun yalan

söylemiş olabileceğine gönderme yapılmakta ve böylece şiddet fiiline yönelik şüphe oluşturulmaktadır. ‘Doktora saldırı hiç bitmeyecek, yine sağlık çalışanına saldırı’ gibi haber başlıkları ise şiddetin sürekliliğine vurgu yapmaktadır (Durur, 2017).

Medyada sağlık personeli ile ilgili olumsuz haberlerin, yaşanan olumsuzlukların sıklıkla dile getirilmesi fakat saldırganın cezalandırılmamasının veya aldığı cezanın gündeme getirilmemesinin toplumu şiddet eylemine teşvik ettiği düşünülmektedir (Büyükbayram ve Okçay, 2013).

4.4 İş Yerinde Şiddet Çeşitleri

İşyerlerinde meydana gelen şiddetler şiddetin kaynağına göre ve şiddetin oluş şekline göre ikiye ayrılmaktadır.

Şiddetin kaynağına göre incelendiğinde dört çeşit kaynak bulunmaktadır.

Tip 1: Kurumla ilgisi bulunmayan kişilerin meydana getirdiği, suça niyet edilerek meydana gelen şiddet türüdür. Hırsızlık vb. şiddet türleri bu grupta yer alır.

Tip 2: Kurumdan hizmet alan hasta veya hasta yakınlarının neden olduğu şiddet olup genellikle kişilerarası ilişkilerde anlaşmazlıklar sonucu ortaya çıkmaktadır. Saldırganın kurumla ilgisi bulunmaktadır ve işyerinde şiddetin en yaygın türüdür.

Tip 3: Çalışanın diğer ekip arkadaşlarına, astın üste veya üstün asta karşı uyguladığı şiddet türüdür.

Tip 4: Kişilerarası ilişki ile meydana gelen şiddet türüdür. Çalışanın aile bireylerinin veya yakın arkadaşları tarafından maruz kaldığı şiddet türüdür. Bu şiddet türü kurum dışında bir sebebe dayanmasına rağmen işyerinde etkileri görülmektedir (Karaağaç, 2014).

Şiddetin oluş şekline göre sağlık personelleri sözel, fiziksel, psikolojik ve cinsel şiddetlere maruz kalmaktadırlar (Chang ve Cho, 2016).

Tehdit, küfür, küçük düşürme vb. şekillerde görülen sözel şiddet işyerlerinde sık görülmektedir. Bununla beraber fiziksel şiddet yaralanma belirtisi olarak görülmesine karşın fiziksel olmayan şiddetin sağlık sonuçları daha az araştırılmıştır (Sabbath ve ark., 2014).

Nesne, silah kullanma, ısırma, itme, vurma şeklinde görülebilen fiziksel şiddet türü hastanelerde idari personellerle karşılaştırıldığında sağlık personelinin çok daha yüksek oranda maruz kaldığı belirtilmiştir (Abbas ve ark., 2010).

Fiziksel şiddet basit bir itilip kakılmadan ölüme neden olmaya kadar değişiklik göstermektedir. Fiziksel şiddet kritik olmayan itme, vurma, ısırma, tükürme vb. gibi zarar vermeye yönelik davranışlar ve kritik olan silah/bıçak kullanımı vb. gibi davranışlar olarak ikiye ayrılmaktadır. Psikolojik şiddet sıkça korku veya çaresizliği gösteren bir sözel taciz şeklindedir. Ayrıca zarar verme, saldırma, fiziksel ve sosyal izolasyon, ayıplama, eleştirme şeklinde uygulanmaktadır. Çoğunlukla sözel olarak karşısındaki bireyi kontrol altına almak, alçaltmak, korku vermek veya utandırmak için yapılır. Cinsel şiddet ise istenmeyen, karşılık verilmeyen, hoş karşılanmayan cinsel nitelikteki fiziksel, psikolojik, sözlü, jestlerle ya da beden diliyle, yazılı ve görsel materyallerle yapılan, kişinin korkmasına, utanmasına ve aşağılanmasına sebep olan davranışlardır (Altıntaş, 2006).

4.5 Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Personellerinin Şiddete Uğrama Sıklığı

Sağlık sektörü çalışanları işyerinde şiddete maruziyet açısından yüksek risk altındadırlar. İşyerlerinde görülen toplam şiddetin yaklaşık %25’i sağlık sektöründe görülmektedir. Bu sektörde şiddet bütün ülkelerde ve bütün meslek gruplarında yaygın olarak görülmektedir. Bu sektörde çalışanların %50’sinin şiddete maruz kaldığını göstermektedir. Özellikle sağlık sektöründe çalışanların, hasta, hasta yakını ve diğer insanlardan şiddete maruz kalma risklerinin diğer sektör çalışanlarına (gardiyanlar, polisler, banka çalışanları, perakende çalışanları, ulaşım sektöründe çalışanlar) göre dört ila 16 kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (Pınar ve Pınar, 2013; Atan ve Dönmez, 2011).

Meslek gruplarına göre incelendiğinde hemşirelerin daha sık şiddete uğradığı, ikinci sıklıkta ise pratisyen hekimlerin daha sonra da uzman hekimlerin ve diğer personelin olduğu gösterilmiştir (Annagür, 2010).

Amerika’da 142 hastaneyi kapsayan ve sağlık personelleriyle yapılan bir çalışmada, sağlık personellerinin son bir yılda fiziksel şiddete maruz kalma sıklığı %13 (minimum %1, maksimum %26) olarak bulunmuştur (Hodgson ve ark., 2004).

6300 hemşire ile yapılan başka bir çalışmada bir yıl içinde hemşirelerin %13,2’si fiziksel şiddete, %38,8’i sözel şiddete, %7,0’si cinsel tacize %17’si tehdit olayına maruz kalmıştır. şiddetin %97,0’si hasta, %67,0’si hasta yakını tarafından gerçekleştirilmiştir (Gerberich ve ark., 2004).

ABD’de acil servislerde çalışan 177 hekim ile yapılan bir çalışmada ise son bir yılda fiziksel şiddete maruz kalma oranı %28,1, sözel şiddete maruz kalma oranı ise %74,9 olarak bulunmuştur (Kowalenko ve ark., 2005).

Avustralya’da yapılan çalışmalarda hemşirelerin %85 inin son bir yılda şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir. Ayrıca hasta tarafından şiddete uğrama oranının %79, hasta yakınları tarafından şiddete maruz kalma oranlarının %55, iş arkadaşları tarafından şiddeti %41 oranında yaşarlarken, sözel şiddeti %82, tehdit edici davranışı %61, fiziksel şiddeti %34 oranlarında yaşamışlardır (Alexander, 2004).

Kanada’daki hastanelerde yapılan bir araştırmada çalışmaya katılanların neredeyse yarısının (%46) son beş vardiyada bir veya birden fazla şiddet tipiyle karşı karşıya gelmiştir. Sıklıkla duygusal şiddete uğrayanlar %46, saldırı tehdidi alanlar %19 ve fiziksel saldırıya uğrayanlar %18 olarak belirlenmiştir. Ayrıca şiddete uğrayanların %70’i, uğradıkları şiddeti rapor etmediklerini belirtmiştir (Abbas ve ark, 2010).

İngiltere’de yapılan çalışmada sağlık personelinin %27’si son bir yıl içerisinde saldırıya maruz kalırken, %23’ü hastalar, %15.5’i de ziyaretçiler tarafından tehditkâr davranışa maruz kalmıştır. %68’den daha fazlası ise sözel saldırıya uğramıştır (Winstanley ve Whittington, 2003).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise Türk Tabipler Birliği’nin (TTB) 310 sağlık personeli ile yaptığı çalışmada sağlık alışanlarında görülen iş yeri şiddeti oranı %45 olarak belirlenmiştir. Ayrancı ve arkadaşlarının (2002) yaptığı bir çalışmaya göre ülkemizde sağlık personellerinde şiddete uğrama oranı %50.8 olup, en sık şiddete maruz kalanlar, pratisyen hekimler (%67.6) ve hemşireler (%58.4) olarak

belirlenmiştir. Ayrıca sağlık personellerinin %67.6'sının sözlü tacize, %48.6'sının sözlü tehdide ve %16.8'inin fiziki saldırıya maruz kaldığı bulunmuştur (Çamcı ve Kutlu, 2011; Ayrancı ve ark. 2002).

Pakistan'da yapılan bir çalışmada hemşirelerin %76'sı fiziksel şiddete maruz kaldığı ve şiddeti uygulayanın % 78.4 ile hasta yakınları olduğu belirtilmiştir (Siddiqui ve ark., 2010). 2011 yılında İran'da doktorlar üzerinde yapılan bir çalışmada ise, %82.6 ile sözel şiddete ve %19.8 ile fiziksel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (Simin, 2012)

Kilis'te bir devlet hastanesinde 252 sağlık personeli ile yapılan bir çalışmada, sağlık personellerinin iş hayatı boyunca herhangi bir şiddet türü ile karşılaşma oranı %74.6 olarak bulunmuştur. Şiddet türleri içerisinde %41 ile en çok sözlü tehdit, %39 ile sözlü taciz, %17 ile fiziksel tehdit ve %3 ile sözlü cinsel taciz görüldüğü belirtilmiştir (Demiroğlu ve ark., 2015).

2017 yılında Sivas'ta 496 sağlık personeli ile yapılan bir çalışmada ise sağlık personellerinin son bir yıl içerisinde şiddete maruz kalma oranı %49,79, iş yaşamı boyunca herhangi bir şiddete uğrama oranı ise %95,51 olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışmada acil servis çalışanlarının %70,67 sinin şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (Türkmenoğlu ve Sümer, 2017).

Bu sonuçlara göre sağlık personellerine yönelik şiddetin tüm toplumların ortak sorunu haline geldiği görülmektedir.

4.6 Ülkemizde Sağlık Çalışanlarına Şiddete Yönelik, Şiddete Karşı Çıkarılan Yasal Mevzuatlar

Ülkemizde sağlık personellerine yönelik şiddetin farkındalığı konusunda Sağlık Bakanlığı'nın yayınlarına bakıldığında, Sağlık Bakanlığı'nca 2005 yılında yayımlanan ve 2007, 2008, 2011 ve 2016 yıllarında güncellenen “Sağlıkta Kalite Standartları” rehberleri dikkat çekmektedir. Bu rehberde hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması, çalışanlara yönelik şiddetin azaltılması için kamu hastalarının yılda iki kez, özel ve üniversite sağlık merkezlerinin her yıl düzenli olarak değerlendirmeleri amaçlanmıştır. Şiddete uğrayan sağlık personelinin başvurduğu ‘Beyaz Kod’

uygulanmasına yönelik düzenlemeler de yine bu rehberde yer almaktadır. (<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0>, Erişim Tarihi: 02/07/2019).

Sağlık Bakanlığı'nın çalışan personelin güvenliğinin sağlanmasıya yönelik olarak ilk mevzuat çalışmasını 16/10/2009 tarihinde yapmıştır. Bu tarihte yürürlüğe girerek resmi gazetede yayınlanan 'Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulanması Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ' ile ortak kullanılan alanlarda kamera sistemi ile izlem yapılması gibi hususların düzenlenerek çalışan personelin güvenliğinin sağlanması amaçlanmıştır (T.C. Resmi Gazete, 16 Ekim 2009, sayı: 27378).

Sağlık Bakanlığı'nın bu tebliğinin ardından 06/04/2011 tarihinde yayınladığı 'Hasta ve alışan Güvenliğinin Sağlanmasıya Dair Yönetmelik' kapsamında; çalışan güvenliğinin sağlanması, çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların nlenmesine yönelik düzenleme yapılması istenmiştir (T.C. Resmi Gazete, 6 Nisan 2011, sayı: 27897).

Sağlık Bakanlığı'nın 30.06.2012 tarihinde yürürlüğe giren 'İş sağlığı ve güvenliği kanunu' ile çalışan güvenliği ile ilgili koruyucu önlemler belirtilmiştir (T.C. Resmi Gazete, 30 Haziran 2012, sayı: 28339).

Resmi Gazete'de 28/04/2012 tarihinde yayımlanan 'Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik' ile Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarda görev yapan personele, hizmet sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiilin gerçekleştirilmiş olması halinde verilecek hukuki yardım ile ilgili düzenlemeler yer almaktadır (T.C. Resmi Gazete, 28 Nisan 2012, sayı: 28277).

14/05/2012 tarihinde tüm kamu, niversite, özel sağlık kurum ve kuruluşlarına gönderilen 'alışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi' ile de sağlık personelinin güvenliğinin sağlanmasının yanı sıra, sağlık personelinin verdiği hizmetten çekilme talebi ile ilgili düzenlemelere yer verilmiştir (<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1073,calisangenelgesipdf.pdf?0>, Erişim Tarihi: 1 Temmuz 2019).

İçişleri Bakanlığı'nın 26.04.2012 tarihinde yayımladığı 'Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması' genelgesi ile sağlık personellerine karşı yaralama, tehdit ve hakaret fiillerinin işlenmesi halinde gerekli soruşturmanın nasıl yapılacağı konusunda talimatlara yer verilmiştir (<https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/62302,icisleri-bakanligin-201222-sayili-saglik-calisanlarina-karsi-islenen-suclarin-sorusturulmasi-genelgesipdf.pdf?0>, Erişim Tarihi: 1 Temmuz 2019).

4.7 Sağlık Personellerine Yönelik Şiddeti Önlemede İş Sağlığı Hemşiresinin Rolü

Sağlık personeline yönelik şiddete karşı alınabilecek önlemlerde birincil koruma yöntemi olarak öncelikle şiddetin hoş görülmediği bir ortam oluşturulmalı, meydana gelen şiddet olaylarının, şiddetin türüne ve sonuçlarına bakılmaksızın suç sayılması için gerekli altyapının oluşturulması gerekmektedir (Yeşilbaş, 2016).

İş yerlerinde şiddetin potansiyel tehlikesini belirlemek ve anlamak artık her sektörde standart olarak yapılması gereken bir değerlendirmedir. Planlama, müdahale ve iyileşme, işyerinde şiddet meydana geldiğinde iş sağlığı hemşiresinin başlıca sorumluluklarıdır. İş sağlığı hemşiresinin rolü, multidisipliner olarak hekimler, endüstriyel psikologlar ve hastane güvenlik ekibiyle işyerinde şiddeti önlemek ve bunlara yanıt vermek için politikalar oluşturmaktır (Brown ve Burns, 2013).

Hastane güvenlik önlemlerini arttırmak, şiddete eğilimli bireylerin izlenmesini sağlamak, sağlık çalışanlarının eğitim programlarına katılmaları sağlamak ve yöneticilerin güvenlik amacıyla yürüttükleri politika, yöntem ve sistemleri çalışanlara aktarmak, hastanenin fiziki koşullarının iyileştirilmesine yönelik çalışmak (aydınlatma düzenlemeleri, kamera sistemi vb), bekleme alanlarının şartlarını iyileştirmek, Beyaz Kod uygulamasının denetim, eğitim ve tatbikatlarını yürütmek konusunda iş sağlığı hemşiresinin rol ve sorumlulukları bulunmaktadır (Brown ve Burns, 2013; Büyükbayram ve Okçay, 2013). Çalışanların sahip olduğu haklar, mevzuatlar, şiddetin kapsamına giren davranışlar konusunda bilgilendirmek, kurum içerisindeki şiddeti önlemeye yönelik planlamaları yapmak yine iş sağlığı hemşiresinin görevlerindendir. Bir işyerinde tanımlanmış bir şiddet önleme planı ve eğitimi varsa, şiddet olaylarının

oluşma olasılığı daha düşüktür (American Association of Occupational Health Nurses 2014).

Bunların yanı sıra iş sağlığı hemşiresi, şiddete maruz kalan sağlık personelinin erken dönemde saptanmasının yapılmasını sağlayarak oluşabilecek komplikasyonların ve şiddet olayının tekrarlanmasının önlenmesini, şiddet olayının bildirimlerinin yapılmasını ve geçmiş maruziyetleri değerlendirmek için bir saha çalışması analizi yapmalıdır. İş sağlığı hemşiresi, iletişim ve problem çözme becerilerinin geliştirilmesi, stresle baş etme, öfke kontrolü, kendini savunma tekniklerini öğretmek için diğer disiplinlerle iş birliği yaparak bir çalışan eğitimi programı oluşturmalıdır. Bu eğitim programlarında ayrıca şiddet olayının raporlamasını, yardım çağrısının nasıl olacağını ve olaylardan nasıl korunacağını da içermelidir (Ford, 2012).

İş sağlığı hemşiresinin şiddete maruz kalan sağlık çalışanına örgütsel ve sosyal destek alması için girişimlerde bulunma, şiddetin erken tanınmasına yönelik önlemler alması gerekmektedir. Şiddeti önleme konusu diğer kurumlarla da iş birliği yaparak, şiddetin önlemek, sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı oluşturulması konusunda, başta devlet olmak üzere, işçi ve işveren örgütleri, çeşitli sivil toplum kuruluşları vb. ortak bir mücadele yürütmelidir (Yeşilbaş, 2016; Dursun, 2012).

4.8 İletişim

İletişim insanın kendini, duygu ve düşüncesini gereksinimlerini anlatma ve başkalarını anlama yoludur. İki kişinin duygu, düşünce ve bilgilerini paylaşarak birbirini anlaması ile ilgili bir süreçtir (Üstün, 2005). Etkili iletişim becerileri, her türlü insan ilişkisinde ve her türlü meslek alanında ilişkileri kolaylaştırıcı olabilmektedir.

4.8.1 Sağlık Personellerinde İletişim Becerileri

Sağlık kurumlarında iletişim; hasta, hasta yakını ve sağlık personeli ile oluşan iletişimdir. Sağlık personeli ile hasta veya hasta yakını arasında oluşabilecek anlaşmazlıklar iletişim yoluyla çözülebilmektedir. Sağlık kurumlarında saldırganlığın veya şiddetin oluşmaması için doğru bir iletişimin çözüm olacağı açıktır. Doğru teknikle yapılan iletişim çabalarının hasta sağlık personeli ilişkisine çok şey katmaktadır. Doğru iletişim çabası, tarafların birbirini anlamasına zemin hazırlaması açısından önemlidir. İletişim kurarken seçilen kelimeler, tonlamalar iletişimin sonucunu belirlemektedir. Yüz yüze olan hasta sağlık personeli ilişkisinde kelimeler,

tonlamalar, sesin yüksekliği, beden dili gibi iletişim öğeleri oldukça önemlidir (Parlayan ve Dökme, 2016; Uludağ ve Zengin, 2016).

