



T.C.

**İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KİŞİLERARASI İLİŞKİ BİÇİMLERİ VE
SOSYAL-DUYGUSAL YETKİNLİK DÜZEYLERİ İLE
ŞİDDETE MARUZ KALMA DURUMLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

TUĞBA UYGUN AYKANAT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

PROF. DR. LEYLA BAYSAN ARABACI

İZMİR-2024

T.C.

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KİŞİLERARASI İLİŞKİ BİÇİMLERİ VE
SOSYAL-DUYGUSAL YETKİNLİK DÜZEYLERİ İLE
ŞİDDETE MARUZ KALMA DURUMLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

TUĞBA UYGUN AYKANAT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

PROF. DR. LEYLA BAYSAN ARABACI

İZMİR-2024

KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan “*Sağlık Çalışanlarının Kişilerarası İlişki Biçimleri ve Sosyal-Duygusal Yetkinlik Düzeyleri ile Şiddete Maruz Kalma Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*” başlıklı bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 12.07.2024

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Leyla BAYSAN ARABACI

ORCID: 0000-0002-0314-6350 - İzmir Katip Çelebi Üniversitesi -

Üye (**Asil**) : Prof. Dr. Esra ENGİN

ORCID: 0000-0002-0314-6350 - Ege Üniversitesi -

Üye (**Asil**) : Dr. Öğr. Üyesi Ayşe BÜYÜKBAYRAM ARSLAN

ORCID: 0000-0002-0314-6350 - İzmir Katip Çelebi Üniversitesi -

ONAY: Bu Yüksek Lisans Tezi, Enstitü Yönetim Kurulu’nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

(İMZA)

Prof. Dr. Hatice YILDIRIM SARI

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (*kağıt*) ve elektronik formatta arşivleme ve dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir şekilde kullanıma açma iznini İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki *çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.)* kullanım hakları bana ait olacaktır. Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Tuğba UYGUN AYKANAT

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Tez Danışmanım Prof. Dr. Leyla BAYSAN ARABACI danışmanlığında tarafımdan retildeğini ve İzmır Kâtip elebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

Tuğba UYGUN AYKANAT

TEŞEKKÜR

Yüksek lisansa başladığım ilk andan beri beni destekleyen en iyisini yapabilmem için her daim yanımda olan ve yol gösteren biricik hocam Prof. Dr. Leyla Baysan Arabacı'ya,

Her daim desteğini hissettiğim canım anneme,

Her anımda yanımda olan, en büyük destekçim ve yoldaşım canım eşim Furkan Aykanat'a

Tez dönemimde desteğini esirgemeyen en büyük destekçilerimden canım ablam, sorumlum Güner Şahin'e

Sonsuz Teşekkür Ederim

ÖZET

Sağlık Çalışanlarının Kişilerarası İlişki Biçimleri ve Sosyal-Duygusal Yetkinlik Düzeyleri ile Şiddete Maruz Kalma Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tuğba UYGUN AYKANAT

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi,

İzmir, Türkiye, 2024

Amaç: Araştırma, sağlık çalışanlarının kişilerarası ilişki becerileri ve sosyal-duygusal yetkinlikleri ile şiddete maruz kalma durumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: İlişki arayıcı ve kesitsel olarak tasarlanan araştırma verileri, Ocak 2023-Aralık 2023 tarihleri arasında bir kamu hastanesinde çalışan 166 sağlık çalışanından (hemşire, hekim, ebe ve diğer) elde edilmiştir. Veriler, *Tanıtıcı Bilgi Formu, Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği ve Sosyal-Duygusal Yetkinlik Ölçeği* olmak üzere üç ölçme aracı ile toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 20.0 programında tanımlayıcı istatistikler (sayı-yüzde dağılımı, standart sapma, medyan, min-max şeklinde), korelasyon analizi ve değişkenler arasındaki ilişki ki-kare, t-testi ve lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Ayrıca ölçeklerin cronbach alpha güvenirlik değerleri, puan ortalamaları ve minimum-maksimum değerleri hesaplanmıştır.

Bulgular: Sağlık çalışanlarının %75,9'u kadın ve yaş ortalaması $35,3 \pm 9,0$ 'dur. Sağlık çalışanlarının %63,3'ü lisans veya lisansüstü mezunu, önlisans ve lise hemşire ve hekimlerden oluşmaktadır. *Acil servis, yataklı servisler ve polikliniklerde* gece-gündüz olacak biçimde ve haftada 40-56 saat arası çalışmakta olan sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu, hizmet verdikleri birimde hizmet sunumlarını olumsuz etkileyen, hasta ve hasta yakınları ile iletişim kurmalarını engelleyen bireysel ve çevresel faktörler olduğunu belirtmiştir. Her üç sağlık çalışanından biri ($n=59$) çalışma yaşamı boyunca en az bir kez ve sıklıkla erkek cinsiyette ve $36,0 \pm 8,8$ yaş ortalaması olan hasta ve hasta yakını tarafından uygulanan daha ziyade *sözel*

şiddete maruz kalmaktadır. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının büyük bir bölümü, yaşadıkları şiddet olayından sonra “*öfke*”, “*endişe*” ve “*korku*” hissettiklerini ve şiddet olayından sonra daha ziyade pasif-sessiz bir yaklaşım sergiledikleri belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının başkalarına güven duyma, duygusal farkınlık becerileri ile şiddete maruz kalma durumları arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($p<0.05$). Sağlık çalışanlarının başkalarına güvenme durumunun şiddete maruz kalma durumunu %6 oranında azalttığı tespit edilmiştir.

Sonuç: Sağlık çalışanlarının kişilerarası ilişki becerileri ve sosyal-duyusal yetkinlik düzeyleri ortalamanın üzerinde olup, kişilerarası ilişkilerinde başkalarına güven duyan ve duygusal farkındalığı yüksek olan sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma oranı daha düşük bulunmuştur. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti azaltmak için, sağlık alanında çalışan profesyonellerin başkalarına güven duygusunu arttırmaya yönelik müdahale programları geliştirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık çalışanı, kişilerarası ilişki, sosyal-duyusal yetkinlik, iş yerinde şiddet

ABSTRACT

Investigation of the Relationship Between Interpersonal Relationship Styles and Social-Emotional Competence Levels of Healthcare Professionals and Exposure to Violence

Tuğba UYGUN AYKANAT

Izmir Kâtip Celebi University, Health Sciences Institute

Department of Nursing Psychiatric Nursing Master's Degree Thesis,

Izmir, Türkiye, 2024

Purpose: The research was conducted to examine the relationship between the interpersonal relationship skills and social-sensory competencies of healthcare professionals and their exposure to violence.

Method: Research data, designed as a relationship-seeking and cross-sectional study, were obtained from 166 healthcare professionals (nurses, physicians, midwives and others) working in a public hospital between January 2023 and December 2023. Data were collected with three measurement tools: Introductory Information Form, Interpersonal Relationship Dimensions Scale and Social Sensory Competence Scale. The data obtained were evaluated using descriptive statistics (number, percentage distribution, standard deviation, median, min-max), correlation analysis and the relationship between variables, chi-square, t-test and logistic regression analysis in the SPSS 20.0 program. In addition, Cronbach alpha reliability values, mean scores and minimum and maximum values of the scales were calculated.

Results: 75.9% of healthcare workers are women and the average age is 35.3 ± 9.0 . 63.3% of healthcare professionals consist of undergraduate or postgraduate graduates, associate and high school nurses and physicians. The majority of healthcare professionals, who work day and night and 40-56 hours a week in emergency departments, inpatient services and polyclinics, stated that there are individual and environmental factors that negatively affect their service delivery in

the unit they serve and prevent them from communicating with patients and their relatives. One in every three healthcare workers (n=59) is exposed to verbal violence at least once during their working life, mostly by patients and their relatives, who are male and have an average age of 36.0 ± 8.8 . It has been determined that a large portion of healthcare workers who are exposed to violence feel "anger", "anxiety" and "fear" after the violent incident, and that they rather take a passive-silent approach after the violent incident. It was observed that there was a negative relationship between healthcare professionals' trust in others, emotional awareness skills and exposure to violence ($p < 0.05$). It has been determined that healthcare workers' trust in others reduces exposure to violence by 6%.

Conclusion: The interpersonal relationship skills and social sensory competence levels of healthcare professionals are above average, and the rate of exposure to violence was found to be lower for healthcare professionals who trust others in their interpersonal relationships and have high emotional awareness. In order to reduce violence against healthcare professionals, intervention programs can be developed to increase healthcare professionals' sense of trust in others.

Key Words: Healthcare worker, interpersonal relationship, social-sensory competence, workplace violence

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	iii
ETİK BEYAN.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xv
TABLolar DİZİNİ.....	xvi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	4
1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi.....	5
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Şiddet	6
2.1.1. Şiddetin Nedenleri.....	6
2.1.2. Şiddet Türleri.....	10
2.1.3. SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ŞİDDET.....	11
2.1.4. Şiddeti Önleme.....	15
2.2. KİŞİLERARASI İLİŞKİLER VE BOYUTLARI	15
2.2.1. Kişilerarası İlişkiler	15
2.2.2. Kişilerarası İlişki Boyutları.....	16
2.2.3. Sağlık Çalışanları ve Kişilerarası İlişki Biçimleri.....	18
2.3. SOSYAL-DUYUSAL YETKİNLİK.....	18
2.3.1. Sağlık Çalışanları ve Sosyal Duyusal Yetkinlik	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Türü.....	22

3.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	22
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	22
3.3.1.	Dahil Olma Kriterleri.....	22
3.3.2.	Dahil Olmama Kriterleri.....	23
3.4.	Araştırmanın Değişkenleri.....	23
	Bağımlı Değişkenler;	23
	Bağımsız Değişkenler;	23
3.5.	Veri Toplama Araçları.....	23
3.5.1.	Tanıtıcı Bilgi Formu	23
3.5.2.	Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği (KİBÖ)	23
3.5.3.	Sosyal Duygusal Yetkinlik Ölçeği (SDYÖ).....	24
3.6.	Etik İzinler	25
3.7.	Araştırma Takvimi	25
4.	BULGULAR.....	27
4.1.	Sağlık Çalışanlarının Tanıtıcı Ve Mesleki Özellikleri İle Şiddeti Hazırlayan Risk Faktörleri Ve Deneyimlerine İlişkin Bilgilerinin İncelenmesi.....	27
4.1.1	Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri.....	27
4.1.2	Sağlık Çalışanlarının Mesleki Özelliklerinin İncelenmesi	29
4.1.3.	Sağlık Çalışanlarının Şiddeti Hazırlayıcı Faktörlere İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi	31
4.1.4.	Sağlık Çalışanlarının Şiddet Deneyimlerine İlişkin Bilgilerinin İncelenmesi	35
4.2.	Sağlık Çalışanlarının Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği (Kibö) Ve Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği (Sdyö) Toplam Ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları Ve Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	44
4.3.	Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri İle Şiddeti Hazırlayıcı Faktörlere İlişkin Görüşlerine Göre Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi.....	47
4.4.	Sağlık Çalışanlarının Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği (Kibö) Ve Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği (Sdyö) Toplam Ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi	51
4.5.	Sağlık Çalışanlarının Şiddete Maruz Kalma Durumuna Etki Eden Faktörlerin Lojistik Regresyon Modeli İle İncelenmesi.....	52

5. TARTIŞMA	53
5.1 Sağlık Çalışanlarının Tanıtıcı ve Mesleki Özellikleri İle Şiddeti Hazırlayan Risk Faktörleri ve Deneyimlerine İlişkin Bilgilerinin İncelenmesi	53
5.2. Sağlık Çalışanlarının Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği (KİBÖ) ve Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği (SDYÖ) Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları ve Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	57
5.3. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri İle Şiddeti Hazırlayıcı Faktörlere İlişkin Görüşlerine Göre Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi.....	59
5.4. Sağlık Çalışanlarının Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği (KİBÖ) ve Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği (SDYÖ) Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları/Ortancalarına Göre Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi.....	60
5.5. Sağlık Çalışanlarının Şiddete Maruz Kalma Durumuna Etki Eden Faktörlerin Lojistik Regresyon Modeli İle İncelenmesi	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	63
6.1. Sonuç	63
6.2. Öneriler	65
7. KAYNAKLAR.....	67
8.EKLER	84
ÖZGEÇMİŞ.....	100

SİMGELER VE KISALTMALAR

WHO: World Health Organization

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ILO: International Labour Organization

TDK: Türk Dil Kurumu

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

CASEL: Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning

KİBÖ: Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği

SDYÖ: Sosyal Duyusal Yetkinlik Ölçeği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Sağlık çalışanlarının hizmet sunumunu olumsuz etkileyen faktörlere ilişkin görüşlerine göre dağılım grafiği	31
Şekil 2: Sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınları ile iletişimi engelleyen bireysel faktörlere ilişkin görüşlerine göre dağılım grafiği	32
Şekil 3: Sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınları ile iletişimi engelleyen çevresel faktörlere ilişkin görüşlerine göre dağılım grafiği.....	34
Şekil 4: Sağlık çalışanlarına şiddet uygulanan kişilerin dağılım grafiği.....	37
Şekil 5: Sağlık çalışanlarına şiddet uygulanan kişilerin cinsiyet dağılım grafiği..	37
Şekil 6: Sağlık çalışanlarına şiddet uygulanan kişilerin yaş dağılım grafiği.....	38
Şekil 7: Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet biçimlerine göre dağılım grafiği.....	38
Şekil 8: Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddetin gerçekleştiği zaman aralığı grafiği.....	39
Şekil 9: Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddetin gerçekleştiği sırada yapılan işlem grafiği.....	39
Şekil 10: Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet sonrası gösterdikleri tepkilere göre dağılım grafiği.....	40
Şekil 11: Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet sonrası hissettikleri duygulara göre dağılım grafiği.....	40
Şekil 12: Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet sonrası uygulanan çözümlere göre dağılım grafiği.....	41
Şekil 13: Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet sonrası kurum tarafından alınan önlemlere göre dağılım grafiği.....	41

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeğinin Alt Boyutlara Göre Dağılım ..	21
Tablo 2: Sosyal Duyusal Yetkinlik Ölçeğinin Alt Boyutlara Göre Dağılımı...	22
Tablo 3: Araştırma Takvimi.....	24
Tablo 4: Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı..	25
Tablo 5: Sağlık çalışanlarının mesleki özelliklerine göre dağılımı.....	26
Tablo 6: Sağlık çalışanlarının şiddet için risk olan faktörlere ilişkin görüşlerine göre dağılımı.....	28
Tablo 7: Sağlık çalışanlarının çalışma yaşamları boyunca şiddet deneyimleme durumlarına göre dağılımı.....	33
Tablo 8: Sağlık Çalışanlarının Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği (KİBÖ) ve Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği (SDYÖ) Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	42
Tablo 9: Sağlık Çalışanlarının Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği (KİBÖ) ve Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği (SDYÖ) Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	44
Tablo 10: Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre şiddete maruz kalma durumları.....	46
Tablo 11: Sağlık çalışanlarının mesleki özelliklerine göre şiddete maruz kalma durumları.....	47
Tablo 12: Sağlık çalışanlarının şiddeti hazırlayıcı faktörlere ilişkin görüşlerine göre şiddete maruz kalma durumları	49
Tablo 13: Sağlık Çalışanlarının Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği (KİBÖ) ve Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği (SDYÖ) Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Dağılımı.....	52
Tablo 14: Sağlık Çalışanlarının Şiddete Maruz Kalma Durumuna Etki Eden Faktörlerin Lojistik Regresyon Modeli.....	53

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Şiddet, karşıt düşünceye sahip olma durumundan kaynaklanan orantısız güç kullanma ve bir birey veya gruba karşı travmatik sonuçlara sebep olabilecek şekilde tasarlanarak oluşturulmuş tehdit veya eylemsel güç kullanımıdır (1, 2). Şiddet, bir insan hakları ihlali ve önemli bir sağlık sorunudur. Yılda ortalama 1,4 milyon kişi şiddet nedeniyle hayata veda etmektedir. Bu da günde yaklaşık 3800'den fazla kişiye karşılık gelmektedir (3). 2019 yılında kişilerarası şiddette bağlı 475.000 kişi vefat etmiştir.

Tüm sosyal alanlarda ortaya çıkan bir sorun olan şiddetin sağlık kurumlarında ortaya çıkma riski 16 kat daha fazladır (4, 5). Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre, sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu (yaklaşık %8 ile %38) şiddete, sıklıkla da fiziksel şiddete maruz kalmaktadır (6). Özellikle COVID-19 pandemisi döneminde yaşanan durumun ciddiyetinden kaynaklı yapılan sosyal kısıtlanmalar, şiddet olaylarının daha da artmasına ve endişe verici düzeye ulaşmasına sebep olmuştur (4, 5). Sağlık kurumlarında, hasta yakınlarının olumsuz durumlarla karşılaşması ya da yaşanan kriz durumunda duygu yönetimini gerçekleştirememeleri gibi nedenlerle öfke ve dürtü kontrolünü yapamaması ya da zorunlu hallerde istek dışında sağlık kurumuna getirilen bireylerle temas halinde olma şiddet için en büyük risk kaynağı olabilmektedir (7). İş yerinde yaşanan şiddet olayları, çalışanların özgürlük alanlarını daraltarak fiziksel ve ruhsal sağlığını, iş performansını, motivasyonunu ve sunulan hizmetin niteliğini olumsuz yönde etkilemektedir (8). Bu nedenle, sağlık alanında iş yeri şiddeti ivedilikle önlenmesi gereken önemli bir sorundur.

Sağlık alanında çalışanlar tarafından nitelikli bir tedavi ve bakım hizmeti sunumu hasta, hasta yakınları ve çevreleriyle etkileşimi gerektirir ki bu da “*kişilerarası ilişkiler*” kavramını ön plana çıkarmaktadır. Kişilerarası ilişkiler; iki ya da daha fazla kişinin karşılıklı olarak duygu, bilgi, düşünce ve yaşamlarını kendilerine has şekillerde aktardıkları psikososyal bir süreç olarak tanımlamaktadır (9). Kişilerarası ilişkiler; onay-bağımlılık, başkalarına güven, empati ve duygu farkındalığı gibi faktörlerin etkisiyle şekillenmekte ve ilişkisel farklılıklara sebep

olmaktadır. Böylece etkileşimin sonucu olumlu ya da olumsuz olarak değişmektedir (10).

Sağlık alanında iletişim, toplumsal sağlığın korunması ve sürdürülmesinde büyük öneme sahiptir. Kişilerarası ilişkilerde iletişimin gelişmesi, sağlık hizmetlerinin sunumunu kolaylaştırır ve olası riskleri önleyerek sürecin daha etkin olmasını sağlar (11, 12). Sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki kişilerarası ilişkilerin kalitesi, hastaların tedaviye uyumunu ve bakım sürecini doğrudan etkiler (13). Sağlık hizmetlerinde en iyi yaklaşım, karşılıklı güvene dayalı kişilerarası ilişkilerdir (13). Sağlık kurumlarında iletişimde, hastaları aktifleştirerek, empatik ve hasta merkezli bir yaklaşımın kabul görmesi büyük öneme sahiptir (15, 16). Bunun tersine, olumsuz etkileşimler ve sınırlı iletişim becerileri ise saldırganlık ve şiddetin önemli sebeplerindendir (17). Hastalar; yanlış, eksik veya örtülü anlatımlar ve personelin kişiler arası ilişki biçimi sebebiyle kendilerini zayıf ve sınırlanmış hissedebilirler (18, 19). Yapılan bazı çalışmalarda kaliteli iletişimin hasta odaklı sağlık sonuçlarını iyileştirdiğini göstermektedir (20). Etkili kişilerarası ilişkilerin kurulması, hasta memnuniyetini artırıp olası şiddet vakalarının ya da hastanın hastanede kalış süresinin uzaması gibi olumsuz sonuçların gelişmesine engel olabilir (21). Sağlıkta şiddet ve kişilerarası ilişkiler, ilişkisel anlamda birbirlerinin nedeni ya da sonucu olabilirler. Portekiz'de yapılan bir araştırma, sağlık çalışanlarının iş yerinde maruz kaldıkları fiziksel, psikolojik ve dolaylı şiddetin, onların fiziksel ve mental sağlığını olumsuz etkilediğini göstermiştir (22). Aynı zamanda, bozulan fiziksel ve mental sağlık sebebiyle sağlık çalışanı hasta ile etkili iletişim kuramayabilir (23, 24). Yapılan çalışmalarda, kişilerarası ilişki boyutları ölçeğinin alt boyutlarından empatinin, bireylerin şiddete maruz kalma riskini düşürdüğü sonucuna ulaşılmıştır; empatik bireylerin daha iyi sosyal ilişkiler kurma ve çatışmaları çözme becerisine sahip olduğu düşünülmektedir. Başkalarına güven alt boyutunda, yüksek düzeyde güvene sahip bireylerin daha az şiddete maruz kaldığı, çünkü sosyal destek sistemlerinin daha güçlü olduğu bulunmuştur. Düşük duygusal farkındalığın ise, bireyin şiddeti tanımlama ve karşı koyma yeteneğini azaltabildiği sonucuna ulaşılmıştır. Bir diğer alt boyut olan onay-bağımlılık eğilimi yüksek bireylerin başkalarına sınır koymada zorlanması sebebiyle şiddete maruz kalma riskinin artabileceği sonucuna ulaşılmıştır (25).

Kişilerarası ilişkilerde, etkili ve önemli bir kavram da sosyal-duyusal yetkinliktir. Sosyal-duyusal yetkinlik, bireylerin kişisel farklılıklarla birlikte diğerleriyle etkileşim biçimini ve etkileşimin sürekliliğini oluşturan bir beceridir. Bu beceri sosyal ilişkilerini yönetebilmeyi ve toplumsal hareketleri etkin olarak gerçekleştirmeyi mümkün kılar (26-28). Yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının duygusal yetkinliklerinin, işteki memnuniyeti ve işine olan bağlılığı arasındaki ilişkiyi dengeleyici bir rol oynadığı bulunmuştur. Sosyal-duyusal yetkinliklerinin yüksek olması, sağlık çalışanlarının stresli durumlarla başa çıkma becerilerini ve problem çözme becerilerini arttırmakta, stres ve tükenmişliği azaltmaktadır. Dolayısıyla şiddet gibi olası olumsuz durumların önlenmesinde önemli bir yere sahiptir (29, 30). Bir sağlık profesyoneli için kişilerarası iyi ilişkiler kurma, hasta ve hasta yakınlarıyla kurulan ilişkilerin uzun süre geçerliliğini koruyabilmesini gerekli kılar ki, bu da sağlık profesyonellerinin sosyal ilişkilerde duygusal ve sosyal yetkinliğe sahip olması ile mümkün olur (31). Literatürde, sosyal duygusal yetkinlik ölçeğinin bir alt boyutu olan “*anlatımcılık*” düzeyinin düşük olduğu bireylerin duygularını ve düşüncelerini açıkça ifade etmekte zorlanabildikleri, bunun da yanlış anlaşılmalara ve çatışmalara neden olarak şiddete maruz kalma riskini arttırabileceği sonucuna ulaşılmıştır (32).

Kişilerarası ilişkilerde etkili iletişim kurabilen sağlık çalışanı hasta memnuniyetini arttırarak olası uzun yatış sürelerini, problemleri, hasta yatış maliyetleri gibi çıktıları ve şiddet vakaları olumsuz durumları önlemiş olacaktır. Aynı zamanda sağlık çalışanının sosyal duygusal yetkinlik düzeyinin yüksek olması problem çözme ve baş etme becerilerini arttıracığından olası sorunları önleyerek şiddet oluşumun önüne geçmiş olacaktır (21, 29, 30). Bu noktada psikiyatri hemşireleri stratejik bir konumda yer alarak sağlıkta şiddetin önlenmesinde önemli rol ve sorumlulukları üstlenebilir. Sağlık çalışanlarında hem kişilerarası ilişki becerilerinin hem de sosyal-duyusal yetkinliklerin geliştirilmesine yönelik gerek mesleki gerek hizmet içi düzenlenecek sürekli ve kapsamlı eğitim programlarında aktif rol alarak sürece anlamlı katkı sunabilirler.

Tüm bu bilgiler ışığında, sağlık çalışanlarının kişilerarası iletişim biçimleri ve sosyal-duyusal yetkinlik düzeyi sağlıktaki şiddetin önüne geçilmesinde önemli iki faktör olabilir. Bu düşünceden hareketle yapılan literatür incelemesi sonucunda, bu iki değişkenin şiddete maruz kalma durumuna etkisini değerlendiren bir çalışmaya

rastlanamamıştır. Bu çalışmadan elde edilecek bulgularla, sağlık çalışanlarının kişilerarası ilişki biçimleri ve sosyal-duygusal yetkinlik düzeyinin şiddete maruz kalma durumları üzerinde etkisi ortaya konacak ve şiddeti önlemede bir adım olarak kişilerarası ilişkilerin ve sosyal duygusal yetkinlik düzeylerinin geliştirilmesinin önemi ve gerekliliği vurgulanacaktır. Böylece, araştırma sonuçları bu alanda yapılacak gelecek araştırmalara ışık tutacak ve sağlıkta şiddetin önlenmesi üzerine yapılacak gelecek müdahalelere katkı sağlayacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma, sağlık çalışanlarının kişilerarası ilişki biçimleri ve sosyal-duygusal yetkinlik düzeyleri ile şiddete maruz kalma durumlarını belirlemek ve bu üç değişken arasındaki ilişki ile bunları etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılacaktır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1₁: Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri şiddete maruz kalma durumlarını etkilemektedir.

H1₂: Sağlık çalışanlarının mesleki özellikleri şiddete maruz kalma durumlarını etkilemektedir.

H1₃: Sağlık çalışanlarının şiddeti hazırlayıcı faktörlere ilişkin görüşleri şiddete maruz kalma durumlarını etkilemektedir.

H1₄: Sağlık çalışanlarının kişilerarası ilişki biçimleri ile sosyal-duygusal yetkinlik düzeyleri arasında ilişki vardır

H1₅: Sağlık çalışanlarının Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği toplam ve alt ölçek puan ortalamaları şiddete maruz kalma durumlarını etkiler.

H1₆: Sağlık çalışanlarının Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği toplam ve alt ölçek puan ortalamaları şiddete maruz kalma durumlarını etkiler.