Sağlık personelleri tıbbi eğitim almasına karşın tıpta iletişim konusunda yeterli bir eğitim almamaktadırlar. Bu nedenle tıpta iletişim konusu önem arz etmektedir. Tıpta iletişim, profesyonel bir düzeyde dikkat edilmesi gereken profesyonel bir tekniktir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının iletişim çabaları, diğer meslek gruplarından daha zor ve yorucudur. Sağlık personelleri hastayla iletişime girmekten çekindiği zamanlarda olumsuz davranışlar sergilenmeye başlar. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta veya yakınlarıyla iletişim kurmak gerekli ve kaçınılmazdır (Uludağ ve Zengin, 2016).

Sağlık personeli ile hasta ve yakınları arasındaki iletişimi etkileyen birçok etmen vardır. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyal nedenler, toplumsal-kurumsal nedenler iletişimi olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Sağlık personelleri ile hasta veya yakınları arasındaki olumlu ilişkilerin olması hem sağlık hizmetlerinin daha iyi yürütülebilmesi hem de hasta veya yakınının tedavi sürecine katılımının daha iyi sağlanması yönünden önemlidir. Sağlık personeli ile hasta ve yakını arasındaki iletişimi etkileyen etmenleri

- Sağlık personeli ve hastanın iletişim becerileri,
- Hastanın ve sağlık personelinin ruhsal yapısı ve ilişkiden beklentisi,
- İletişimin gerçekleştiği fiziksel ortam,
- Doktor/Sağlık personeli başına düşen hasta sayısı,
- Toplumun doktor/sağlık personeli hasta ilişkisine bakışı,
- Hastaların anlamadığı tıbbi terminoloji ve dil olarak sıralayabiliriz.

Hangi taraftan olursa olsun faktörlerden biri veya birkaçı nedeniyle iletişim olumsuz etkilenebilmektedir. Anlaşılır dille konuşmak ve konuşulan dilin özenle seçilmesi sağlıklı iletişim kurmayı sağlamaktadır. Tedavi veya tanı sürecinde gergin, endişeli veya kaygılı olan hasta veya yakınları ile iletişimde dikkatli olunması gerekmektedir (Solmaz ve Duğan, 2018).

Sağlık personellerinin iletişim becerileri sözlü, sözsüz ve terapötik olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Hastalara her vardiyada hangi sağlık personelinin görevli

olduğunun söylenmesi ve onunla nasıl iletişime geçileceğinin anlatılması sözlü iletişim becerisidir. Bu sayede herhangi bir endişeli durumda hasta ve yakınının ne yapması gerektiğini bilmesi sağlanabilecek ve yaşanabilecek güvensizlik ve belirsizlik durumu ortadan kalkacaktır. Sağlık personelleri, beden dili, vurgu ve konuşma mesafesi gibi yolları kullanarak sözsüz iletişim becerilerini ortaya koymaktadır. Sözsüz iletişim becerisi ile sözlü iletişim becerilerini desteklemektedir. Hastalar ve sağlık personeli arasında pozitif ve güvene dayalı bir iletişimin oluşmasında terapötik iletişim becerisi etkindir. Terapötik iletişim becerisi ise ‘tedavi edici, yardım edici iletişim teknikleri’ olarak tanımlanmaktadır (Parlayan ve Dökme, 2016).

Sağlık personeli ile hasta ve hasta yakını arasındaki iletişimin parçalarından biri empatik iletişimdir. Empati; bir kişinin kendini karşısındakinin yerine koyarak, olaylara onun bakış açısı ile bakabilmesi ve o kişinin duygu ve düşünceleri doğru olarak anlaması ve anladıklarını iletme sürecidir. Hemşireler mesleklerinin doğası gereği empati becerisine sahip olmalıdır. Hasta ve hasta yakınları bu beceriye sahip hemşireye yakınmalarını daha kolay ifade edebilmekte, duygusal sorunlarını daha kolay ifade edebilmekte, hemşire de hastanın gereksinimlerini bu sayede doğru saptanabilmektedir. Hastanın söz ve davranışlarından yola çıkarak arkada yatan düşüncenin anlaşılması ve hastanın dolaylı anlatımının açıklığa kavuşturulması gerekmektedir. Bu da hemşirenin iletişim ve empati becerisi ile mümkün olmaktadır. Tüm bunların yanı sıra sağlık personellerine yönelik oluşabilecek saldırganlık durumunun, empatik bir iletişimle önüne geçmesi veya çok aza indirmesi olasıdır. Sağlık personellerinin kendilerini hastalarının yerine koyup empati yapmaları ve bu şekilde iletişim kurmaları, şiddet olayının oluşmasını engelleyebilmektedir (Özlü ve ark., 2016).

Hemşirelerin temel işlevleri, sağlık hizmeti sunumunda sağlıklı ya da hasta olan bireylere yardım etmektir. Sağlanan bu yardım, bireyin sağlıklı olarak yaşamını sürdürmesini ve kişinin iyileşmesi için gereken istek, bilgi ve güce kavuşmasını içerir (Taşlıyan ve Gök, 2010).

Hemşire ve hasta arasında kurulan ilişkide hastanın hastalık derecesi iletişimi önemli derecede etkilemektedir. Örneğin kronik ve ilerleyici hastalıklar kişilerin psikolojilerini bozabilmekte ve bu durumda hasta veya hasta yakınının beklenmedik

tutum ve davranış sergilemesine neden olabilmektedir. Bu yüzdem hemşireler iletişim tekniklerine çok dikkat etmelidir. Örneğin vereceği bilgi (mesaj) hakkında bilgili olmalı, hastasını sosyal, ruhsal, fiziksel ve kültürel yönden iyi tanımalı, iletişimi engelleyecek unsurların olup olmadığına dikkat etmeli, ortamın sessiz olmasını sağlayıp ve mesajın anlaşılıp anlaşılmadığını kontrol etmelidir (Parlayan ve Dökme, 2016).

Kars'ta 2013 yılında 578 hemşire ile yapılan bir çalışmada hemşirelerin iletişim becerileri ölçeğinden yüksek puan aldığı ve iletişim becerilerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Şahin ve Özdemir, 2015).

Samsun'da 741 hemşire ile yapılan bir araştırmada hemşirelerin çalışma yılının genel iletişim beceri düzeylerini etkilediği, 20 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin iletişim beceri düzeyleri diğerlerine göre daha yüksek olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Kumcağız ve ark., 2011).

4.9 Problem Çözme

Problem çözme, kişinin yaşamı boyunca karşılaşılabileceği, engel yaratan, strese sokan çözüm bekleyen problemleri çözmek amacıyla ortaya koyduğu, bir dizi bilişsel, duygusal ve davranışsal etkinliği içeren karmaşık bir süreçtir (Olgun ve ark., 2010). Problem çözme, tepkilerin oluşumunu ve olası tepkiler arasından en uygun olanın seçimini içeren, özellikli bir problemin çözümüne yönlendirilmiş düşünme şeklidir (Başar ve ark., 2015).

4.9.1 Sağlık Personellerinin Problem Çözme Becerileri

Problem çözme, kişinin bilgiyi almasını, belirli bir süreçten geçirmesini ve sonrasında aldığı bilgiyi kullanmasını gerektirir. Bilgiler kişinin bireysel veya mesleki yaşamı ile ilgili olabilmektedir (Abaan ve Altıntoprak, 2005).

Bireylerin problem çözme becerilerinin değerlendirme ve algılama biçimleri, yaşamları boyunca karşılaştıkları zorluklarla başa çıkmalarını etkileyen önemli bir etmendir. Çünkü bireyin kendisini algılama biçimi, karşılaşılabileceği problemlerle ilgili bilgileri yorumlama ve işleme süreçlerini etkilemektedir. Karşılaşılan problemlerin tanımlanması, alternatif çözüm yollarının bulunması, karar verme ve çözümün uygulanması ile uygulanan çözümlerin sonuçlarının değerlendirilmesi

bireylerin karşılaştıkları problemleri en iyi biçimde çözmelerini sağlayan becerileridir (Ulusoy ve ark., 2014).

Bunlardan birine göre problem çözmenin kendi içerisinde dört aşaması bulunmaktadır. Bunlar; hazırlık (tanıma), üretme, kuluçka (kavrayış, aydınlanma) ve değerlendirme aşamalarıdır. Hicks'in Genel Problem Çözme modeline göre ise problem çözmenin altı adımı bulunmaktadır. Model, bireyin modelini bilmesini ve kendine uyarlamasını ve ancak sonrasında problemi çözmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu modele göre problem çözme;

- Problemin tanımı,
- Problemle ilgili verilerin toplanması,
- Problemin yeniden tanımlanması,
- Konuya uygun çözümlerin üretilmesi,
- En iyi çözümün seçilmesi
- Çözümün onaylanarak uygulamaya geçilmesidir.

Özetle araştırmacılar problem çözme süreçlerini farklı aşamalarda incelemelerine rağmen temelde işleyen süreç; problemin tanımlanması, çözüme yönelik seçeneklerin belirlenmesi, uygun bulunan seçeneğin seçilmesi, uygulanması ve değerlendirilmesi ile olmaktadır (Yüksel, 2015).

Hemşireler işlerinin bir gereği olarak hem bireysel problemlerle hem de her an stresli olan ve akut durumların yaşandığı, karmaşık ve hızlı değişimlerin yaşandığı hastane ortamında başka bireylerin de problemlerine çözüm getirmek zorundadırlar. Bunun yanı sıra hemşirelerden ve diğer tüm sağlık personellerinden sağlık gereksinimlerine yanıt verebilen, topluma karşı duyarlı ve sağlık politikalarında söz sahibi olan bireyler olmaları beklenmektedir. Başlıca hemşireler olmak üzere tüm sağlık personellerinin problem çözme becerileri bu beklentilerin karşılanması konusunda son derece önemlidir. Hemşireler hastane ortamlarında sıkça bilerek ve adil bir biçimde karar vermelerini gerektiren problemlerle karşılaşır. Hemşirelerin bu problemleri çözmede kendini yeterli bulması; birey, aile ve toplum sağlığı ile ilgili problemleri görmesi ve çözüm üretme isteğinde olması anlamını taşımaktadır. Hemşireler bireylerde ve toplumlarda meydana gelen değişimleri anlayarak yorumlar, yeni edindiği bilgileri ile problem çözme basamaklarını uygular (Abaan ve Altıntoprak, 2005).

Problem çözme becerisi yüksek olan sağlık personeli, olumsuz duygu ve düşüncelerle baş edebilir, sağlıklı çözüm yolları üretebilir ve sunulan sağlık bakım hizmetinin kalitesini artırabilirler (Olgun ve ark., 2010). Problem çözme konusunda yeterli beceriye sahip kişiler; başarısızlıklarının nedenlerini araştıran, başarısızlıkla sonuçlanan çabalarından dolayı ümitsizliğe düşmeyen, problemi çözmede etkili olan faktörleri belirleyen, dolayısıyla kişilerarası başarılı kişilerdir. Kendisini problem çözmede yeterli olarak algılayanların, kişilerarası ilişkilerde daha girişken ve daha olumlu benlik algısına sahip olmalarının yanı sıra akademik yönden daha uygun çalışma yöntemleri ve durumları sergiledikleri saptanmıştır (Yalçın ve ark., 2010).

Hasta bakım kalitesini arttırmak ve bireylere yardım etmek için problem çözme becerilerini kullanmaları gerekmektedir. Hemşirelerden ayrıca hasta bakımı, ekip çalışması ve yönetimle ilgili çeşitli ve karmaşık problem ya da durumları da çözmeleri beklenmektedir (Başar ve ark., 2015).

Hemşireler sağlık kurumlarında farklı etnik ve dinsel kökenden insanlara hizmet sağlamaktadır. Toplumdaki kültürel çeşitlilikle birlikte, farklı yaşam deneyimleri, inançları, değer sistemleri, din, dil ve sağlık-hastalık kavramları olan bireylere bakım sağlamak da oldukça zordur. Hemşireler kültürel olarak uygun sağlık bakımı her birey ve ailenin ihtiyaçlarına göre bireye özgü planlanmalı ve vermelidir. Farklı kültürlerde bireylerin grupların sağlık, esenlik, hastalık ve ölüm ile ilgili kültürel özellikleri belirlenmesi gerekmektedir. Çünkü, hastalık ve sağlığın duyuşsal, sosyal, davranışsal, dini ve manevi boyutları vardır ve hastalık/ sağlık algısı, kültürel gruplar arasında farklılıklar gösterebilmektedir. Bireylerin kültürel açıdan uygun bakım almaları, hemşirelerin kaliteli bakım verebilmeleri için gereklidir ve aynı zamanda bu hemşirelerin yasal ve ahlaki sorumluluğudur (Pehlivan ve ark., 2013).

Hemşirelerin ve diğer tüm sağlık personellerinin sağlık kurumlarında karşılaştıkları birçok problem bulunmaktadır. Trabzon'da hemşireler ile yapılan bir çalışmada işe yeni başlayan hemşire mesleği ile ilgili yeterli bilgisinin olmaması (%50,8), okulda aldığı mesleki beceride kendisini yetersiz hissetmesi (%36,5), hastaların görevi olmayan işlerle ilgili taleplerde bulunması (%77,8), hastalara gösterilen ilginin istismar edilmesi (%82,5), çalıştığı birimin işleyişine uyulmasının

istenmesi (%46) ve ‘sen bunu değiştiremezsin’ (%41,3) yorumlarıyla karşılaşması problemle karşılaştığı belirtilmiştir (Öztürk ve ark., 2016).

Bursa’da yönetici hemşireler ile yapılan bir araştırmada yönetici hemşirelerinyaşadığı sorunlar; görev dışı yapılması istenen işler (%66.1), malzeme, araç ve gereç ile ilgili yaşanan sorunlar (%48.3), hastanenin fiziki yapısı ile ilgili yaşanan sorunlar (%47.5), iletişim, işbirliği ve koordinasyonda yaşanan sorunlar (%39), başhekim ve hekimler ile yaşanan sorunlar (%37.3), yasa ve yönetmelikler ile yaşanan sorunlar (%35.6), hasta ve yakınları ile yaşanan sorunlar (%35.6) şeklinde belirlenmiştir (Acarer ve Beydağ, 2013).

4.10 Sağlık Personelinin İletişim ve Problem Çözme Becerilerini Geliştirmede İş Sağlığı Hemşiresinin Rolü

İş sağlığı hemşiresi, sağlık çalışanlarının ekip içinde ve hastalarla güven ve saygıyı destekleyen, iletişimin önündeki engellere özen gösterebilen etkili iletişim stillerini modellemelidir. Bu modeller çerçevesinde sağlık personellerine etkili iletişimin nasıl olması gerektiği ile ilgili eğitimler düzenlemelidir. Sağlık personeli hastaya ilk teması anında etkili ve terapötik iletişim kurduğunda bu ilişki çoğunlukla sonuna kadar olumlu devam etmektedir. Konuşmanın uygun koşullarda yapılması halinde sağlık çalışanları hasta ile doğru temas kurduğu ilk anda onları kazanmış olur. Sağlık personellerinin bu bilinçle hareket etmesi hem kendi işlerini kolaylaştıracak hem de hastanın kendini güvende hissederek tedavi sürecine uyumunu arttıracaktır (Thompson, 2012; Kourkauta ve Papathanasiou, 2014)

Sağlık personelinin ve hastanın kendilerini iletişim kurmada rahat hissedecekleri ortamlar sağlanmalı fakat bu tür iletişim kurulurken sağlık çalışanının prestijinin korunmasına da özen gösterilmelidir. Burada iş sağlığı hemşiresine düşen kilit görev diyalogun gizliliğinin sağlanmasına katkıda bulunacak ortamların oluşturulmasını sağlamaktır. Acil servis, poliklinik gibi yoğun hastane birimlerinde ortam koşullarına bağlı olarak hasta ve hasta yakınları kendilerini doğru ifade edemediklerinden dolayı iş yeri hemşiresinin bu alanların mahremiyete uygun şekilde düzenlenmesine katkıda bulunması önem taşımaktadır (Kourkauta ve Papathanasiou, 2014).

Sağlık personellerinin karşılaştıkları problemlerde sağlık personellerinin sundukları hizmetleri aksatmadan olası çözümleri araştırıp en iyi çözüm yollarını bulmasını sağlamak gerekmektedir. İş yeri hemşiresi sağlık personellerinin bu yetileri kazanmasında onların en büyük destekleyicileridir. İş yeri hemşiresi çalışanların karşılaştıkları problemlerde kısa ve uzun vadeli hedeflerini belirleyerek problemlere karşı strateji oluşturmalarını sağlamalıdır. Sağlık personellerinin stresle baş etme becerilerinin de aynı şekilde desteklenmesini sağlayarak ilk denemelerde sorun yaşansa da, sürecin sonunda sağlık personelleri problem çözmede ‘zamanlama’ becerisini de kazanmış olacaktır (Papathanasiou ve ark., 2014; Tomajan, 2012).



5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1 Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma, hastanede çalışan sağlık personelinin şiddete maruz kalma durumları, iletişim ve problem çözme becerileri ve şiddete maruz kalma durumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla, tanımlayıcı-ilişki arayıcı tasarımla yürütüldü.

5.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma İstanbul ili Anadolu yakasında bulunan 618 (birinci hastane) ve 660 (ikinci hastane) yataklı iki eğitim araştırma hastanesinde yürütüldü. Bu hastaneler yoğun bakım, ameliyathane, dahili, cerrahi, çocuk, kadın sağlığı ve hastalıkları, ortopedi, acil tıp kliniği ve diğer tüm birimleri bulunan eğitim araştırma hastanesi standartlarını karşılayan hastanelerdir (T.C. Resmi Gazete, 13 Ocak 1983, sayı: 17927). Hastanelerin her kisinde de İş Sağlığı Güvenliği birimi ve iş yeri hemşiresi bulunmaktadır.

5.3 Araştırmanın Yapıldığı Zaman

Araştırma, Kasım 2017- Mart 2018 tarihleri arasında yürütüldü.

5.4 Araştırmaya Alınma Kriterleri

Araştırmanın yapıldığı hastanede, araştırmanın yapıldığı tarihlerde çalışıyor olmak, katılmak için gönüllü olmak, veri toplama formlarını eksiksiz doldurmak esas alındı.

5.5 Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

Araştırmaya katılmak istemeyenler, veri toplama formlarını eksik dolduran katılımcılar araştırmaya dahil edilmedi.

5.6 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, doktor, hemşire, ebe, acil tıp teknikeri, radyoloji teknikeri ve paramedik olarak çalışan sağlık personeli, birinci hastanede 610, ikinci hastaneden 969 kişi toplam 1579 kişi oluşturdu. Örneklem seçiminde N sayısı bilinen örnekleme yöntemi kullanıldı.

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2(N-1) + t^2 p q}$$

Formülde şiddet olayının görülme yüzdesi 0,45 (Tetik ve ark., 2018), görülmemeye yüzdesi 0,55 olarak alındı. 1579 kişilik evrende örneklem sayısı 308 olarak belirlendi. Hastanede çalışan personel sayısına göre orantı kurulduğunda birinci hastaneden 119 kişi, ikinci hastaneden 189 kişi alınması gerektiği tespit edildi. Bu doğrultuda, belirtilen tarihler arasında veri toplama formlarını gönüllü olarak eksiksiz dolduran birinci hastaneden 169 ikinci hastaneden 299 toplam 468 kişi ile çalışma tamamlandı.

5.7 Veri Toplama Araçları:

Araştırmanın verileri, Sosyodemografik Özellikleri Tanılama Formu (EK-1), İletişim Becerileri Ölçeği (EK-2) ve Yetişkin Problem Çöme Ölçeği (EK-3) kullanılarak toplandı.

5.7.1 Sosyodemografik Özellikleri Tanılama Formu (EK-1)

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Çelik, 2008; Kamchuchat ve ark., 2008, Büyükbayram ve Okçay, 2013; Purcell ve ark., 2017) hazırlanan sosyodemografik özellikler tanılama formunda kurumda çalışma süresi, görevi, şiddete uğrama durumu ve bununla ilgili bilgi edinmek amacıyla toplam 37 kapalı uçlu soru bulunmaktadır.

5.7.2 İletişim Becerileri Ölçeği (İBÖ), (EK-2)

Bireylerin kendi iletişim becerilerini nasıl değerlendirdiklerini belirlemek amacıyla Fidan Korkut Owen ve Aslı Bugay tarafından 2014 yılında geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin iç tutarlık Cronbach alfa katsayısı .88 dir. Bu çalışmada ölçeğin cronbach alpha değeri $\alpha=.88$ olarak bulundu. Bu çalışmada ölçeğin alt boyutlarının cronbach alpha değerlerine bakıldığında İletişim İlkeleri ve Temel Beceriler alt boyutunun $\alpha=.776$, Kendini İfade Etme alt boyutunun $\alpha=.687$, Etkin Dinleme ve Sözel Olmayan İletişim alt boyutunun $\alpha=.720$, İletişim Kurmaya İsteklilik alt boyutunun $\alpha=.662$ olarak bulundu.

Ölçek 25 maddeli, 5'li likert tipindedir. 1-Hiçbir zaman, 2-Nadiren, 3-Bazen, 4-Sıklıkla, 5-Her zaman olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin dört faktörlü bir yapı oluşturduğu belirlenmiştir. İlk faktörde yer alan maddeler “İnsanları oldukları gibi kabul ederim” gibi temel iletişim ilkelerini ya da “başkaları konuşurken yanıt vermeden önce onların sözlerini bitirmelerini beklerim” gibi temel iletişim becerilerine işaret ettiği için, bu faktör İletişim İlkeleri ve Temel Becerileri olarak adlandırılmıştır. İkinci faktörde yer alan maddeler “düşüncelerimi istediğim zaman anlaşılır biçimde ifade edebilirim” maddesindeki gibi kendini ifade etmeye yönelik olması nedeni ile Kendini İfade Etme olarak adlandırılmıştır. Üçüncü faktörde yer alan maddelere “birisini dinlerken söylenenlerin altında yatan duyguları anlayabilirim” gibi sözel olmayan mesajları anlayabilme ya da aktif dinlemeye yönelik olduğu için Etkin Dinleme ve Sözel Olmayan İletişim olarak adlandırılmıştır. Son faktör “diğer insanlarla kolaylıkla sohbet başlatabilirim” gibi diğer insanlarla kolayca iletişim başlatmaya, insanlara ilgi duymaya yönelik olduğu için İletişim Kurmaya İsteklilik olarak adlandırılmıştır.

Ölçeğin alt boyutlarına giren maddeler; İletişim İlkeleri ve Temel Beceriler (İİTB), 1,3,6,13, 15,16,21,23,24 ve 25. maddelerden oluşmaktadır. Kendini İfade Etme (KİE), 2,5,17 ve 20. maddeler, Etkin Dinleme ve Sözel Olmayan İletişim (EDSOİ), 10,11,12,18,19, 22. maddeler, İletişim Kurmaya İsteklilik (İKİ), 4,7,8, 9 ve 14. maddelerden oluşmaktadır. Ölçekte ters ifade bulunmamakta ve ölçekten alınan yüksek puan bireylerin kendi iletişim becerilerini olumlu yönde değerlendirdiklerini göstermektedir. Ölçek alt boyutlarından alınan puanların yüksek olması iletişim becerilerinin iyi olduğunu göstermektedir.

5.7.3 Yetişkin Problem Çözme Ölçeği (YPÇÖ), (EK-3)

Yetişkinlerin problem çözme düzeylerini belirlemek amacıyla Yaman ve Dede tarafından (2008) geliştirilmiştir (EK3).18 maddelik beşli likert tipi ölçeğin geçerlik güvenirliği yapılmış, açıklayıcı faktör analizi sonuçları, ölçeğin toplam varyansın %82'sini açıklayan beş faktöre sahip olduğunu göstermiştir. Ölçeğin güvenirlik katsayısı da oldukça iyi düzeyde bulunmuştur (Cronbach alpha=.88). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alpha değeri $\alpha=.902$ olarak bulundu. Bu çalışmada ölçeğin alt boyutlarının cronbach alpha değerlerine bakıldığında Problemin Çözümünün

Etkilerini Düşünme alt boyutunun $\alpha=,818$, Modelleme Yoluyla Problem Çözme $\alpha=,730$, Alternatif Çözümleri Araştırma $\alpha=,623$, Belirlenen Çözümde Kararlılık $\alpha=,771$, Karşılaşılan Problemi Analiz Etme $\alpha=,743$ olarak bulundu.

Ölçeğin cevapları 5-‘Her zaman’, 4-‘Sıklıkla’, 3-‘Bazen’, 2-‘Nadiren’, 1-‘Hiçbir zaman’ şeklinde düzenlenmiştir. Puanlar 1 ile 5 arasında olduğundan, puanlar 5’e yaklaştıkça bireylerin önermeye katılım düzeyleri yüksek, 1’e yaklaştıkça düşük olduğu kabul edilmiştir.

Ölçeğin beş alt boyutu bulunmaktadır. Alt boyutları; Problemin Çözümünün Etkilerini Düşünme 1, 2, 3, 4 ve 5. maddelerden, Modelleme Yoluyla Problem Çözme 6, 7 ve 8. maddelerden, Alternatif Çözümleri Araştırma 9, 10, 11 ve 12. maddelerden, Belirlenen Çözümde Kararlılık 13, 14 ve 15. maddelerden, Karşılaşılan Problemi Analiz Etme 16, 17 ve 18. Maddelerden oluşmaktadır. Alt boyutlardan alınan puanların yüksek olması, problem çözme becerisinin de yüksek olduğunu göstermektedir.

5.8 Verilerin Toplanma Yöntemi

Veriler araştırmacı tarafından anket uygulama tekniği ile öz bildirime dayalı olarak toplandı. Veriler, gündüz mesaisinde çalışan sağlık personelinin araştırmacı tarafından, ulaşılamayan (izinli, raporlu, gece vardiyası vb.) çalışanlardan ise klinik sorumlu hemşiresi ve hekimine formlar bırakılarak çalışanlara iletilmesi istendi ve daha sonraki gidişlerde formlar toplandı. Veriler belirtilen tarihlerde haftanın iki günü hastanelere gidilerek 20 haftada toplandı.

5.9 Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken, şiddet görme durumudur.

Bağımsız değişkenler, sosyodemografik özellikler tanımlama formunda yer alan toplam 37 soru, İletişim Becerileri Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları ile Yetişkin Problem Çözme Becerileri Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarıdır.

5.10 Etik İzin (EK-4, EK-5)

Araştırmanın yapılabilmesi için Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu’ndan (09.10.2017-192) ve araştırmanın yürütüleceği hastanelerin bağlı olduğu İl Sağlık Müdürlüğü’nün bilimsel çalışmalar

komisyonundan izin alınmıştır (EK4). Sağlık çalışanlarından gönüllü onamları alınarak araştırmaya katılmak isteyenlerden veriler toplanmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler için ölçeğiuyarlayan ve geliştiren yazarlardan mail yolu izle kullanım izni alındı (EK5).

5.11 Verilerin Değerlendirilmesi (İstatistik)

Çalışmada elde edilen veriler, uygun istatistik analizler kullanılarak bilgisayar ortamında değerlendirildi. Tanımlayıcı veriler sayı, yüzde ve ortalama ile gösterildi. Ölçek puanları ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki parametrik varsayımları yerine getiren verilerde üç ve daha fazla grubun karşılaştırılmasında Varyans analizi (ANOVA), ikili grupların karşılatırılmasında t testi yapıldı. Parametrik varsayımları yerine getirmeyen verilerin değerlendirilmesinde ise Kruskal Wallis Varyans analizi, Mann-Whitney U testi ile değerlendirildi. Sayımla belirtilen veriler Ki-Kare testi ile değerlendirildi. Şiddetin oluşmasını etkileyen değişkenlerin neler olduğunu belirlemede Lojistik Regresyon analizi kullanıldı. Ölçek puanları arasındaki ilişkiye Pearson Korelasyon Analizi ile bakıldı. Tüm istaistik analizler için anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edildi.

5.12 Araştırmanın Güçlü ve Zayıf Yönleri

Bu araştırmanın güçlü yönleri örneklem sayısının yeterli olması, İletişim Becerileri Ölçeği ve Yetişkin Problem Çözme Ölçeği'nin her ikisinin birlikte şiddete maruz kalma ile ilişkisini araştıran başka bir çalışma olmaması olarak düşünülmektedir. Bunların yanı sıra, araştırmanın sonucunda şiddeti ortaya koyan birçok faktörün belirlenmiş olması ve bu faktörlere yönelik verilen yönetsel, çevresel düzenleme önerileri bir diğer güçlü yanıdır.

Araştırma sonuçlarının, araştırma yapılan iki hastane haricinde genellenememesi, acil serviste çalışan sağlık personellerine diğer kliniklere göre sayıca daha çok ulaşılmış olması çalışmanın zayıf yönlerindendir. Çalışmanın kalitatif tasarımıyla daha fazla güçlenebilir olması bir diğer zayıf yönüdür.

6. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan sağlık personellerinin sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’de gösterildi. Sağlık çalışanlarının %75,6’sı (n=354) kadın, yaş ortalaması $28,78 \pm 7,40$ ’dır, %57,7’si (n=270) 18-27 yaş grubundadır. Araştırma kapsamındaki sağlık personellerinin %33,8’i (n=158) acil serviste çalışmakta, %53,6’sı (n=251) 0-4 çalışma yılına sahip, %33,3’ü (n=156) evli, %55,6’sı (n=260) lisans mezunu ve %76,2’si (n=366) hemşire-ebe’dir.

Tablo 1. Sağlık personellerinin sosyo-demografik özellikleri (n=486)

	Değişkenler	n	%
Cinsiyet	Kadın	354	75,6
	Erkek	114	24,4
Yaş grup (ort= $28,78 \pm 7,40$)	18-27 yaş	270	57,7
	28-37	136	29,0
	38-47	48	10,3
	48 ve üstü	14	3,0
Klinikler	Acil Servis	158	33,8
	Dahili Birimler	53	11,3
	Cerrahi Birimler	85	18,2
	Poliklinikler	52	11,1
	Ameliyathane	63	13,5
	Yoğun Bakım	57	12,1
Çalışma yılı	0-4 yıl	251	53,6
	5-9 yıl	100	21,4
	10-14 yıl	46	9,8
	15-19 yıl	26	5,7
	20-24 yıl	19	4,2
	25-29 yıl	17	3,5
	30 yıl ve üstü	9	1,8
Çalışma biçimi	Sadece Gündüz	104	22,2
	Sadece Gece	21	4,5
	Vardiyalı	343	73,3
Medeni durum	Evli	156	33,3
	Bekâr	312	66,7
Çocuk varmı?	Var	108	23,1
	Yok	360	76,9
Eğitim düzeyi	Meslek Lisesi	72	15,4
	Ön Lisans	66	14,0
	Lisans	260	55,6
	Yüksek Lisans	63	13,5
	Doktora	7	1,5
Meslek	Doktor	39	8,3
	Hemşire-ebe	366	78,2
	Att-paramedik,rad.teknikeri	63	13,5

Sağlık personellerinin sağlık ve sosyal aktivitelere katılım durumları Tablo 2’de gösterildi. Çalışmaya katılan sağlık personellerinin %13,2’si (n=62) bir veya birden fazla kronik hastalığa sahip, %50,4’ü (n= 236) kendisini genel olarak stresli bulmakta, %29,3’ü (n=137) sigara-alkol gibi bağımlılık yapıcı madde kullanmaktadır. Çalışanların yalnızca %26,7’si (n=125) düzenli fiziksel aktivite yaptığını belirtmekte, %62,2’si (n=291) sağlıklı beslendiğini düşünmemektedir.

Tablo 2. Sağlık personellerinin sağlık ve sosyal aktivite durumları (n=468)

Değişkenler		n	%
Kronik hastalık	Var	62	13,2
	Yok	406	86,8
Stresli misiniz?	Evet	236	50,4
	Hayır	232	49,6
Sigara-alkol kullanımı	Evet	137	29,3
	Hayır	331	70,7
Eğlenmeye vakit ayırma	Evet	305	65,2
	Hayır	163	34,8
Düzenli fiziksel aktivite	Yapıyor	125	26,7
	Yapmıyor	343	73,3
Sağlıklı beslenme	Evet	177	37,8
	Hayır	291	62,2

Sağlık personellerine göre çalıştıkları hastanenin fiziksel ortam ve çalışma koşulları Tablo 3’de gösterildi. Sağlık çalışanlarının %47,9’u’i (n=224) hastanenin fiziksel koşullarının yetersiz olduğunu, %62,0’si (n= 290) malzemelerinin yetersiz olduğunu, %77,4’ü (n=362) iş yükünün fazla olduğunu belirtmektedir. Ayrıca sağlık personellerinin %76,3’ü (n=357) çalıştıkları ortamın stresli olduğunu, %69,0’u (n=323) çalışan başına düşen hasta sayısının fazla olduğunu bildirdi.

Tablo 3. Sağlık personellerine göre çalıştıkları hastanenin fiziksel ortam ve çalışma koşulları (n=468)

Değişkenler		n	%
Hastane fiziki koşulları	Yeterli	244	52,1
	Yetersiz	224	47,9
Malzeme	Yeterli	178	38,0
	Yetersiz	290	62,0
İş yükü	Normal	106	22,6
	Fazla	362	77,4
Çalışma ortamı stresli mi?	Evet	357	76,3
	Hayır	111	23,7
Haftalık çalışma saatleriniz nasıl?	Uzun	198	42,3
	Normal	270	57,7
Çalışan başına düşen hasta sayısı	Fazla	323	69,0
	Normal	145	31,0

Sağlık personellerine göre hasta ve yakınları ile iletişim kurmayı olumsuz etkileyen çevresel faktörler Tablo 4'te verildi. Araştırmaya katılan sağlık personellerinin %42,3'ü (n=198) çalıştığı ortamın gürültülü ve mahremiyetten yoksun olduğunu, %38,9'u (n=182) ayaküstü-mesafeli iletişim kurmak zorunda kaldıklarını, %45,3'ü (n=212) uyarıların fazla olduğunu ve bunların hasta ve yakınları ile iletişim kurmaya engel olduğunu belirtti. Ayrıca çalışanların %73,7'si (n=345) hasta sayısının fazla olmasının, %43,4'ü (n=203) uzun çalışma saatlerinin, %48,1'i molaların yetersiz oluşunun hasta ve yakınları ile iletişim kurmaya engel olduğunu bildirdi.

Tablo 4. Sağlık personellerine göre hasta ve yakınları ile iletişim kurmayı olumsuz etkileyen çevresel faktörler (n=468)

Değişkenler		n	%
Gürültülü ve mahremiyetten yoksun ortam	Evet	198	42,3
	Hayır	270	57,7
Ayaküstü - mesafeli iletişim	Evet	182	38,9
	Hayır	286	61,1
Uyarıların fazla olması	Evet	212	45,3
	Hayır	256	54,7
Hasta sayısının fazla olması	Evet	345	73,7
	Hayır	123	26,3
Uzun çalışma saatleri	Evet	203	43,4
	Hayır	265	56,6
Molaların yetersiz olması	Evet	225	48,1
	Hayır	243	51,9
Vardiyalı çalışma	Evet	134	28,6
	Hayır	334	71,4
Sağlık personelinin hastayı bilgilendirmemesi	Evet	180	38,5
	Hayır	288	61,5

Sağlık personellerine göre hasta ve yakınları ile iletişim kurmayı olumsuz etkileyen bireysel faktörler Tablo 5'te gösterildi. Sağlık personellerinin %85,3'ü (n=399) hasta ve yakınlarının gergin ve kaygılı olduğunu, %62,2'si (n=291) hasta ve yakınlarının mümkün olmayan taleplerde bulunduğunu ve bunların iletişim kurmaya engel olduğunu belirtmektedir. Bunun yanı sıra sağlık personellerinin %10,7'si (n=50) hasta ve yakınları ile iletişim kurmada isteksiz olduğunu, %25,9'u (n=121) kendini yorgun hissettiğini ve %23,3'ü (n=109) iş doyumunun yetersiz olduğunu ve bunların hasta ve yakınları ile iletişim kurmayı olumsuz etkilediğini belirtti.