1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi

Sağlık çalışanlarını kişilerarası iyi ilişkiler kurması, hasta ve hasta yakınlarıyla kurulan ilişkilerin geçerliliğini uzun süre koruyabilmesi için sosyal ilişkilerde duyusal ve sosyal yetkinliğe sahip olması gerekir (31). Bu bilgiden hareketle, sağlık çalışanlarının kişilerarası iletişim biçimleri ve sosyal-duyusal yetkinlik düzeyi sağlıktaki şiddetin önüne geçilmesinde önemli iki faktör olabilir. Bu alanda yapılacak öncü çalışmalardan biri olacak olan bu çalışma sonuçları, sağlık çalışanlarının kişilerarası ilişki biçimlerinin ve sosyal-duygusal yetkinlik düzeyinin şiddete maruz kalma durumları üzerinde nasıl bir etkisi olduğunu ortaya koyacaktır. Böylece, araştırma sonuçları bu alanda yapılacak gelecek araştırmalara ışık tutacak, sağlıkta şiddetin önlenmesine katkı sağlayacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şiddet

İnsanlığın var oluşundan günümüze kadar devam eden ve toplumsal bir problem olan şiddet, genel olarak karşıt düşünceye sahip olma durumundan kaynaklanan orantısız güç kullanma ve bir birey veya gruba karşı travmatik sonuçlara sebep olabilecek şekilde tasarlanarak oluşturulmuş tehdit veya eylemsel güç kullanımıdır (1, 2). Şiddet olayı ise, etrafı etkisiz hale getirmek için uygulanan fiili güç olarak tanımlanmaktadır (1).

2.1.1. Şiddetin Nedenleri

Şiddet, çevre ile biyo-psikolojik etkenlerin etkileşimi sonucu oluşmaktadır (33). Şiddetin ortaya çıkmasına sebep olan faktörler her geçen gün değişmekte ve artmaktadır (34). Sosyal, kültürel ve ekonomik nedenlerle birlikte yoksulluk ve işsizlik de şiddeti oluşturan nedenler arasında önemli bir rol oynamaktadır (33).

2.1.1.1. *Biyolojik Nedenler*

Şiddetin meydana gelmesinde biyolojik faktörlerin önemi büyüktür. Serotonin, adrenalin ve testosteron gibi hormonların işleyişindeki aksaklıklar, genetik faktörler, kromozomlardaki anormallikler, fiziksel farklılıklar ve madde bağımlılığı gibi etmenler şiddete yönelimi artırabilir (34). Ayrıca, bedensel ve duygusal değişikliklere uyumsuzluklar da şiddetin ortaya çıkmasına sebep olabilir. Özellikle salgı bezlerindeki artışın duygu durum ve kişilikteki değişimlerle birlikte davranış bozukluklarına neden olduğu ifade edilmektedir (35). Cinsiyet ve hormonlardan kaynaklanan farklılıklar da şiddetin biyolojik faktörleri arasında yer almaktadır (36). Örneğin, erkeklerin sıklıkla kadınlara oranla daha saldırgan bir tutum içinde olmaları bu duruma örnek gösterilebilir. Bununla birlikte, beyin hasarı veya nörodejeneratif hastalıklar gibi durumlar da sinapslar arası bozulmalar ve nörondaki yetmezlikler gibi değişikliklerle birlikte şiddet davranışları oluşabilmektedir (33). Sonuç olarak, biyolojik nedenlerin şiddetin oluşumunda öneminin büyük olduğu ve hormonal bozukluklar, genetik faktörler, fiziksel farklılıklar gibi birçok nedenin bu süreci etkileyebildiği bilinmektedir.

2.1.1.2. Psikolojik Nedenler

Çocukluğun erken dönemlerinde var olan zorluklar veya travmatik tecrübeler, bireyin kendini keşfetme yolculuğunu güçleştirebilir ve saplantılara ve şiddet yönelime neden olabilir. Dolayısıyla, çocukluk döneminde aile içerisinde veya sosyal çevrede şiddet gören bireylerin yetişkinlik döneminde şiddete yönelmeleri olasıdır (33). Karakter olduğu bu dönemlerde meydana gelen olumsuz vakalar, kişilik bozukluklarına neden olabilir ve bu bozukluklar kişinin iç çelişkilerini dışa yansıtarak sağlıklı bağlantılar kuramamasına ve eylemlerini yönetememesine neden olabilir (37). Psikolojik nedenler arasında, şiddetin en önemli nedeninin "engellenme" olduğu belirtilmektedir. John Dollard'a göre, "engellenme" bireyin iç çelişkilerini veya gereksinimlerini karşılayamadığı zaman meydana gelir ve bu durum saldırganlık eğilimini artırabilir. *Örneğin;* tuttuğu takımın kazanmasını bekleyen bir taraftarın takımı, beklenen galibiyeti alamadığında kişi yaşadığı engellenme hissi nedeniyle şiddet eylemi gösterebilmektedir. Engellenme, bireyin kendiliğinden veya çevresinden kaynaklanan nedenlerle hedefine ulaşamadığında ortaya çıkar (38).

2.1.1.3. Sosyokültürel Nedenler

Sosyo-kültürel nedenler, şiddetin ortaya çıkmasında oldukça büyük öneme sahiptir. Kültürel anlamda, şiddet toplumdaki belirli hallerde kabul gören ve bu kabullenmenin nesillerce aktarıldığı bir ortamda gelişim gösterebilir. Strüktürel açıdan, yoksulluk ve imkânsızlık bireyleri isteklerine ulaşılabilir kılmak için yasal olmayan yollara ve şiddete yönlendirme yapabilir. Bağlamsal olarak, kışkırtıcı hareketler ve sözler şiddetin ortaya çıkmasına yol açabilir. Ekonomik açıdan, insanlar şiddet sonucunda elde edecekleri kazanımları göz önünde bulundurarak şiddete yönelebilirler. Şiddet davranışı öğrenilebilir ve bu öğrenmenin temel kaynağı genellikle ailedir (39). Ayrıca, toplumu oluşturan bireylerin yetersiz iletişim becerileri, duygularını ifade etme şekilleri, suçlamalar ve ahlak konularındaki hatalı düşünceler de şiddetin diğer sosyal faktörleri arasındadır. Bu durum, hizmette aksamalara neden olarak şiddetin ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilir (40).

2.1.1.4. Çevresel Nedenler

Şiddetin ortaya çıkmasında çevresel faktörlerin rolü oldukça önemlidir. Bu faktörler arasında hava kirliliği (*kimyasal ürünlerin kötü kokuları*), ses kirliliği ve

kalabalık gibi çevresel nedenler önemli bir yer tutar (41). Ayrıca, çarpık kentleşme, trafik yoğunluğu ve dünyadaki bölgesel çatışmalar, etnik ve dini gerilimler, işsizlik sorunu ve büyük şehirlerdeki suç oranlarındaki artış gibi faktörler de şiddetin artmasına yol açabilir. Bu çevresel etmenler, bireylerin stres düzeyinin artmasına neden olarak saldırgan davranışların ortaya çıkmasına katkıda bulunabilir (33). Sağlık kurumlarında mekânsal imkânsızlık, sağlık hizmetlerinin sunulduğu yerlerde çeşitli riskleri beraberinde getirebilir. Yoğun ve kalabalık bekleme salonları, hasta ve hasta yakınları arasında gerilimin artmasına neden olabilir. Özellikle acil servislerdeki uzun bekleme süreleri, hastaların ve hasta yakınlarının duygusal stres yaşamasına yol açabilir (42).

2.1.1.5. Toplumsal Nedenler

Toplumda yaşanan olaylar, sağlık personeline yönelik şiddeti etkiler. Bireylerin toplumsal yaşamda kendilerini ifade etmede yetersizlikleri, iletişim sorunları, etkin biçimde dinlemeyi ihmal etme ve sonuç olarak empati ve hoşgörü eksikliği gibi faktörler, şiddetin ortaya çıkmasına katkıda bulunabilir (37, 43).

Tüm bu nedenlerden farklı olarak, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenleri arasında yeterli fiziksel ortamın sağlanamaması, yetersiz personel sayısı, iletişimde güçlükler, tarafların bireysel özellikleri, bekleme süresinin uzunluğu, çalışma sürelerinin fazla olması, olumsuz çalışma koşulları, hastalara yeterince vakit ayıramama, boş yatak bulunmaması, hastalar için minimum seviyede konfor ve güvenliğin sağlanmaması, hastane güvenliğinin eksikliği, iş yükünün fazla olması ve sağlık personelinin tutum ve davranışları önemli bir yer tutar (42, 44-46). İş yerlerinde görülen şiddet vakaları değerlendirildiğinde, özellikle sağlık sektöründe diğer sektörlere oranla daha fazla şiddet olayı yaşanmaktadır. Bu durum, sağlık kurumlarının kompleks yapısından kaynaklanmaktadır (47). Çalışma ortamında stres düzeyi yüksek işlerin gerçekleştirilmesi, sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınları arasında gerginlik yaratabilir ve şiddet olaylarına yol açabilir (48). Ayrıca, sağlık hizmetlerinden beklentilerin aşırılığı, sağlık sisteminin yapısından kaynaklanan riskler ve iletişim yetersizliği gibi faktörler de şiddetin artmasına katkıda bulunabilir (49).

Tarafların şahsi özellikleri de şiddetin meydana gelmesine neden olabilir. Bireylerin geçmiş tecrübeleri, stresle başa çıkma yöntemleri, iletişim yetenekleri ve sağlık sistemine yönelik algıları, şiddet eğilimini etkileyebilir (42).

Sağlık kurumlarında yaşanan şiddetin taraflarından biri de genellikle hasta ve hasta yakınlarıdır. Hasta ve hasta yakınlarının duygusal durumları sağlık kurumlarında yaşanan şiddetin nedenlerindendir. Özellikle hastalık sürecindeki belirsizlik ve endişe, hasta ve hasta yakınlarının duygusal gerginlik yaşamasına sebep olabilir ve şiddet eğilimini arttırabilir. Hastalıkla mücadele eden kişiler ve yakınları, sağlık kuruluşlarında hizmet alırken sıklıkla korku ve endişe yaşarlar. Bu durum, bazen anormal davranış sergilemelerine ve duygusal tepkilerin ortaya çıkmasına neden olabilir. Hastalar, kendi ihtiyaçlarına ve durumlarına öncelik verilmesini arzulayabilirler (49). Ayrıca, sağlık personelinin hasta ile etkili iletişim kurma becerilerinin yetersiz olması da şiddetin nedenlerinden biri olabilir. Sağlık personelinin kullandığı tıbbi terimleri anlamakta zorlanan hasta ve hasta yakınları, iletişimde sorunlar yaşayabilir ve şiddete başvurabilirler (45).

Sağlık kurumlarında çalışanlar ile hasta ve hasta yakınları arasındaki şiddetin bir diğer etkeni ise sağlık personelinin tutum ve davranışlarıdır. Özellikle bazı sağlık çalışanlarının hasta veya hasta yakınlarına kaba, anlayışsız ve hoşgörüsüz davranışları şiddet olaylarının ortaya çıkmasına zemin hazırlar (50). Ayrıca, sağlık çalışanlarının çalışma şartlarının yoğunluğu ve stresi ile hasta ve hasta yakınlarının tedavi sürecinde yaşadıkları zorluklar, iletişimde yetersizliğe ve şiddet olaylarına neden olabilir. Bireyin iletişim becerilerinin ve kişilerarası ilişkilerinin zayıf olması özellikle sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenleri arasındadır (2).

Hasta ve hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasındaki kompleks ilişkide sağlıklı bir iletişim sağlamak ve karşılıklı anlayışı temin etmek için insanlar arasında bilgi alışverişi önemlidir. Ne var ki, sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınları arasında genellikle anlaşılır ve etkili bir iletişim kurulamadığı ve bazı iletişimsel problemlerin yaşandığı bilinmektedir. Hasta ve hasta yakınları ile yapılan iletişimde kullanılan dil oldukça önemli yere sahiptir. Sağlık sorunları yaşayan hastalara karşı daha dikkatli bir dil kullanılmalıdır. Sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki kelimelerin, sesin yüksekliğinin, tonlamaların, jestlerin ve mimiklerin de önemi büyüktür. Ancak sağlık çalışanlarının mesleki eğitim süresince iletişim, empati, beden dili ve öfke kontrolü gibi konularda yeterli düzeyde eğitim almadıkları ve bu

nedenle meslek hayatlarında hastalarla yaşadıkları çatışmaları iyi yönetemedikleri belirtilmektedir. Kriz durumlarının etkili bir şekilde yönetilememesi sonucunda mevcut gergin ve endişeli olan hasta ve yakınlarının gerginliğinin daha da arttığı ve şiddet olaylarının meydana geldiği belirtilmektedir (51).

2.1.2. Şiddet Türleri

Bireyin zarar görmesi ya da acı çekmesi ile sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel hareket, tehdit, baskı ya da keyfi olarak özgürlüğü engelleme biçiminde görülebilen şiddetin birçok farklı türü vardır.

2.1.2.1. Sözel Şiddet

Sözel şiddet, bireyin ruhsal ve sosyal sağlığına zarar verebilecek düzeyde olan sözlü ifadelerle ortaya çıkan bir şiddet türüdür (52). Sözel şiddetin hedefi, korkutma, sindirme ve cezalandırma yoluyla kişinin kendine olan güvenini kırmaktır (53.) Hakaret etme, bağırma, küçük düşürücü sözler söyleme, olumsuz eleştiri yapma ve alay etme gibi davranışlar sözel şiddete örnek verilebilir (54). Sözel şiddet, psikolojik şiddetle benzerlik gösterir ve psikolojik şiddete yol açabilirken fiziksel şiddeti tetikleyebilir (55).

2.1.2.2. Psikolojik Şiddet

Psikolojik şiddet, bireyin zihinsel sağlığını tahrip eden her türlü davranışı kapsar. Bu tür şiddet, mağdura benlik saygısını azaltan, korkutmayı amaçlayan ve kişiyi zayıf hissettiren davranışları içerir. *Örneğin*, ayrımcılık yapma, küçük düşürme, manevi baskı uygulama, alay etme, görmezlikten gelme gibi davranışlar psikolojik şiddete örnek verilebilir. Psikolojik şiddet, fiziksel eylemlere başvurmaksızın, karşıdaki kişinin ruh sağlığını olumsuz etkileyen davranışları içeren ve sıklıkla fiziksel şiddetten önce meydana gelen tutum ve davranışlardır. Sözlü şiddeti de kapsar ve belirgin bir şekilde sürekli ve tekrar eden eylemleri içerir (55-57).

2.1.2.3. Cinsel Şiddet

Cinsel şiddet, kişinin isteği dışında fiziksel, psikolojik veya sözlü olarak cinsel içerikli davranışlara maruz kalmasıdır. Bu tür şiddet, bireyin utanmasına, korkmasına, aşağılanmasına ve kendini rencide hissetmesine neden olabilir.

Genellikle cinsiyet temelli bireyi sindirmek, tehdit etmek ve kontrol altına almak amacıyla gerçekleştirilir. Cinsel şiddet, cinsel saldırı ve cinsel taciz gibi davranışları içerir ve bireyin özgürce rızası olmadan gerçekleşen tüm cinsel eylemleri kapsar (41, 57, 58).

2.1.2.4. Fiziksel Şiddet

Fiziksel şiddet, bir kişinin, başka bir kişiye veya gruba fiziksel, cinsel veya psikolojik zarar verecek şekilde fiziksel güç uygulamasıdır. Bu tür şiddet, can acıtma, fiziksel yaralanma veya ölüme neden olabilecek kasıtlı davranışları içerir. Yumruk atma, tokat atma, tekme atma, itme, sıkıştırma, alıkoyma, kesici veya delici aletlerle tehdit etme veya zarar verme gibi eylemler fiziksel şiddete örnek verilebilir. Genellikle kişiyi kontrol etmek veya acı ve korku yaşatmak amacıyla yapılır (57, 59, 60).

2.1.2.5. Ekonomik Şiddet

Ekonomik şiddet, bir bireyin ekonomik özgürlüğünün kısıtlanması ve ekonomik kaynakların baskı aracı olarak kullanılmasıyla ortaya çıkan bir tür şiddettir. Genellikle kadınlara, çocuklara, engellilere veya yaşlılara karşı uygulanan, kişinin çalışmasının engellenmesi veya kazancının elinden alınması veya ihtiyaç duyduğu maddi desteğin verilmemesi şeklinde görülür. Bu şiddet türü, işsizlik, düşük maaş, yetersiz sosyal güvenlik olanakları gibi ekonomik zorluklar ile ilişkilidir (61).

2.1.3. Sağlık Çalışanlarında Şiddet

İşyerinde şiddet, uluslararası düzeyde çalışma ortamlarını ve meslek gruplarını olumsuz biçimde etkileyen, hem fiziksel hem de psikolojik sınırları aşan ve her geçen gün artan bir sorun haline gelmiştir (2, 62-64).

Şiddet, sosyal yaşamda özgürlükleri sınırlamanın yanı sıra kişisel, bedensel ve zihinsel sağlığı da olumsuz etkileyen ve gün geçtikçe artan bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. İş yerinde yaşanan şiddet, çalışanların performansını, hizmet kalitesini ve kuruma olan sadakatini olumsuz yönde etkiler. Sağlık kurumları, şiddetin yaygın olduğu kritik iş yerleri arasında yer alır. Sağlık kurumlarındaki şiddet, personel,

hastalar ve hasta yakınları tarafından oluşturulan fiziksel, sözlü ve psikolojik saldırıları içerir (65).

İş yerindeki şiddet, küresel bir öneme sahiptir ve sağlık çalışanlarının diğer sektörlerde çalışanlara göre bu tür şiddete maruz kalma olasılığı daha yüksektir (66).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, sağlık çalışanlarının yaklaşık %8 ile %38'i şiddetle, özellikle de fiziksel şiddetle karşı karşıya kalmaktadır (3). Bu oran diğer işyerlerinde, 10.000 çalışan başına iki şiddet vakasına kadar düşerken, sağlık sektöründe bu rakam 10.000 çalışan başına sekiz vakaya kadar çıkmaktadır (67). Sağlık kuruluşlarında istihdam edilenlerin, diğer sektörelere kıyasla şiddete uğrama olasılığının 16 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur (68).

Sağlık çalışanları, kötü haber aldıklarında gergin, öfkeli veya yönetilemez hale gelmiş hasta ve yakınlarıyla aynı ortamda çalışır ve bu nedenle çok daha fazla sağlık çalışanı tehdit edilir ya da sözlü şiddete uğrar. Bu durum, sağlık çalışanlarını diğer hizmet sektörü çalışanlarına oranla şiddete maruz kalma riski en yüksek gruplardan biri yapar (69, 70).

DSÖ'ye göre, hemşireler ve doğrudan hasta bakımıyla ilgilenen diğer personel ve sağlık görevlileri şiddet açısından en yüksek risk altında olan sağlık çalışanı grupları arasında yer alır (3). Araştırmalarda, sağlık personelinin işlerinin niteliği gereği saldırıya uğramayı normal algıladıkları ve sadece ciddi yaralanma yaşanan olayları şiddet olarak değerlendirdikleri vurgulanmaktadır (68). Bir başka çalışma sonucuna göre ise, şiddet vakasından sonra çalışanların büyük bir kısmını nereye başvuracaklarını ve beyaz kod uygulamasını eksik, yanlış veya hiç bilmedikleri belirlenmiştir (68). Bu nedenlerle aslında şiddetin boyutları kayıtlara geçen rakamlardan yani görünenden çok daha fazlasıdır.

Son yıllarda hızlı bir yükselme eğilimi gösteren ve dünya genelinde milyonlarca insanın onurunu zedeleyen işyerindeki şiddet, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde öncelikli bir mesele haline gelmiştir. İşyerindeki eşitsizlik, ayrımcılık, damgalanma ve çatışmanın şiddet için önemli bir kaynak oluşturduğu ve ciddi bir insan hakları sorunu olduğu her geçen gün giderek daha da kabul görmektedir. Öyle ki, işyerindeki şiddet, kuruluşların performansı ve başarısı için ciddi hatta bazen ölümcül bir tehlike olarak görülmektedir (2).

Toplum genelinde şiddet olaylarının artması, mevzuata uygun cezaların yetersizliği, sağlık hizmetlerine yönelik aşırı beklentiler, sağlık sektörünün doğuşundan kaynaklanan riskler, iletişim eksiklikleri, medyanın toplum üzerindeki etkileri ve sağlık kurumlarında yaşanan sorunlar (*uzun bekleme süreleri, personel yoğunluğu, yetersiz yatak kapasitesi vb.*) ile şiddet vakalarındaki artış arasındaki ilişkiye dikkat çekilmektedir (47).

COVID-19 pandemisinden önce yapılan bir araştırmada, sağlık çalışanlarının %62'sinin iş yerinde şiddete uğradığı ve %58 oranla en yaygın olarak sözlü şiddete maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarına yönelik tehdit (%33) ve cinsel şiddet (%12) en sık rastlanan şiddet türleri arasında gösterilmiştir (71). COVID-19 pandemisi ile birlikte sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının görülme sıklığında bir süreliğine azalma gözlenirse de tamamen kesilmemiş ve kısmen de olsa devam etmiştir. (72, 73). COVID-19 pandemisi; hastanede yatan hastaların, ailelerinin, sağlık personelinin ve genel sağlık sistemlerinin hem fiziksel hem de psikolojik olarak zorlandığı bir süreç olmuştur (74). Aynı zamanda, hasta ve yakınlarının COVID-19 hastalığı hakkındaki bilinmezlik korkusu ve karantina önlemlerinden kaynaklanan stres gibi etmenler, duygusal ve davranışsal değişimlere neden olmuş ve bu durum şiddet vakalarında yeniden bir artış yaşanmasını tetiklemiştir. Pandemi ile ilgili bilinmezliğe bağlı yaşanan stres ve evrensel sağlık sistemlerindeki sorunlardan kaynaklı sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artmış olabileceği ifade edilmiştir (75, 76).

Nitelikli sağlık hizmeti sunumunun önünde önemli bir engel olan (77) sağlık çalışanlarına karşı şiddet, son 30 yılda dünya genelinde artarak devam eden ve çeşitli çözüm yöntemlerinin kullanılması gereken bir sorun başlığı olarak ön plana çıkmaktadır (78).

2.1.3.1. Sağlıkta Şiddet Yaygınlığı

Sağlık sektöründe çalışanların maruz kaldığı şiddet, dünya genelinde ve özellikle Türkiye'de ciddi bir sorun olarak ortaya çıkmakta ve çeşitli araştırmalar bu durumun kapsamını ve yaygınlığını açıkça göstermektedir. Uluslararası Hemşireler Konseyi (*International Council of Nurses-ICN*)'nin 2017 tarihli raporu, sağlık çalışanlarının, diğer sektörlerdeki çalışanlara kıyasla iş yerinde daha yüksek oranda

şiddet ile karşılaştıklarını ortaya koymaktadır (66). Özellikle 2023 yılında yapılan bir çalışma, hekimlerin %72,1'inin şiddete uğradığını, bunların büyük bir kısmının (%99) sözlü, %11,4'ünün ise fiziksel şiddet olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak, bu vakaların sadece %26,1'i resmi olarak beyaz kod ile rapor edilmiştir. Bu, sağlık çalışanlarının büyük bir kısmının yaşadıkları şiddeti ya rapor etmekten kaçındığını ya da bu durumun ciddiyetinin farkında olmadığını göstermektedir (79).

Uskun ve ark. (2022)'de yaptığı araştırma, her üç sağlık çalışanından birinin meslek hayatında en az bir kez şiddete maruz kaldığını, kadın sağlık çalışanlarının bu durumdan daha fazla etkilendiğini belgelemiştir. Şiddet vakalarının artışına dair farkındalığın, şahit olunan şiddet olaylarını hasta hakları birimine bildirme konusunda eyleme geçirse de, şiddet olayı sonrası doğru prosedürlerin uygulanmadığını göstermiştir (68).

Öz'ün 2020'deki çalışması, sağlık hizmetlerinde sıklıkla fiziksel şiddetin yaşandığını, özellikle kadın sağlık çalışanlarının daha yüksek risk altında olduğunu vurgulamaktadır (80). Hemşireler ve doktorlar, diğer sağlık profesyonellerine göre şiddete daha fazla uğramaktadır. Sağlık-Sen'in 2022 Temmuz ayı raporu, Türkiye'de 2022'nin Temmuz ayında 115 saldırgan tarafından 60 sağlık çalışanının zarar gördüğü 30 ayrı şiddet vakasını belgelemiş, bu vakaların büyük bir çoğunluğunda herhangi bir yaptırım uygulanmadığını ortaya koymuştur (81). Türkiye genelinde 2021 ve 2022 yıllarında sırasıyla 190 ve 249 şiddet vakası yaşanmış, bu vakalarda bir doktor ve bir güvenlik personelinin hayatını kaybettiği belirtilmiştir (82, 83).

Şahiner ve ekibinin analizi, sağlık personelinin %98,1'inin sözlü, %35,2'sinin fiziksel ve %0,62'sinin cinsel şiddete maruz kaldığını ortaya koymuş, ancak bu vakaların sadece %14,2'si için hukuki işlemler tamamlanmıştır (84). Itzhaki ve ark. (2018)'nın yılındaki çalışması, hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%88,6) sözlü şiddete maruz kaldığını, %56,1'inin ise fiziksel şiddete uğradığını ortaya koymuştur (85).

2.1.4. Şiddeti Önleme

Sağlık sisteminde şiddeti önlemek için öncelikle şiddetin varlığı kabul edilmeli ve daha sonra şiddetin kabul edebilir olmadığına dair farkındalık sağlanmalıdır. Aynı zamanda şiddet olayları suç sayılmalı ve hukuki olarak ciddi, caydırıcı yaptırımlar uygulanmalıdır (42, 86). Şiddet belirtileri konusunda farkındalık sağlamaya yönelik sağlık çalışanları bilinçlendirilmeli ve gerekli durumlarda bu konuda eğitimler verilmelidir (42). Bu doğrultuda var olan şiddet durumlarını takip etmek amacıyla kurulan beyaz kod çağrı merkezi ile yaşanan şiddet olayları kayıt altına alınmalıdır (42, 87). Şiddeti önlemede en önemli hususlardan biri yasal düzenlemelerdir. Sağlık çalışanlarını şiddete karşı güvence altına alma amacı taşıyan (*Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik* (2011) ve *Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik* (2012) gibi); sağlık çalışanlarına yönelik yaralama, tehdit, hakaret gibi suçların işlenmesi durumunda hastane polisi tarafından gerekli soruşturmanın başlatılmasına olanak sağlayan mevcut yasal düzenlemeler (*Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması Genelgesi* (2012) gibi) konusunda sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir (88). Bunların yanı sıra şiddet oluşumunun önüne geçmek adına sağlık kurumlarında çalışma koşulları iyileştirilmeli, sağlık çalışanlarını destekleyen, güvenli çalışma ortamları oluşturulmalıdır (89, 90). Ayrıca, sağlık çalışanlarına karşı yapılan şiddeti önlemek adına mevcut cezai yaptırımlar (hapis veya para cezai gibi) uygulanmalı ve yeni caydırıcı düzenlemeler yapılmalıdır (91).