Tablo 5. Sağlık personellerine göre hasta ve yakınları ile iletişim kurmayı olumsuz etkileyen bireysel faktörler (n=468)

Değişkenler		n	%
Hasta ve yakınlarının gergin ve kaygılı olması	Evet	399	85,3
	Hayır	69	14,7
Hasta ve yakınlarının karşılanması mümkün olmayan taleplerde bulunması	Evet	291	62,2
	Hayır	177	37,8
Sağlık çalışanlarının iletişim kurmada isteksiz olması	Evet	50	10,7
	Hayır	418	89,3
Sağlık çalışanlarının kendilerini yorgun hissetmesi	Evet	121	25,9
	Hayır	347	74,1
Sağlık çalışanlarının kendilerini tükenmiş hissetmesi	Evet	127	27,1
	Hayır	341	72,9
Sağlık çalışanlarının bireysel sorunlarının olması	Evet	29	6,2
	Hayır	439	93,8
Sağlık çalışanlarının iş doyumunun yetersiz olması	Evet	109	23,3
	Hayır	359	76,7

Sağlık personellerinin şiddet yaşama durumları Tablo 6’da gösterildi. Sağlık personellerinin %42,9’u (n=201) en az bir kez şiddet yaşadığını bildirdi. Şiddet gören sağlık personellerine şiddet uygulayan kimdi diye sorulduğunda verilen cevaplarda, %40,8’i (n=82) hastanın kendisi, %91’i (n=183) hasta yakını, %4’ü (n=8) sağlık hizmeti almak için gelmemiş biri, %3’ü (n=6) hastane çalışanı tarafından şiddet gördüğünü belirtti. Şiddete uğrayan sağlık personellerinin %59,2’si (n=119) bir erkek tarafından şiddet gördüğünü, %50,7’si (n=102) tahmini 27-36 yaş arasındaki bireyler tarafından şiddete uğradığını belirtti. Sağlık personellerinin %94,5’i (n=190) sözel şiddete, %34,8’i (n=70) fiziksel şiddete, %28,9’u (n=58) psikolojik şiddete, %5,0’i (n=10) cinsel şiddete uğradığını belirtti.

Tablo 6. Sağlık personellerinin şiddet yaşama durumu (n=468)

Değişkenler		n	%	
Şiddete maruz kalma	Hayır	267	57,1	
	Evet	201	42,9	
Şiddet maruz kalma	Yaşamadım	267	57,1	
	Bir kez yaşadım	92	19,7	
	İki kez yaşadım	36	7,7	
	Üç veya daha Fazla yaşadım	73	15,5	
Şiddet uygulayan kimdi? (n=201)	Hasta	Evet	82	40,8
		Hayır	119	59,2
	Hasta Yakını	Evet	183	91,0
		Hayır	18	9,0
	Sağlık hizmeti almak amaçlı gelmeyen biri	Evet	8	4,0
		Hayır	193	96,0
	Hastane çalışanı	Evet	6	3,0
		Hayır	195	97,0
Şiddet uygulayan cinsiyet (n=201)	Kadın	32	15,9	
	Erkek	119	59,2	
	Her ikisi de	50	24,9	
Şiddet Uygulayan Kişinin Tahmini Yaşı (n=201)	17-26 yaş	22	10,9	
	27-36 yaş	102	50,7	
	37-46 yaş	65	32,3	
	47 yaş ve üstü	12	6,1	
Şiddet Şekli (n=201)	Sözel	Evet	190	94,5
		Hayır	11	5,5
	Fiziksel	Evet	70	34,8
		Hayır	131	65,2
	Psikolojik	Evet	58	28,9
		Hayır	143	71,1
	Cinsel	Evet	10	5,0
		Hayır	191	95,0

Sağlık personellerinin yaşadığı şiddet türleri Tablo 7’de gösterildi. Sağlık personellerinin yaşadığı sözel şiddete bakıldığında şiddete uğrayanların %77,1’i (n=155) sözlü tartışma yaşadığını, %70,1’i (n=141) tehdit edildiğini, %58,7’si (n=118) küfredildiğini belirtti. Fiziksel şiddete bakıldığında, şiddete uğrayanların %9,5’i

(n=19) nesne-silah kullanımına maruz kaldığını, %26,9'u (n=54) vurma-itme eylemine maruz kaldığını bildirdi.

Tablo 7. Sağlık personellerinin yaşadığı şiddet türleri (n=201)

Değişkenler			n	*%
Sözel Şiddet (n= 190)	Sözlü Tartışma	Evet	155	77,1
		Hayır	46	22,9
	Tehdit etme	Evet	142	70,4
		Hayır	59	29,6
	Küfretme	Evet	118	58,7
		Hayır	83	41,3
	Küçük Düşürme	Evet	72	35,8
		Hayır	129	64,2
Fiziksel Şiddet (n=70)	Nesne-Silah Kullanma	Evet	19	9,5
		Hayır	182	90,5
	Isırma	Evet	7	3,5
		Hayır	194	96,5
	Tükürme	Evet	18	9,0
		Hayır	183	91,0
	Vurma-itme	Evet	54	26,9
		Hayır	147	73,1

Sağlık personellerinin şiddete uğradığı ortamlar Tablo 8’de gösterildi. Şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının %27,9’u (n=56) muayene odasında, %36,3’ü (n=73) hasta odasında, %50,2’si (n=101) koridorda şiddete maruz kaldığını belirtti.

Tablo 8. Sağlık personellerinin şiddete uğradığı ortamlar (n=201)

Değişkenler		n	*%
Bekleme Odası	Evet	35	17,4
	Hayır	166	82,6
Muayene Odası	Evet	56	27,9
	Hayır	145	72,1
Hasta Odası	Evet	73	36,3
	Hayır	128	63,7
Tetkik Bölümleri	Evet	20	10,0
	Hayır	181	90,0
Koridor	Evet	101	50,2
	Hayır	100	49,8

Sağlık personellerinin şiddete uğradığı tahmini saat aralığı Tablo 9’da verildi. Şiddete uğrayan sağlık personellerinin %61,2’si (n=123) tahmini 16:01-00:00 saat aralığında şiddete uğradığını belirtti.

Tablo 9. Sağlık personellerinin şiddete uğradığı tahmini saat aralığı (n=201)

Değişkenler		Sayı	*%
08:01-16:00	Evet	76	37,8
	Hayır	125	62,2
16:01-00:00	Evet	123	61,2
	Hayır	78	38,8
00:01-08:00	Evet	50	24,9
	Hayır	151	75,1

Sağlık personellerinin şiddete uğradığı esnada yaptığı iş veya aktiviteler Tablo 10’da gösterilmiştir. Şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının %63,7’si (n=128) o sırada tedavi-bakım yaptığını, %33,8’i (n=68) bankoda veya odada beklediğini belirtti.

Tablo 10. Sağlık personellerinin şiddete uğradığı esnasında yaptığı iş/aktivite (n=201)

Değişkenler		Sayı	*%
Dinlenme-yemek yeme	Evet	15	7,5
	Hayır	186	92,5
Hasta muayenesi	Evet	40	19,9
	Hayır	161	80,1
Tedavi bakım	Evet	128	63,7
	Hayır	73	36,3
Tetkik işlemleri (Radyoloji, tomografi)	Evet	22	10,9
	Hayır	179	89,1
Bankoda/odada bekleme	Evet	68	33,8
	Hayır	133	66,2

Şiddete uğrayan sağlık personellerinin şiddet olayı sonrası yaşadığı fiziksel, psikolojik sorunlar ve tepkileri Tablo 11’de gösterildi. Fiziksel şiddete maruz kalan sağlık personellerinin %10,0’u (n=20) şiddet sonucunda fiziksel bir yaralanma geçirdiğini belirtti. Şiddete uğrayan sağlık personellerinin %94,0’ü (n=189) yaşadığı şiddet olayından fiziksel veya psikolojik olarak etkilendiğini, %52,2’si (n= 105) güvensizlik hissettiğini, %70,1’i (n=141) öfke hissettiğini, %34,8’i (n=70) şiddet olayına bir tepki verdiğini belirtti.

Tablo 11. Şiddete uğrayan sağlık personellerinin şiddet olayı sonrası yaşadığı fiziksel, psikolojik sorunlar ve tepkileri (n=201)

Değişkenler		Sayı	*%
Fiziksel yaralanma	Yaralanma geçirdim	20	10,0
	Yaralanma olmadı	181	90
Fiziksel veya psikolojik etkilenme durumu	Hiçbir etkisi olmadı	12	6,0
	Etkilendim	189	94,0
Korku hissetme	Evet	71	35,3
	Hayır	130	64,7
Güvensizlik hissetme	Evet	105	52,2
	Hayır	96	47,8
Öfke hissetme	Evet	141	70,1
	Hayır	60	29,9
Endişe hissetme	Evet	78	38,8
	Hayır	123	61,2
Şiddete olayına herhangi bir tepki verme durumu	Karşılık verdim	70	34,8
	Karşılık vermedim	131	65,2

Şiddete uğrayan sağlık personellerinin şiddet olayı sonrası yaşadığı düşünceler ve tutumlar Tablo 12’de gösterildi. Şiddete uğrayan sağlık personellerinin %20,9’u (n=42) işini bırakmayı düşündüğünü, %21,9’u (n=44) çalıştığı bölümü değiştirmeyi düşündüğünü, %44,8’i (n=90) hastalara bakım vermede isteksiz olduğunu ve %50,2’si (n=101) artık şiddet ve gerginliğe tahammül edemediğini belirtti. Ayrıca şiddete uğrayan personellerinin %94,0’ü (n=189) şiddet olayı sonrasında profesyonel destek almadığını belirtti.

Tablo 12. Şiddete uğrayan sağlık personellerinin şiddet olayı sonrası yaşadığı düşünceler ve tutumlar (n=201)

Değişkenler		Sayı	%
İşimi bırakmayı düşünüyorum	Evet	42	20,9
	Hayır	159	79,1
Çalıştığım bölümü değiştirmeyi düşünüyorum	Evet	44	21,9
	Hayır	157	78,1
Hastalara bakım vermede isteksizim	Evet	90	44,8
	Hayır	111	55,2
Şiddet olayına karşı daha dikkatli davranıyorum	Evet	61	30,3
	Hayır	140	69,7
Artık şiddete ve gerginliğe tahammül edemiyorum	Evet	101	50,2
	Hayır	100	49,8
Herhangi bir değişiklik olmadı	Evet	37	18,4
	Hayır	164	81,6
Profesyonel destek alma	Evet	12	6,0
	Hayır	189	94,0

Şiddete uğrayan sağlık personellerinin olay sırasında çözüm arama durumu Tablo 13’de gösterildi. Şiddete uğrayan sağlık personellerinin %50,7’si (n=102) şiddet olayı sırasında herhangi bir çözüm aramadığını, %43,8’i (n=88) şiddet olayı esnasında beyaz kod verdiğini, %27,9’u hastane polisinden yardım istediğini belirtti. Ayrıca şiddete uğrayan sağlık personellerinin %50,7’si (n=102) şiddet uygulayan kişinin eylem sonrasında kendiliğinden uzaklaştığını bildirdi.

Tablo 13. Şiddete uğrayan sağlık personellerinin olay sırasında çözüm arama durumu (n=201)

Değişkenler		Sayı	%
Herhangi bir çözüm arama durumu	Evet	99	49,3
	Hayır	102	50,7
Beyaz kod verdim	Evet	88	43,8
	Hayır	113	56,2
Hastane polisinden yardım istedim	Evet	56	27,9
	Hayır	145	72,1
Kişi kendiliğinden uzaklaştı	Evet	102	50,7
	Hayır	99	49,3

Bağımsız değişkenler ile şiddet yaşama durumu karşılaştırılarak tablo 14’de gösterildi. Buna göre şiddet yaşayanların %46,6’sı kadın, %31,6’sı erkek olarak belirlendi ve şiddet yaşama açısından cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($\chi^2=7,95$; $p=,005$). Kadınlar erkeklerden daha fazla şiddet görmektedir.

Şiddete uğrayan sağlık personellerinin %49,4’ü evli, 39,7’si bekar olarak belirlendi ve bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($\chi^2=3,92$; $p=,048$).

Sağlık personellerinin çalıştıkları klinikler ile şiddete uğrama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($\chi^2=22,81$; $p=,00$). Acil servis çalışanların (%57,0) diğer servislerde çalışanlara göre daha fazla şiddete maruz kaldıkları belirlendi.

Sağlık personellerinin çalışma süresi ile şiddete maruz kalma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($\chi^2=39,30$; $p=,00$). Şiddete maruz kalan sağlık personellerinin %65’i 5-9 yıl, %50’si 10-14 yıl şiddete maruz kaldıkları görüldü. Çalışma biçimi, çocuk sahibi olma, eğitim düzeyi ve mesleği ile şiddet yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 14: Bağımsız değişkenler ile şiddet yaşama durumunun karşılaştırılması

Değişkenler		Şiddet Yaşama				İstatistik	
		Şiddet yaşamadım		Şiddet Yaşadım			
		n	%	n	%	x ²	p
Cinsiyet	Kadın	189	54,3	165	46,6	7,95	,005
	Erkek	78	68,4	36	31,6		
Medeni durum	Evli	79	50,6	77	49,4	3,92	,048
	Bekar	188	60,3	124	39,7		
Çalışma Biçimi	Gündüz	62	59,6	42	40,4	3,95	,139
	Gece	16	76,2	5	23,8		
	Vardiyalı	189	55,1	154	44,9		
Çocuğunuz var mı?	Evet	57	52,8	51	47,2	1,04	,306
	Hayır	210	58,3	150	41,7		
Eğitim düzeyiniz	M.Lisesi	43	59,7	29	40,3	,95	,95
	Ön lisans	36	54,5	30	45,5		
	Lisans	148	56,9	112	43,1		
	Y. Lisans	35	55,6	28	44,4		
	Doktora	5	71,4	2	28,6		
Çalışılan klinikler	Acil servis	68	43,0	90	57,0	22,81	,00
	Dahili birimler	28	52,8	25	47,2		
	Cerrahi birimler	57	67,1	28	32,9		
	Poliklinikler	35	67,3	17	32,7		
	Ameliyathane	40	63,5	23	36,5		
	Yoğun bakım	39	68,4	18	31,6		
Çalışma süresi	0-4 yıl	174	69,3	77	30,7	39,30	,00
	5-9 yıl	35	35,0	65	65,0		
	10-14 yıl	23	50,0	23	50,0		
	15-19 yıl	12	46,2	14	53,8		
	20-24 yıl	8	42,1	11	57,9		
	25-29 yıl	9	56,3	7	43,8		
	30-40 yıl	5	62,5	3	37,5		
Meslek Grupları	Hekim	21	53,8	18	46,2	,20	,90
	Hemşire, ebe, sağlıkmemur	221	57,2	158	42,8		
	Teknisyen, tekniker	35	58,3	25	41,7		

Sağlık personellerine göre hastanede verilen hizmeti olumsuz etkileyen fiziksel ortam faktörleri ile şiddet yaşama durumları Tablo 15’te verildi. Şiddete uğrayan sağlık personellerinin % 45,7’si hastanedeki çalışma ortamlarını yoğun ve stresli bulduğunu belirtti ve çalışma ortamını yoğun ve stresli bulmayanlar ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($x^2=4,51$; $p=,03$).

Şiddete uğrayan sağlık personellerinin %50,8'i hastanenin fiziksel koşullarını yetersiz, uygun olmadığını bildirdi ve hastanenin fiziksel koşullarını yeterli bulanlar ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($\chi^2=12,88$; $p=,00$).

Şiddete uğrayan sağlık personellerinin %49'u haftalık çalışma saatlerini uzun bulduklarını belirtti ve çalışma saatlerini uzun bulmayanlar (%38,5) ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($\chi^2=5,11$; $p=,02$).

Şiddete uğrayan sağlık personellerinin %46,1'i çalışan başına düşen hasta sayısının fazla olduğunu düşünmekte olup düşünmeyenler (%35,9) ile arasında şiddete maruz kalma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($\chi^2=4,30$; $p=,03$).

Kullanılan malzemelerin yetersiz ve iş yükünün fazla olduğunu düşünme ile şiddet yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 15: Sağlık personellerine göre hastanede verilen hizmeti olumsuz etkileyen fiziksel ortam faktörleri ile şiddet yaşama durumları

Değişkenler		Şiddet Yaşama				İstatistik	
		Şiddet yaşamadım		Şiddet Yaşadım			
		n	%	n	%	x ²	p
Hastanenizin fiziksel koşulları	İyi	147	65,6	77	34,4	12,88	,00
	Kötü	120	49,2	124	50,8		
Malzemeleriniz yetersiz mi?	Evet	96	53,9	82	46,1	1,14	,28
	Hayır	171	59,0	119	41,0		
İş yükünüz fazla mı?	Evet	199	55,0	163	45,0	2,81	,09
	Hayır	68	64,2	38	35,8		
Çalışma ortamınız yoğun veya stresli mi?	Evet	194	54,3	163	45,7	4,51	,03
	Hayır	73	65,8	38	34,2		
Haftalık çalışma saatiniz uzun mu?	Evet	101	51,0	97	49,0	5,11	,02
	Hayır	166	61,5	104	38,5		
Çalışan başına düşen hasta sayısı fazla mı?	Evet	174	53,9	149	46,1	4,30	,03
	Hayır	93	64,1	52	35,9		

Çalışanlara göre hastanede verilen hizmeti olumsuz etkileyen çevresel faktörlere verilen cevapları ile şiddet yaşama durumlarının karşılaştırılması Tablo 16'da verilmiştir. Şiddete uğrayan sağlık personelleri arasında çalışma ortamını gürültülü ve mahremiyetten yoksun bulanların %50,5'i oranında olduğu belirlendi ve

diğer grupla (%37,4) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($\chi^2=7,99$; $p=,00$).

Şiddete uğrayan sağlık personellerinden çalışma ortamında uyarıların fazla olduğunu düşünenlerin oranının %50 olduğu belirlendi ve çalışma ortamında uyarıların fazla olmadığını düşünenler (%37,1) ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($\chi^2=7,86$; $p=,00$).

Şiddete uğrayan sağlık personellerinin % 46,4'ünün hizmet alan hasta sayısının fazla olduğunu düşündüğü belirlendi ve hizmet alan hasta sayısının fazla olmadığını düşünenler (%33,3) ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($\chi^2=6,29$; $p=,01$).

Şiddete uğrayan sağlık personellerinin %49,8'i dinlenme süresinin yetersiz olduğunu düşündüğü belirlendi ve yeterli olduğunu düşünenlerin (%36,6) ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($\chi^2=8,24$; $p=,00$).

Şiddete uğrayan sağlık personellerinden vardiyalı çalışmanın şiddete neden olduğunu düşünenlerin oranı %51,5 olduğu belirlendi ve düşünmeyenlerin (%39,5) ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($\chi^2=5,59$; $p=,01$).

Çalışılan ortamın ayaküstü ve mesafeli olduğunu düşünme ile şiddete uğrama arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 16: Çalışanlara göre hastanede verilen hizmeti olumsuz etkileyen çevresel faktörlere verilen cevapları ile şiddet yaşama durumlarının karşılaştırılması

Değişkenler		Şiddet Yaşama				İstatistik	
		Şiddet yaşamadım		Şiddet Yaşadım			
		n	%	n	%	x ²	p
Çalışma ortamı gürültülü ve mahremiyetten yoksun mu?	Evet	98	49,5	100	50,5	7,99	,00
	Hayır	169	62,6	101	37,4		
Çalışılan ortam ayaküstü ve mesafeli mi?	Evet	99	54,4	83	45,6	0,85	,35
	Hayır	168	58,7	118	41,3		
Çalışma ortamında uyarılar fazla mı?	Evet	106	50,0	106	50,0	7,86	,00
	Hayır	161	62,9	95	37,1		
Hizmet alan hasta sayısı nasıl?	Fazla	185	53,6	160	46,4	6,29	,01
	Az	82	66,7	41	33,3		
Dinlenme süreleriniz yeterli mi mi?	Hayır	154	63,4	89	36,6	8,24	,00
	Evet	113	50,2	112	49,8		
Vardiyalı çalışmak şiddete neden olur mu?	Evet	65	48,5	69	51,5	5,59	,01
	Hayır	202	60,5	132	39,5		

Sağlık personellerinin hasta ve yakını ile iletişim kurmaya engel olan bireysel faktörlere göre şiddet yaşama durumu Tablo 17’de verildi. Şiddete uğrayan sağlık personellerinin %48,8’i hasta yakınının mümkün olmayan isteklerde bulunduğunu belirtti ve tam tersi düşünenler (%39,5) ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($\chi^2=10,74$; $p=,00$).

Şiddete uğrayan sağlık personellerinden kendini yorgun hissedenlerin (%51,2) ile kendini yorgun hissetmeyenler (%40,1) ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($\chi^2=4,57$; $p=,03$).

Şiddete uğrayan sağlık personellerinden kendini tükenmiş hissedenlerin oranı %59,8 olarak belirlendi ve tükenmiş hissetmeyenlerin (%36,7) ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($\chi^2=20,30$; $p=,00$).

Şiddete uğrayan sağlık personellerinin %38,4’ü iş doyumunun yetersiz olduğunu belirtti ve iş doyumunu yeterli bulanlar (%57,8) ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($\chi^2=12,78$; $p=,00$). İş doyumunu yetersiz bulanlar daha fazla şiddete maruz kalmaktadırlar.

Hasta ve yakınının gergin ve kaygılı olduğunu düşünme, iletişim kurmada isteksiz olma, kişisel sorunlarının olduğunu düşünme ile şiddete uğrama arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 17: Sağlık personellerinin hasta ve yakını ile iletişim kurmaya engel olan bireysel faktörlere göre şiddet yaşama durumu

Değişkenler		Şiddet Yaşama				İstatistik	
		Şiddet yaşamadım		Şiddet Yaşadım		χ^2	p
		n	%	n	%		
Hasta yakınının gergin veya kaygılı mı?	Evet	223	55,9	176	44,1	1,49	,22
	Hayır	44	63,8	25	36,2		
Hasta yakınının mümkün olmayan isteklerde bulunuyor mu?	Evet	149	51,2	142	48,8	10,74	,00
	Hayır	118	66,7	59	33,3		
İletişim kurmada isteksiz misiniz?	Evet	29	58,0	21	42,0	0,02	,88
	Hayır	238	56,9	180	43,1		
Kendinizi yorgun hissediyor musunuz?	Evet	59	48,8	62	51,2	4,57	,03
	Hayır	208	59,9	139	40,1		
Kendinizi tükenmiş hissediyor musunuz?	Evet	51	40,2	76	59,8	20,30	,00
	Hayır	216	63,3	125	36,7		
Kişisel sorunlarınız var mı?	Evet	17	58,6	12	41,4	,03	,86
	Hayır	250	56,9	189	43,1		
İş doyumunuz yeterli mi?	Evet	221	61,6	138	38,4	12,78	,00
	Hayır	46	42,2	63	57,8		

Sağlık çalışanlarının şiddete görmesine etkisi olduğu belirlenen değişkenler Lojistik Regresyon Enter modeli ile değerlendirildi ve Tablo 18’de gösterildi. Buna göre; kadın sağlık çalışanlarının erkeklere göre şiddete görme riski $\beta=2,53$ kat daha yüksek bulundu ($\beta=2,53$; $p=0,00$). Medeni durumu evli olanların bekar olanlara göre şiddete uğrama riski $\beta= 1,815$ kat daha yüksek bulundu ($\beta=1,815$; $p=0,01$) . Boş zamanlarında eğlenmeye vakit ayırmayan çalışanların şiddete uğrama riski ayıranlara göre $\beta=,664$ kat daha yüksek bulundu ($\beta=,664$; $p=0,04$). Sigara ve alkol kullananların kullanmayanlara göre şiddet uğrama riski $\beta=1,916$ kat daha yüksek bulundu ($\beta=1,916$; $p=0,00$). Acil serviste çalışanların şiddete uğrama riski $\beta=3,098$ kat daha yüksek bulundu ($\beta=3,098$; $p=0,00$).

Tablo 18. Sağlık personellerinin şiddet görme riski ile ilişkili değişkenler

Değişkenler	B	Exp(β)	Sig.	%95 güven aralığı	
				Alt	Üst
Cinsiyet Erkek=0	,92	2,53	,00	1,50	4,27
Medeni durum Bekar=0	,59	1,81	,01	1,13	2,90
Boş zamanlarında eğlenmeye vakit ayırma Evet=0	,45	,63	,04	,40	,99
Genel olarak stresli olma Hayır=0	,31	1,36	,16	,88	2,11
Sigara, alkol kullanma Hayır=0	,65	1,91	,00	1,19	3,07
Çalışılan klinik Ameliyathane=0	1,13	3,09	,00	1,49	6,44

Sağlık personellerinin İletişim Becerileri Ölçeği (İBÖ) ve Yetişkin Problem Çözme Ölçeği (YPÇÖ) puan ortalamalarının dağılımı Tablo 19’da verildi. Araştırmamızda sağlık personellerinin İletişim Becerileri Ölçeği’ndeki İletişim İlkeleri ve Temel Beceriler alt boyutunun puan ortalaması 40,13±4,46, Kendini İfade Etme alt boyutunun puan ortalaması 16,18 ±21,18, Etkin Dinleme ve Sözel Olmayan İletişim alt boyutunun puan ortalaması 23,73±2,76 ve İletişim Kurmaya İsteklilik alt boyutunun puan ortalaması 18,83±2,69olarak tespit edildi. Bu bulgular doğrultusunda sağlık çalışanlarının İletişim Becerileri Ölçeğinin tüm alt boyutlarında yüksek puan ortalamasına sahip olduğu belirlendi.

Sağlık çalışanları, Yetişkin Problem Çözme Ölçeğinin Problemin Çözümünün Etkilerini Düşünme alt boyutundan ortalama 19,57±2,77 puan, Modelleme Yoluyla Problem Çözme alt boyutundan ortalama 11,42±1,81 puan, Alternatif Çözümleri Araştırma alt boyutundan ortalama 14,74±2,37 puan, Belirlenen Çözümde Kararlılık alt boyutundan 12,12 ±1,79 puan, Karşılaşılan Problemi Analiz Etme alt boyutundan ortalama 12,03±1,69 puan alılar. Bu değerler doğrultusunda sağlık personellerinin Yetişkin Problem Çözme Ölçeğinin tüm alt boyutlarından ortalamanın üstünde puan aldıkları belirlendi.

Tablo 19. Sağlık personellerinin İletişim Becerileri Ölçeği (İBÖ) ve Yetişkin Problem Çözme Ölçeği (YPÇÖ) puan ortalamalarının dağılımı

Ölçekler		Ortalama (std.)	Min-Max.
İletişim Becerileri Ölçeği	İletişim İlkeleri ve Temel Beceriler	40,13 (4,46)	27 -50
	Kendini İfade Etme	16,18 (21,18)	8 -20
	Etkin Dinleme ve Sözel Olmayan İletişim	23,73 (2,76)	14-30
	İletişim Kurmaya İsteklilik	18,83 (2,69)	9-25
Yetişkin Problem Çözme Ölçeği	Problemin Çözümünün Etkilerini Düşünme	19,57 (2,77)	11-25
	Modelleme Yoluyla Problem Çözme	11,42 (1,81)	4-15
	Alternatif Çözümleri Araştırma	14,74 (2,37)	4-20
	Belirlenen Çözümde Kararlılık	12,12 (1,79)	6-15
	Karşılaşılan Problemi Analiz Etme	12,03 (1,69)	6-15

Şiddet yaşama durumuna göre iletişim becerileri ölçeği alt boyut puan ortalamalarının dağılımı Tablo 20’de verildi. İletişim becerileri ölçeğinin iletişim ilkeleri ve temel beceriler, kendini ifade etme, etkin dinleme, iletişim kurmaya isteklilik alt boyutları ile şiddete uğrama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 20. Şiddet yaşama durumuna göre iletişim becerileri ölçeği alt boyut puan ortalamalarının dağılımı

Ölçek Alt Boyutları	Şiddet yaşama durumu				İstatistik
	Şiddet yaşamadım (n=267)		Şiddet yaşadım (n=201)		
	Ort.	Std.	Ort.	Std.	t; p
İletişim İlkeleri ve Temel Beceriler	40,24	4,36	39,99	4,60	,59; ,55
Kendini ifade etme	16,23	2,08	16,12	2,31	,54; ,58
Etkin dinleme	23,76	2,73	23,70	2,81	,22; ,82
İletişim kurmaya isteklilik	18,92	2,68	18,72	2,71	,80; ,41

Şiddet yaşama durumuna göre problem çözme ölçeği alt boyut puan ortalamalarının dağılımı Tablo 21’de verildi. Problem çözme ölçeğinin alternatif çözümleri araştırma alt boyutu ile şiddete uğrama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($\chi^2=2,49$; $p=,01$). Şiddete uğramadığını belirtenlerin alternatif çözüm arama puan ortalaması $14,98\pm2,34$ şiddete uğrayanlardan $14,43\pm2,37$ yüksek bulundu.

Yetişkin Problem çözme ölçeğinin Problemin Çözümünün Etkilerini Düşünme, Modelleme Yoluyla Problem Çözme, Belirlenen Çözümde Kararlılık, Karşılaşılan Problemi Analiz Etme alt boyutları ile şiddete uğrama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 21: Şiddet yaşama durumuna göre problem çözme ölçeği alt boyut puan ortalamalarının dağılımı

Ölçek Alt Boyurları	Şiddet yaşama durumu				İstatistik	
	Şiddet yaşamadım (n=267)		Şiddet yaşadım (n=201)			
	Ort.	Std.	Ort.	Std.	t	p
Problemin Çözümünün Etkilerini Düşünme	19,72	2,69	19,38	2,86	1,29	,19
Modelleme Yoluyla Problem Çözme	11,46	1,79	11,37	1,83	,56	,57
Alternatif Çözümleri Araştırma	14,98	2,34	14,43	2,37	2,49	,01
Belirlenen Çözümde Kararlılık	12,18	1,77	12,05	1,81	,76	,44
Karşılaşılan Problemi Analiz Etme	12,14	1,69	11,88	1,67	1,68	,09

7. TARTIŞMA

Hastanede çalışan sağlık personellerinin şiddete maruz kalma durumları, iletişim ve problem çözme becerileri ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yürütülen çalışma bulguları benzer araştırmalar ile karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Araştırmamızda sağlık personellerinin %42,9'unun şiddete maruz kaldığı belirlendi. Bıçkıcı'nın (2011) hekim, hemşire, ebeler ile yaptığı araştırmada, son bir yılda %55,8'inin şiddete maruz kaldığını bulmuştur. Çamcı ve Kutlu'nun (2011) hekim, hemşire, sağlık memuru, yönetici, diş hekimi ve diyetisyenlerle yaptığı araştırmada sağlık personellerinin çalışma hayatı boyunca %72,6'sının, Öztürk ve Babacan (2014) ise hekim, hemşire ve diğer sağlık personelleri ile yaptığı çalışmada, %74'ünün şiddete maruz kaldığı bulmuşlardır. İngiltere'de yapılan çalışmada hemşire ve hekimlerin %27'si son bir yıl içerisinde saldırıya maruz kalırken (Winstanley ve Whittington, 2003), Zampieron (2009) ve arkadaşlarının hemşirelerle yaptığı araştırmada ise İtalya'da hemşirelerin %49,4'ü son bir yılda şiddete maruz kaldığı bulmuşlardır. Bu bulgular bize hem ülkemizde hem de yurt dışında sağlık çalışanlarının şiddet gördüklerini, ülkemizdeki şiddet oranları yurt dışındaki çalışmalardan yüksek olmakla birlikte çalışma bulgumuza benzer olduğunu göstermiştir.

Araştırmamızda şiddete uğrayanların %94,5'i en fazla sözel şiddete maruz kaldığını belirtti. Bahar (2015) ve arkadaşlarının hemşirelerle yaptığı araştırmada, şiddete maruz kalan hemşirelerin %68 ile en çok sözel şiddete uğradıklarını bulmuşlardır. Kowalenko (2005) ve arkadaşlarının ABD'de hekimler üzerinde yaptığı araştırmada şiddete uğrayan hekimlerin %74,9'u, Zampieron (2009) ve arkadaşlarının İtalya'da hemşirelerle yaptığı araştırmada şiddete maruz kalan hemşirelerin %82 ile en çok sözel şiddete uğradığını bulmuşlardır. Literatürde sözel şiddetin sağlık çalışanları tarafından şiddet olarak algılanmadığı, işlerinin bir parçası olarak görüldüğü belirtilmektedir. Hasta ve yakınlarının gergin, endişeli ve uzun bekleyişleri, sağlık çalışanlarının iş yükünün fazla olması, sağlık personelinden yeterli bilgi alamama vb. nedenlerle hasta ve yakını ile sağlık personelleri arasındaki ilişki olumsuz etkilenmekte ve gerginlik ve sözel şiddet ortamlarının doğmasına neden olmaktadır (Büyükbayram ve Okçay, 2013).

Durak ve arkadaşlarının (2014) hemşire ve hekimler ile yaptığı çalışmada sağlık personellerinin %53,2'sinin 16:01-00:00 saatleri arasında şiddete maruz kaldıklarını belirtilmiştir. Talas (2011) ve arkadaşlarının hastanedeki doktor, hemşire, güvenlik, temizlik görevlisi ve diğer çalışanlarla yaptığı çalışmada 16:00-08:00 saatleri arasında toplam şiddet olaylarının %67,4'ünün meydana geldiği bildirilmiştir. Bizim araştırmamızda da buna benzer olarak şiddete uğrayanların %61,2'sinin 16:01-00:00 saatleri arasında şiddet maruz kaldıklarını bildirdi. Ergün ve Karadakovan'ın (2005) yaptığı araştırmada sözel şiddete maruz kalan hemşirelerin %72,3'ü ve fiziksel şiddete maruz kalanların %77'si 16:00-08:00 saatleri arasında şiddet olayı yaşamıştır. Suudi Arabistan'da Alsalem (2018) ve arkadaşlarının hekim, hemşire, diş hekimi ve diğer sağlık personelleri ile yaptığı çalışmada şiddet olaylarının %68,8'inin gece vardiyasında meydana geldiği belirtilmiştir. Alameddine (2015) ve arkadaşlarının Lübnan'da hemşirelerle yaptığı çalışmada gece çalışmanın gündüz çalışmaya göre 2,78 kat daha fazla şiddete maruz kalmaya neden olduğunu belirtmiştir. Cheung (2017) ve arkadaşları doktor ve hemşirelerle yaptığı çalışmada gece nöbet tutanların diğerlerine göre 1,9 kat daha fazla şiddete uğradığını belirtmiştir. Gece vardiyasında şiddetin daha fazla meydana gelmesinde, acil sağlık hizmeti almaya gelen hasta ve yakınlarının sayısının fazla olması, nöbete kalan personel sayısının azlığı, yönetici ve idari personelin olmaması vb. nedenler sayılabilir (Talas ve ark., 2011).

Bağımsız değişkenlerle şiddet yaşama durumları arasındaki farklara bakıldığında kadınların %46,6'sı erkeklerin %31,6'sı şiddete uğradığını belirtti ve her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Bulgularımıza benzer olarak bir başka araştırmada kadınların %83,5'i, erkeklerin %59,4'ü şiddete uğramış ve cinsiyet ile şiddete uğrama durumları arasında anlamlı fark bulunmuştur (Egici ve Öztürk, 2018). Ferri (2016) ve arkadaşlarının İtalya'da hekim ve hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada kadınları %72, erkeklerin %28 oranında şiddete uğradığı ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirtilmiştir. Ancak Atik (2013) hastanede çalışan hekim, hemşire ve diğer tüm çalışanlar ile yaptığı araştırmada katılımcıların son beş yıl içinde şiddete uğrama durumları ile cinsiyetleri arasında anlamlı fark bulmamıştır. Toplumda erkek egemen kültürünün olması, kadınların direnme ve karşı koyma güçlerinin daha az olduğuna inanılması, erkeklerin otorite, kadınların güçsüz

olarak görülmesinden kaynaklandığı söylenebilir (Akca ve ark., 2014; Mishra ve ark., 2018; Ayrancı ve ark.,2002).