2.2. KİŞİLERARASI İLİŞKİLER VE BOYUTLARI

2.2.1. Kişilerarası İlişkiler

Bireylerin gereksinimlerini sağlamak niyetiyle diğer bireylerle bağlantı kurulmasını sağlayan kişilerarası ilişkiler kavramı; İmamoğlu (2008) tarafından iki veya daha fazla birey arasında gerçekleşen, gereksinimlerden kaynak alan, tanışma aşamasından samimiyet kurma aşamasına değin farklı yoğunluklarda olabilen, karşılıklı iletişim ve davranışlar şeklinde tanımlanmaktadır (92). Siyez (2010)'e göre kişilerarası ilişkiler ise, bireyler arası sosyal etkileşim ve duygusal ilişki olarak

tanımlanmaktadır. Kişilerarası ilişkiler; duygu, düşünce ve davranışları kapsamaktadır (93).

Kişilerarası iletişim; iki ya da daha fazla kişinin karşılıklı olarak duygu, bilgi, düşünce ve de yaşamlarını kendilerine has şekillerde aktardıkları psikososyal bir süreç olarak tanımlamaktadır (9). İletişim ve kişilerarası ilişkiler kavramları iç içe iki kavramdır. Kişilerarası ilişkiler kavramı, bireyler arasında kurulmuş olan iletişim sonucunda var olan sosyal etkileşimin daha spesifik bir hali olarak ifade edilir. İletişim, kişilerarası ilişkilerde kişilerin etkileştikleri insanları daha yakından tanımalarını sağlar (94). İnsanlar sosyal varlıklardır bu nedenle, kendisini anlama, kişiliğini oluşturma, diğer insanlarla sorunlarını paylaşma, kişilerle tanışma, etkileme ve bir işi birlikte hayata geçirme gibi değişik sebeplerle iletişimden faydalanmaktadır (95).

2.2.2. Kişilerarası İlişki Boyutları

2.2.2.1. Onay- Bağımlılık

Bireyler yaşamların neredeyse her safhasında onay alma, takdir edilme ve kabul görmeye gereksinim duyarlar. Onaylanma ihtiyacı gereksinim dışına çıkıp aşırı bir hal aldığı anda bir sorun haline dönüşür ve bağımlılık durumu ortaya çıkmaktadır (96). Bireyin içinde bulunduğu sosyal çevre yapısı, fikirleri bağımlılığı onaylayan bir yapıya sahip olabilir. Bu durumda birey kendini değersiz hissedebilir ve başkalarının kararlarına yönelik hareket etmeye yönelebilir (97, 98). Böylece birey kendi kararlarından vazgeçerek sağlıklı ilişkiler kurmaya başlar, sürekli onay arayışı içinde olur. Bu da bireyde psikolojik sorunların temelini oluşturur ve olumsuz duygulara yol açar (97, 99). Başkalarının görüşlerinin önemsendiği bu durumda kişiler bireysellik ve ben değerini göz ardı ederler (100). Onay bağımlılığına sahip kişiler kendini güvende hissetmediklerinde, belirsizlik yaşadıklarında, onları sakinleştirecek ve güvence verecek birilerini ararlar (101).

2.2.2.2. Empati

Empati karşılıklı ilişkilerde bireylerin karşı tarafın yerine kendini koyarak onun ne hissettiğini hissetmesi, nasıl düşündüğünü anlayabilmesi ve bunu karşısındaki kişiye iletmesi sürecidir (102). Kişilerarası ilişkilerde anlamak ve anlaşılacak kavramlarından oluşan empatinin yeri büyüktür (103). Empati

diğerlerinin duygularını anlamanın yanı sıra bireyin kendi duygularını da uygun bir şekilde ifade etmesini sağlar (100). Kişilerarası iletişimde empati kurulduğunda, kişiler önemsendiklerini ve anlaşıldıklarını hissederler (104). Empati; özbilinç, eşduyum ve duyarlılık kavramlarını da kapsar ve egoizmden uzak durarak, etkili iletişim kurmanın ön koşulunu oluşturur (105).

2.2.2.3. Başkalarına Güven

Bireyin annesi veya bakım veren kişiyle kurulan ilişkisi, yetişkinlik döneminde güven duygusunu geliştirebilmesi için önemlidir. Bu güven duygusu, güvenli ya da güvensiz bağlanmaya bağlı olarak zamanla biçimlenir. Kişilerarası ilişkilerde birey kendine veya çevresine karşı ilişkilerini bu doğrultuda oluşturur (106). Bireyler yaşantılarında kurdukları kişilerarası ilişkilerde etkileşim içerisinde oldukları kişilere karşı sağlıklı iletişim kurabilmeleri ve tereddüt duymaksızın hareket edebilmeleri başkalarına duyduğu güven duygusu sayesinde. Güven kişilerarası ilişkilerin ana unsurudur. Güvenin olmadığı durumlarda ilişkiler sürdürülemez. Güven yalnızca kişilerarası ilişkilerde değil, yaşamın tüm evresinde temel bir ihtiyaçtır (100, 107). Güvenin olmadığı kişilerarası ilişkilerde şüphe, belirsizlik durumu ve endişe ortaya çıkar (108). Kişilerarası ilişkilerde karşılıklı güven, psikolojik sağlamlığı ifade eder ve kişisel görüşlerle ele alınan bir yapı olarak değerlendirilir (100).

2.2.2.4. Duygu Farkındalığı

Kişilerarası ilişkilerde kişiler etkileşimlerini kendi duygularının farkına vararak yönetirler ve bu farkındalık sayesinde etkileşimi başlatır, devam ettirir ya da bitirirler (100). Bireyin jest ve mimiklerinde gözlenebilen endişe, üzüntü, öfke gibi temel duygular kişilerarası etkileşimde ve iletişimde önemli bir yere sahiptir (109, 110). Duygu farkındalığı, bireylerin kendi duygularının bilincine varıp dile getirmesi ve etkileşimde bulunduğu tarafın da duygularının farkına varabilmesi ile ilişkilidir. Duygularının farkında olmayan bireyler duygularını aktarmada zorlanırlar (10, 100). Kendi duygularını yorumlamada zorluk yaşayan kişiler, etkileşimde bulundukları kişilerin de duygularını ayırt etmede zorluk yaşarlar (10).

Kişilerarası ilişkilerde problem çözme becerisine sahip olan bireyler, başarısızlıklarının sebebini sorgulayıp umutsuzluğa düşmeden çözümler bulur ve

kendi ile ilgili kararlar almada zorlanmaz. Dolayısıyla sağlıklı ilişkiler kurabilir. Bireyler etkileşimde bulundukları kişileri ve kendilerini ayırt etmede, analiz etmede ve incelemede, ilişkilerin oluşumunda belirleyici bir faktördür (111-113).

2.2.3. Sağlık Çalışanları ve Kişilerarası İlişki Biçimleri

Sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki ilişkiler, tedaviye uyum ve sağlığın sürdürülmesi açısından önemli yere sahiptir (13). Sağlık konularında bilgi eksikliği sıkça rastlanan bir sorundur ve yeterli bilginin sağlanması, önyargıların önlenmesi ve toplumun bilinçlendirilmesi için karşılıklı ve açık iletişim gereklidir (19).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, kişilerarası iletişimdeki yetersizlikler ve demografik unsurlar sebebiyle oluşmaktadır (114). Sağlık çalışanı ve hasta arasında olan kişilerarası iletişim yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum gibi birçok faktörden etkilenir ve karmaşıklaşır. İletişimin etkin şekilde sürdürülmesi, sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti önlemede ve sağlık sektörünün kalitesinin artmasında hayati öneme sahiptir (51).

Etkin kişilerarası iletişim, sağlık sektöründe hasta ve sağlık çalışanı arasında olumlu ilişki kurulmasını sağlar. Böylece hem tedavi başarısı artar hem de yanlış anlamaların önüne geçerek şiddetin oluşma ihtimalini azalır (115).

Kişilerarası ilişkilerde sağlık çalışanları, hasta ve yakınlarının hastalık sürecinden dolayı içinde bulunduğu psikolojik sürecin ve duygularının farkına vararak etkin bir dil kullanmaları oldukça önemlidir (51).

2.3. SOSYAL-DUYUSAL YETKİNLİK

Sosyal-duyusal yetkinlik, bireylerin kişisel farklılıklarla birlikte diğerleriyle etkileşim biçimini oluşturan, etkileşiminin sürekliliğini ve sosyal konulara adapte olmasını sağlayan bir beceridir. (27, 28). Sosyal-duyusal yetkinlik, aynı zamanda, bireyin sosyal ilişkilerini yönetmesini ve toplumsal hareketleri etkin olarak gerçekleştirmesini mümkün kılar (26).

Sosyal-duyusal yetkinlik, bireyin doğumundan itibaren başlayıp, sürekli değişim ve gelişim göstererek hayat boyunca devam eder. (116). Ailede ve bireyin

içinde bulunduğu çevrede öğrenilebilen becerilerdir. Ayrıca duygusal yeterlilikler bireyin kendine has özellikler üzerinde de önemli etkide bulunur (117).

Duygusal yeterlilik, duygusal zekâ esasına dayanan, öğrenebilen ve iş üzerinde etkileyici sonuçlar doğuran bir yetenektir. Duygusal yeterlilik, temelinde var olan ortak bir duygusal zekâ becerisi ile bağlantılıdır. Duygusal zeka ise kişinin öz benliği ve kendi dışındakiler ile ilgili bilgilerin anlaşılmasını mümkün kılan bir grup beceri olarak nitelendirilmekte ve bireyin kendisi ve etkileşim kurdukları ile ilgili duygusal ipuçlarını sezmeyi sağlayan bir grup beceri olarak açıklanmaktadır (118, 119). İş yerinde başarılı olmak için gereken yeterlilikleri öğrenmeye istekli olan kişilerde, duygusal zekâ kapasiteleri hayati derecede önem taşır. (120). Bazı çalışmalarda ise duygusal zekânın zihinsel sağlıkla bağlantılı olduğu ve endişe seviyelerini azaltmada koruyucu bir etmen olduğu belirtilmektedir (121-123).

Sosyal-duygusal yeterliliğin, öz bilinç ve bireyin kendiyle barışık olma durumu, gündelik olayları yorumlayarak kişilerarası iletişim kurabilme, sorunların farkına vararak çözmeye çalışma, adapte olma (*uyum sağlama*) ile ilgili birey bazında becerileri içerdiği belirtilmektedir (124, 125). Kişilerarası etkileşimde bireyler, iletişim kurdukları süreç içerisinde duygularını ve bu duygu ifadelerini doğru yerlerde kullanarak sosyal-duygusal yetkinliğin yüksek olmasını sağlarlar. Böylece gündelik ilişkilerde problemlerin çözülmesine yardım ederek, daha etkin bir iletişim kurarlar (124,126-128).

Literatür incelendiğinde, duygusal zekânın; cinsiyet, yaş, öğrenim durumu ve medeni durum gibi demografik değişkenlere göre farklılık gösterdiği belirtilmektedir. Böylece sosyal duygusal yetkinlik de bu faktörlere bağlı farklılık gösterebilmektedir (129-131).

Sosyal-duygusal yeterlilik, sosyal duygusal öğrenmenin neticesinde oluşmakta ve sosyal-duygusal öğrenmenin *beş* temel yeterlilik alanında etkili yetkinlikler edinmeyi sağladığı ifade edilmektedir. Bunlar; *kişisel farkındalık*, *içsel kontrol*, *toplum bilinci* (*sosyal farkındalık*), *ilişki yetenekleri*, *bilinçli karar verme* biçimindedir (132-134). Bu yeterliliklerden *kişisel farkındalık*; bireyin duygularını, gereksinimlerini, amaçlarını bilmesi, alternatifler arasından karar verebilmesi ve kendine has yetilerini idrak edebilmesi anlamını taşır. *İçsel kontrol*; bireyin duygu ve düşüncelerini bilinçli olarak yönetebilmesi, özdenetimdir. *Toplum bilinci*; bireylerin diğerleriyle

etkileşimde olması ve bu etkileşimi sürdürebilmesidir. İlişki yetenekleri; etkin iletişim kurabilme, ifadelerin anlaşılır ve net olması, etkin dinleme ve anlayabilme yeteneğidir (31). Bilinçli karar verebilme, ahlaki kuralları, güvenlik kaygıları ve sosyal kuralara dayalı farkına vararak ve etkin kararlar almalarını sağlayan bir beceridir. Bu beceri sayesinde birey, doğru ve yanlış ayırt edebilir, güvenliğini sağlayabilir ve sosyal normlara uygun davranış sergileyebilir (135, 136).

McBrien ark. (2018) 'nin sosyal-duygusal yetkinlik ile kişilerarası duyarlılık kavramı birbiriyle ilişkilidir (26). Kişilerarası duyarlılık, etkileşimde bulunan kişilerin becerilerini, duygu durumlarını ve bireysel özelliklerini yorumlayabilme becerisidir (137, 138). Bir diğer ilişkili kavram ise empatidir. Empati etkileşimde bulunan kişinin duygularını, umutlarını ve düşüncelerini kavrayabilme becerisidir. Kişiler, duygusal zeka seviyesinde duygulardan ve empati yeteneklerinden yararlanır (139, 140). Kişilerarası etkileşim sürecinde, duygusal zekâ kurulan iletişimin önemli bir parçasıdır.

2.3.1. Sağlık Çalışanları ve Sosyal Duygusal Yetkinlik

Sağlık çalışanları için duygusal zeka, hastalarla akıcı bir iletişim kurabilme, empati yapabilme, kriz durumunu yönetebilme, kendi duygularının farkına vararak onları yönetebilme, sosyal yetkinlik ve etkin iletişimi kapsayan beceriler sayesinde hastalarla sağlıklı iletişim kurabilmeyi sağlar (141-143). Duygusal zeka bireyin kendisiyle ve etkileşim kurduğu kişilerle var olan problemlerin farkına varabilmesi ve etkili iletişim kurarak çözüme yönelik eylemlerde bulunabilmesi olarak tanımlanır (142). Bu doğrultuda sağlık çalışanlarının duygusal zekası ve bunun neticesinde sosyal-duygusal yetkinliği yüksek ise şiddet, kriz, gibi var olan olumsuz durumları çabucak farkedip, kolaylıkla çözebilecek ve hatta etkili iletişim ile sorunları oluşmadan önleyebilecektir (144-146). Sağlık çalışanları sosyal duygusal yetkinliklerini yükselterek duyguları anlayabilir ve duyguları olduğu gibi kabul edebilir, bir diğeri ise sağlık sektöründe hizmetin kalitesini arttırabilmek için karışık olan sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirebilir (147, 148). Duygusal zekâsı yüksek olan sağlık çalışanları hastalarının duygularını anlamanın ötesinde kendi duygularının da farkına varır ve başkalarının duygularını kendi duygularından ayırt edebilir. Etkileşim sırasında olaylara karşılık vermeden önce düşünür ve sonra yanıt

verir. Tartışmaların da olumsuz olayların yaşandığı stresli anlarda sakin davranır ve problemi çözmeye yönelik adımlar atarak sosyal-duyusal yetkinliklerini kullanmış olur (149).

Sosyal duyusal yetkinlikler, daha önce de bahsedildiği üzere geliştirebilir. Bu doğrultuda sosyal-duyusal yetkinliği gelişen sağlık çalışanları güçlenerek gelişir, otonomisi artar ve bireylerin mesleki ya da kişisel zorluklarla mücadele etmesi kolaylaşır (150, 151).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma niceliksel türde tanımlayıcı ve analitik tiptedir

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Ocak 2023-Aralık 2023 tarihleri arasında, Manisa-Soma Devlet Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanları ile yürütülmüştür.

Manisa/Soma Devlet Hastanesi, 1978 yılında kurulmuştur. 2017 yılında yeni hizmet binasına taşınarak, tek çatı altında toplanmıştır. Hastane 332 yatak kapasitesi ile Soma ilçesi ve çevresindeki bölgelerdeki 110.000 kişilik bir nüfusa hizmet sunmaktadır. Soma Devlet Hastanesi'nde toplamda 23 farklı branş (*dahiliye, genel cerrahi, çocuk sağlığı ve hastalıkları, beyin ve sinir cerrahisi, psikiyatri, enfeksiyon hastalıkları, göz hastalıkları, kardiyoloji, ortopedi ve travmatoloji, kulak burun boğaz hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum gibi birimler*) yer almaktadır. Soma Devlet Hastanesi'nde toplam 77 hekim ve 148 hemşire, görev yapmaktadır. Diğer sağlık personeli ve idari personel ile birlikte hastanenin toplam 225 çalışanı bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma, evrenini, Ocak 2023– Aralık 2023 tarihleri arasında Manisa-Soma Devlet Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanlarının tümü (N=225) oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, belirlenen tarih aralığında Manisa-Soma Devlet Hastanesi'nde görev yapan ve araştırmanın dâhil olma kriterlerine uyan, araştırmaya katılma konusunda gönüllü olan sağlık çalışanları (n=166) oluşturmuştur. Örneklem, evrenin %73.8'ini oluşturmaktadır.

3.3.1. Dahil Olma Kriterleri

- Manisa Soma Devlet Hastanesi'nde çalışıyor olma
- Sağlık profesyoneli olma
- Araştırmaya katılma konusunda gönüllü olma,
- Yüz yüze iletişim kurabilme yeterliliğine sahip olma

3.3.2. Dahil Olmama Kriterleri

- Veri toplama formlarının %20'sinden fazlasını doldurmayan sağlık profesyonellerinin anketleri değerlendirmeye alınmamıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler; Sağlık çalışanlarının (*hekim, hemşire, ebe vb.*) şiddete maruz kalma durumları

Bağımsız Değişkenler; Sağlık çalışanlarının (*hekim, hemşire, ebe vb.*) sosyodemografik özellikleri, mesleki özellikleri, şiddeti hazırlayıcı faktörlere ilişkin görüşleri, kişilerarası ilişki biçimleri ve sosyal-duyusal yetkinlik düzeyleri

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla üç araç kullanılmıştır

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu:

İki bölümden oluşan formun, birinci kısmında araştırmacı tarafından sosyodemografik özelliklere yönelik hazırlanan sorular yer alırken; ikinci kısımda ise bireyin şiddete uğrama durumu ile ilgili verileri içeren sorular yer almaktadır.

Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik özelliklere yönelik sorular; sağlık çalışanlarının cinsiyetini, yaşını, iş durumu ve mesleği, eğitim durumu, çalışılan birim ile ilgili bilgileri içerirken, şiddete uğrama durumu ile ilgili sorular ise bireyin şiddete uğrama durumu, şiddetin şekli, şiddet uygulayan bireyin özellikleri, şiddetin gerçekleştiği saat aralığı, şiddet sırasında şiddete uğrayan sağlık çalışanının yaptığı aktivite, şiddete tepki verme durumu ve şiddet sonunda uygulanan çözüme yönelik bilgileri içeren açık ve kapalı uçlu toplam 30 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği (KİBÖ):

Kişilerarası ilişki boyutlarını değerlendirebilmek amacıyla kullanılan, *kişilerarası ilişki boyutları ölçeğinin (KİBÖ)* geçerlik, güvenirlik ve geliştirilmesi İmamoğlu tarafından yapılmıştır. Güvenirlik analizlerinde KİBÖ'nin alt boyutları Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları 0.78 ile 0.85 arasındadır. Ölçek 5'li likert tipi 53 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin dört boyutu bulunmaktadır. Bunlar; *Onay*

Bağımlılık (15 Madde), Empati (9 Madde), Başkalarına Güven (15 Madde) ve Duygu Farkındalığı (14 Madde) 'dır.(Tablo 1) (İmamoğlu ve Aydın, 2009).

Tablo 1: Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği'nin Alt Boyutlara Göre Dağılımı

Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği (KİBÖ)'nin Alt Boyutları	Maddeler
Onay Bağımlılık (15 madde)	2, 4, 7, 11, 17, 21, 26, 28, 30, 32, 33, 36, 40, 41, 45
Empati (9 madde)	18, 27, 34, 37, 39, 42, 44, 48, 51
Başkalarına Güven (15 madde)	1, 5, 14, 20, 22, 23, 24, 29, 31, 35, 38, 43, 47, 50, 53
Duygu Farkındalığı (14 madde)	3, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 19, 25, 46, 49, 52

Ölçekte bulunan 3, 5, 9, 10,12, 14, 16, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 38, 43, 46, 47, 49, 52, 53 maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçeğin her bir alt boyutundan alınan yüksek puan, bireyin ilgili alt boyutun değerlendirdiği özelliğe daha fazla sahip olduğunu göstermektedir. Ölçek değerlendirmesi için toplam puan hesaplanmamaktadır (10). Ölçek bütününe ait Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0,78 ile 0,85 arasındadır. Bu örneklem grubu için ölçek bütünü Cronbach Alpha katsayısı 0,81 ve alt boyutlarına ait Cronbach alpha güvenirlik katsayıları sırasıyla; 0,87; 0,83; 0,72 ve 0,88 olarak bulunmuştur.

3.5.3. Sosyal Duygusal Yetkinlik Ölçeği (SDYÖ):

Sosyal-duygusal kavramı McBrien, Wild ve Bachorowski (2018) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirliği (2021) Ay ve Temel tarafından yapılmıştır (152). 25 madde içeren ölçek, iki alt boyuttan oluşmaktadır. "Uyumluluk" alt boyutu farklı durumlara uyum sağlama becerisini; "anlatımcılık" alt boyutu başkalarına karşı duygularını ifade edilebilme yeteneğini ölçmektedir (Tablo 2) . Beşli likert tipi olan ölçekte her bir madde değerlendirmesi en düşük 1 puan, en yüksek 5 puan olacak şekilde yapılmaktadır. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,86, test-tekrar test güvenirlik katsayısı 0,84; Cronbach Alfa katsayısı *Uyumluluk* için 0,80, *Anlatımcılık* için 0,73'tür. Bu örneklem grubu için ölçek bütünü Cronbach Alpha katsayısı 0,92 ve alt boyutlarına ait Cronbach alpha güvenirlik katsayıları sırasıyla 0,88 ve 0,83 olarak bulunmuştur

Tablo 2: Sosyal Duygusal Yetkinlik Ölçeğinin Alt Boyutlara Göre Dağılımı

Sosyal Duygusal Yetkinlik Ölçeği' (SDYÖ)'nin Alt Boyutları	Maddeler
Uyumluluk (16 madde)	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 24
Anlatımcılık (9 madde)	3, 10, 11, 14, 20, 21, 22, 23, 25

Sağlık çalışanlarının mesaiye geldikleri zaman dilimlerinde anket formları kendilerine ulaştırılmış, yüz yüze ve öz bildirimine dayalı olarak anket formlarını doldurmaları suretiyle veriler toplanmıştır.

3.6. Etik İzinler

Araştırmanın uygulanabilmesi için; İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 26.01.2023 tarih, 0025 Karar No ve 0029 sayı numarası ile Etik Onay (Ek 6) ve araştırmanın yürütüleceği kurum yönetiminden uygulama izni alınmıştır (26.01.2023 ve 0029) (Ek 7). Ayrıca, araştırmada kullanılan ölçme araçları için kullanım izni alınmıştır (Ek 4, Ek 5). Bunların yanı sıra araştırmaya katılma konusunda gönüllü olan sağlık çalışanlarına sorulara daha güvenilir cevaplar vermesi ve kendilerini rahat hissedebilmeleri için bilgilerin gizli kalacağı ve araştırma dışında herhangi bir yerde kullanılmayacağına dair açıklama yapılmıştır.

3.7. Araştırma Takvimi

Ağustos-Eylül 2022 tarihleri arasında araştırma konusu belirlenmiş ve çalışmada kullanılacak ölçekler için araştırmacılardan e-mail ile yazılı kullanım izni alınmıştır (Ek 4, Ek 5). Etik Kurul onayı ve kurum izinleri alındıktan sonra araştırma verileri toplanmıştır. Verilerin değerlendirme çalışmaları yürütüldükten sonra araştırma raporu Yüksek Lisans Tez çalışması olarak 12 Temmuz 2024 tarihinde sunulmuştur. Araştırma takvimi Tablo 3'de görülmektedir

Tablo 3 : Araştırma Takvimi

ARAŞTIRMA ADIMLARI	TARİH																							
	2022					2023										2024								
	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz
Literatür inceleme ve konuyu seçme																								
Araştırmanın öneri olarak sunumu																								
Etik Kurul onayı ve Kurum izni																								
Veri toplama																								
Araştırma verilerinin analizi																								
Araştırma raporunun yazılması																								
Araştırma raporunun sunumu																								

4. BULGULAR

4.1. Sağlık Çalışanlarının Tanıtıcı Ve Mesleki Özellikleri İle Şiddeti Hazırlayan Risk Faktörleri Ve Deneyimlerine İlişkin Bilgilerinin İncelenmesi

Araştırmaya katılım gösteren 166 sağlık çalışanından elde edilen verilerin değerlendirildiği bulgulara bu bölümde yer verilmiştir.

4.1.1 Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 4. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	(%)
Yaş Ort ± Standart Sapma Medyan (Min-Max)	35,3 ± 9,0 33 (21-57)	
Cinsiyet		
Kadın	126	75,9
Erkek	40	24,1
Eğitim Durumu		
Lise	47	28,3
Lisans	73	44,0
Önlisans	14	8,4
Lisansüstü	32	19,3
Medeni Durumu		
Bekar	58	34,9
Evli	108	65,1
Çocuk Sayısı		
Yok	73	44,0
1 Çocuk	41	24,7
2 Çocuk	40	24,1
3 Çocuk	11	6,6
4 Çocuk	1	0,6
Toplam	166	100.0
Ortalama±Standart Sapma	20,3 ± 8,8	
Medyan (Min-Maks)	20 (5-50)	

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sosyademografik özelliklerine göre dağılımını Tablo 4’de yer almaktadır. Tabloya göre, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş ortalaması $35,3\pm9,0$ ’dır.

Sağlık alışanların %75.9’u kadın ve %24.1’i erkektir.

Sağlık alışanlarının eğitim durumu incelendiğinde, %44.0’ünün lisans, %28.3’ünün lise, %19.3’ünün lisansüstü ve %8.4’ünün nlisans mezunu olduğu saptanmıştır.