Medeni duruma göre bakıldığında da şiddete uğrayan sağlık personellerinin %49,4'ünün evli, %39,7'sinin bekar olduğu belirlendi ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Çamcı ve Kutlu'nun (2011) hekim, hemşire, sağlık memuru, yönetici, diş hekimi ve diyetisyenlerle yaptığı araştırmada da şiddete uğrayan sağlık personellerinin %61,2'sinin evli, %38,8'inin bekar olduğu ve medeni durum ile şiddet yaşama arasında anlamlı fark olduğu belirtilmiştir. Durak (2014) ve arkadaşlarının hemşire ve hekimler ile yaptığı çalışmada ise evli sağlık personellerinin, aynı şekilde Albastawy'nin (2013), Ürdün'de hemşireler ile yaptığı çalışmada medeni durum ile şiddete uğrama arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Çalışılan kliniklere göre bakıldığında en çok acil servis çalışanların (%57) şiddete uğradığı ve çalışılan kliniğe göre şiddete maruz kalma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi. Durak (2014) ve arkadaşlarının hemşire ve hekimler ile yaptığı çalışmada ve İlhan'ın (2009) araştırma görevlisi ve intörn doktorlarla yaptığı çalışmada acil serviste çalışanların %82,4'ünün şiddete uğradığı ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu bildirilmiştir. Literatüre bakıldığında da hasta ve yakınlarının gergin ve kaygılı olarak ilk başvurduğu birimin acil servis olmasından dolayı şiddet eylemi görülme sıklığının arttığı bildirilmektedir (Hinsenkamp, 2013; Tarhan ve ark., 2015).

Çalışma sürelerine göre bakıldığında 5-9 yıl arası çalışma süresi bulunanların şiddete uğrama konusunda daha riskli grupta yer aldığı belirlendi. Kahriman'ın (2014) yılında yaptığı çalışmada da sözel şiddete maruz kalan hemşirelerin çoğunluğunun 6-10 yıllık çalışma deneyimine sahip olduğu belirtilmiştir. Ancak Coşkun ve Karahan'ın (2019) acil serviste çalışan sağlık personelleriyle yaptığı araştırmada ise 1-5 yıl arası çalışanların daha fazla şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Bu süreler çok uzun süreler sayılmamakla birlikte çok kısa süreler de sayılamaz. Çalışma sürelerinin 10 yılın üstüne çıkması, iletişim ve problem çözme tecrübelerinin artmasına, şiddet görme riskinin azalmasına neden olacağını düşündürmüştür.

Çalıştığı kurumun fiziksel koşullarını yetersiz bulanların %50,8'i şiddete uğradığını belirtti ve yeterli bulanlarla istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.

Coşkun ve Karahan'ın (2019) acil serviste çalışan sağlık personelleriyle yaptığı çalışmada da çalışma koşullarından memnun olmayanların %43,5'i sözel şiddete maruz kalmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Coşkun ve Karahan'ın (2019) hizmet alan hasta sayısını fazla bulanların %46,6'ü şiddete uğradığını belirtti ve diğer gruba göre şiddete uğrama riskinin riskinin daha fazla olduğu bulundu..

Vardiyalı çalışmanın şiddete neden olduğunu düşünenlerin %51,5'i şiddete uğradığını belirtti ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Milet ve Yanık'ın (2017) hastanede çalışan sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada da bulgularımıza benzer şekilde vardiyalı çalışmanın şiddete maruz kalma ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirtilmiştir.

İş doyumunun yetersiz bulanların %57,8'i şiddete maruz kaldığı belirlendi ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Buna benzer olarak Milet ve Yanık'ın (2017) hastanede çalışan sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada da iş doyumuna ile şiddete uğrama arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Araştırmamızda evli sağlık çalışanlarının bekar sağlık çalışanlarına göre 1,81 kat daha fazla şiddete maruz kalma riskinin olduğu bulundu. Araştırma bulgularımıza benzer şekilde Kaya (2016) ve arkadaşlarının doktor ve hemşireler ile yaptığı çalışmada ise evli sağlık çalışanlarının diğerlerine göre 0,5 kat daha fazla şiddete maruz kalma riskinin olduğu bulunmuştur.

Araştırmamızda sağlık çalışanları iletişim becerileri ölçeğinin tüm alt boyutlarından ortalamanın üstünde puan almışlardır. Tüm sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ölçeğinden yüksek puan aldıklarından dolayı şiddet görme ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bu sonuçlar literatür bilgisini destekler şekilde bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının saldırgan davranışla baş etme, hastalarla iletişim kurma ve krizi yönetme konularında deneyimli olmalarının daha az şiddete maruz kalmayı sağladığı belirtilmektedir (Büyükbayram ve Okçay, 2013). Atalay'ın 2018'de Gençlik ve Spor İl Müdürlüğü çalışanları ile yaptığı araştırmada bulgularının ortaya koyduğu sonuçlar değerlendirildiğinde, çalışmamıza benzer şekilde çalışan personelin iletişim becerileri düzeyleri ortanın üstünde bir seviyede çıktığı görülmektedir (Atalay A, 2018).

Sağlık çalışanları yetişkin problem çözme ölçeğinin alt boyutlarından ortalamanın üstünde puan aldılar. Bu sonuç sağlık çalışanlarının problem çözme becerilerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Sağlık çalışanlarının problem çözme becerilerini yüksek olması hizmet verme sürecinde karşılaştığı problemleri daha kolaylıkla çözebileceğini ve dolayısıyla hizmet verdiği kişiler ile daha az problem yaşayacağını düşündürmektedir. Bu ölçeğin, Alternatif Çözümleri Araştırma alt boyutu ile şiddet yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunması da bu düşüncemizi doğrular niteliktedir. Alternatif çözümleri araştıran sağlık çalışanları daha fazla sorun çözdükleri için dah az şiddete maruz kalmaktadır.



SONUÇ VE ÖNERİLER

Toplumda şiddet yalnızca belirli bir yerde değil, toplumun her kesiminde, ailede, birçok iş grubunda sıkça meydana gelmeye devam etmekte ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet de buna paralel olarak ciddi bir şekilde artmaktadır.

Çalışma bulgularımıza göre;

Sağlık personellerinin sağlık ve sosyal aktivite durumlarına bakıldığında;

- ✓ Sağlık personellerinin %13,2'si kronik hastalığı olduğunu,
- ✓ %50,4'ü kendini stresli hissettiğini,
- ✓ %29,3'ü sigara-alkol gibi bağımlılık yapıcı madde kullandığını,
- ✓ %73,3'ü düzenli fiziksel aktivite yapmadığını yapmadığını,
- ✓ %62,2'si sağlıklı beslenmediğini belirtiyordu.

Sağlık personellerine göre çalıştıkları hastanenin fiziksel ortam ve çalışma koşullarına yönelik düşünceleri değerlendirildiğinde,

- ✓ Sağlık personellerinin % 47,9'u hastane fiziki koşullarını yetersiz olduğunu,
- ✓ %62' si malzemelerinin yetersiz olduğunu,
- ✓ %77,4'ü iş yükünün fazla olduğunu,
- ✓ %76,3'ü çalışma ortamını stresli bulduğunu,
- ✓ %69'u çalışan başına düşen hasta sayısının fazla olduğunu belirtiyordu.

Sağlık personellerine göre hasta ve yakınları ile iletişim kurmayı olumsuz etkileyen çevresel faktörler incelendiğinde;

- ✓ Sağlık personellerinin %73,7'si hasta sayısının fazla olmasının,
- ✓ %48,1'i molaların yetersiz olmasının,
- ✓ %28,6'sı vardiyalı çalışmanın,
- ✓ %38,5'i hasta veya yakınını bilgilendirmemenin hasta veya yakınları ile iletişim kurmayı olumsuz etkilediğini belirtti.

Sağlık personellerine göre hasta ve yakınları ile iletişim kurmayı olumsuz etkileyen bireysel faktörler değerlendirildiğinde;

- ✓ Sağlık personellerinin %85,3'ü hasta ve yakınlarının gergin ve kaygılı oluşlarının,

- ✓ %62,2'si hasta ve yakınlarının karşılanması mümkün olmayan taleplerde bulunmasının,
- ✓ %25,9'u kendilerini yorgun hissetmesinin,
- ✓ %27,1'i kendini tükenmiş hissetmesinin,
- ✓ %23,3'ü iş doyumunun yetersiz olmasının hasta ve yakınlarıyla iletişim kurmayı olumsuz etkilediğini belirtti.

Sağlık personellerinin şiddet yaşama durumu değerlendirildiğinde;

- ✓ Sağlık personellerinin %42,9'u en az bir kez şiddete maruz kalmıştır.
- ✓ Kadın sağlık personelleri (%46,6) erkek sağlık personellerine (%31,6) göre,
- ✓ Evli sağlık personelleri (%49,4), bekar sağlık personellerine (%39,7) göre ,
- ✓ Acil servis çalışanları (%57,0) diğer birimlere göre,
- ✓ Çalışma süresi 5-9 yıl olanlar (%65,0) diğer gruplara göre daha fazla şiddet görmüştür.

Sağlık personellerine göre verilen hizmeti olumsuz etkilediğini düşündükleri fiziki ortam koşulları ile şiddet görme durumu değerlendirildiğinde;

- ✓ Fiziki ortam koşullarını yetersiz bulanlar (%50,8),
- ✓ Çalışma ortamını yoğun ve stresli bulanlar (%45,7),
- ✓ Haftalık çalışma saatlerini uzun bulanlar (%49,0),
- ✓ Çalışan başına düşen hasta sayısının fazla olduğunu düşünenler (%46,1) daha fazla şiddete uğradıklarını bildirdiler.

Sağlık personellerine göre hastanede verilen hizmeti olumsuz etkileyen çevresel faktörler incelendiğinde;

- ✓ Çalışma ortamının gürültülü ve mahremiyetten yoksun olduğunu düşünenler (%50,5),
- ✓ Çalışma ortamında uyaranların fazla olduğunu düşünenler (%50,0),
- ✓ Hizmet alan hasta sayısının fazla olduğunu düşünenler (%46,4),
- ✓ Dinlenme süresinin yetersiz olduğunu düşünenler (%49,8),
- ✓ Vardiyalı çalışmanın şiddete neden olduğunu düşünenler (%51,5) daha fazla şiddete maruz kalmıştır.

Sağlık personellerinin iletişim kurmaya engel olduğunu düşündükleri bireysel faktörlerden;

- ✓ Hasta yakınının mümkün olmayan isteklerde bulunduğunu düşünenler (%48,8),
- ✓ Kendisini yorgun hissedenler (%51,2),
- ✓ Kendini tükenmiş hissedenler (%59,8)
- ✓ İş doyumunu yetersiz bulanlar diğerlerine göre daha fazla şiddete maruz kalmıştır.

Lojistik regresyon analizine göre;

- ✓ Kadın sağlık personelleri erkelere göre $\beta=2,53$ kat,
- ✓ Evli sağlık personelleri bekerlara göre $\beta=1,815$ kat,
- ✓ Boş zamanlarında eğlenmeye vakit ayırmayan çalışanlar ayıranlara göre $\beta=,664$ kat,
- ✓ Sigara ve alkol kullananlar kullanmayanlara göre $\beta=1,916$ kat,
- ✓ Acil serviste çalışanlar diğer servis çalışanlarına göre $\beta=3,098$ kat daha fazla şiddete uğrama riskne sahiptir.
- ✓ Sağlık personellerinin iletişim ve problem çözme becerileri ölçeklerinden ortalamanın üstünde puan aldıkları,
- ✓ Yetişkin problem çözme ölçeğinin ‘Alternatif Çözümleri Araştırma’ alt boyut puan ortalaması yüksek olanların daha az şiddete uğradığı bulundu.

Bu sonuçlar doğrultusunda verilebilecek öneriler;

Sağlık kurumlarında iş yeri hemşiresi şiddeti önleme konusunda yapacağı girişimlerde; kadın sağlık personellerine, evlilere, acil serviste çalışanlara ve 5-9 yıl arası çalışma süresi bulunan gruba yönelik girişimleri öncelikle yapması gerekmektedir.

Hastanelerin fiziki koşullarının iyileştirilmesi, çalışan personelin stresle baş etme yöntemleri konusunda eğitilmesi, çalışma saatlerinin mevzuatlarda belirtilen süreleri aşmaması, yeterli personel sayısı sağlanarak çalışan başına düşen hasta sayısının standartlara uygun olması için girişimlerde bulunulmalıdır.

Sağlık kurumlarında hastaların yoğun olarak bulunduğu acil servis, poliklinik gibi alanlar önelikli olmakla beraber, tüm alanların gürültü ve yoğunluğunun azaltılması,

hasta mahremiyetinin sağlanması gerekmektedir. Sağlık personellerinin mola ve dinlenme sürelerinin yeterli düzeye çıkarılması ve bu süreleri etkin şekilde kullanabilecekleri alanların bulunması önemlidir.

Sağlık personellerinin tükenmişlik durumu yaşamamaları ve iş doyumunu arttırmaya yönelik olarak kurum içerisinde aylık veya yıllık periyotlarda ‘ayın hemşiresi’, ‘ayın doktoru’ gibi ödöl sisteminin uygulanmasının etkili olacağı düşünülmektedir.

Sağlık personellerinin şiddete uğrama durumlarını etkileyen faktörleri daha iyi anlayabilmek için kantitatif yöntemlerin yanı sıra derinlemesine görüşme, odak grup görüşmesi gibi kalitatif yöntemler kullanılarak yapılan araştırmalara ihtiyaç vardır.

8. KAYNAKLAR

Abaan S, Altıntoprak A. Hemşirelerde Problem Çözme Becerileri: Öz Değerlendirme Sonuçlarının Analizi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005;12(1): 62–76.

Abbas MA, Fiala LA, Abdel Rahman AG, Fahim AE. Epidemiology of Workplace Violence Against Nursing Staff in Ismailia Governorate, Egypt. The Journal of the Egyptian Public Health Association 2010;85(1-2):29-43.

Acarer EB, Beydağ DK. Yönetici Hemşirelerin Yaşadıkları Sorunlar ve Bunları Etkileyen Faktörler. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;2(1): 26-39.

Akca N, Yılmaz A, Işık O. Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Özel Bir Tıp Merkezi Örneği. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2014;13(1): 1-12.

Aktaş İ, Uyanık Z. Kadına Yönelik Şiddet. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2016;6(1): 32-42.

Alameddine M, Mourad Y, Dimassi H. A National Study on Nurses' Exposure to Occupational Violence in Lebanon: Prevalence, Consequences and Associated Factors. Plos One. 2015;10(9): 1-15.

Albastawy M. Workplace Violence Against Nurses In Emergency Departments In Jordan. International Nursing Review. 2013;60(4): 1-6.

Alexander C, Fraser J, Hoeth R. Occupational Violence in an Australian Healthcare Setting: Implications for Managers. Journal of Healthcare Management 2004;49: 377-390.

Alsaleem SA, Alsabaani A, Alamri RS, Hadi RA, Alkhayri MH, Badawi KK, Badawi AG, Alshehri AA, Al-Bishi AM. Violence Towards Healthcare Workers: A Study

Conducted In Abha City, Saudi Arabia. Journal of Family and Community Medicine. 2018;25(3): 188-193.

Altıntaş N. Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddetin Belirlenmesi. İstanbul Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Yasemin Kutlu).

American Association of Occupational Health Nurses. Preventing Workplace Violence: The Occupational and Environmental Health Nurse Role. Workplace Health & Safety. 2014;62(2): 49-51.

Annagür B. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2010;2(2): 161-173.

Atan SÜ, Dönmez S. Hemşirelere karşı işyeri şiddeti. Adli Tıp Dergisi. 2011;25(1) 71-80.

Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002;3: 147-154.

Ayrancı U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoğlu C. Identification of Violence in Turkish Health Care Settings. J Interpers Violence. 2006; 21(2): 276-296.

Atalay A. Doğu Anadolu Bölgesinde Çalışan Gençlik Hizmetleri ve Spor İl Müdürlüğü Personelinin İletişim Becerileri. İnsan Ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi. 2018;7(1): 494-513.

Atik D. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olgusunun Bir Devlet Hastanesi Örneğinde İncelenmesi. E-Journal of New World Sciences Academy. 2013;8(2): 1-15.

Bahar A, Şahin S, Akkaya Z, Alkayış M. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Şiddete Maruz Kalma Durumu ve İş Doyumuna Etkili Olan Faktörlerin İncelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2015;6(2):57–64.

Başar G, Akın S, Durna Z. Hemşirelerde ve Hemşirelik Öğrencilerinde Problem Çözme ve İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015;4(1): 125-147.

Bıçkıcı F. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Neden Olan Faktörler: Bir Devlet Hastanesi Örneği. Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi. 2013;5(1): 43-56.

Brown BG, Burns Candace. Hospital Violence and the Role of the Occupational Health Nurse. Workplace Health & Safety. 2013;61(11): 475-479.

Büyükbayram A, Okçay H. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2013;4(1): 46-53.

Çalapkulu Ç, Çelenk E. Hasta-Hekim İlişkisi ve İletişimi: Sakarya Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi Örneği. Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi. 2018;1(2): 87-95.

Çalışkan H, Çevik Eİ. Kadına Yönelik Şiddetin Belirleyicileri: Türkiye Örneği. Balkan Sosyal Bilimler Dergisi. 2018;7(14): 218-233.

Çamcı O, Kutlu Y. Kocaeli’nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011;2(1): 9-16.

Çelik C, Yurdakul M. Hastane Yöneticilerinin Problem Çözme Becerileri: Bir Alan Araştırması. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2009;1(18): 95-108.

Çelik F. Sağlık Kurumlarında İletişim; Hasta ile Sağlık Personeli İletişimi Üzerine Bir Araştırma. Selçuk Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, Konya, (Danışman: Doç. Dr. Abdullah Koçak).

Chang HE, Cho SH. Workplace Violence and Job Outcomes of Newly Licensed Nurses. 2016;10(4): 271-276.

Chapman R, Styles I. An Epidemic of Abuse and Violence: Nurse on The Front Line. Accident and Emergency Nursing. 2006;14: 245-249.

Cheung T, Lee PH, Yip PSF. Workplace Violence toward Physicians and Nurses: Prevalence and Correlates in Macau. 2017;14: 1-15.

Coşkun S, Öztürk AT. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelerinde Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2010;3(3): 16-23.

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

Dahlberg LL, Krug EG. Violence-a global public problem. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002: 3-19.

Demiroğlu T, Kılınç E, Atay E. Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Kilis Örneği. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015;24(1) 49-55

Dişsiz M, Şahin NH. Evrensel Bir Kadın Sağlığı Sorunu: Kadına Yönelik Şiddet. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2008;1(1) 50-58.

Durak TÇ, Yolcu S, Akay S, Demir Y, Kılıçaslan R, Değerli V, Parlak İ. Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Sağlık Çalışanlarına Hasta Ve Hasta Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddetin Değerlendirilmesi.Genel Tıp Dergisi. 2014;24: 130-137.

Durmuş M, Gerçek A, Çiftçi N. Sağlık Çalışanlarının Problem Çözme Becerilerinin Kanıta Dayalı Tutum Algıları Üzerindeki Etkisi. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2017;5(53): 648-661.

Durur EK. Medyada Şiddetin Bir Başka Yüzü: ‘Doktora Saldırı’ Haberleri. Atatürk İletişim Dergisi. 2017;14: 45-60.

Dursun S. İşyeri Şiddetinin Çalışanların Tükenmişlik Düzeyine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. Çalışma İlişkileri Dergisi. 2012;3(1): 103-113.

Egici MT, Öztürk GZ. Beyaz Kod Verileri Işığında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet. Ankara Medical Journal. 2018(2): 224-231.

Eronen M, Angermeyer MC, Schulze B. The psychiatric epidemiology of violent behaviour. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998; 33:13-23.

Ergün FŞ, Karadakovan A. Violence Towards Nursing Staff in Emergency Departments in one Turkish City. International Council of Nurses. 2005;52: 154-160.

Erözkan A. Lise Öğrencilerinde Kişilerarası İlişki Tarzlarının Yordayıcıları. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2009;21: 543-551.

Ferri P, Silvestri M, Artoni C, Lorenzo RD. Workplace Violence In Different Settings And Among Various Health Professionals In an Italian General Hospital: A Cross-Sectional Study.Psychology Research and Behavior Management 2016;9 263–275

Ford P. Patient Care Provider Safety: Examining a Training Intervention to Reduce Hospital Violence. University of South Florida Scholar Commons. Yüksek Lisans Tezi, 2012, Florida (Danışman: Prof. Dr. Jay Wolfson).

Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HE, Nachreiner NM, Geisser MS, Ryan AD, Mongin SJ, Watt GD. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. Occupational and Environmental Medicine. 2004;61: 495-503.

Gebert B, Moe J, Caspers N, Salber P, Feldman M, Herzig K, Bronstone A. Simplifying Physicians Response to Domestic Violence. West Journal Medical. 2000; 172(5): 329–331.

Gençtan E. Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar. 13. Basım. Remzi Kitapevi. 1997.

Gillespie GL, Gates DM, Miller M, Howard PK. Workplace Violence in Healthcare Settings: Risk Factors and Protective Strategies. Rehabil Nurs 2010;35: 177-84.

Güleç H, Topaloğlu M, Ünsal D, Altıntaş M. Bir Kısır Döngü Olarak Şiddet. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2012; 4(1):112-137.

Günaydın N, Kutlu Y. Experience of Workplace Violence Among Nurses in Health-Care Settings. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2012;3 :1-5.

Hinsenkamp M. Violence Against Healthcare Workers. International Orthopaedics. 2013;37: 2321–2322.

Hodgson MJ, Reed R, Craig T, Murphy F, Lehmann L, Belton L, Warren N: Violence in healthcare facilities: lessons from the Veterans Health Administration. J Occup Environ Med. 2004; 46(11): 1158-65.

İlhan MN, Özkan S, Kurtcebe ZÖ, Aksakal FN. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlileri ve İntörn Doktorlarda Şiddete Maruziyet ve Şiddetle İlişkili Etmenler. Toplum Hekimliği Bülteni. 20019;28(3): 15-23.

Kahriman İ. Hemşirelerin Sözel ve Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2014;5(2): 77-83.

Kalender A, Uludağ A. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesinde Doktor-Hasta İlişkisinin Rolü. Amme İdaresi Dergisi. 2004;4(37): 117-13.

Kamchuchat C, Chongsuvivatwong V, Oncheunjit S, Yip TW, Sangthong R. Workplace Violence Directed at Nursing Staff at a General Hospital in Southern Thailand. Journal of Occupational Health 2008; 50: 201-207.

Karaağaç H. Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyerinde Şiddet: Nedenler, Politikalar, Öneriler. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi. 2014;6(3): 18-22.

Karadağ M, Işık O, Cankul İH, Abuhanoğlu H. Hekim ve Hemşirelerin İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2015;17(1): 160-179.

Karsavuran S, Kaya S, Akturan, S. Hasta Hekim İletişiminde Güven: Bir Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniğinde Bir Araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2011;14(2): 185-212.

Kaya S, Demir Bİ, Karsavuran S, Ürek D, İlgün G. Violence Against Doctors and Nurses in Hospitals in Turkey. Journal of Forensic Nursing. 2016;12(1): 26-34.

Kocacık F. Şiddet Olgusu Üzerine. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2001;2: 1-2.

Kolburan G, Demir S. Cinsel Taciz:Hukuki ve Psikolojik Bir Değerlendirme. Tükiye Klinikleri. 2018;4(1):26-32.

Korkut F. Yetişkinlere Yönelik İletişim Becerileri Eğitimi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2005;28: 143-149.

Kourkauta L, Papathanasiou IV. Communication in Nursing Practice. Mater Sociomed. 2014;26(1): 65-67.

Kowalenko T, Walters BL, Khare RK, Compton S. Workplace Violence: A Survey of Emergency Physicians in The State of Michigan. Annals of Emergency Medicine. 2005;46: 142-147.

Kumcağız H, Yılmaz M, Çelik SB, Avcı İA. Hemşirelerin İletişim Becerileri: Samsun İli Örneği. 2011;38(1): 49-56.

Kwok RP, Law YK, Li KE, Ng YC, Cheung MH, Fung VK, Kwok KT, Tong JM, Yen PF, Leung WC. Prevalence of Workplace Violence Against Nurses İn Hong Kong. Hong Kong Medical Journal. 2006;12(1): 6-9.

Milczarek M, European Agency for Safety and Health at Work. Workplace Violence and Harassment: a European Picture. Luxembourg; 2010:16-26.

Milet M, Yanık A. Hastanelerde İş Tatmini ve Sağlık Çalışanlarına Karşı Şiddet Davranışları Algısı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2017;48: 15-26.

Mishra S, Chopra D, Jauhari N, Ahmad A, Kidwai NA. Violence Against Healthcare Workers: A Provider's (Staff Nurse) Perspective. International Journal of Community Mecedine and Public Health. 2018;5(9): 4140-4148.

Olgun N, Öntürk ZK, Karabacak Ü, Aslan FE, Serbest Ş. Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Becerileri: Bir Yıllık İzlem Sonuçları. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010;1(4): 188-194.

Owen FK, Bugay A. İletişim Becerileri Ölçeği'nin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2014;10(2): 51-64.

Özcan F, Yavuz E. Türkiye'de Sağlık Çalışanları Şiddet Tehdidi Altında. The Journal of Turkish Family Physician. 2017;8(3): 66-74.

Özcan NK, Bilgin H. Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistemik Derleme. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2011;31(6): 1142-1456.

Özlü ZK, Eskici V, Gümüş K, Yayla A, Özlü İ, Aksoy D, Yeşilay Y. Acil Birimlerde Çalışan Hemşirelerin İletişim Becerileri Ve Empati Düzeylerinin Değerlendirilmesi. 2016;8: 52-71.

Öztürk H, Babacan E. Hastanede Çalışan Sağlık Personeline Hasta/Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddet: Nedenleri ve İlgili Faktörler. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2014;2(1): 70-80.

Öztürk H, Kurt Ş, Serin GM, Bayrak B, Balık T, Demirbağ BC. Hastanelerde İşe Yeni Başlayan Hemşirelerin Sorunları. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016(4): 189-201.

Papathanasiou IV, Kleisiaris CF, Fradelos EC, Kakou K, Kourkouta L. Critical Thinking: The Development of an Essential Skill for Nursing Students. 2014;22(4): 283-286.

Parlayan MA, Dökme S. Özel Hastanelerdeki Hemşire ve Hastaların İletişim Seviyelerinin Değerlendirilmesi: Bir Hastane Örneği. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2016;13(2): 265-284.

Pehlivan S, Yıldırım Y, Fadıloğlu Ç. Kanser, Kültür ve Hemşirelik. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;4(4): 168-174.

Pınar T, Pınar G. Sağlık Çalışanları ve İşyerinde Şiddet. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12(3) 315-326.

Purcell N, Shovein E, Hebenstreit C, Drexler M. Violence in a U.S. Veterans Affairs Healthcare System: Worker Perspectives on Prevalence, Causes, and Contributors. Journal Policy and Practice in Health and Safety 2017;15(1): 38-56.

Sabbath EL, Hurtado DA, Okechukwu CA, Tamer SL, Nelson C, Kim SS, Wagner G, Sorenson G. Occupational Injury Among Hospital Patient-Care Workers: What Is The Association With Workplace Verbal Abuse? American Journal of Industrial Medicine. 2014;57(2): 222-32.

Coşkun S, Karahan S. Acil Servis Çalışanlarında Şiddete Maruz Kalma Durumunun İncelenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;10(3): 493-499.

Siddiqui EU, Ejaz K, Razzak JA, Shehzad MU, Jamali S. prevalence and determinants of violence against emergency medical care providers in Karachi, Pakistan. Injury Prevention. 2010;16(1): 246-289.

Simin K. Violence Against Doctors in Iran's Khoramabad City Hospitals İn 2011,In: Needham I, McKenna K, Kingma M, Oud N. Violence in the Health Sector. Canada. 2012, p:260-264.

Solmaz B, Duğan Ö. Sağlık Çalışanı İle Hasta ve Yakınları Arasında Yaşanan Şiddetin Nedenlerinden "İletişim" Üzerine Bir İnceleme. AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2018;2(18): 185-206.

Şahin B, Gaygısız Ş, Balcı FM, Öztürk D, Sönmez MB, Kavalcı C. Yardımcı Sağlık Personeline Yönelik Şiddet. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2011;11(3): 110-114.

Şahin ZA, Özdemir FK. Hemşirelerin İletişim ve Empati Beceri Düzeylerinin Belirlenmesi. Journal of Academic Research in Nursing. 2015;1(1): 1-7.

Türkmenoğlu B, Sümer HE. Sivas İl Merkezi Sağlık Çalışanlarında Şiddete Maruziyet Sıklığı. Ankara Medical Journal. 2017;4(17): 216-225.

Uludağ A, Zengin N. Sağlıkta Şiddete Hasta Şikayetlerinde Yer Alan Olumsuz İfadeler Açısından Bir Bakış: Konya Örneği. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2016;3: 71-86.

Ulusoy H, Tosun N, Aydın JC. Sağlık Yönetimi Öğrencilerinin Problem Çözme Becerileri. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2014;1(1): 1-8.

Üstün B. Çünkü İletişim Çokşeyi Değiştirir! Atatürk Üniversitesi. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005;8(2): 88-94.

Vural F, Çiftçi S, Fil Ş, Dura A, Vural B. Bir Devlet Hastanesinde Acil Servis Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Şiddetin Rapor Edilme Sıklığı. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2013;17(4):147-152.

Yağbasan M, Çakar F. Doktor-Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2006;15: 609-629.

Yakut Hİ, Burhan BY, Çiftçi A, Orhan MF. Sağlıkta Güvenlik ve Fiziksel Şiddet: Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden Bir Çalışma. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi. 2012;6(3): 146-154.

Yalçın B, Tetik S, Açıkgöz A. Yüksekokul Öğrencilerinin Problem Çözme Becerisi Algıları ile Kontrol Odağı Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi 2010;2(2): 19-27.

Yavuz Aİ. Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı Ve Güvenliği Kapsamında Çalışanlara Yönelik Şiddet. Beykent Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nevzat Deveci).

Yeşilbaş H. Sağlıkta Şiddete Genel Bakış. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2016;1(3) 44-54.

Yüksel A. Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Öz Değerlendirme Sonuçları ve Etkileyen Faktörler Araştırma. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2015;2(1): 37-49.

Yüksel A. Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Öz Değerlendirme Sonuçları ve Etkileyen Faktörler Araştırma. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2015;2(1): 37-49.

Talas MS, Kocaöz S, Akgüç S. A survey of Violence Against Staff Working in the Emergency Department in Ankara, Turkey. Asian Nursing Research. 2011;5: 197-203.

Tarhan M, Dalar L, Hançer F, Hançer Ö. Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Şiddete Maruz Kalma Sıklığı Ve Sebepleri. Sağlık ve Toplum. 2015;25(3): 59-70.

Taşlıyan M, Gök S. Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması. Kahramanmaraş Sütçi İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2010;1: 69-94.

Tetik BK, Bağ HG, Gültekin A, Savaş Z, Sharifi Z, Sahil SA. Sağlık Personeline Yönelik Şiddet Nedenlerinin ve Şiddet Uygulamayı Düşünen Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirmesi. The Journal of Turkish Family Physician. 2018;9(1): 2-8.

Thompson M. Professional Autonomy of Occupational Health Nurses in the United States. Workplace Health & Safety. 2012;60(4): 159-165.

Tomajan K. Advocating for Nurses and Nursing. The Online Journal of Issues in Nursing. 2012;17: 4-9.

T.C. Resmi Gazete. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. 6 Nisan 2011. Sayı: 27897, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Resmi Gazete. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. 30 Haziran 2012. Sayı: 28339, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. 28 Nisan 2012. Sayı: 28277, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Resmi Gazete. Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ. 16 Ekim 2010. Sayı: 27378, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Resmi Gazete. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. 13 Ocak 1983, Sayı: 17927, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

Winstanley S, Whittington R. Aggression Towards Health Care Staff in A UK General Hospital: Variation Among Professions and Departments. *Journal of Clinical Nursing* 2004;13:3-10.

Zampieron A, Galeazzo M, Turra S, Buja A. Perceived Aggression Towards Nurses: Study in Two Italian Health Institutions. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19: 2329-2341.



9. EKLER

EK 1.

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER TANILAMA FORMU

YÖNERGE

Bu araştırma, hastanelerin acil servislerinde çalışan sağlık personelinin şiddete maruz kalma durumları, iletişim ve problem çözme becerileri ile etkileyen faktörlerin belirlenmek amacıyla planlanmıştır. Aşağıdaki soruları okuyarak size en uygun seçeneği (x) işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. İçtenlikle ve eksiksiz yanıtlamanız araştırmanın geçerlik ve güvenilirliği açısından önemlidir. Ankete katılımda gönüllülük esas olup, araştırmanın doğruluğu açısından sorulara eksiksiz yanıt vermeniz önemlidir.

Desteyiniz için teşekkür eder saygılarımı sunarım.

Araştırmacı: Özgün Ergitürk

1	Yaşınız: ____
2	Kaç yıldır çalışıyorsunuz? ____
3	Kaç yıldır acil serviste çalışıyorsunuz? ____
4	Vardiyada çalıştığınız ekip arkadaşı sayısı kaçtır? ____
5	Çalışma biçiminiz: 1()Sadece gündüz 2()Sadece gece 3()Vardiyalı 4()Diğer belirtiniz ____
6	Medeni Durumunuz: 1()Evli 2()Bekar
7	Çocuğunuz var mı ? 1 () Evet ise sayısı 2 () Hayır
8	Eğitim Durumunuz: 1()Meslek Lisesi 2()Ön Lisans 3()Lisans 4()Yüksek Lisans 5()Doktora
9	Mesleğiniz: 1()Doktor 2()Hemşire 3()Ebe 4()Teknisyen 5()Tekniker 6()Diğer belirtiniz ____
10	Çalışılan Kurum: 1()Üniversite / Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2()Devlet Hastanesi 3()Diğer belirtiniz ____
11	Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? 1 () Evet belirtiniz 2 () Hayır
12	Boş zamanlarınızda eğlenmeye vakit ayırıyor musunuz? 1 () Evet belirtiniz 2 () Hayır
13	Genel olarak stresli misiniz? 1 () Evet 2 () Hayır
14	Bağımlılık yapıcı(sigara, alkol vs) herhangi bir madde kullanıyor musunuz? 1 () Evet belirtiniz 2 () Hayır

15	Düzenli fiziksel aktivite yapıyor musunuz? 1 () Evet ise sıklığını belirtiniz Hayır	2 ()
16	Sağlıklı beslendiğinizi düşünüyor musunuz? 1 () Evet 2 () Hayır	
17	Size göre acil serviste verdiğiniz hizmeti olumsuz etkileyen faktörler nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) 1. () Hastanenin fiziki koşullarındaki yetersizlik 2. () Malzeme yetersizliği 3. () İş yükünün fazla oluşu 4. () Yoğun ve stresli ortamda çalışma 5. () Haftalık çalışma saatlerinin uzun olması 6. () Sağlık çalışanı başına düşen hasta sayısının fazla olması 7. () Diğer belirtiniz _____	
18	Hasta ve yakınları ile iletişim kurmanızı engelleyen çevresel faktörler nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) 1. () Gürültülü ve mahremiyetin olmadığı ortamların varlığı 2. () Ayaküstü – mesafeli, rahat olmayan ortam 3. () Uyanların fazla olması 4. () Hizmet alan hasta sayısının fazla olması 5. () Uzun çalışma saatlerinin olması 6. () Mola ve dinlenme saatlerinin yetersiz olması 7. () Vardiyalı çalışma koşulları 8. () Hastaya durumu hakkında bilgi verip onu rahatlatacak bir birimin olmayışı 9. () Diğer belirtiniz _____	
19	Hasta ve yakınları ile iletişim kurmanızı engelleyen bireysel faktörler nelerdir (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz): 1. () Hasta ve yakınının gergin, kaygılı, (ağrı vb.) sıkıntılı olması 2. () Hasta ve yakınının karşılanması mümkün olmayan isteklerde bulunması 3. () İletişim kurmada isteksiz olmam 4. () Kendimi yorgun hissetmem 5. () Kendimi tükenmiş hissetmem 6. () Kişisel sorunlarımın olması 7. () İş doyumumun yetersiz oluşu 8. () Diğer belirtiniz _____	
20	Şiddet deneyimi yaşama durumu: 1 () Yaşamadım 2 () Bir kez yaşadım 3 () İki kez yaşadım 4 () Üç veya daha fazla kez yaşadım 5 () Diğer belirtiniz _____ <i>Cevabınız '1 Yaşamadım' ise 37. Soruya geçiniz.</i>	

21	Şiddet eylemini uygulayan kişi kimdi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz): 1()Hasta 2()Hasta yakını 3()Dışarıdan biri 4()Hastane çalışanı ise görevi _____ 5()Bilmiyorum 6()Diğer _____
22	Şiddet eylemini uygulayan kişinin cinsiyeti: 1()Kadın 2()Erkek
23	Şiddet eylemini uygulayan kişinin tahmini yaşı _____
24	Şiddet şekli: 1()Sözel 2()Fiziksel 3()Psikolojik 4()Cinsel 5()Diğer belirtiniz _____
25	Sözel şiddet türü(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz): 1()Sözlü tartışma 2()Tehdit etme 3()Küfretme 4()Küçük düşürme 5()Diğer belirtiniz _____
26	Fiziksel şiddet türü(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz): 1()Nesne/Silah, bıçak kullanma 4()Vurma(Tokat,tekme,itme,yumruklama vs) 2()Isırma 5()Diğer belirtiniz _____ 3()Tükürme
27	Şiddet olayının yaşandığı yer(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz): 1()Bekleme odası 2()Muayene odası 3()Hasta odası 4()Tetkik bölümleri(Radyoloji, Laboratuvar vs) 5()Koridor 6()Diğer belirtiniz _____
28	Saldırının olduğu tahmini saat aralığı: 1()08:00-16:00 2()16:01- 24:00 3()24:01- 08:00
29	Şiddet olayı sırasında yaptığınız aktivite(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz): 1()Dinlenme/yemek yeme 4()Tetkik işlemleri (Röntgen, tomografi çekimi vs) 2()Hasta muayenesi 5()Bankoda/odada bekleme 3()Tedavi-bakım 6()Diğer belirtiniz.....