Sağlık alışanlarının %65.1’inin evli ve %34.9’unun bekar olduğu saptanmıştır. %24.7’sinin bir ocuk, %24.1’inin iki ocuk, %6.6’sının  ocuk ve %0.6’sının dört ocuk sahibi olduğu ve %44.0’ünün hiç çocuğunun olmadığı belirlenmiştir.

4.1.2 Sağlık Çalışanlarının Mesleki Özelliklerinin İncelenmesi

Tablo 5. Sağlık Çalışanlarının Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı

Mesleki Özellikler	Sayı	(%)
Hastanede çalışma süresi (yıl) Ort ± Standart Sapma Medyan (Min-Max)	7,5 ± 6,8 5 (0,5-39,0)	
Mesleği		
Hekim	29	17,5
Hemşire	90	54,2
Ebe	28	16,9
Diğer	19	11,4
Çalışılan Birim		
Yataklı servisler	55	33,1
Acil servis	60	36,1
Poliklinik	23	13,9
Diğer (yoğun bakım, ameliyathane..)	28	16,9
Çalışma Biçimi		
Sadece Gündüz	27	16,3
Sadece Gece	-	-
Gece-Gündüz	139	83,7
Haftalık Çalışma Süresi		
40 saat	24	14,5
40-56 saat	119	71,7
56 saat ve üzeri	23	13,9
Toplam	166	100.0

Sağlık çalışanlarının mesleki özelliklerine göre dağılımının yer aldığı Tablo 5'e göre, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının araştırmanın yürütüldüğü hastanede çalışma süresi ortalaması $7,5 \pm 6,8$ yıldır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının mesleklerine göre dağılımları incelendiğinde, %54.2'sinin hemşire, %17.5'inin hekim, %16.9'unun ebe ve %11.4'ünün diğer sağlık profesyoneli (sağlık memuru, tıbbi sekreter) olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %33,1'inin yataklı servislerde, %36,1'inin acil serviste, %13,9'inin poliklinikte, %16,9'inin diğer servislerde (ameliyathane, yoğun bakım servisi) olduğu belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının çalışma düzenleri incelendiğinde, %83.7'si gece-gündüz biçiminde ve %16.3'ü de sadece gündüz olacak şekilde çalıştığını ifade etmiştir.

Sağlık çalışanlarının haftalık ortalama çalışma süreleri değerlendirildiğinde, %71.7'si haftada ortalama 40-56 saat çalıştığını, %14.5'i ortalama haftada 40 saat ve %13.9'u haftada ortalama 56 saat ve üzeri çalıştığını belirtmiştir.



4.1.3. Sağlık Çalışanlarının Şiddeti Hazırlayıcı Faktörlere İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi

Tablo 6. Sağlık Çalışanlarının Şiddet İçin Risk Olan Faktörlere İlişkin Görüşlerine Göre Dağılımı

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ GÖRÜŞLERİ	Sayı	(%)
Kendisine İlişkin Algısı		
Neşeli-mutlu biriyim	73	44,0
Sakin-sabırlı biriyim	60	36,1
Stresli-gergin biriyim	20	12,0
Anksiyeteli-telaşlı biriyim	11	6,6
Öfkeli biriyim	2	1,2
Sigara Kullanma Durumu		
Kullanmayan	91	54,8
Kullanan	75	45,2
Hizmet Sunumunu Olumsuz Etkileyen Faktörler		
Yok	42	25,3
Var	124	74,7
– Hastanenin fiziki koşullarındaki yetersizlik	-	-
– İş yükünün fazlalığı	20	12,0
– Çalışılan sürenin fazlalığı	12	7,2
– Malzeme yetersizliği	8	4,8
– Yoğun ve stresli çalışma ortamı	44	26,5
– Sağlık çalışanı başına düşen hasta sayısının fazla olması	30	18,1
– Ekip üyeleri arasındaki ilişki	3	1,8
– Diğer	7	4,2
İletişim Kurmayı Engelleyen Bireysel Faktörler		
Yok	24	14,5
Var	142	85,5
– Hasta ve hasta yakının gergin, kaygılı (ağrı vb.), sıkıntılı olması	33	19,9
– Hasta ve hasta yakınının mümkün olmayan isteklerde bulunması	64	38,6
– İletişim kurmada isteksiz olmam	15	9,0
– Kendimi yorgun, uykusuz, tükenmiş hissetmem	22	13,2
– Kişisel sorunlarımın olması	3	1,8
– İş doyumumun yetersiz oluşu	5	3,0

Tablo 6. Sağlık çalışanlarının şiddet için risk olan faktörlere ilişkin görüşlerine göre dağılımı (devam)

İletişim Kurmayı Engelleyen Çevresel Faktörler		
Yok	-	-
Var	166	100,0
– Gürültü ve uyarıların fazla olması	45	27,2
– Ayaküstü-mesafeli olmayan ortam	39	23,5
– Hizmet alan hasta sayısının fazla olması	51	30,7
– Uzun çalışma saatlerinin olması	17	10,2
– Mola ve dinlenme saatlerinin fazla olması	-	-
– Vardiyalı çalışma koşulları	10	6,0
–Diğer	4	2,4
Toplam	166	100.0

Tablo 6’da sağlık çalışanlarının şiddeti hazırlayıcı/şiddet için risk olan durumlara yönelik görüşlerine göre dağılımı yer almaktadır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %44.0’ünün kendisini neşeli-mutlu, %36.1’inin sakin sabırlı, %12.0’sinin stresli-gergin, %6.6’sının anksiyeteli-telaşlı ve %1,2’sinin öfkeli biri olarak tanımladığı saptanmıştır.

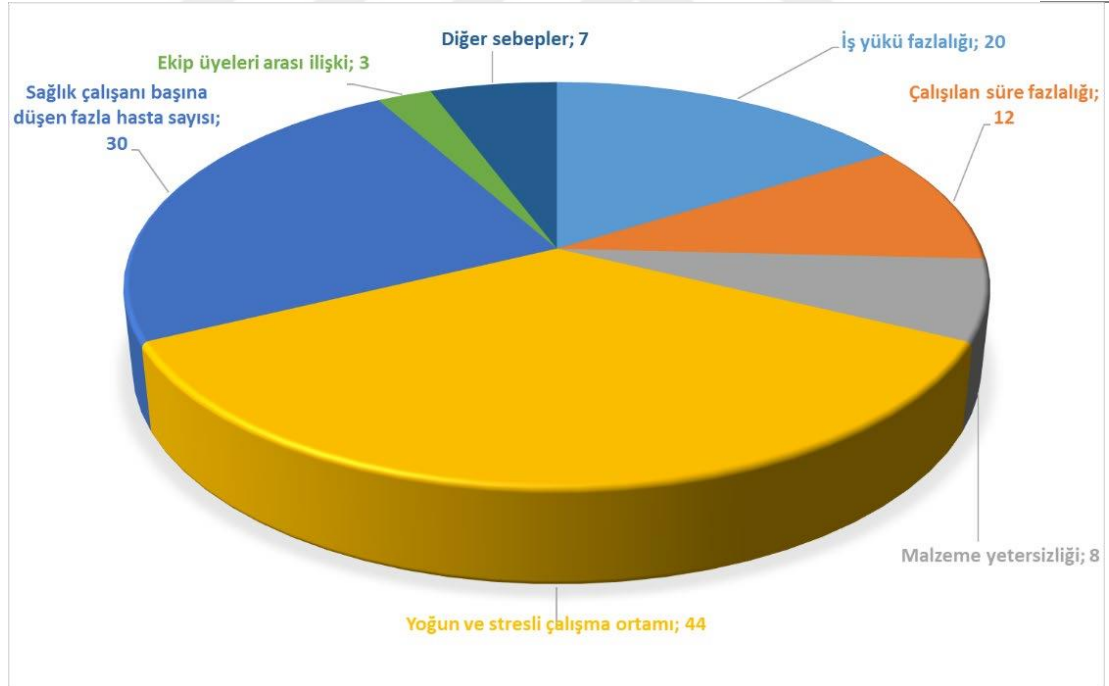
Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %54.8’i sigara kullanmadığını ve %45.2’si sigara kullandığını ifade etmiştir.

Sağlık çalışanlarına hizmet verdikleri birimde hizmet sunumunu olumsuz etkileyen herhangi bir faktör olup olmadığı sorulduğunda, %25.3’ü hizmet sunumunu etkileyen olumsuz bir faktör olmadığını ve %74.7’si olumsuz faktörler olduğunu belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının %26.5’i “yoğun ve stresli çalışma ortamının”, %18.1’i “hasta sayısının fazla olmasının”, %12.0’si “iş yükünün fazla olmasının”, %4.8’i “uzun çalışma süresinin”, %4.8’i “malzeme yetersizliğinin” ve %1,8’i de “ekip üyeleri arasındaki ilişkinin” hizmet sunumunu olumsuz etkileyen faktörler olduğunu ifade etmiştir.

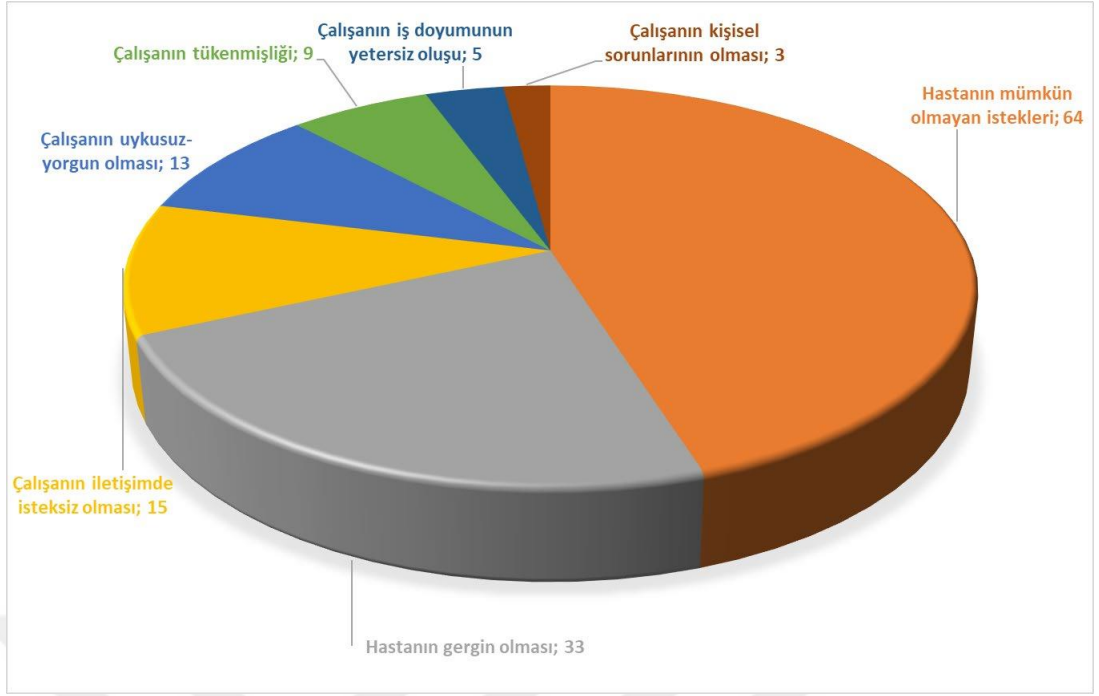
Sağlık çalışanlarına çalıştıkları birimde hasta ve hasta yakınları ile iletişim kurmalarını engelleyen herhangi bir bireysel faktör olup olmadığı sorulduğunda, %14.5’i hasta ve hasta yakınları ile iletişimi engelleyen bir faktör olmadığını ve %85.5’i engelleyen bireysel faktörler olduğunu ifade etmiştir. Sağlık çalışanlarının %38.6’sı “hasta ve hasta yakınının mümkün olmayan isteklerinin olmasının”,

%19.9'u "hasta ve hasta yakınının gergin, kaygılı, sıkıntılı olmasının", %13.2'si "sağlık çalışanının kendisini yorgun-uykusuz-tükenmiş hissetmesinin", %9.0'u "sağlık çalışanının iletişim kurmak için isteksiz olmasının", %3.0'ü "sağlık çalışanının iş doyumunun düşük olmasının" ve %1,8'i "sağlık çalışanının kişisel sorunları olmasının" hasta ve yakınları ile iletişim kurmayı engelleyen faktörler olduğunu ifade etmiştir.

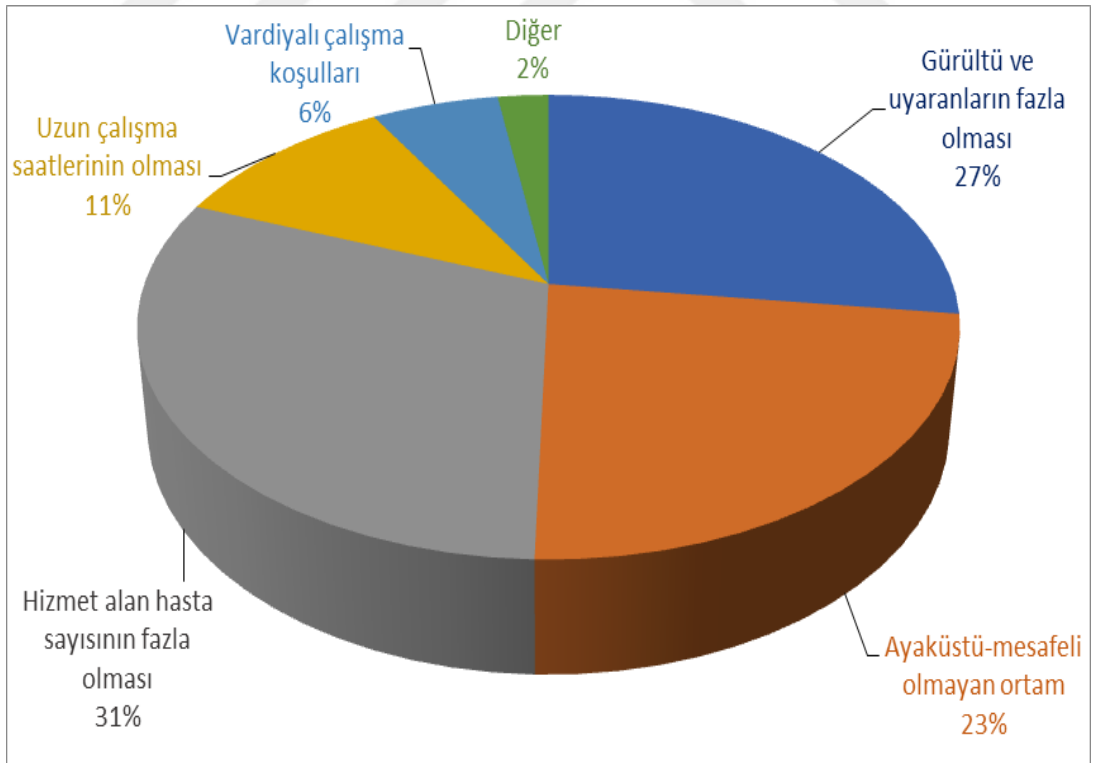
Sağlık çalışanlarına çalıştıkları birimde hasta ve hasta yakınları ile iletişim kurmalarını engelleyen çevresel faktörler olup olmadığı sorulduğunda, sağlık çalışanlarının tamamı (%100.0) hasta ve hasta yakınları ile iletişimi engelleyen çevresel faktörler olduğunu belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının %30.7'si "hizmet alan hasta sayısının fazla olmasının", %27.2'si "gürültü ve uyanların fazla olmasının", %23.5'i "ayaküstü-sosyal mesafenin olmadığı ortamın", %10.2'si "çalışma süresinin uzun olmasının" ve %6.0'sı "vardiyalı çalışma koşullarının" hasta ve hasta yakınları ile iletişimi engelleyen faktörler olduğunu belirtmiştir.



Şekil 1. Sağlık çalışanlarının hizmet sunumunu olumsuz etkileyen faktörlere ilişkin görüşlerine göre dağılım grafiği



Şekil 2. Sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınları ile iletişimi engelleyen **bireysel** faktörlere ilişkin görüşlerine göre dağılım grafiği



Şekil 3. Sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınları ile iletişimi engelleyen **çevresel** faktörlere ilişkin görüşlerine göre dağılım grafiği

4.1.4. Sağlık Çalışanlarının Şiddet Deneyimlerine İlişkin Bilgilerinin İncelenmesi

Tablo 7. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşamları Boyunca Şiddet Deneyimleme Durumlarına Göre Dağılımı

ŞİDDET DENEYİMİ	Sayı	(%)
Şiddete Maruz Kalma Durumu		
Kalmayan	107	64,5
Kalan	59	35,5
Toplam	166	100.0
Şiddete Maruz Kalma Sayısı		
1 kez	34	57,6
2 kez	16	27,1
3 veya daha fazla kez	9	15,3
Şiddeti Uygulayan Kişi		
Hasta yakını	33	55,9
Hasta	21	35,6
Hastane çalışanı	3	5,1
Hatırlamıyorum	2	3,4
Şiddet Uygulayanın Cinsiyeti		
Kadın	19	32,1
Erkek	36	61,1
Kadın ve Erkek	4	6,8
Şiddet Uygulayanın Yaşı		
Ort ± Standart Sapma	36,0 ± 8,8	
Medyan (Min-Max)	35 (20 - 60)	
Şiddetin Türü		
Sözel şiddet	51	86.4
- Sözlü tartışma	28	47,5
- Tehdit etme	12	20,3
- Küfredilme	6	10,2
- Küçük düşürme	5	8,5
Fiziksel şiddet	4	6,8
- Vurma	2	3,4
- Nesne ile	1	1,7
- Diğer	1	1,7
Duygusal şiddet	4	6,8
Şiddetin Gerçekleştiği Tahmini Zaman Aralığı		
08.01-16.00	21	35,6
16.01-00.00	33	55,9
00.01-08.00	5	8,5

Tablo 7. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşamları Boyunca Şiddet Deneyimleme Durumlarına Göre Dağılımı (Devam)

Şiddet Uygulayanın Bekleme Süresi Ort ± Standart Sapma (dakika) Medyan (Min-Max)	9,8 ± 32,9 15 (0 - 240)	
Şiddetin gerçekleştiği sırada uygulanan işlem		
Tedavi ve bakım	24	40,7
Hasta muayenesi	14	23,7
Dinlenme-yemek yeme	9	15,3
İnvaziv girişimler	7	11,9
Tetkik işlemleri (röntgen vb.)	3	5,1
Diğer	2	3,4
Şiddet Sonrası Gösterilen Tepki		
Karşılık vermedim	29	49,2
Karşılık verdim	23	39,0
Diğer	7	11,9
Şiddet Sonrası Hissedilen Duygu		
Korku	6	10,2
Öfke	33	55,9
Endişe	13	22,0
Hiçbir şey hissetmedim	7	11,9
Şiddet Sonrası Süreci Yönetme		
Kişi kendiliğinden uzaklaştı	27	45,8
Beyaz kod verdim	16	27,1
Hastane polisi müdahale etti.	2	3,4
Tutanak tutuldu, şikayetçi oldum	5	8,5
Şiddet uygulayan kişi ile uzlaşıldı	9	15,3
Şiddet Sonrası Kurumun Aldığı Önlem		
Birime güvenlik görevlisi konuldu	26	44,1
Hastane polisi düzenli kontrole geldi	3	5,1
Birime güvenlik kamerası takıldı	2	3,4
Panik butonu yapıldı (Beyaz kod için)	2	3,4
Hiçbir şey yapılmadı	26	44,1
Toplam	59	100,0

Sağlık çalışanlarının çalışma yaşamları boyunca şiddet deneyimleme durumlarına göre dağılımı Tablo 7’de görülmektedir. Sağlık çalışanlarının %64,5’i çalışma yaşamları boyunca şiddet deneyimi olmadığını, %35,5’i şiddet deneyimlediklerini ifade etmiştir.

Şiddet deneyimi olan sağlık çalışanlarının %57,6’sı çalışma yaşamları boyunca bir kez, %27,1’i iki kez ve %15,3’ü üç veya daha fazla kere şiddet deneyimlediğini belirtmiştir (Tablo 7).

Şiddete deneyimi olduğunu belirten sağlık çalışanlarının %55,9’u maruz kaldığı şiddetin hasta yakını, %35,6’sı hasta ve %5,1’i hastane çalışanı tarafından uygulandığını, %3,4’ü de kim tarafından şiddet uygulandığını hatırlamadığını belirtmiştir (Tablo 7; Şekil 4).

Çalışma yaşamı boyunca şiddet deneyimi olduğunu belirten sağlık çalışanlarının %61,1’i şiddet uygulayan kişinin kadın, %32,1’i erkek ve %6,8’i hem kadın hem de erkek birey tarafından uygulanan şiddete maruz kaldığını belirtmiştir (Tablo 7; Şekil 5).

Sağlık çalışanlarına şiddet uygulayan kişilerin yaş ortalaması $36,0 \pm 8,8$ bulunmuştur (Tablo 7; Şekil 6).

Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının %47,5’i sözlü tartışma, %20,3’ü tehdit etme, %10,2’si küfredilme ve %8,5’i küçük düşürme şeklinde olmak üzere %86,4’ü sözel şiddete; %3,4’ü vurma, %1,7’si nesne ile ve %1,7’si diğer (itme, çekme, boğma) olmak üzere %6,8’i fiziksel şiddete ve yine %6,8’i de duygusal şiddete maruz kaldığını belirtmiştir (Tablo 7; Şekil 7).

Çalışma yaşamı boyunca şiddet deneyimi olduğunu belirten sağlık çalışanlarının %55,9’u şiddetin 16.01-00.00 arasında, %35,6’sı 8.01-16.00 arasında ve %8,5’i şiddetin 00.01-08.00 arasında gerçekleştiğini ifade etmiştir (Tablo 7; Şekil 8).

Sağlık çalışanlarının belirttiğine göre, şiddet uygulayan kişilerin yaklaşık bekleme süresi ortalaması $9,8 \pm 32,9$ dakika bulunmuştur.

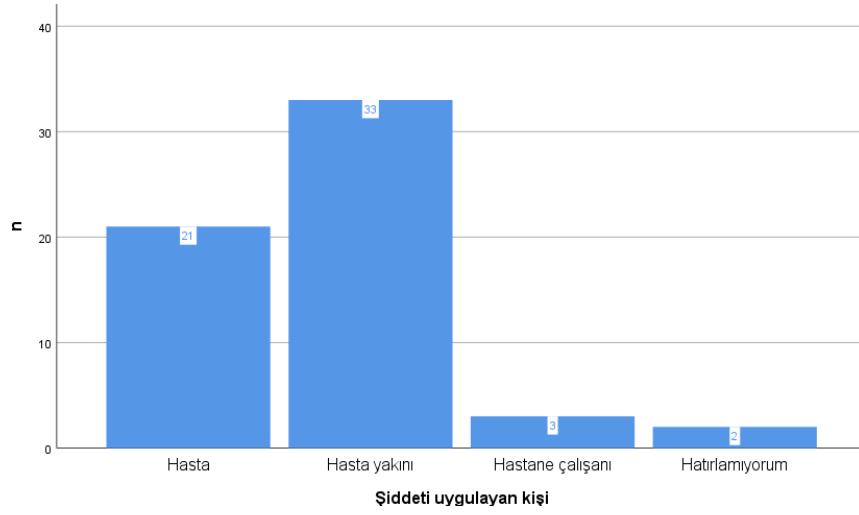
Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının %40.7'sinin tedavi ve bakım uygularken, %23.7'sinin hastayı muayene ederken, %15.3'ünün dinlenirken-yemek yerken, %11.9'unun invaziv girişimleri uygularken ve %5,1'inin tetkik işlemleri sırasında şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (Tablo 7; Şekil 9).

Şiddet deneyimi olan sağlık çalışanlarına maruz kaldıkları şiddet sonrası nasıl bir tepki verdikleri sorulduğunda, sağlık çalışanlarının %49,2'si herhangi bir karşılık vermediğini ve %39'u karşı tepki verdiğini belirtmiştir (Tablo 7; Şekil 10).

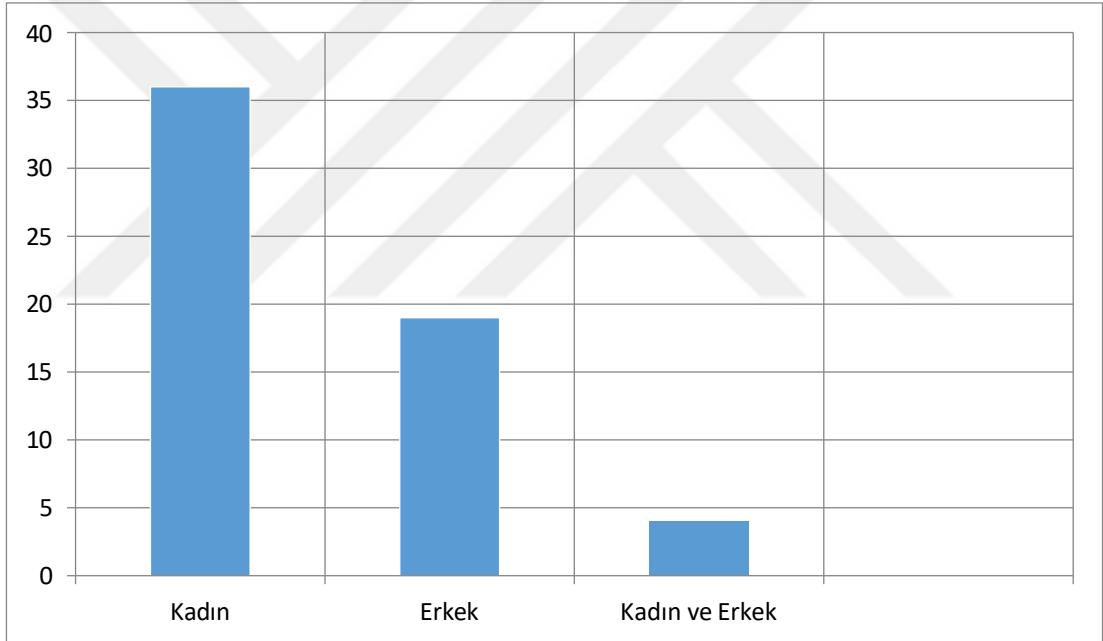
Şiddeti deneyimlemiş olan sağlık çalışanlarının %55.9'unun maruz kaldığı şiddet sonrası “öfke”, %22.0'sinin “endişe”, %10.2'sinin “korku” hissettiği ve %11.9'unun herhangi bir şey hissetmediği belirlenmiştir (Tablo 7; Şekil 11).

Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarına, şiddet sonrası uyguladıkları çözüm alternatifleri sorulduğunda, %45.8'i şiddet uygulayan kişinin kendiliğinden uzaklaştığını-herhangi bir şey yapmadığını, %27.1'i beyaz kod verdiğini, %15.3'ü şiddet uygulayan kişi ile uzlaştığını, %8,5'i tutanak tutarak-şikayetçi olduğunu ve %3.4'ü hastane polisi tarafından duruma müdahale edildiğini belirtmiştir (Tablo 7; Şekil 12).

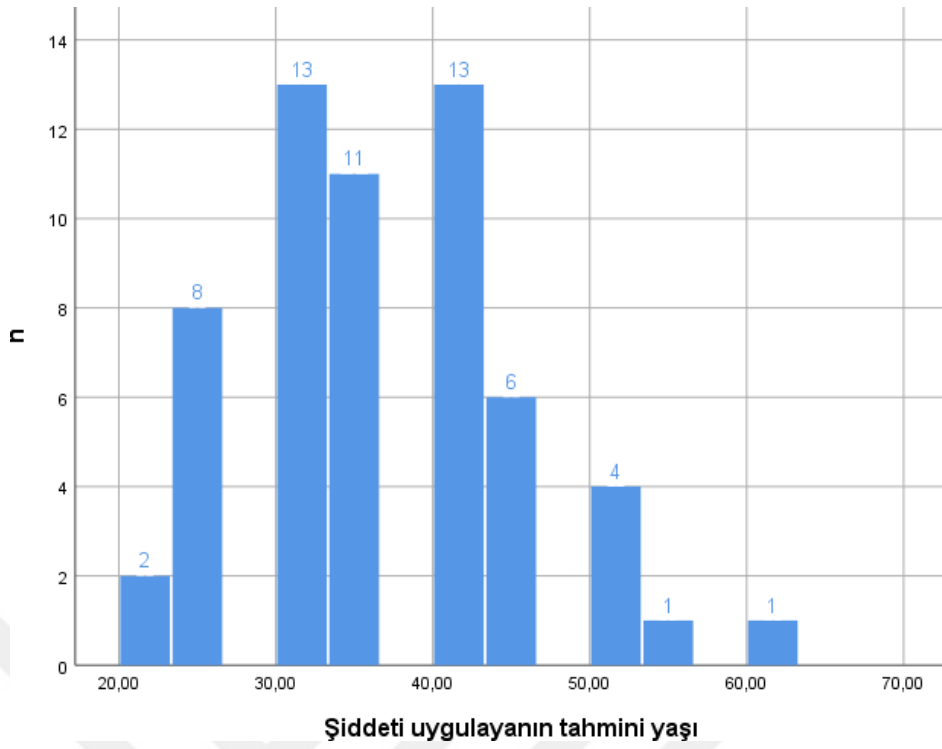
Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarına şiddet sonrası çalışmakta oldukları kurum tarafından alınan önlemlerin neler olduğu sorulduğunda, %44.1'i çalıştığı birime güvenlik görevlisi konulduğunu, %5.1'i birimin hastane polisi tarafından düzenli olarak kontrol edildiğini, %3,4'ü birime güvenlik kamerası takıldığını ve %3.4'ü beyaz kod için panik butonu yapıldığını ve bunun yanında %44.1'i de hiçbir şey yapılmadığını ifade etmiştir (Tablo 7; Şekil 13).



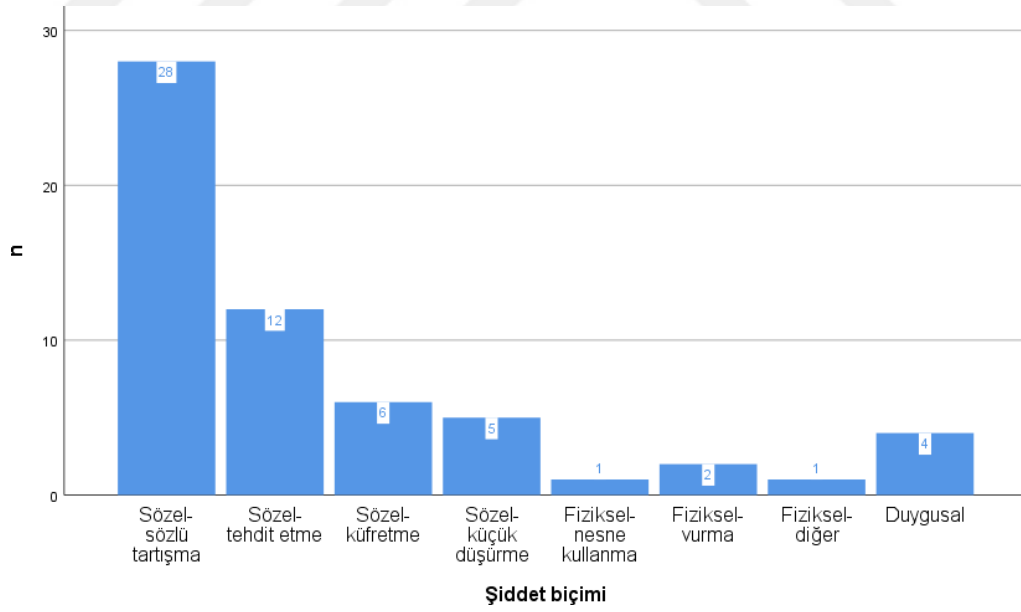
Şekil 3. Sağlık çalışanlarına şiddet uygulanan kişilerin dağılım grafiği



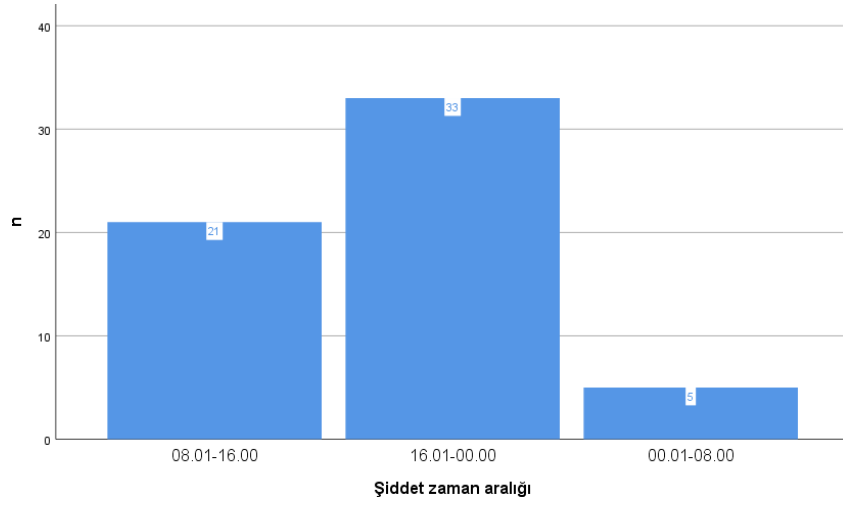
Şekil 5. Sağlık çalışanlarına şiddet uygulanan kişilerin cinsiyet dağılım grafiği



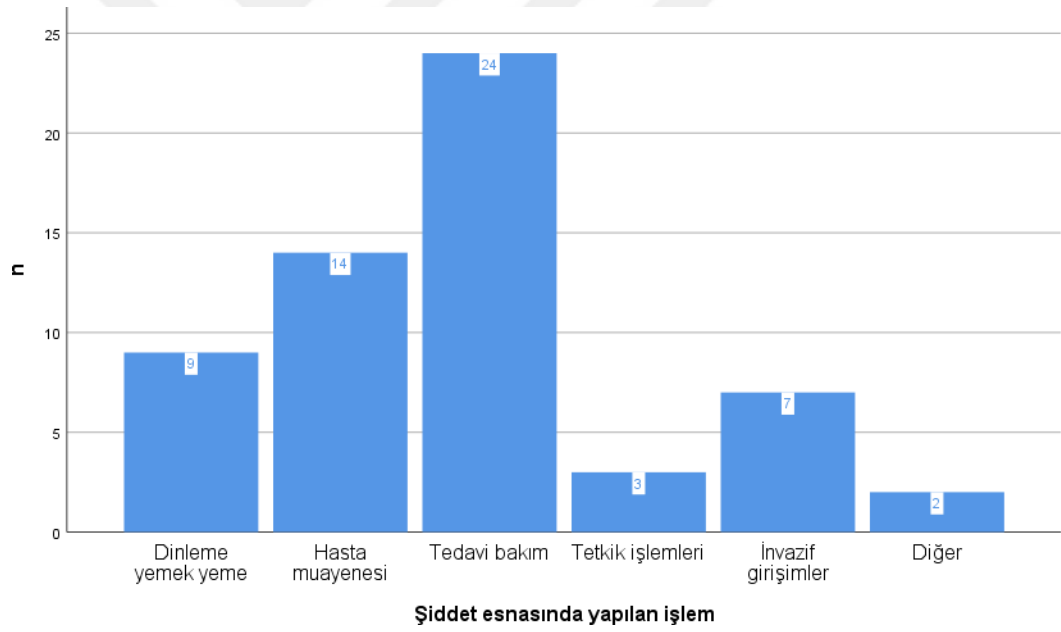
Şekil 6. Sağlık çalışanlarına şiddet uygulanan kişilerin yaş dağılım grafiği



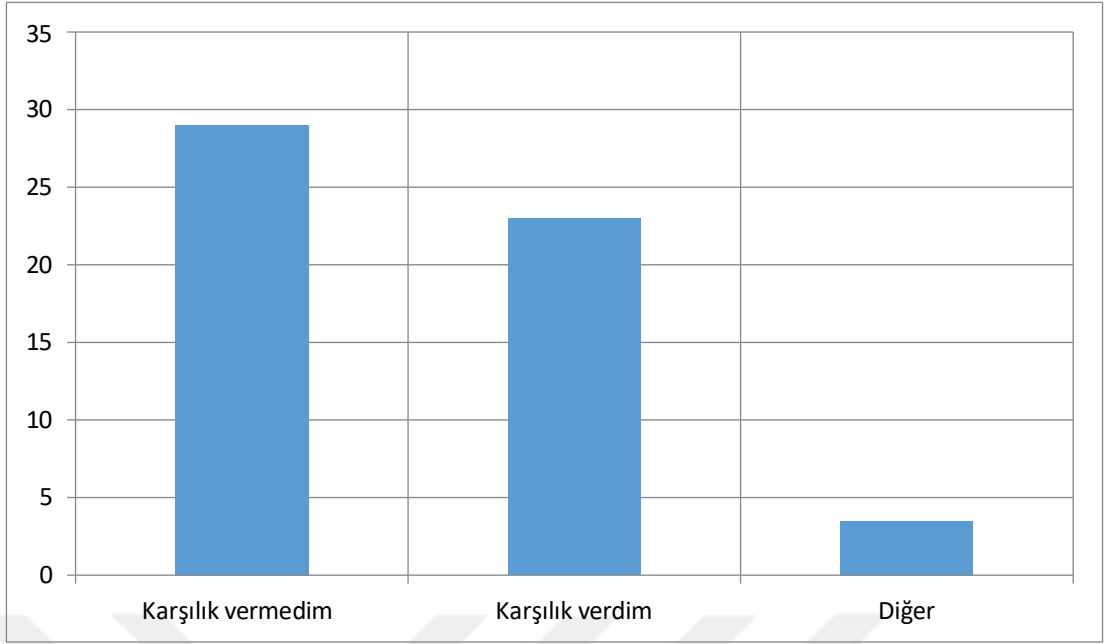
Şekil 7. Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet biçimlerine göre dağılım grafiği



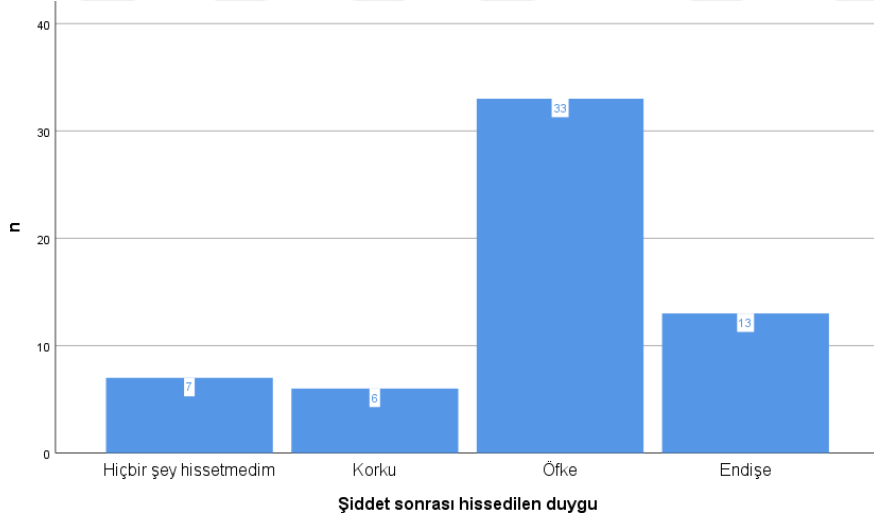
Şekil 8. Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddetin gerçekleştiği zaman aralığı grafiği



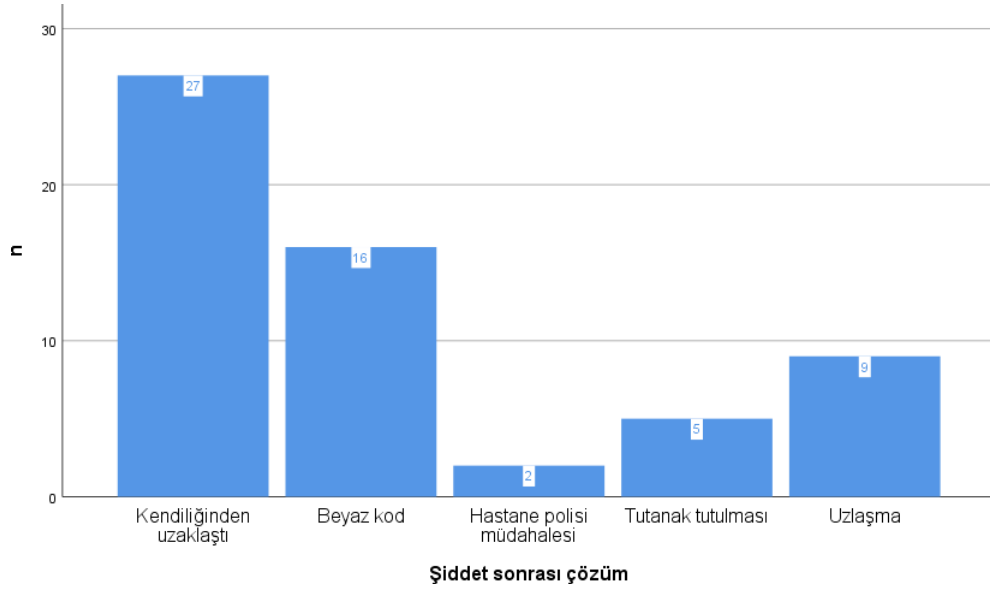
Şekil 9. Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddetin gerçekleştiği sırada yapılan işlem grafiği



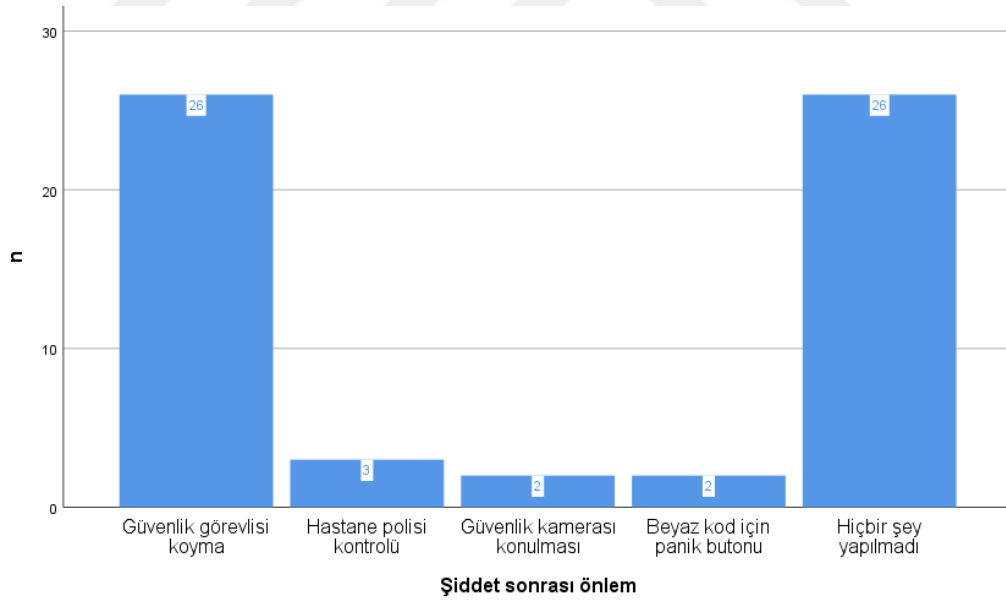
Şekil 10: Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet sonrası gösterdikleri tepkilere göre dağılım grafiği



Şekil 11: Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet sonrası hissettikleri duygulara göre dağılım grafiği



Şekil 12: Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet sonrası uygulanan çözümlere göre dağılım grafiği



Şekil 13: Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet sonrası kurum tarafından alınan önlemlere göre dağılım grafiği

4.2. Sağlık Çalışanlarının Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği (KİBÖ) ve Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği (SDYÖ) Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları ve Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 8: Sağlık Çalışanlarının Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği (KİBÖ) ve Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği (SDYÖ) Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek Toplam ve Alt Boyutları		X ± Ss	Alınan Min-Max	Ölçek Min-Max	Ortanca
Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği (KİBÖ)	Onay Bağımlılık	47,4 ± 10,2	25-69	15-75	48
	Empati	34,7 ± 5,8	15-44	9-45	36
	Başkalarına Güven	49,4 ± 7,1	29-68	15-75	50
	Duygu Farkındalığı	47,0 ± 9,6	20-67	14-70	49
Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği (SDYÖ)	Toplam Ölçek	95,2 ± 12,1	47-124	25-125	95
	Uyumluluk	61,1 ± 7,8	33-79	16-80	61
	Anlatımcılık	34,1 ± 4,9	14-45	9-45	35

N=166

Tablo 8’de sağlık çalışanlarının Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği (KİBÖ) ve Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği (SDYÖ) alt ve toplam ölçek puan ortalamaları yer almaktadır.

Sağlık çalışanlarının Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği (KİBÖ) alt ve toplam ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, “Onay-Bağımlılık” alt ölçek puan ortalaması $X_{OB}= 47,4\pm10,2$; “Empati” alt ölçek puan ortalaması $X_E= 34,7\pm5,8$; “Başkalarına Güven” alt ölçek puan ortalaması $X_{BG}= 49,4\pm7,1$; “Duygu Farkındalığı” alt ölçek puan ortalaması $X_{DF}= 47,0\pm9,6$ ve KİBÖ bütünü için toplam puan ortalaması $X_{KİBÖ}=178,5\pm17,2$ bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği (SDYÖ) alt ve toplam ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, “Uyumluluk” alt ölçek puan ortalaması $X_U= 61,1\pm7,8$; “Anlatımcılık” alt ölçek puan ortalaması $X_A= 34,1\pm4,9$ ve SDYÖ bütünü için toplam puan ortalaması $X_{SDYÖ}=95,2\pm12,1$ bulunmuştur.

Tablo 9: Sağlık Çalışanlarının Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği (KİBÖ) ve Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği (SDYÖ) Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

TOPLAM VE ALT ÖLÇEK BOYUTLARI			Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği (KİBÖ)					Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği (SDYÖ)		
			KİBÖ Toplam	Onay Bağlımlılık	Empati	Başkalarına Güven	Duygu Farkındalığı	SDYÖ Toplam	Uyumluluk	Anlatımcılık
Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği (KİBÖ)	Onay Bağlımlılık	r p N		1	0,067 0,391 166	-0,342** ,000 166	-0,422** 0,000 166	0,002 0,981 166	-,021 .785 166	-,038 .623 166
	Empati	r p N			1	0,346 <0,001 166	0,234 0,002 166	0,376** 0,000 166	,343** ,000 166	,381** ,000 166
	Başkalarına Güven	r p N				1	0,639 <0,001 166	0,157* 0,044 166	,172* ,027 166	,113 .146 166
	Duygu Farkındalığı	r p N					1	0,143 0,066 166	,188* ,016 166	,055 .485 166
Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği	SDYÖ Toplam	r p N						1	0,970** ,001 166	0,923** ,001 166
	Uyumluluk	r p N							1	0,802** ,001 166
	Anlatımcılık	r p N								1

* $p<0,05$, ** $p<0,001$

Tablo 9’da sağlık çalışanlarının *Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği (KİBÖ)* ile *Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği (SDYÖ)* alt ve toplam ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki görülmektedir.

Sağlık çalışanlarının *Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği (SDYÖ)*’nin “*Uyumluluk*” alt ölçek puan ortalaması ile KİBÖ’nin “*Empati*” alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki ($r_E=-0,343$, $p<0.01$); “*Başkalarına Güven*” ve “*Duygu Farkındalığı*” alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde hafif düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r_{BG}=0,172$, $p<0.05$; $r_{DF}=0,188$, $p<0.05$). Sağlık çalışanlarının *SDYÖ*’nin “*Uyumluluk*” alt ölçek puan ortalaması ile KİBÖ’nin

“Onay-Bağımlılık” alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r_{OB}=-0,021$, $p>0.05$).

Sağlık çalışanlarının *Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği (SDYÖ)*’nin “Anlatımcılık” alt ölçek puan ortalaması ile KİBÖ’nin sadece “Empati” alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r_E=-0,381$, $p<0.01$). Sağlık çalışanlarının *SDYÖ*’nin “Anlatımcılık” alt ölçek puan ortalaması ile KİBÖ’nin diğer alt ölçek (“Onay-Bağımlılık”, *Başkalarına Güven*” ve “Duygu Farkındalığı”) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r_{OB}=-0,038$, $p>0.05$; $r_{BG}=0,113$, $p>0.05$; $r_{DF}=0,055$, $p>0.05$).

Sağlık çalışanlarının *Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği (SDYÖ)*’nin toplam ölçek puan ortalaması ile KİBÖ’nin “Empati” alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki ($r_E=0,376$, $p<0.01$); “*Başkalarına Güven*” alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde hafif düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r_{BG}=0,157$, $p<0.05$). Buna karşın, *SDYÖ* ile KİBÖ’nin “Onay-Bağımlılık” ve “Duygu Farkındalığı” alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r_{OB}=0,002$, $p>0.05$; $r_{DF}=0,143$, $p>0.05$).

4.3. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri İle Şiddeti Hazırlayıcı Faktörlere İlişkin Görüşlerine Göre Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi

Tablo 10: Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Şiddete Maruz Kalma Durumları

Sosyodemografik Özellikler	Şiddete Maruz Kalma Durumu				
	Maruz Kalan		Maruz Kalmayan		p
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	
Yaş	35,4 ± 8,6		35,2 ± 9,2		p=0.929
Cinsiyet					p=0.499
Kadın	43	72,9	83	77,6	
Erkek	16	27,1	24	22,4	
Eğitim Durumu					p=0.499
Lise	15	25,4	32	29,9	
Lisans	26	44,1	47	43,9	
Önlisans	4	6,8	10	9,3	
Lisansüstü	14	23,7	18	16,8	
Medeni Durumu					p=0.612
Bekar	25	42,4	33	30,8	
Evli	34	57,6	74	69,2	
Çocuk Sahibi Olma					p=0.136
Yok	27	45,8	46	43,0	
Var	32	54,2	61	57,0	
Çocuk Sayısı					p=0.731
Yok	27	45,8	46	43,0	
1 Çocuk	13	22,0	28	26,2	
2 Çocuk	15	25,4	25	23,4	
3 Çocuk	4	6,8	7	6,5	
4 Çocuk	0	0,0	1	0,9	

N=166, *p<0,05, *p<0,001

Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerine göre şiddete maruz kalma durumlarında fark olup olmadığı Tablo 10'da incelenmiştir. Tabloya göre, sağlık çalışanlarının *yaş*, *cinsiyet*, *eğitim durumu*, *medeni durumu*, *çocuk sahibi olma durumu* ve *sahip olduğu çocuk sayısına göre* şiddete maruz kalma durumlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 11: Sağlık Çalışanlarının Mesleki Özelliklerine Göre Şiddete Maruz Kalma Durumları

Mesleki Özellikler	Şiddete Maruz Kalma Durumu				
	Maruz Kalan		Maruz Kalmayan		p
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	
Mesleği					p=0.612
Hekim	13	22	16	15,0	
Hemşire	32	54,2	58	54,2	
Ebe	8	13,6	20	18,7	
Diğer	6	10,2	13	12,1	
Çalışılan Birim					p=0.475
Yataklı servisler	23	39	35	32,7	
Acil servis	19	32,2	41	38,3	
Poliklinik	6	10,2	17	15,9	
Diğer (yoğun bakım vb.)	11	18,6	14	13,1	
Çalışma Biçimi					p=0.254
Sadece Gündüz	7	11,9	20	18,7	
Gece-Gündüz	52	88,1	87	81,3	
Haftalık Çalışma Süresi					p=0.415
8	8	13,6	16	15	
40 saat	40	67,8	79	73,8	
40-56 saat	11	18,6	12	11,2	
56 saat ve üzeri					

N=166, *p<0,05, **p<0,001

Tablo 11’de sağlık çalışanlarının mesleki özelliklerine göre şiddete maruz kalma durumları arasında fark olup olmadığı incelenmiştir. Sağlık çalışanlarının *mesleği, çalıştığı birimi, çalışma biçimi ve haftalık çalışma süresine göre şiddete maruz kalma durumlarında* istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 12. Sağlık Çalışanlarının Şiddeti Hazırlayıcı Faktörlere İlişkin Görüşlerine Göre Şiddete Maruz Kalma Durumları

Sağlık Çalışanlarının Görüşleri	Şiddete Maruz Kalma Durumu				
	Maruz Kalan		Maruz Kalmayan		p
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	
Kendisine İlişkin Algısı					0,107
Neşeli-mutlu biriyim	21	35,6)	52	48,6	
Sakin-sabırlı biriyim	24	40,7	36	33,6	
Stresli-gergin biriyim	6	10,2	14	13,1	
Anksiyeteli-telaşlı biriyim	6	10,2	5	4,7	
Öfkeli biriyim	2	3,4	0	0,0	
Sigara Kullanma Durumu					0,387
Kullanmayan	35	59,3	56	52,3	
Kullanan	24	40,7	51	47,7	
Hizmet Sunumunu Olumsuz Etkileyen Faktörler					0,729
Yok	14	23,7	28	26,2	
Var	45	76,3	79	73,8	
Hizmet Sunumunu Olumsuz Etkileyen Faktörler					0.763
– İş yükünün fazlalığı	5	11,1	15	19,0	
– Çalışılan sürenin fazlalığı	3	6,7	9	11,4	
– Malzeme yetersizliği	4	8,9	4	5,1	
– Yoğun ve stresli çalışma ortamı	17	37,8	27	34,2	
– Sağlık çalışanı başına düşen hasta sayısının fazla olması	13	28,9	17	21,5	
– Ekip üyeleri arasındaki ilişki	1	2,2	2	2,5	
– Diğer	2	4,4	5	6,3	
İletişim Kurmayı Engelleyen Bireysel Faktörler					0,037*
Yok	4	6,8	20	18,7	
Var	55	93,2	87	81,3	

Tablo 12. Sağlık Çalışanlarının Şiddeti Hazırlayıcı Faktörlere İlişkin Görüşlerine Göre Şiddete Maruz Kalma Durumları (Devam)

İletişim Kurmayı Engelleyen Bireysel Faktörler					
– Hasta ve hasta yakınının gergin, kaygılı (ağrı vb.), sıkıntılı olması	13	23,6	20	23,0	0,086
– Hasta ve hasta yakınınının mümkün olmayan isteklerde bulunması	18	32,7	46	52,9	
– İletişim kurmada isteksiz olmam	10	18,2	5	5,7	
– Kendimi yorgun, uykusuz, tükenmiş hissetmem	11	20,0	11	12,6	
– Kişisel sorunlarımın olması	2	3,6	1	1,1	
– İş doyumumun yetersiz oluşu	1	1,8	4	4,6	
İletişim Kurmayı Engelleyen Çevresel Faktörler					0,916
– Gürültü ve uyarıların fazla olması	14	23,8	31	29,0	
– Ayaküstü-mesafeli olmayan ortam	16	27,1	23	21,5	
– Hizmet alan hasta sayısının fazla olması	19	32,2	32	29,9	
– Uzun çalışma saatlerinin olması	5	8,5	12	11,2	
– Vardiyalı çalışma koşulları	4	6,8	6	5,6	
–Diğer sebepler	1	1,7	3	2,8	

N=166, *p<0,05, **p<0,001

Sağlık çalışanlarının şiddeti hazırlayıcı faktörlere ilişkin görüşlerine göre şiddete maruz kalma durumlarında fark olup olmadığı Tablo 12’de incelenmiştir. Sağlık çalışanlarının kendisini algılama biçimine, sigara kullanma durumuna, çalışırken sağlık hizmet sunumunu etkileyen olumsuz faktörlerin varlığına ve çalıştıkları birimde hasta-hasta yakınları ile iletişim kurmayı engelleyen çevresel faktörlerin varlığına dair görüşlerine göre şiddete maruz kalma durumlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Bunun yanında, sağlık çalışanlarının çalıştıkları birimde hasta-hasta yakınları ile iletişim kurmayı engelleyen bireysel faktörlerin varlığına dair görüşlerine göre şiddete maruz kalma durumlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Şiddete maruz kalmayanlara oranla (%81,3) şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarında daha fazla kişi (%93,2) çalıştıkları birimde hasta-hasta yakınları ile iletişim kurmayı engelleyen bireysel faktörlerin var olduğunu ifade etmektedir.