30	Şiddet uygulayan kişinin kuruma gelişi ile olay zamanına kadar geçen tahmini süre Belirtiniz saat/dakika: ____
31	Fiziksel şiddette yaralanma durumu: 1()Ciddi bir yaralanma geçirdim 2()Hafif bir yaralanma geçirdim 3()Yaralanma olmadı 4()Diğer belirtiniz ____
32	Şiddete tepki verme durumu: 1()Karşılık verdim 2()Karşılık vermeden bekledim 3()Diğer belirtiniz ____
33	Şiddet olayı sonrası hissedilen duygu(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz): 1()Hiçbir etkisi olmadı 2()Korku 3()Güvensizlik 4()Öfke 5()Endişe 6()Diğer belirtiniz ____
34	Şiddet olayının sizi etkileme durumu(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz): 1()Herhangi bir değişiklik olmadı 5()Şiddet eylemi oluşmaması için daha dikkatli davranıyorum 2()İşimi bırakmayı düşünüyorum 6()Şiddete ve gerginliğe tahammülüm edemiyorum 3()Bölümümü değiştirmeyi düşünüyorum 7()Diğer belirtiniz ____ 4()Hastalara bakım vermede daha isteksizim
35	Şiddet durumunda nasıl çözüm arandı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz): 1()Kişi kendiliğinden uzaklaştı, bir şey yapılmadı 2()Beyaz kod verdim

	3()Hastane polisi olaya müdahale etti 4()Tutanak tutuldu, şikayetçi oldum 5()Şiddet uygulayan kişiyle uzlaştım 6()Diğer belirtiniz ____
36	Şiddet olayından sonra yardım, profesyonel destek alma durumunuz: 1()Evet ise açıklayınız..... 2()Hayır almadım
37	Kurumunuzda bulunan güvenlik önlemleri nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz): 1()Güvenlik görevlisi 4()Saldırı olasılığına karşı panik düğmeleri/Beyaz kod uygulaması 2()Hastane polisi 3()Güvenlik kameraları 5()Diğer belirtiniz ____

EK 2

İLETİŞİM BECERİLERİ ÖLÇEĞİ (İBÖ)

YÖNERGE: Bu ölçek iletişimle ilgili bazı özelliklerinizi ölçmeye yöneliktir. Aşağıda sunulan ifadeleri, o ifadelerle ilgili genelde kendinizi nasıl bulduğunuzu düşünerek okuyunuz. İlişkilerimizdeki özelliklerimiz elbette kiminle, hangi koşullarda, ne zaman ilişkide bulunduğumuza bağlı olarak farklılıklar göstermektedir. O nedenle ifadeleri **genelde** gösterdiğiniz tepkilere göre değerlendiriniz. Değerlendirmenizi 1-hiçbir zaman 2-nadiren, 3-bazen, 4-sıklıkla, 5-her zaman olmak üzere fiş yaptıktan sonra ifadenin karşısındaki uygun yere (X) işareti koyarak belirtiniz. Hiç bir ifadeyi boş bırakmamanız sonuçları daha sağlıklı değerlendirmemize yarayacaktır. Teşekkür ederiz.

İfadeler	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1. İnsanları oldukları gibi kabul ederim.	1	2	3	4	5
2. Düşüncelerimi istediğim zaman anlaşılır biçimde ifade edebilirim.	1	2	3	4	5
3. Başkalarını önyargısız dinlerim.	1	2	3	4	5
4. Yaşadığım olaylardaki duygularımı sözlerimle ve beden dilimle başkalarına iletebilirim.	1	2	3	4	5
5. Karşımdakini dinlerken anlamadığım bir ayrıntı olduğunda konunun açığa kavuşması için sorular sorarım.	1	2	3	4	5
6. Birisi ile iletişim içindeyken sakin bir ses tonuyla konuşurum.	1	2	3	4	5
7. İnsanlara yakın ilgi duyarım.	1	2	3	4	5
8. Diğer insanlarla kolaylıkla sohbet başlatabilirim.	1	2	3	4	5
9. İlişkide bulunduğum kişilerin anlatmak istediklerini dinlemek için onlara zaman ayırırım.	1	2	3	4	5

10. Konuşurken söylediklerimle beden dilimin uyuşmasına dikkate derim.	1	2	3	4	5
11. Birini dinlerken ne karşılık vereceğimden çok onun ne demek istediğini anlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
12. Konuşmaları dinlerken, içerikle yüz ifadesinin ya da beden duruşunun uyumuna dikkat ederim.	1	2	3	4	5
13. Benimle herhangi bir konuda konuşmayı istemeyen birisini konuşmaya zorlamam.	1	2	3	4	5
14. Başkalarına içtenlikle iltifat ederim.	1	2	3	4	5
15. Başkaları konuşurken yanıt vermeden önce onların sözlerini bitirmelerini beklerim.	1	2	3	4	5
16. Birileriyle konuşurken onları rahatsız edebilecek kadar yakınlarında olmamaya özen gösteririm.	1	2	3	4	5
17. Duygularımı rahatlıkla dile getirebilirim.	1	2	3	4	5
18. Birisini dinlerken söylenenlerin altında yatan duyguları anlayabilirim.	1	2	3	4	5
19. Yüz yüze olmasak da konuştuğum kişinin duygusunu ses tonundan anlayabilirim.	1	2	3	4	5
20. Düşüncelerimi sözel olarak ifade edebilirim.	1	2	3	4	5
21. Birisiyle konuşurken ona yanıt vermeden önce onu doğru anlayıp anlamadığımı yoklarım.	1	2	3	4	5

22. Yazışırken seçilen sözcüklerin de önemli olduğunu aklımda tutarım.	1	2	3	4	5
23. Karşımdakini dinlerken onu anladığımı uygun bir dille ifade ederim.	1	2	3	4	5
24. Birisine bir öneride bulunmadan önce, onun öneri vermemi isteyip istemediğine dikkat ederim.	1	2	3	4	5
25. Eğer karşımdakinin işine yarayacaksa yaşadığım benzer deneyimleri onunla paylaşıyorum.	1	2	3	4	5

EK 3.

YETİŞKİN PROBLEM ÇÖZME ÖLÇEĞİ(YPÇÖ)

Aşağıda verilen seçenekler yaşantınızda problemleri nasıl çözümlediğinizi belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu seçenekler günlük yaşamda çözmek zorunda kaldığınız problemleri kapsar. Son zamanlarda yaptığınız işlerde nasıl davrandığınıza dikkat ederek seçenekleri işaretleyiniz.

No	Önermeler	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
Problem Çözümünün Etkilerini Düşünme						
1	Bir problemin en iyi çözümünü bulmak için mümkün olan her çözümü karşılaştırırım	1	2	3	4	5
2	Bir çözüm yolu belirledikten sonra çözüme başlamadan önce bir süre onun hakkında düşünürüm	1	2	3	4	5
3	Bir problemi çözdüğümde, çözümümün işe yarayıp yaramadığını görmek için beklerim	1	2	3	4	5
4	Bir probleme ilişkin mümkün olan çözümlerin ileriye yönelik etkilerini gözden geçirmeye çalışırım	1	2	3	4	5
5	Bir problemin farklı çözümlerini karşılaştırdığım zaman, her çözümün etkilerini dikkate alırım	1	2	3	4	5
Modelleme Yoluyla Problem Çözme						
6	Bir problemi çözmek için daha önce karşılaştığım problemlerin çözümünde kullandığım çözüm yollarını tekrar uygulayırım	1	2	3	4	5
7	Bir problemin hangi durumlarda farklı anlamlara geleceğini tahmin ederim	1	2	3	4	5
8	Bulduğum çözümün farklı problemlerin çözümüne uygulanabilir olmasına dikkat ederim	1	2	3	4	5

Alternatif Çözümleri Araştırma						
9	Problemi çözmeye başlamadan önce probleme ilişkin bütün bileşenleri elde etmeye çalışırım	1	2	3	4	5
10	Bir problemi çözmeden önce mümkün olan çözümlerin hepsine göz atmaya çalışırım	1	2	3	4	5
11	Problemle ilgili mümkün olan her çözümün sonuçlarını değerlendiririm	1	2	3	4	5
12	Bir problemi çözümlerken tek bir tane çözüm yolunu göz önüne alırım	1	2	3	4	5
Belirlenen Çözümü Bulmada Kararlılık						
13	Bir problemin çözümü için en iyi yolu seçtiğime inandığımda hemen onu uygulayım	1	2	3	4	5
14	Bir problemi çözmek için birkaç tane çözüm yolu bulursam en yararlı olanını seçerim	1	2	3	4	5
15	Bir probleme yönelik bir çözüm belirledikten sonra çözmek için hemen harekete geçerim	1	2	3	4	5

Karşılaşılan Problemi Analiz Etme						
16	Karşılaştığım bir probleme uyguladığım çözüm yolu uygun olmazsa başka çözüm yolları denerim	1	2	3	4	5
17	Tesadüfen karşıma çıkan bir problemin ne olduğu ve ne olabileceği arasındaki farka dikkat ederim	1	2	3	4	5
18	Bir problemle karşılaştığımda ilk olarak problemin ne olduğunu anlamaya çalışırım	1	2	3	4	5



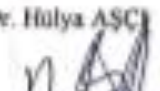
**T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ**
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Etik Kurulu

PROJENİN ADI : Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin Şiddete Maruz Kalma Durumları, İletişim ve Problem Çözme Becerileri ve Etkileyen Faktörler
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Doç. Dr. Saim EROL
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR : Özgen ERGÖTÜRK
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 09.10.2017-192

Sayın Doç. Dr. Saim EROL,

192 protokol no.lu "Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin Şiddete Maruz Kalma Durumları, İletişim ve Problem Çözme Becerileri ve Etkileyen Faktörler" isimli projeniz Enstitümüz Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

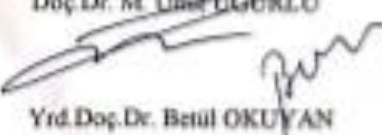

Doç. Dr. Pınar MEGA TİBER

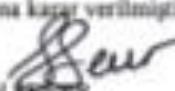

Prof. Dr. Hülya AŞCI


Prof. Dr. Nesibe FAHRETCİK

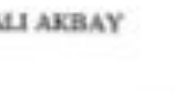

Doç. Dr. Oya ORUN


Doç. Dr. M. Ümit TIGERLİ


Yrd. Doç. Dr. Betül OKUYAN


Prof. Dr. Göknel ŞENEL
Komisyon Başkanı


Prof. Dr. Dilşad SAVE


Prof. Dr. Tuğba TUNALI AKBAY


Prof. Dr. Haluk ARJAN


Doç. Dr. Gürkan SERT


Doç. Dr. İbrahim MİRBUKEN


Av. Funda IŞIK ÖZCAN

 **EFQM**
Eurasian Quality Management

 **EUA**
European University Association

 **IPV6**
International Privacy & Data Protection

 **ISO 9001**
International Organization for Standardization

Marmara University
Kocaeli Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Etik Kurulu
0216 414 44 21

0216 414 44 21
0216 414 44 21
www.marmara.edu.tr
http://etik.marmara.edu.tr

Ek 5

Ölçek

 syaman
4.2.2016 (Per), 00:01
Siz 0

 YETİŞKİN PROBLEM ÇÖ...
15 KB

 Yetişkin Problem Çözme...
5 MB

 12 problem çözme ölçe...
68 KB

3 ek (5 MB) Tümünü indir Tümünü OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Sergül Özgün merhaba

Öncelikle çalışmalarında başarılar ve kolaylıklar dilerim. Bahsettiğin ölçeği ve ölçeğe ilişkin bilgileri ekte gönderiyorum. Bunun yanında senin çalışmanla ilişkili olabileceğini düşündüğüm ve örneklem için daha uygun olduğu kanaatine vardığım Yetişkinler Problem Çözme Ölçeğini ve bu ölçeğe ilişkin makaleyi de ekte gönderiyorum. Negatif maddeleri kırmızı renkte gösterdim ve tezde kullandığın açılımıyı da ölçeğin altına yapıştırdım. Ölçeklerin her ikisini de kullanman konusunda izin veriyorum.

İyi çalışmalar dilerim

--
Dr. Süleyman Yaman
OMU / Samsun

Re: İletişim Becerileri Ölçeği Hik.

 Fidan KÖRKÜT <korkut@hacettepe.edu.tr>
4.2.2016 (Per), 00:32
Siz atugay00@gmail.com 0

 BBO 5000013912-50000...
620 KB

 BBO maddeleri ve anaht...
23 KB

2 ek (643 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Merhaba Özgün,
Demek iletişim becerileriyle ilgileniyorsun. Ne güzel. Sanırım Aslı Buğay ile yazdığımız Mersin ÜFDergisinde yayınlanan makaleden söz ediyorsun.. O makalede aslında ölçeğe ilgili ayrıntılı bilgiler var...
Aslı Hanım da ben de eğer amacına uygunsa ölçeği kullanmanızdan memnuniyet duyarız
Ekte ölçeği ve makaleyi bulacaksınız.
Kolaylıklar dilerim,
Fidan Korkut Owen

On 02/03/16 03:58 PM, Özgün ERGİTÜRK <ozgun5234@windowslive.com> wrote:

Merhaba hocam, Ben Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Halk Sağlığı Hemşireliği bölümünde yüksek lisans öğrencisiyim. Acil servislerde piddet ve problem çözme ve iletişim ile ilgili bir yüksek lisans tezi yapmayı amaçlıyorum. Sizin yılında hazırlamış olduğunuz İletişim Becerileri Ölçeği'ni konumla çok uygun ve bu yüzden izniniz olursa kullanmak isterim.

Ölçeğin hesaplanması ile ilgili verebileceğiniz bilgiler olursa da sevinirim. Örneğin: düşük puan ne anlama gelir, yüksek puan ne anlama gelir, ters ifadeler bulunur mu? gibi.

Yardımlarınızı bekliyorum. Teşekkürler.

Özgün Ergitürk
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Halk Sağlığı Hemşireliği ABD

EK6

Elektronik Tarih ve Sayısı: 22.05.2017-11061

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul III. Anadoluhisari Kamu Hastaneleri Bölge Genel Sekreterliği

Sayı : 77517973-770-
Konu : Anket İstisi.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı
Göztepe Yerleşkesi Kadıköy İstanbul

İlgili : 14.04.2017 tarihli ve 1709118464 sayılı yazıma.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Özgün ERGİTÜRK'ün "Hastanelerin Acil Servislerinde Çalışan Sağlık Personellerinin Sıddete Maruz Kalma Durumları, İhtiyacı ve Problem Çözme Becerileri ve Etkileyen Faktörler" konulu veri toplamaya yönelik çalışmasını ekli tablodaki sağlık tesislerimizde yapabilmeye dair ilgili sayılı talebinin, hastanelerin girişleri doğrultusunda Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür. İhtiyaç konu anketimizin tamamlanması halinde bir nüshanın Genel Sekreterliğimize iletilmesi hususunda; Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Yrd.Doç.Dr. Yavuz BAŞTUĞ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER :
Tablo(1 Sayfa)

Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı
22.05.17
Tarih: 22.05.17
Bölüm: Halk Sağlığı

MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı
Tarih: 22.05.17
Sayı: 7700150736
Bölüm: 902.08.01

Öğn. İst. Daire Başkanlığı
25.05.17
48

Elektronik Tarih ve Sayısı: 22.05.2017-11061
Elektronik Tarih ve Sayısı: 22.05.2017-11061
Elektronik Tarih ve Sayısı: 22.05.2017-11061

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

10. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Özgün	Soyadı	Ergitürk
Doğum Yeri	Fatsa-Ordu	Doğum Tarihi	27/07/1991
Uyruğu	TC	Tel	05385737534
E-mail	ozgunergiturk@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Öğrencisi	2014
Lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2009
Lise	Göztepe İhsan Kurşunoğlu Anadolu Lisesi	2005

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl)
Hematoloji-Onkoloji Hemşiresi	Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi	08.2013 - 01.2014
Acil Bakım Hemşireliği	İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği	01.2014- 11.2016
Supervisor	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	11.2016 - ...

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	Orta	İyi

Yabancı Dil Sınav Notu #								
YÖKDİL	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
55								

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	64,59	62,84	58,37

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Windows Office Programları	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.

Yayınlar:

Gür K, Toptaner NE, Alkulak F, Ergitürk Ö, Yumuşak N, Güneş N. “Sebze MeyveDostu Programı”nın Görme Engelli Öğrencilerin Karar Alma ve Değişim Sürecine Etkisi. Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Hemşireliği Özel Dergisi. 2016;2(1): 41-46.