4.4. Sağlık Çalışanlarının Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği (KİBÖ) ve Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği (SDYÖ) Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi

Tablo 13: Sağlık Çalışanlarının Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği (KİBÖ) ve Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği (SDYÖ) Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Dağılımı

Ölçek Toplam ve Alt Boyutları		Şiddete Maruz Kalma Durumu		
		Maruz Kalan	Maruz Kalmayan	p
		X ± Ss	X ± Ss	
Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği (KİBÖ)	Onay Bağımlılık	47,4 ± 10,8	47,3 ± 9,9	0,957
	Empati	34,0 ± 5,9	35,1 ± 5,7	0,270
	Başkalarına Güven	47,3 ± 8,0	50,6 ± 6,3	0,003*
	Duygu Farkındalığı	44,5 ± 11,4	48,4 ± 8,1	0,012*
Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği (SDYÖ)	Toplam Ölçek	93,9 ± 12,5	95,9 ± 11,9	0,314
	Uyumluluk	60,2 ± 8,1	61,5 ± 7,7	0,299
	Anlatımcılık	33,7 ± 5,1	34,4 ± 4,9	0,405

N=166, *p<0,05, **p<0,001

Sağlık Çalışanlarının *Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği (KİBÖ)* ve *Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği (SDYÖ)* toplam ve alt ölçek puan ortalamalarına göre şiddete maruz kalma durumlarında fark olup olmadığı Tablo 13’de incelenmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının *Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği (KİBÖ)*’nin “*Onay-Bağımlılık*” ve “*Empati*” alt boyut puan ortalamalarına göre şiddete maruz kalma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır (p>0.05). KİBÖ’nin “*Başkalarına Güven*”, “*Duygu Farkındalığı*” alt ölçek puan ortalamaları ile toplam ölçek puan ortalamalarına göre şiddete maruz kalma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmıştır (p<0.05). Başka bir ifadeyle, şiddete maruz kalmayan sağlık çalışanlarının “*Başkalarına Güven*”, “*Duygu Farkındalığı*” ve KİBÖ toplam ölçek

puanları şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tabloya göre, sağlık çalışanlarının Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği (SDYÖ) toplam ve alt ölçek puan ortalamalarına göre şiddete maruz kalma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunamamıştır.

4.5. Sağlık Çalışanlarının Şiddete Maruz Kalma Durumuna Etki Eden Faktörlerin Lojistik Regresyon Modeli İle İncelenmesi

Tablo 14: Sağlık Çalışanlarının Şiddete Maruz Kalma Durumuna Etki Eden Faktörlerin Lojistik Regresyon Modeli

	Standardize Olmayan Beta Katsayısı	Standart Hata	Wald	p	OR	OR (%95 GA)	
						Alt	Üst
Sabit	1,691	1,302	1,688	0,194			
Başkalarına güven	-0,067	0,024	7,584	0,006	0,94	0,89	0,98
İletişimi engelleyen bireysel faktör (ref: yok)	1,116	0,582	3,671	0,055	3,05	0,98	9,56

(R²=0,103)

Sağlık çalışanlarının çalıştıkları birimde şiddete maruz kalma durumları üzerine etki eden faktörlerin ileri analizi Tablo 14’de gösterilmiştir.

Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumuna etki eden faktörlerin lojistik regresyon modeli oluşturulduğunda, çalıştığı birimde hasta ve hasta yakınları ile iletişim kurmayı engelleyen bireysel faktörler olduğunu düşünme şiddet görme riskini 3,05 kat (OR GA: 0,98-9,56) arttırdığı, ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05). Buna karşın KİBÖ’nin “*Başkalarına Güven*” alt boyut puanındaki 1 birimlik artış şiddet riskini %6 (GA: %2-%11) azaltmakta olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).Yapılan analiz sonucuna göre, sağlık çalışanlarının “*başkalarına güven*” durumu, şiddete maruz kalmayı etkileyen faktörlerin %10,3’ünü açıklamaktadır. (R²=0,103)

5. TARTIŞMA

5.1 Sağlık Çalışanlarının Tanıtıcı ve Mesleki Özellikleri İle Şiddeti Hazırlayan Risk Faktörleri ve Deneyimlerine İlişkin Bilgilerinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş ortalaması $35,3 \pm 9,0$ olup, sağlık çalışanlarının çoğunluğu kadınlardan (%75,9) oluşmaktadır. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde; Acar (2022) ve Er ve ark. (2021) tarafından yapılan sağlıkta şiddet konulu çalışmalarda da kadın çalışanların sayısının daha yüksek olduğu görülmektedir (153, 154). Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunun hemşire olmasının bu sonucun oluşmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Türkiye’de 2007 yılına kadar yasalara göre (155) sadece kadınların hemşire olabiliyor olması nedeniyle hemşirelik mesleği mensupları daha çok kadınlardan oluşmaktadır ve bu da bu sonucun oluşmasında etkili olmuştur. %65,1’i evli olan sağlık çalışanlarının %56,0’sı çocuk sahibi olup, çoğunluğunun tek çocuğu bulunmaktadır. Benzer biçimde Saraç (2020)’ın yaptığı çalışmada da, katılımcıların %62,5’inin evli ve %34,9’unun bir çocuğu olduğu görülmüştür (156).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yarısından fazlası (%63,3) lisans veya lisansüstü mezunudur. Aynı konuda yapılan bir araştırmada da benzer biçimde çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının (%82,6) lisans veya lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Her iki çalışmada da eğitim düzeyi yüksektir (154). Bu sonucun oluşmasında, her iki çalışmaya da katılım gösterenlerin yarısından fazlasını, daha ziyade lisans düzeyinde mesleki yetkinlik kazanmaya olanak veren, hemşire ve hekimlerin oluşturmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastanede ortalama $7,5 (\pm 6,8)$ yıldır çalışmakta olan sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu hasta ile doğrudan temasın olduğu birimlerde (*acil servis, yataklı servisler ve polikliniklerde*), gece-gündüz olacak biçimde ve haftada 40-56 saat arası çalıştığını ifade etmiştir. %13,9’u ise haftada 56 saatten daha fazla çalışmakta olduğunu belirtmiştir. Literatürde yer alan başka çalışmalar da, sağlık profesyonellerinin daha ziyade gece-gündüz biçiminde ve haftada 40-45 saatten daha fazla çalıştıklarını göstermektedir (154, 157). Oysa, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’na göre, memurların haftalık çalışma süresi 40 saat ve 2368 Sayılı Sağlık

Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun uyarınca sağlık profesyonellerinin çalışma süresi haftada 45 saattir (156). Bu bilgi doğrultusunda, sağlık profesyonellerinin haftalık çalışma saatlerinin uzun olduğu, bunun da, yorgunluk, stres, depresyon gibi durumlara eğilimi arttırdığı, dolayısıyla kritik durumlarda stres yönetimini azalttığı ve şiddet riskini arttırdığı söylenebilir. Nitekim, sağlık çalışanları da, çalışma sürelerinin fazla olmasının, fazla hasta sayısı ve iş yükü ile yoğun ve stresli iş ortamının hizmet sunumlarını olumsuz etkilediğini ifade etmişlerdir. Ayrıca, yapılan araştırmalar, insan fizyolojisine uygun çalışma süresinin günlük azami 7,5 saat ve haftalık 45 saat olduğunu belirtmektedir (159, 160).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu (%76,1) kendisini neşeli-mutlu, sakin-sabırlı biri olarak tanımlarken, %19,2'si stresli,-gergin, anksiyeteli-telaşlı ve öfkeli biri olarak tanımlamıştır. Ayrıca, literatürde yer alan çalışmalara benzer şekilde yarıya yakını (%45,2) da sigara kullandığını ifade etmiştir (78, 161). Şiddet için bir risk oluşturabilecek olan kişilik özelliği ve sigara kullanımı ile şiddet arasındaki ilişki ayrıca değerlendirilmesi bakımından bu bulgu dikkat çekicidir.

Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu, hizmet verdikleri birimde hizmet sunumlarını olumsuz etkileyen faktörler (*hasta sayısı, çalışma süresi ve iş yükünün fazla olması, yoğun ve stresli çalışma ortamı, malzeme yetersizliği, ekip üyeleri arasındaki ilişki vb.*) olduğunu ifade etmiştir. Aynı zamanda, çalıştıkları ortamda hasta ve hasta yakınları ile iletişim kurmalarını engelleyen bireysel faktörler (*hasta ve hasta yakının gergin, kaygılı sıkıntılı, uygunsuz isteklerinin olması, sağlık çalışanının kendisini iletişim kurmada isteksiz, yorgun, uykusuz, tükenmiş hissetmesi, iş doyumunun yetersiz olması veya bireysel sorunlarının olması vb.*) ve çevresel faktörler (*gürültü ve uyanların fazla olması, ayaküstü-mesafesiz ortam koşulları, hizmet alan hasta sayısının fazla olması, çalışma saatlerinin uzun olması ve vardiyalı çalışma koşulları vb.*) olduğunu belirtmiştir. Tüm bunlar bütüncül değerlendirildiğinde, aslında sağlık çalışanları tarafından hasta ve hasta yakınları ile iletişimi ve hizmet sunumunu olumsuz etkilediği ifade edilen tüm faktörlerin aynı zamanda sağlık çalışanına yönelik şiddet için risk oluşturan etmenler olduğu dikkatten kaçmayacaktır. Nitekim, yapılan bir çalışmada da, hasta ve yakınlarının sabırsız olması (%20,9), sağlık personeli ile hasta/hasta yakınının iletişim problemleri yaşaması (%15,8), hasta-hasta yakınlarının bekleme sürelerinin uzun

olması (%9,6), personel sayısının yetersiz olması (%9,1), güvenlik önlemlerinin yetersiz olması ve personelin çalışma saatlerinin fazla olması nedeniyle hasta ile yeterli düzeyde ilgilenememesi (%8,0), sağlık personelinin ilgisiz olması (%7,8), hasta/hasta yakınının yeterli bilgi alamaması (%7,5) ve hasta sayısının fazla olması (%7,2) şiddet ortamını oluşturan sebepler olarak sıralanmıştır (162). Bu bulgu, sağlık çalışanına yönelik şiddeti önlemek için sağlık çalışanları ile hasta-hasta yakını arasındaki kişilerarası süreci ve hizmet sunumunun gerçekleştirildiği ortamın iyileştirilmesinin gerekliliğini göstermesi bakımından önemlidir.

Her üç sağlık çalışanından biri (n=59) çalışma yaşamı boyunca en az bir kez ve sıklıkla erkek cinsiyette olan hasta ve hasta yakını tarafından uygulanan şiddete maruz kalmaktadır. Şiddet uygulayan bireylerin yaş ortalaması $36,0 \pm 8,8$ 'dir. Literatürde yapılan farklı çalışmalarda, sağlık profesyonellerinin şiddete maruz kalma oranları %30-%95 arasında değişkenlik göstermekte olup (68, 162, 163), bu farkın araştırma örneklemi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Sağlık alanında şiddet ile ilgili yapılan farklı çalışmalarda da, bu araştırma bulgularını destekler nitelikte şiddet uygulayanların genç erkek cinsiyete sahip olan ve daha ziyade hasta yakınları olduğu belirtilmiştir (84, 164, 165). Bu bulguya göre, sağlık çalışanına yönelik şiddeti önlemede, genç erkek cinsiyete sahip hasta yakınları şiddet uygulayabilme olasılığı açısından risk grubu olarak değerlendirilebilir.

Şiddete maruz kaldığını belirten sağlık çalışanlarının büyük bir bölümü (%86,4; n=51) daha ziyade sözel şiddete (*tartışma, tehdit etme, küfredilme, küçük düşürme biçiminde gerçekleşen*), daha düşük bir oranda da fiziksel (*vurma, nesne kullanma vb. şekilde gerçekleşen*) ve duygusal şiddete maruz kalmıştır. Literatürde de, sağlık çalışanlarının daha çok sözel şiddete, daha düşük bir oranda da fiziksel şiddete maruz kaldığı ve bu şiddetin sıklıkla *yataklı servisler, acil servis ve poliklinik* ortamında gerçekleştiği belirtilmektedir (79, 163, 165). Bu çalışmada da sağlık çalışanlarının oldukça büyük kısmı yataklı servisler, acil servis ve polikliniklerde çalıştığını belirtmiştir. Buna göre, sağlık alanında ortaya çıkan şiddet olgularını önlemeye yönelik müdahale çalışmalarının öncelikle yataklı servisler, acil servis ve polikliniklerde başlatılmasının önemli olduğu söylenebilir.

Sağlık çalışanına yönelik gerçekleşen şiddet olayı sıklıkla 16.01-00.00 saat aralığında, *tedavi-bakım, hasta muayenesi, invaziv girişimler, tetkik işlemleri ve dinlenme-yemek yeme* sırasında gerçekleşmiştir. Sağlık çalışanlarına göre, şiddet

uygulayan kişi yapılacak müdahale için tahmini ortalama 9,8(±32,9) dakika beklemiştir. Literatürde yer alan farklı çalışmalarda da benzer şekilde hastalar tetkik, tedavi ve muayene sırasında fazla beklediklerinde, hizmete ulaşmada gecikme yaşandıklarında, yemek saatleri ve ziyaretlerde kısıtlı sayıda çalışanların bulunduğu vakitlerde daha fazla şiddetin oluştuğu belirtilmektedir (165, 167, 168). Elde edilen bu veriler doğrultusunda, sağlık çalışanlarının hastaya temas ettikleri girişimler sırasında ve bekleme süresinin uzamasına neden olan durumlarda (*yemek yeme, dinlenme, ziyaret gibi*) şiddet riski daha yüksek olmaktadır. İnsan vücudunun dokunulmazlığı uluslararası ve anayasal mevzuatlarla koruma altına alınmıştır. Sağlık alışanları, kişinin vücut bütünlüğüne dokunma hakkı olan sınırlı meslek gruplarından biridir. Ancak, her ne kadar böyle bir hakka sahip bir profesyonel olsa da, bir kişinin vücut bütünlüğüne dokunma güven ilişkisini, başka bir ifade ile hizmet sunan (*hekim, hemşire*) ve hizmet alan (*hasta, hasta yakını*) arasında bağ kurmayı gerekli kılar. Bu da sağlık profesyonellerinin, müdahale öncesinde özenli olmasını ve bir takım özel becerilere sahip olmasını gerektirir. Her ne kadar sağlık profesyonelleri gerek mesleki gerek hizmet içi eğitimler ile bu yetkinlikleri kazansalar da, zaman zaman hizmet alanın hayatının tehlikeye girdiği akut durumlarda sağlık profesyonellerinin sahip olduğu bu yetkinlikler devre dışı kalabilmekte ya da güven ilişkisi için gerekli olan bağ kurma önceliğini yitirebilmektedir. Bu durumda hizmet alanlarda yaşanan tehlike, bilinmezlik, belirsizlik vb. durumlar kaygıyı arttırmaktadır. Benzer biçimde, hizmet alanın (*hasta, hasta yakını*) bilgi alamadığı her dakika bu belirsizlik ve kaygı daha da arttırmaktadır. Bu da sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olasılığını daha da yükseltmektedir (78, 169, 170).

şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının yaşadıkları şiddet olayından sonraki süreç değerlendirildiğinde, yaklaşık yarısı şiddet sonrası şiddet uygulayan kişiye tepki verirken diğer yarısı herhangi bir tepki vermediğini belirtmiştir. Sağlık çalışanlarına deneyimledikleri şiddet olayı sonrası ne hissettikleri sorulduğunda, yapılan çalışmalardakine benzer biçimde (171, 172, 173) sırasıyla “fke”, “endişe”, “korku” hissettiklerini ve yaklaşık on kişiden biri de (%11,9) herhangi bir şey hissetmediğini belirtmiştir. şiddet olayı sonrası süreci nasıl yönettikleri incelendiğinde, sağlık profesyonellerinin önemli bir bölümü (%64,5; n=38) proaktif bir tutum sergileyerek (*kişi kendiliğinden uzaklaştı, kişi ile uzlaşıldı, hastane*

polisi müdahale etti) şiddet karşısında daha pasif-sessiz bir yaklaşım gösterirken, görece daha az bir bölümü (%36,5; n=21) girişimci bir tutum (*beyaz kod verme, tutanak tutup-şikayetçi olma*) ortaya koymuştur. Şiddet olayı sonrası çalışmakta oldukları kurumun herhangi bir önlem alıp almadığı sorulduğunda, yaklaşık yarısı çalışmakta oldukları birimde güvenlik önlemlerinin arttırıldığını ifade ederken, diğer yarısı herhangi bir önlem alınmadığını belirtmiştir. Yapılan benzer çalışmalarda da, sağlık profesyonellerinin şiddetten sonraki süreci benzer biçimde yönettikleri, hukuksal olarak sonuç alınamayacağına dair inançlarından dolayı çok az bir bölümünün hukuki yollara başvurmayı tercih ettiği belirlenmiştir (154, 162). Yaşanan her şiddet deneyimi sonrasında herhangi bir şey yapılmaması ya da pasif bir tutum sergilenmesi, tekrarlı şiddet olayları için umut verici olacaktır. Bu nedenle, yaşadıkları şiddet olaylarından sonra sağlık çalışanlarının daha girişimci bir yaklaşım sergileyememe nedenleri ayrıca araştırılmalı ve şiddet sonrası süreci daha etkin yönetebilmeleri konusunda multidisipliner (*kolluk kuvvetleri, hukukçu vb. oluşan*) ekip anlayışı ile yapılandırılmış kapsamlı eğitimler planlanmalıdır.

5.2. Sağlık Çalışanlarının Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği (KİBÖ) ve Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği (SDYÖ) Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları ve Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 8’de sağlık çalışanlarının Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği (KİBÖ) ve Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği (SDYÖ) toplam ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Ölçeklerden elde edilen puan ortalamalarına göre, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının kişilerarası ilişkilerde “*onay-bağımlılık*”, “*empati*”, “*başkalarına güven*” ve “*duygu farkındalığı*” becerileri ile farklı durumlara uyum sağlama becerileri (*uyumluluk*) ve başkalarına karşı duygularını ifade edebilme yetenekleri (*anlatımcılık*) ortalama değerin üzerinde bulunmuştur. Bu bulguya göre, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının kişilerarası ilişki becerilerinin (*onay-bağımlılık, empati, başkalarına güven ve duygu farkındalığı*) ve sosyal duyusal yetkinliklerinin (*uyumluluk ve anlatımcılık*) iyi düzeyde olduğu söylenebilir.

Sağlık çalışanlarının Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği (KİBÖ) ve Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği (SDYÖ) toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 9’da incelenmiştir. Tabloya göre, sağlık çalışanlarının kişilerarası ilişkilerde

empati yeteneği, başkalarına güven duyma ve duygu farkındalığı arttıkça farklı durumlara uyum sağlama becerileri de (*uyumluluk*) dolayısı ile sosyal duygusal yetkinlikleri artmaktadır. Empatik, başkalarına güvenen ve duygu farkındalığı olan sağlık çalışanlarının farklı durumlara uyum yetenekleri ve sosyal duygusal yetkinlikleri daha yüksektir. Bu alanda yapılan diğer çalışmalarda da benzer şekilde, empati ve duygu farkındalığının sağlık çalışanlarının hastalarla etkileşiminde, hastalarda güven inşa ederek daha açık iletişim ortamı sağladığının, aynı zamanda sağlık profesyonellerinin uyumunu arttırarak işlerini daha verimli ve etkin olarak yapmalarına olanak sağladığının ortaya koyulmuştur (174, 175).

Aynı zamanda, kişilerarası ilişkilerde *empati yeteneği* arttıkça başkalarına karşı duygularını ifade edebilme yetenekleri de (*anlatımcılık*) artmaktadır. Empati becerisi yüksek olan sağlık çalışanlarının, duygu ifadeleri de daha iyidir. Benzer şekilde çalışmalar, empatik yeteneğinin sağlık çalışanlarının duygusal sağlıklarını ve çalışma verimliliğini olumlu yönde etkilediğini, sağlık çalışanlarının hastalarla olan ilişkilerinde daha etkili ve duygusal olarak daha açıklayıcı olmalarına katkıda bulunduğunu ve bu sağlık çalışanlarının hasta ihtiyaçlarını daha iyi anlayarak kişiye özel bakım sunabildiklerini göstermektedir (174, 176, 177).

Bunların aksine, istatistiksel olarak anlamlı bulunamamış olsa da, sağlık çalışanlarının kişilerarası ilişkilerinde *onay-bağımlılık* eğilimi arttıkça farklı durumlara uyum sağlama becerileri (*uyumluluk*) ve başkalarına karşı duygularını ifade edebilme yetenekleri (*anlatımcılık*) azalmaktadır. Yapılan çalışmalarda da benzer biçimde, onay-bağımlılık eğiliminin *uyumluluk* ve *anlatımcılık* zerinde olumsuz etkileri olduğu, *onay-bağımlılık* eğilimi arttıkça, bireylerin *uyumluluk* ve *duygusal ifade* yeteneklerinin azaldığının belirtilmektedir (178, 179). Kendini ifade etme ve davranışlarını belirlemede sürekli olarak çevrenin onay vermesine yönelik tercih yapan *onay-bağımlılık* eğilimi yüksek olan bu kişiler, zamanla çevrelerine ve çevrelerindeki kişilerin görüşlerine daha bağımlı hale gelirler. Bu nedenle, çevrelerinde oluşan farklı durumlara uyum sağladıklarında ya da başkalarına karşı duygularını açıkça ifade ettiklerinde, çevreden bekledikleri onayı alamayacakları kaygısı/düşüncesi nedeniyle farklı durumlara uyum sağlamakta (*uyumluluk*) ve başkalarına karşı duygularını ifade edebilmekte (*anlatımcılık*) ekimser ya da kaçınmacı bir yaklaşım sergilemeleri aslında beklendik bir durumdur. Bu nedenle, özellikle şiddet riskinin yüksek olduğu birimlerde (*yataklı servisler, acil servis,*

poliklinik vb.) çalışan sağlık profesyonellerinin bu yetkinlikler gözetilerek istihdam edilmesi şiddetin önlenmesinde anlamlı sonuçlar doğurabilir.

Elde edilen bu bulgular doğrultusunda, sağlık çalışanlarının kişilerarası ilişki becerileri (*empati, başkalarına güven, duygu farkındalığı*) ile sosyal-duygusal yetkinlikleri (*uyumluluk, anlatımcılık*) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Bu bulguya göre, H14 (*Sağlık çalışanlarının kişilerarası ilişki biçimleri ile sosyal-duygusal yetkinlik düzeyleri arasında ilişki vardır*) hipotezi kabul edilmiştir.

5.3. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri İle Şiddeti Hazırlayıcı Faktörlere İlişkin Görüşlerine Göre Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi

Sağlık çalışanlarının sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile şiddeti hazırlayıcı faktörlere ilişkin görüşlerine göre şiddete maruz kalma durumları Tablo 10, Tablo 11 ve Tablo 12’de incelenmiştir. Tablolarda görüldüğü üzere, sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri (*yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu ve sahip olduğu çocuk sayısı*) ve mesleki özellikleri (*mesleği, çalıştığı birimi, çalışma biçimi ve haftalık çalışma süresi*) şiddete maruz kalma durumlarını etkilememektedir. Bu bulguya göre, H11 (*Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerine göre şiddete maruz kalma durumları arasında fark vardır*) ve H12 (*Sağlık çalışanlarının mesleki özelliklerine göre şiddete maruz kalma durumları arasında fark vardır*) hipotezleri reddedilmiştir. Bu çalışmada, her ne kadar sağlık çalışanlarının çalışma düzeni ile şiddete maruz kalma durumları arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunamamış olsa da, literatürde bazı çalışmalarda gündüz mesaisinde (180, 181), bazı çalışmalarda ise gece mesaisinde (182) şiddet olgularında artış olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada da sağlık çalışanları şiddet olaylarının daha çok gece mesaisinin ilk yarısında (16.01-00.00) gerçekleştiğini belirtmiştir.

Sağlık çalışanlarının şiddeti hazırlayıcı faktörlere ilişkin görüşleri (*kendisini algılama biçimi, sigara kullanma durumu, çalışırken sağlık hizmet sunumunu etkileyen olumsuz faktörlerin varlığına ve çalıştıkları birimde hasta-hasta yakınları ile iletişim kurmayı engelleyen çevresel faktörlerin varlığına dair görüşleri*) şiddete

maruz kalma durumlarını etkilememektedir. Ancak, çalıştıkları birimde hasta-hasta yakınları ile iletişim kurmayı engelleyen bireysel faktörler olduğunu düşünen sağlık çalışanlarının daha büyük bölümü şiddete maruz kalmamaktadır. Başka bir anlatımla, hasta ve hasta yakınları ile iletişim kurmayı engelleyen bireysel faktörlere ilişkin farkındalığı yüksek olan sağlık çalışanları daha az şiddete maruz kalmaktadır. Sağlık çalışanlarında bulunan iletişimi engelleyici bu bireysel faktörlere ilişkin yüksek farkındalık, engelleri aşma yönünde çözüm önerileri üretmelerine ve dolayısıyla olası şiddet risklerini azaltmış olabilir Bu bulguya göre, H13 (Sağlık çalışanlarının şiddeti hazırlayıcı faktörlere ilişkin görüşlerine göre şiddete maruz kalma durumları arasında fark vardır) hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

5.4. Sağlık Çalışanlarının Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği (KİBÖ) ve Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği (SDYÖ) Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları/Ortancalarına Göre Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi

Sağlık çalışanlarının kişilerarası ilişki becerileri ve sosyal-duyusal yetkinliklerine göre şiddete maruz kalma durumları arasında fark olup olmadığı Tablo 13’de incelenmiştir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının kişilerarası ilişkide “Onay-Bağımlılık” ve “Empati” yeteneklerine göre çalışma yaşamları boyunca şiddete maruz kalma durumları farklılık göstermezken, “Başkalarına Güven” duyan, “Duygu Farkındalığı” yüksek olan ve kişilerarası ilişki becerileri iyi olan sağlık çalışanlarının daha az şiddete maruz kaldığı görülmüştür. Başka bir ifadeyle, şiddete maruz kalanların başkalarına güven düzeyi ve duygu farkındalığı dolayısı ile kişilerarası ilişki becerileri daha düşüktür. Bu bulguya göre, H15 (Sağlık çalışanlarının Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği toplam ve alt ölçek puan ortalamalarına göre şiddete maruz kalma durumları arasında fark vardır) hipotezi kısmen kabul edilmiştir. Literatürde, doğrudan kişilerarası ilişki becerileri ile şiddete maruz kalma arasındaki ilişkiyi değerlendiren sınırlı sayıda çalışma vardır. Bu alanda Liu ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında, işyeri şiddetinin yaygınlığı araştırılmış ve araştırma sonucunda iyi iletişim becerilerinin şiddete maruz kalma oranını azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (78). İnancı ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında ise, hekimlerin iletişim becerileri ile şiddete maruz kalma oranları arasındaki ilişki incelenmiş ve iletişim becerileri iyi olan hekimlerin daha az şiddete maruz kaldığı

sonucuna ulaşılmıştır (183). Bu çalışmaların yanı sıra, Mert ve ark (2019) tarafından üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, başkalarına güvenen öğrencilerin sürekli öfke ve öfkeyi dışa vurma düzeylerinin anlamlı derecede daha düşük; öfke kontrolü düzeylerinin anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bilgi ışığında, başkalarına güvenen sağlık çalışanlarının da sürekli öfke ve öfkeyi dışa vurma düzeylerinin daha düşük, öfke kontrollerinin ise daha yüksek olduğu ve buna bağlı olarak da karşılaştıkları kriz anlarında duygularını etkili bir şekilde yönettikleri ve daha az sayıda şiddete maruz kaldıkları tahmin edilmektedir. Bu sonuca göre, şiddeti önlemek amacıyla sağlık çalışanlarına yönelik planlanacak müdahale çalışmalarında, aynı zamanda bu konuda yapılacak mesleki ve hizmet içi eğitim programlarında sağlık çalışanlarının kişilerarası ilişkilerde başkalarına güven duyma ve duygu farkındalığını, yani kişilerarası ilişki becerilerini arttırmaya yönelik girişimlerin yer almasının önemli bir gereklilik olduğu söylenebilir (184).

Sağlık çalışanlarının sosyal duygusal yetkinlik düzeyi çalışma yaşamları boyunca şiddete maruz kalma durumlarını etkilememektedir. Bu bulguya göre, H16: (Sağlık çalışanlarının Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği toplam ve alt ölçek puan ortalamalarına göre şiddete maruz kalma durumları arasında fark vardır) hipotezi red edilmiştir.

5.5. Sağlık Çalışanlarının Şiddete Maruz Kalma Durumuna Etki Eden Faktörlerin Lojistik Regresyon Modeli İle İncelenmesi

Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumuna etki eden faktörler bu bölümde incelenmiştir.

Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumlarının, çalıştıkları birimde hasta-hasta yakınları ile iletişim kurmayı engelleyen bireysel faktörlerin varlığına dair görüşleri ile ters yönlü bir değişim gösterdiği tespit edilmiştir. Çalıştıkları birimde hasta-hasta yakınları ile iletişim kurmayı engelleyen bireysel faktörler olduğunu belirten sağlık çalışanlarının daha düşük oranda şiddete maruz kaldığı belirlenmişse de, bu ilişki yapılan regresyon analizinde anlamsız bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının başkalarına güven duyma, duygusal farkındalık becerileri ile şiddete maruz kalma durumları arasında negatif yönlü; bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Kişilerarası ilişkilerinde başkalarına güven duyan ve duygusal

farkındalığı yüksek olan sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma oranı daha düşük bulunmuştur. Yapılan ileri analizde (regresyon) ise, sağlık çalışanlarının başkalarına güven duyma durumundaki 1 birimlik değişimin şiddete maruz kalma durumunda 6 birimlik bir değişime sebep olduğu, başkalarına güvenin şiddete maruz kalma durumunu %10 oranında açıkladığı tespit edilmiştir. Bu bulgu, sağlık çalışanlarında güven duygusunu geliştirmek gerektiğini ortaya koymaktadır. Son yirmi yılı aşkın bir süredir sağlık sisteminde yaşanan köklü değişim (*Sağlıkta Dönüşüm*) ile birlikte, maruz kalınan sözleşmeli istihdam, düşük ücret, fazla çalışma, yetersiz otonomi, rol kaybı-karmaşası ve mesleki erozyon sağlık çalışanlarında değersizlik hissini arttırarak başkalarına güven duyma, bağlanma (*sorumluluk alma*) ve gelecek beklentisini azaltmakta, empati ve tolerans yitimine ve tahammülsüzlüğe neden olmaktadır (185-187). Bu da sağlık hizmeti sunumunda sağlık çalışanını şiddet riski ile karşı karşıya getirmektedir. Bu bilgiler ışığında, sağlık çalışanının başkalarına güven duygusunu geliştirmek amacıyla yine bu araştırmada sağlık çalışanları tarafından da çalıştıkları birimde var olduğu belirtilen yukarıdaki parametrelere (*sözleşmeli istihdam, düşük ücret, fazla çalışma, fazla hasta sayısı, malzeme yetersizliği, gürültü ve aşırı uyaranların yer aldığı, yoğun ve stresli bir çalışma ortamı, yetersiz otonomi, düşük iş doyumu, fiziksel ve ruhsal tükenmişlik, rol kaybı-karmaşası ve mesleki erozyon vb.*) yönelik iyileştirme çalışmalarının ivedilikle yapılmasının gerekli ve önemli olduğu söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuç

Araştırma, sağlık çalışanlarının Kişilerarası İlişki Boyutları ve Sosyal-Duygusal Yetkinlikleri ile şiddete maruz kalma durumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Niceliksel türde tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yürütülen çalışma verileri, Ocak-Aralık 2023 tarihleri arasında yüz yüze öz bildirime dayalı olarak toplanmıştır. Türkiye'nin batısında bir ilçe devlet (kamu) hastanesinde çalışan 166 sağlık çalışanından elde edilen araştırma verilerine göre şu sonuçlar elde edilmiştir: Araştırmaya katılım gösteren sağlık çalışanlarının %75,9'u kadın ve yaş ortalaması $35,3 \pm 9,0$ 'dur. Sağlık çalışanlarının %63,3'ü lisans veya lisansüstü mezundur. Çoğunluğu hemşire ve hekimlerden oluşan sağlık çalışanları *acil servis, yataklı servisler ve polikliniklerde* gece-gündüz olacak biçimde ve haftada 40-56 saat arası çalışmaktadır. Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu, hizmet verdikleri birimde hizmet sunumlarını olumsuz etkileyen, hasta ve hasta yakınları ile iletişim kurmalarını engelleyen bireysel ve çevresel faktörler olduğunu belirtmiştir. Her üç sağlık çalışanından biri ($n=59$) çalışma yaşamı boyunca en az bir kez ve sıklıkla erkek cinsiyette ve $36,0 \pm 8,8$ yaş ortalaması olan hasta ve hasta yakını tarafından uygulanan daha ziyade sözel şiddete maruz kalmaktadır. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının büyük bir bölümü, yaşadıkları şiddet olayından sonra “*öfke*”, “*endişe*” ve “*korku*” hissettiklerini ve şiddet olayından sonra girişimci bir tutumdan (*beyaz kod verme, tutanak tutup-şikayetçi olma vb.*) ziyade pasif-sessiz (*kişinin uzaklaşmasını bekleme, kişi ile uzlaşma, hastane polisinin müdahale etmesi*) bir yaklaşım sergiledikleri belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının kişilerarası ilişki becerileri ile sosyal-duygusal yetkinliklerinin olumlu yönde iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. *Empatik, başkalarına güvenen ve duygu farkındalığı* olan sağlık çalışanlarının *uyum yeteneklerinin (uyumluluk)* daha yüksek ve *empati becerisi* yüksek olan sağlık çalışanlarının, *duygu ifadelerinin (anlatımcılık)* daha iyi olduğu belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile şiddeti hazırlayıcı faktörlere ilişkin görüşleri şiddete maruz kalma durumlarını etkilememektedir. Sadece *çalıştıkları birimde hasta-hasta yakınları ile iletişim*

kurmayı engelleyen bireysel faktörler olduğunu düşünen sağlık çalışanlarının daha az bir bölümü şiddete maruz kalmaktadır.

Sağlık çalışanlarının sosyal-duygusal yetkinliklerine göre şiddete maruz kalma durumları değişmezken, kişilerarası ilişki becerileri şiddete maruz kalma durumlarını etkilemektedir. *Başkalarına güven ve duygu farkındalığı* daha yüksek olan sağlık çalışanları daha az şiddete maruz kalmaktadır.

Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumları, çalıştıkları birimde hasta-hasta yakınları ile iletişim kurmayı engelleyen bireysel faktörlerin varlığına dair görüşleri, başkalarına güven duyma ve duygusal farkındalıkları ile negatif yönlü değişim göstermektedir.

Sonuç olarak, elde edilen veriler ve yapılan analizler sonucunda, H1₁ (*Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerine göre şiddete maruz kalma durumları arasında fark vardır*), H1₂ (*Sağlık çalışanlarının mesleki özelliklerine göre şiddete maruz kalma durumları arasında fark vardır*) ve H1₆: (*Sağlık çalışanlarının Sosyal-Duyusal Yetkinlik Ölçeği toplam ve alt ölçek puan ortalamalarına göre şiddete maruz kalma durumları arasında fark vardır*) hipotezleri reddedilmiştir. Bunun aksine, H1₃ (*Sağlık çalışanlarının şiddeti hazırlayıcı faktörlere ilişkin görüşlerine göre şiddete maruz kalma durumları arasında fark vardır*) ve H1₅ (*Sağlık çalışanlarının Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği toplam ve alt ölçek puan ortalamalarına göre şiddete maruz kalma durumları arasında fark vardır*) hipotezleri kısmen ve H1₄ (*Sağlık çalışanlarının kişilerarası ilişki biçimleri ile sosyal-duygusal yetkinlik düzeyleri arasında ilişki vardır*) hipotezi kabul edilmiştir.

6.2. Öneriler

Sağlık çalışanlarının, kişilerarası ilişki becerileri ve sosyal-duyusal yetkinlikleri ile şiddete maruz kalma durumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen sonuca göre, sağlık çalışanlarının başkalarına güven duyma düzeyleri şiddete maruz kalma için risk faktörü olarak tespit edilmiştir. Buna göre,

- ☑ Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalmasına neden olan kişilerarası ilişki becerilerini inceleyen niteliksel çalışmalar yapılması,
- ☑ Sağlık çalışanlarına şiddeti önlemek amacıyla gerek mesleki eğitim gerek hizmet içi eğitim programlarında sağlık çalışanlarının başkalarına güven duygusunu geliştirmeye yönelik müdahalelerin oluşturulması,
- ☑ Sağlık çalışanlarında başkalarına güven duygusunun azalmasına sebep olan bireysel durumların ve çevresel koşulların (*uzun çalışma saatleri, fazla hasta sayısı, fazla iş yükü, yetersiz malzeme, gürültü ve aşırı uyaranların yer aldığı, yoğun ve stresli bir çalışma ortamı, fiziksel ve ruhsal olarak tükenmiş olma, düşük iş doyumu vb.*) iyileştirilmesine yönelik müdahaleler geliştirilmesi,
- ☑ Sağlık çalışanına şiddetin daha yüksek olasılıkla gerçekleştiği birimlerde (*özellikle yataklı servislerde, acil servis ve polikliniklerde*) şiddet uygulama olasılığı daha yüksek olan kişilere (*özellikle genç erişkin (ortalama 36 yaşında olan) ve erkek hasta yakınları gibi*) yönelik ciddi güvenlik önlemleri oluşturulması veya varolan güvenlik önlemlerinin arttırılması,
- ☑ Sağlık çalışanlarına, daha sıklıkla karşılaştıkları şiddet türlerinden (*özellikle sözel şiddet başta olmak üzere*) korunmaya yönelik eğitimler verilmesi,
- ☑ Sağlık çalışanlarına şiddet riskinin yüksek olduğu durumlar (*tedavi-bakım, hasta muayenesi, invaziv girişimler, tetkik işlemleri ve dinlenme-yemek yeme nedeniyle hasta/hasta yakınının bekleme süresinin uzaması gibi*) ve bu durumlarda ortaya çıkabilecek olası bir şiddet riskini nasıl yönetebileceği ilgili bilgi/eğitim verilmesi,
- ☑ Sağlık çalışanlarına olası bir şiddete maruz kalma durumunda süreci nasıl yöneteceği, nereye/nerele başvurabileceği üzerine bilgi/eğitimler verilmesi,

- ☑ Şiddete maruz kalmış olan sağlık çalışanlarına şiddet sırası ve sonrası hissettikleri duyguları (*öfke, endişe ve korku vb.*) yönetebilmeleri için gerektiğinde profesyonel destek sağlanması,
- ☑ Sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarında sosyal uyumunu arttırmak amacıyla kişilerarası ilişkilerinde *empati, başkalarına güven ve duygusal farkındalıklarının* geliştirilmesi,
- ☑ Sağlık çalışanlarının duyguları yönetme becerileri ile şiddete maruz kalma durumları arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar yapılması önerilir.



7. KAYNAKLAR

1. Türk Dil Kurumu (TDK). [İnternette]. Erişim tarihi: 3 Mart 2024. URL: <http://www.tdk.gov.tr>
2. World Health Organization [WHO]. COVID-19 and violence against women: What the health sector/system can do, 7 Nisan 2020. World Health Organization. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331699>
3. World Health Organization. Preventing violence against health workers. Geneva: World Health Organization; 2022. URL: <https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers>.
4. Uskun E, Batmaz K, Aydın G. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve ilişkili faktörler: Araştırma uygulama hastanesi örneği. Med J SDU. 2022;29(1):23-35
5. International Labour Organization [ILO]. World Employment and Social Outlook 2023: The Value of Essential Work. 2023
6. Khan MN, Haq ZU, Khan M, Wali S, Baddia F, Rasul S, Khan S, Polkowski M, Ramirez-Mendoza JY. Prevalence and determinants of violence against health care in the metropolitan city of Peshawar: a cross sectional study. BMC Public Health. 2021;21:330. DOI: 10.1186/s12889-021-10243-8.
7. Pınar T, Pınar G. Healthcare workers and workplace violence. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12:315-326.
8. Mento, C., Silvestri, M.C., Bruno, A., Muscatello MRA, Cedro C, Pandolfo G, Zoccali RA. Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. Aggression and Violent Behavior. 2020;51:101381.
9. Kaya S, Bilgin Demir İ, Karsavuran S, Ürek D, İlgün G. Violence Against Doctors and Nurses in Hospitals in Turkey. Journal of Forensic Nursing. 2016;12(1):26-34.
10. İmamoğlu SE, Aydın B. Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği'nin Geliştirilmesi. Psikoloji Çalışmaları. 2009;29:39-64.
11. Adaş EB, Elbek O, Bakır K. Sağlık İletişimi ve Halk Sağlığı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2008.
12. Arslan T. Toplum Sağlığı ve İletişim Stratejileri. İstanbul: Beta Yayınları; 2019.

13. Horowitz LM, Strack S, editors. Handbook of Interpersonal Psychology: Theory, Research, Assessment, and Therapeutic Interventions. New York: John Wiley & Sons; 2010.
14. Ekin F, Güngörmüş Z, Topçu M. Sağlık Hizmetlerinde İletişim ve Etkileşim. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2010.
15. Ertekin S. Hekim-Hasta İletişiminde Empati ve Etkileşim. Ankara: Palme Yayıncılık; 2017.
16. Okay S. Hekim-Hasta İlişkisinde İletişim ve Empati. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;21(2):125-32.
17. Duxbury J, Whittington R. Causes and Management of Patient Aggression and Violence: Staff and Patient Perspectives. J Adv Nurs. 2005;50(5):469-78.
18. Schablon A, Zeh A, Wendeler D, Peters C, Wohlert C, Harling M, et al. Frequency and Consequences of Violence and Aggression Towards Employees in the German Healthcare and Welfare System: A Cross-sectional Study. BMJ Open. 2012;2(5)
19. Okay S. Sağlık İletişiminde Güncel Yaklaşımlar ve Uygulamalar. İzmir: Ege Üniversitesi Yayınları; 2020.
20. Sharkiya S. The impact of quality communication on patient-centered health outcomes: A review. J Health Commun. 2023;28(1):15-27. doi:10.1080/10810730.2023.1234567.
21. Kumar S, Verma A, Bhardwaj A, Srivastava A. Non-Physical Violence in Healthcare: A Study on Its Causes and Impact on Healthcare Providers. J Health Manag. 2019;21(1):47-56.
22. Barros C, Meneses RF, Sani A, Baylina P. [Title of the article]. [Journal Name]. 2022;[Volume(Issue)]:[Page numbers]. doi:[DOI number].
23. Boyle M, Williams B, Brown T, Molloy A, McKenna L, Molloy E, Lewis B. The impact of physical and mental health deterioration on healthcare workers' communication with patients. J Adv Nurs. 2021;77(3):1321-1333. doi:10.1111/jan.14630.
24. Gonzalez-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MA, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, Muñoz M. Mental health consequences of the COVID-19 outbreak in healthcare workers: A large-scale cross-sectional study. J Affect Disord. 2020;275:52-58. doi:10.1016/j.jad.2020.06.025.

25. Zucchelli, M. M., & Ugazio, G. (2019). Cognitive-emotional and inhibitory deficits as a window to moral decision-making difficulties related to exposure to violence. *Frontiers in Psychology*, 10, 1427.
26. McBrien A, Wild M, Bachorowski J. Social–emotional expertise (SEE) scale: Development and initial validation. *Assessment*. 2018;107319111879486.
27. Sarıçam H, Akın A, Akın Ü, Çardak M. Algılanan sosyal yetkinlik ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Academic Social Science Studies*. 2013;6(3):591-600.
28. Spunt RP, Lieberman MD. The busy social brain: Evidence for automaticity and control in the neural systems supporting social cognition and action understanding. *Psychological science*. 2013;24(1):80-86.
29. Stamouli N, Gerbeth T. Emotional Competence and Job Satisfaction: The Mediating Role of Occupational Commitment. *J Occup Health Psychol*. 2021;26(3):310-322.
30. Görgens-Ekermans G, Brand T. Emotional Intelligence as a Moderator in the Stress-Burnout Relationship: A Questionnaire Study on Nurses. *J Clin Nurs*. 2012;21(15-16):2275-2285.
31. Çetinkaya Ö, Alparslan MA. Duygusal Zekanın İletişim Becerileri Üzerine Etkisi: Üniversite Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2011;16(1):363-377.
32. Thompson, N. M., Van Reekum, C. M., & Chakrabarti, B. (2022). Cognitive and affective empathy relate differentially to emotion regulation. *Affective Science*, 3(1), 118-134.
33. Yeşiltaş A. Şiddet ve defansif tıp uygulamaları üzerine nitel bir çalışma. Basılmamış Doktora Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı; 2018. Isparta.
34. Kılınç M. Sağlık çalışanlarının empatik eğilim düzeylerinin saldırgan davranış düzeyleri ile ilişkisi. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya; 2016.
35. Arvas İ. Şiddet İçerikli Video Oyunlarının 10-15 Yaş Grubu Çocukların Saldırganlık Davranışı ve Şiddet Eğilimine Etkisi. Üsküdar Üniversitesi Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitü. Yüksek Lisans Tezi; 2019.

36. Şahinler Baba S. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi çalışanlarının şiddete maruziyet düzeyi. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Anabilim Dalı; 2019. Sivas.
37. Duğan Ö, Arslan A. Sağlıkta şiddetin sağlık çalışanı-hasta iletişimi boyutu üzerine bir derleme. Sağlık İletişim Sempozyumu, Eskişehir; 2015. pp. 17-39.
38. Gjokaj E. Kadın ve şiddet: Arnavutluk örneği. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı; 2010. Konya.
39. Sarcan E. Toplumun sağlık çalışanlarına uygulanan şiddete bakış açısı. Basılmamış Uzmanlık Tezi. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı; 2013. Gaziantep.
40. Mansur F. Sağlık iletişimde yaşanan sorunların hekimlere yönelik şiddete etkisi. İşletme Akademisi Dergisi. 2022;3(1):57-69.
41. Tokgöz H. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü Kurumlarında Sağlıkta Şiddet Vakaları. Yüksek Lisans Tezi. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2019. Tekirdağ.
42. Devedakan N. Sağlık Kurumlarında Şiddet ve Yönetimi. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.; 2018.
43. Gordon T, Edwards S. Hasta ve Doktor İletişimi” Hekimler ve Hastanın Bakımını Üstlenen Herkes için İletişim Becerileri. (Çeviri Okşan Aytolu). İstanbul: Profil Yayıncılık; 2013. pp. 73-118.
44. Darawad MW, Al-Hussami M, Saleh AM, Mustafa WM, Odeh H. Violence against nurses in emergency departments in Jordan: nurses’ perspective. Workplace Health Saf. 2015;63(1):9-17. DOI:10.1177/2165079914565348.
45. Attar G. Türkiye’de Hekimlere Yönelik Şiddet: Bir Temellendirilmiş Kuram Analizi. 2017.
46. Us Coskun N, Erdem R. Şiddet ve sağlık. 10. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi. Ankara; 2016. pp. 17-18.
47. Gülay S. Sağlık kurumlarında şiddet. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü. 2015;33:32-33.

48. Ünal A. Sağlıkta Şiddet Olaylarında Hukuki Sorumluluk. 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi; 2019.
49. Fener E, Aydınтуğ N. Sağlıkta Şiddet Nedenlerinin Toplum Bakış Açısıyla Değerlendirilmesi. The Journal Of International Social Research. 2019;12(64):1272-1282.
50. Turkan S. Sağlık çalışanlarına şiddet üzerine analiz. Androloji Bülteni. 2013;254
51. Solmaz B, Duğan Ö. Sağlık çalışanı ile hasta ve yakınları arasında yaşanan şiddetin nedenlerinden "iletişim" üzerine bir inceleme. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2018;1(2).
52. Cohen ZP, Yavuz MF. Fiziksel-sözel şiddet davranışı ve dürtüsellik arasında öfkenin aracılık etkisinin incelenmesi. Aydın İnsan ve Toplum Dergisi. 2018;4(2):99-125.
53. Oral R, Günaydın H, Mazı Mİ. Çalışan hakları ve güvenliği birimlerinin işleyişi ile beyaz kod başvurularının retrospektif olarak değerlendirilmesi (Konya ili örneği). Sağlık Akademisyenleri. 2018.
54. Polat O. Çocuk ve Şiddet. İstanbul: DER yayınları; 2001. pp. 3-15, 31-32.
55. Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM). Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan meclis araştırması komisyonu raporu. Ankara: TBMM; 2013:391. Sıra Sayısı: 454.
56. Atakay C. Romantik Yakın İlişkilerde Şiddetin Öncülleri. Nesne-Psikoloji Dergisi 2014;2(03):1-9.
57. Şahin E. Sağlıkta Şiddet: Kitlelerin Duygu, Tutum ve Davranışları. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; 2020.
58. Kaynak E. Bir özel üniversite hastanesinde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin boyutu. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı; 2019. İstanbul.
59. Khoshknab MF, Oskouie F, Najafi F, Ghazonfari N, Tamizi Z, Afshani S. Physical violence against health care workers: A Nationwide study from Iran. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2016;21(3):232-238.

60. Karaca BK. Samsun İlinde Hekimlerin Şiddete Uğrama Sıklığı, Uğradıkları Şiddetin Özellikleri ve Şiddet Konusundaki Düşünceleri. Uzmanlık Tezi. On Dokuz Mayıs Üniversitesi; 2014. Samsun.
61. Tosun Ü. Şiddet Türleri ve Uygulandıkları Ortamlara Göre Çeşitleri. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü. 2021;14-15.
62. Kuehn BM. Violence in health care settings on rise. JAMA. 2010;304(5):511–2. DOI:10.1001/jama.2010.1010.
63. Magnavita N, Heponiemi T. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: A repeated cross-sectional study. BMC Health Serv Res. 2012;12(1):108.
64. Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A. Aggression and violence against health care workers in Germany- a cross sectional retrospective survey. BMC Health Serv Res. 2010;10:51.
65. Mento C, Silvestri MC, Bruno A, et al. Workplace violence against healthcare professionals: a systematic review. Aggression and Violent Behavior. 2020;51:101381. DOI:10.1016/j.avb.2020.101381.
66. International Council of Nursing (ICN). 2017 - Nurses: A voice to lead - Achieving the sustainable development goals. Available at <http://www.icn.ch/publications/2017-nursing-a-voice-to-lead-achieving-the-sustainabledevelopment-goals/>. Accessed October 22, 2018.
67. World Health Organization (Who). Violence against health workers. Available at http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/. Accessed October 22, 2018.
68. Uskun E, Batmaz K, Aydın G. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve İlişkili Faktörler: Araştırma Uygulama Hastanesi Örneği. Med J SDU. 2022;29(1):23-35.
69. Havaei F, MacPhee M, Ma A. Workplace violence among British Columbia nurses across different roles and contexts. Healthcare. Multidisciplinary Digital Publishing Institute. 2020;8(2):98.
70. Shaikh S, Baig LA, Hashmi I, Khan M, Jamali S. The magnitude and determinants of violence against healthcare workers in Pakistan. BMJ Global Health. 2020;5(4):e002112.

71. DSÖ. Dünya Sağlık Örgütü. <https://www.who.int/tools/occupational-hazards-in-health-sector/violence-harassment>. Alınma tarihi: 13 Mayıs 2023.
72. Yılar Erkek Z, Gökçek S. Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının şiddet eğiliminin incelenmesi. TOGÜ Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;2(3):260-274.
73. Eyitmiş AM, Sezer F. Covid-19 döneminde sağlık personeline yönelik hasta-hasta yakınlarının uyguladığı şiddet değişti mi? nitel bir çalışma. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2022;23(1):244-268.
74. Blumenthal D, Fowler EJ, Abrams M, Collins SR. Covid-19—implications for the healthcare system. The New England Journal of Medicine. 2020;383(15):1483–8.
75. Sun N, Wei L, Wang H, Wang X, Gao M. Qualitative study of the psychological experience of COVID-19 patients during hospitalization. Journal of Affective Disorders. 2021;278:15–22.
76. Vento S, Cainelli F, Vallone A. Violence against healthcare workers: a worldwide phenomenon with serious consequences. Frontiers in Public Health. 2020;541.
77. Mega E. Türkiye'de sağlık çalışanı sağlığı ve güvenliği bağlamında sağlıkta şiddet hakkındaki hukukî düzenlemelerin analizi. Legal Hukuk Dergisi. 2021;19(221):2245-2276. Erişim 07.09.2022. <https://hdl.handle.net/20500.12511/8661>.
78. Liu J, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. Occupational and Environmental Medicine. 2019;76(12):927–937. DOI:10.1136/oemed.2019-105849.
79. Bozkurt KE. Asistan Hekimlerin Sağlıkta Şiddet Olayları Karşısındaki Tutumlarının, Hasta Ve Hastalık Yönetimi Sürecindeki Kararlarına Olan Etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği; 2023. Ankara.
80. Öz E. Sağlıkta Hapları Neden Olan Riske Dahil: Meta Analiz Çalışması. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi; 2020. İstanbul.
81. Sağlık-Sen. Sağlık çalışanları şiddet araştırması. Sağlık-Sen Ar-ge Birimi. Ankara; 2013.

82. Batmaz K, Uskun E, Aydın G. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve ilişkili faktörler: Araştırma uygulama hastanesi örneği. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2022;29(1):23-35.
83. Kılıç M, Koçak M. Evaluation of violence against emergency physicians. Journal of Health Sciences and Medicine. 2022;5(6):1698-1703.
84. Şahiner A, Ak R, Aygün K, Turan C, Öztürk T, Yurdakul E. Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde şiddet nedeniyle verilen beyaz kodların analizi. Boğaziçi Tıp Dergisi. 2018;5(1):11-16.
85. Itzhaki M, Bluvstein I, Peles Bortz A, Kostistky H, Bar Noy D, Filshtinsky V, Theilla M. Mental health nurse's exposure to workplace violence leads to job stress, which leads to reduced professional quality of life. Frontiers in Psychiatry. 2018;9:59.
86. Dursun S, Aytaç S, Akıncı SF. İşe bağlı stres ve şiddet: taksi sürücülerine bağlı bir uygulama. Sosyal Siyaset Konferansları. 2011;61(2):20-23.
87. Cinoğlu A. Sağlık Kurumlarında Şiddet (Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dönem Projesi). 2015. Denizli.
88. Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması Genelgesi. 2016. Erişim tarihi: 04.06.2023. <https://beyazkod.saglik.gov.tr/hukuki-yardim-ve-uygulama-genelgesi.pdf>.
89. Arıkan K. Sağlık Çalışanlarının Şiddete Uğrama Durumunda Beyaz Kod Vermedeki Bilgi, Tutum Ve Davranışları Sağlık Ve Sağlık Çalışanlarının Sağlıkta Şiddeti Önleme Konusundaki Önerileri. İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Tıpta Uzmanlık Tezi. 2019. İstanbul.
90. Çamcı O. Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2010. İstanbul.
91. Yücens B, Oğuzhanoğlu NK. Sağlık çalışanlarının şiddet algısı, şiddete uğrama ve şiddetten etkilenme durumları sağlık çalışanlarında şiddet. Pamukkale Tıp Dergisi. 2020;13(2):321-329. DOI: <https://doi.org/10.31362/patd.669733>.
92. İmamoğlu SE. Genç Yetişkinlikte Kişilerarası İlişkilerin Cinsiyet, Cinsiyet Roller ve Yalnızlık Algısı Açısından İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. 2008. İstanbul.

93. Siyez DM. Kişilerarası İlişkiler ve Etkili İletişim. Ankara: Pegem Akademi Yayınevi; 2016. 10. Baskı.
94. Çelebi GY, Odacı H. Bağlanma stilleri, ilişkilere ilişkin bilişsel çarpıtmalar, kişilerarası ilişki tarzları ve kişilik özelliklerinin evlilik uyumunu yordamadaki rolünün incelenmesi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2018;18(40):89-120.
95. Karabacak-Çelik A, Topkaya N. Üniversite öğrencilerinde kişilerarası ilişki tarzlarının yordayıcısı olarak beş faktörlü kişilik özellikleri. OPUS International Journal of Society Researches. 2018;9(16):138-159.
96. Erol Z. (2015) Onay Bağımlılığı. Erişim tarihi: 11 Kasım 2018. <http://www.zehraerol.com/onay-bagimlilik/>.
97. Bebek H. Onay bağımlılığı ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. NP Akademi. 2012.
98. Karaşar B. Öğretmen adaylarının bağlanma stilleri ve sosyal kaygı düzeyleri arasındaki ilişki. Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2014;3(1):27-49.
99. Karaşar B, Öğülmüş S. Üniversite öğrencilerinde sosyal onay ihtiyacının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2016;29(2):469-495.
100. İmamoğlu S. Kişilerarası İlişkiler. İstanbul: Yeni İnsan Yayınevi; 2009.
101. Siyez DM. Üniversite Öğrencilerinde Onay Bağımlılığı ve Empatinin Sosyal Fayda Aracılığıyla Aşırı İnternet Kullanımına Etkisi. Anatolian Journal of Psychiatry. 2015;16(1):30-36.
102. Dökmen Ü. Empatinin Yeni Bir Modele Dayanılarak Ölçülmesi Ve Psikodrama İle Geliştirilmesi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 1988;21(1-2):155-190
103. Salovey P, Grewal D. The science of emotional intelligence. Current Directions in Psychological Science. 2005;14. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00381.x>
104. Yüksel A. Empati eğitim programının ilköğretim öğrencilerinin empatik becerilerine etkisi. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2004;17(2):341-354

105. Yurduseven R. Hz. Peygamber'in Hadislerinde Empati. Yüksek Lisans Tezi, Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2018.
106. Karaşen S. Üniversite Öğrencilerinin Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalarının Kişilerarası İlişki Boyutları İle İlişkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2017.
107. Büyükdağ Y. Kişilerarası ilişkilerde güven düzeyi ile travma sonrası hayata küsme düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2018.
108. McKay M, Davis M, Fanning P. İletişim Becerileri. Ankara: HYB; 2012.
109. Kuzucu Y. Duyguları Fark Etmeye Ve İfade Etmeye Yönelik Bir Psiko Eğitim Programının, Üniversite Öğrencilerinin Duygusal Farkındalık Düzeylerine, Duyguları İfade Etme Eğilimlerine, Psikolojik Ve Öznel İyi Oluşlarına Etkisi. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. 2006.
110. Çıplak E, Atıcı M. Grupla Psikolojik Danışmada Şiir Kullanımının Üniversite Öğrencilerinin Empati ve Duygu Farkındalığı Düzeylerine Etkisi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2016;6(45):115-127.
111. Akbaba S. Kişilerarası ilişkiler ve iletişim becerileri. Eğitim Araştırmaları Dergisi. 2004;5(1):45-58.
112. Erözkan A. Lise Öğrencilerinde Kişilerarası İlişki Tarzlarının Yordayıcıları. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2009;21:543-5.
113. Ghareeb NS, El-Shafei DA, Eladl AM. Workplace violence among healthcare workers during COVID-19 pandemic in a Jordanian governmental hospital: the tip of the iceberg. Environ Sci Pollut Res. 2021;28(43):61441-61449.
114. Ünlü S, Yaşar L. Dijitalleşme Çerçevesinde Sağlık Okuryazarlığı Kazanımları Ve Stratejileri. İçinde: Darı AB (Ed.) Dijital Okuryazarlık. İlk Baskı, sayfa 97-109. İstanbul: Eğitim Kitabevi; 2022.
115. Aydın BO, Şahin E. Hastanelerde hasta yakınları tarafından belirlenen iletişim engellerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. İletişim Kuram ve Araştırması Dergisi. 2018;46:60.
116. Ozana Ural, Güven G, Sezer T, Azkeskin Kadriye, Yılmaz E. Okul öncesi dönemdeki çocukların bağlanma biçimleri ile sosyal yetkinlik ve duygu düzenleme becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2015.

117. Gendron B. Emotional capital: the set of emotional competencies as professional and vocational skills in emotional works and jobs. *Revista española de educación comparada*. 2017
118. Tang W, Yan Z, Lu Y, Xu J. Prospective examination of adolescent emotional intelligence and post-traumatic growth during and after COVID-19 lockdown. *Journal of Affective Disorders*. 2022;309:368–374. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.129>.
119. Quintana-Orts C, Rey L, Mérida-López S, Extremera N. What bridges the gap between emotional intelligence and suicide risk in victims of bullying? A moderated mediation study. *Journal of Affective Disorders*. 2019;245:798–805. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.030>.
120. Goleman D. *Sosyal Zeka*. İstanbul: Varlık Yayınları; 2007. s.16.
121. Husain W, Inam A, Wasif S, Zaman S. Emotional intelligence: Emotional expression and emotional regulation for intrinsic and extrinsic emotional satisfaction. *Psychology Research and Behavior Management*. 2022;15:3901–3913. <https://doi.org/10.2147/prbm.S396469>.
122. Sfeir E, El Othman R, Barakat M, Hallit S, Obeid S. Personality traits and mental health among Lebanese medical students: The mediating role of emotional intelligence. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(12). <https://doi.org/10.3390/healthcare10122516>
123. Mendoza Bernal I, Sánchez-Teruel D, Robles-Bello MA, Sarhani-Robles A, Sarhani-Robles M. Predictors of resilience in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study comparing the first and second waves. *BMC Psychol*. 2023;11(1):143. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01077-7>
124. Tian J, Zhang W, Mao Y, Gurr D. The impact of transformational leadership on teachers’ job burnout: The mediating role of social-emotional competence and student-teacher relationship. *J Educ Adm*. 2022.
125. Smith KB, Profetto-McGrath J, Cummings GG. Emotional intelligence and nursing: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2009;46(12):1624-1636.
126. Bruni PT. Social-emotional expertise (SEE): Interoception, person perception, and granularity. [Unpublished thesis]. Vanderbilt University; 2020.

127. Schoon I. Towards an Integrative Taxonomy of Social-Emotional Competences. *Front Psychol.* 2021;12(March):1.
128. Avcı Ö. Duygusal zekâ ve iletişim. İstanbul: Beta Yayıncılık; 2017.
129. Sergio RP, Dungca AL, Ormita LAG. The demographic variables and emotional intelligence as correlates of work values: A cross-cultural examination towards organizational change. *Journal of Economics, Business and Management.* 2015;3(2):167-175.
130. Şat A, Amil O, Özdevecioğlu M. Duygusal zekâ ve duygusal emek düzeylerinin bazı demografik değişkenler açısından incelenmesi: Özel okul öğretmenleri ile bir araştırma. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.* 2015;1(39):1-20.
131. Özbozkurt OB. Duygusal Zekâ Ve İş Gören Performansının Demografik Değişkenler İle İlişkisi: Mersin İlinde Bir Araştırma. *Sciences.* 2019;5(15):331-343.
132. Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning [CASEL]. (2017). Key implementation insights from the Collaborating Districts Initiative.
133. Yoder N, Atwell MN, Godek D, Dusenbury L, Bridgeland JM, Weissberg R. Preparing Youth for the Workforce of Tomorrow: Cultivating the Social and Emotional Skills Employers Demand. SEL for Workforce Development. Collaborating States Initiative. *Collab Acad Soc Emot Learn.* 2020.
134. Donahue-Keegan D, Karatas J, Elcock-Price V, Weinberg N. Social-Emotional Competence: Vital to Cultivating Mindful Global Citizenship in Higher Education. Vol. 9, Engaging Dissonance: Developing Mindful Global Citizenship in Higher Education. 2017. p. 265–91.
135. Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (CASEL). What is SEL? Chicago: CASEL; 2021. Available from: <https://casel.org/what-is-sel/>
136. Durlak JA, Domitrovich CE, Weissberg RP, Gullotta TP, editors. Handbook of Social and Emotional Learning: Research and Practice. New York: The Guilford Press; 2015.
137. Kenny DA. PERSON: A general model of interpersonal perception. *Pers Soc Psychol Rev.* 2004;8:265-280.
138. Montepare JM. Exploring interpersonal sensitivity: What, who, why, and to what end? *J Nonverbal Behav.* 2004;28:143-145.

139. Goleman D. Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ. 10th Anniversary ed. New York: Bantam Books; 2005.
140. DÖKMEN Ü. İletişim Çatışmaları ve Empati. 34th ed. İstanbul: Sistem Yayıncılık; 2005.
141. Aslan Ş, Özata M. Sağlık yöneticilerinde duygusal zekâ boyutlarının Cooper Sawaf haritasıyla araştırılması. Hacettepe Sağlık İdaresi Derg. 2006;9(2).
142. Baltaş Z. İnsanın dünyasını aydınlatan ve işine yansıyan ışık duygusal zekâ. 7th ed. İstanbul: Remzi Kitapevi; 2015. s. 62.
143. Çankaya M, Çiftçi GE. Hemşirelerin stresle başa çıkma tarzlarında duygusal zekanın etkisi: Çorum ilinde bir uygulama. Anadolu Univ Sos Bilim Derg. 2019;19(2):391-414.
144. Tuncer M, Demiralp M. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerde duygusal zekâ ve iletişim becerileri ilişkisi: çok merkezli bir çalışma. TAF Prev Med Bull. 2016;15(5).
145. Adams KL, Iseler JI. The relationship of bedside nurses' emotional intelligence with quality of care. J Nurs Care Qual. 2014;29(2):174-181.
146. Çapık A, Sakar T, Apay SE. Gebelikte sağlık uygulamaları ile duygusal zekâ arasındaki ilişki. Int Ref J Nurs Res. 2016;6:12.
147. Başoğlu C, Özgür G. Role of emotional intelligence in conflict management strategies of nurses. Asian Nurs Res. 2016;10:228-233.
148. Cerit B, Öz F. Hemşirelerde duygusal zekanın iletişim becerilerine etkisi. Sağlık Akad Kastamonu. 2019;4(1):1-21. Available from: <https://dx.doi.org/10.25279/sak.459199>
149. Littlejohn P. The missing link: Using emotional intelligence to reduce workplace stress and workplace violence in our nursing and other health professions. Prof Nurs J. 2012;28(6):360-368
150. Ashraf N, Bau N, Low C, McGinn K. Negotiating a better future: How interpersonal skills facilitate intergenerational investment. Q J Econ. 2020;135(2):1095-1151. doi: gg773d.
151. Marinho-Araujo CM, Almeida LS. Abordagem de competências, desenvolvimento humano e educação superior. Psicol Teor Pesq. 2016;32(Suppl):1-10. doi: hvxm.

152. İnan AY, Temel G. Sosyal-Duygusal Yetkinlik Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik-geçerlilik çalışması. IBAD Sosyal Bilimler Derg. 2021;(10):142-160.
153. Acar M. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının hemşirelerin mesleki bağlılığı üzerine etkisi. Master's thesis. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2022.
154. Tuğçe ER, Ayoğlu F, Açıkgöz B. Sağlık çalışanına yönelik şiddet: Risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. Turk J Public Health. 2021;19(1):69-78.
155. **Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti.** Hemşirelik Kanunu'nda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Ankara: Resmi Gazete; 2007 May 2. Resmi Gazete Sayısı: 26509. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/>.
156. Saraç YE. Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddete ilişkin tutumları ve bu tutumları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. 2020.
157. Nas, H. (2023). Ameliyathane hemşirelerinin iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi (Master's thesis, Biruni Üniversitesi).
158. 2368 Sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun. Resmi Gazete. 1980 Aralık 31; 17207 Mükerrer. Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr>. Erişim tarihi: 22 Haziran 2024.
159. Shemtob L, Good L, Ferris M, Asanati K, Majeed A. Supporting healthcare workers with work-related stress. BMJ. 2022;379. doi:10.1136/bmj-2022-070779.
160. Afonso P, Fonseca M, Pires J. Impact of working hours on sleep and mental health. Occup Med (Lond). 2017;67(5):377-382. doi:10.1093/occmed/kqx054.
161. Yılmaz C, Onan N. Acil servis hasta yakını örnekleminde öfke ifadesi ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddete bakışın incelenmesi. Adıyaman Univ Sağlık Bilim Derg. 2021;7(3):231-242.
162. Aydemir İ, Üçlü R, Aydoğan A. Acil servis personeline göre şiddetin nedenleri. J Istanbul Fac Med. 2020;83(1):60-68.
163. Üzümcü F, Oksay A. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekim Ve Hemşirelere Yönelik Şiddetin Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Univ Vizyoner Derg. 2019;10(25):584-598.

164. Hatunoğlu Z, Kılılı M. Hastane işletmelerinin istihdam ettikleri muhasebe elemanlarında aradıkları nitelikler ve muhasebe eğitiminden beklentileri: Kahramanmaraş, Gaziantep ve Osmaniye illerinde bir alan çalışması. Niğde Univ İİBF Derg. 2014;7(1):228-241.
165. Bekar EÖ, Çevik E. Beyaz kod verileri ışığında düzce ilindeki sağlık çalışanlarına yönelik şiddet. Düzce Univ Sağlık Bilim Enstit Derg. 2021;11(3):298-304.
166. İlhan MN, Çakır M, Tunca MZ, Avcı E, Çetin E, Aydemir Ö, Bumin MA. Toplum gözüyle sağlık çalışanlarına şiddet: nedenler, tutumlar, davranışlar. Gazi Med J. 2013;24(1).
167. Öz Y. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Boyutları ve Önlenmesine Yönelik Öneriler. Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi. 2020;13(2):123-134.
168. Hoşgör H, Türkmen İ. Bitmeyen çile: Sağlıkta şiddet (medimagazin haber portalı üzerinden bir araştırma). Izmir Democracy Univ Health Sci J. 2021;4(2):192-211.
169. Lim MC, Jeffree MS, Saupin SS, Giloi N, Lukman KA. Workplace violence in healthcare settings: the risk factors, implications and collaborative preventive measures. Ann Med Surg (Lond). 2022;78:103727. doi:10.1016/j.amsu.2022.103727.
170. McGuire SS, Gazley B, Majerus AC, Mullan AF, Clements CM. Impact of the COVID-19 pandemic on workplace violence at an academic emergency department. Am J Emerg Med. 2021;49:433-441. doi:10.1016/j.ajem.2021.09.045.
171. Arnetz JE, Arnetz BB. Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. Soc Sci Med. 2001;52(3):417-427. doi:10.1016/S0277-9536(00)00146-5.
172. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HE, Nachreiner NM, Geisser MS, et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. Occup Environ Med. 2004;61(6):495-503. doi:10.1136/oem.2003.007294.

173. Lanctôt N, Guay S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggress Violent Behav.* 2014;19(5):492-501. doi:10.1016/j.avb.2014.07.010.
174. Moudatsou M, Stavropoulou A, Philalithis A, Koukouli S. The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare (Basel).* 2020;8(1):26. doi:10.3390/healthcare8010026.
175. DiBlasio A, Barazandeh M. Empathy in Healthcare: Putting Care Back into the System. *Psychology Today.* 2020.
176. Ramírez MR, Otero P, Blanco V, Ontaneda MP, Díaz O, Vázquez FL. Prevalence and correlates of burnout in health professionals in Ecuador. *Compr Psychiatry.* 2018;82:73-83. doi:10.1016/j.comppsy.2017.11.011.
177. Iparraguirre Reyes BL. Revisión sistemática de estudios de calidad de atención en los servicios de hospitalización de los hospitales del Perú. Lima: Universidad Cesar Vallejo; 2021.
178. Pype P, Mertens F, Helewaut F, Krystallidou D. Healthcare teams as complex adaptive systems: understanding team behaviour through team members' perception of interpersonal interaction. *BMC Health Serv Res.* 2018;18:1-13.
179. Oliveira IM, de Castro I, Silva AD, Taveira MC. Social-Emotional Skills, Career Adaptability, and Agentic School Engagement. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(8):5597. doi:10.3390/ijerph20085597.
180. Aydın M. Isparta-Burdur sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve şiddet algısı. *Türk Tabipleri Birliği, Isparta- Burdur Tabip Odası Başkanlığı;* 2008.
181. Öztunç G. An examination of verbal and physical abuse incidents that nurses encounter in their work, in various hospitals in Adana. *J Nurs Coll Cumhuriyet Univ.* 2001;5(1):1-9.
182. Ergun FS, Karadakovan A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *Int Nurs Rev.* 2005;52:154-60.
183. İnancıcı SY, Yardımcı G, Yüksel RG, Binatamir Y. Intern hekimlerin iletişim becerileri ile şiddete maruz kalma oranları arasındaki ilişki. *J Surg Med.* 2020;4(2):73-88. doi:10.25282/jsurgmed.535217.
184. Mert A, Yılmaz H, Kaya Z, Demirci E. Öğrencilerin Öfke Düzeyleri ve Güven Duygusu Arasındaki İlişki. *Türk Psikoloji Dergisi.* 2019;34(2):123-135.

185. Di Prinzio RR, Bondanini G, De Falco F, Vinci MR, Camisa V, Santoro A, et al. The management of workplace violence against healthcare workers: a multidisciplinary team for Total Worker Health® approach in a hospital. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;20(1):196. doi:10.3390/ijerph20010196.
186. Volger S, Estorninos EM, Capeding MR, Lebumfacil J, Radler DR, Scott Parrott J, Rothpletz-Puglia P. Health-related quality of life, temperament, and eating behavior among formula-fed infants in the Philippines: a pilot study. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16:1-13. doi:10.1186/s12955-018-0944-5.
187. Xiao X, Zheng R, Liu J, Li Y, Chen X. The impact of workplace violence on job satisfaction, job burnout, and turnover intention: the mediating role of social support. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16(1):1-9. doi:10.1186/s12955-018-0944-5.

8. EKLER

Ek 1:

TANITICI BİLGİ FORMU

Sayın katılımcı, çalışma, sağlık çalışanlarının kişilerarası ilişki biçimleri ve sosyal-duygusal yetkinlik düzeyleri ile şiddete maruz kalma durumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Lütfen her bir soruyu boş bırakmadan yanıtlayınız. Sorulara vereceğiniz yanıtlar, araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır. Araştırma bilgi toplama amacıyla yapıldığından, adınızı ve soyadınızı yazmanıza veya kimliğinizi belirtecek herhangi bir işaret koymanıza gerek yoktur. Her bir soruya içtenlikle vereceğiniz yanıtlar, araştırma sonuçları açısından oldukça önemlidir.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Araştırmacı
Tuğba UYGUN

1. Yaşınız

2. Cinsiyetiniz · Kadın · Erkek

3. Eğitim durumunuz? · Lise · Lisans · Önlisans
· Lisansüstü · Diğer (Belirtiniz)

4. Mesleğiniz.....

5. Medeni durumunuz · Bekar · Evli

6. Çocuğunuz var mı?

· Hayır · Evet ise sayısı.....

7. Hastanede çalıştığınız birim?

· Yataklı Servisler(Dahiliye/Çocuk/Kardiyoloji/Genel Cerrahi/Diğer)

· Acil servis

· Yoğun bakım

☐ Poliklinik

· Ameliyathane

· Diğer (Belirtiniz)

8. Ne kadar süredir bu hastanede görev yapıyorsunuz?

9. Çalışma biçiminiz nasıl?

- Sadece gündüz · Sadece gece · Gece-gündüz · Diğer (belirtiniz)

10. Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?

- 40saat · 40-56 saat · 56 saat ve üzeri

11. Genel olarak kendinizi nasıl tanımlarsınız?

- Neşeli mutlu biriyim
· Sakin sabırlı biriyim
· Stresli-gergin biriyim
· Anksiyeteli telaşlı biriyim
· Öfkeli biriyim
· Diğer (Belirtiniz)

12. Sigara kullanıyor musunuz?

- Hayır · Evet ise belirtiniz..... kullanım miktarı (günde)

13. Size göre hizmet verdiğiniz birimde hizmet sunumunuzu olumsuz etkileyen faktörler var mı?

- Hayır · Evet ise lütfen aşağıdaki seçeneklerden hangisi, belirtiniz.
· Hastanenin fiziki koşullarındaki yetersizlik
· İş yükünün fazlalığı
· Çalışılan sürenin fazlalığı

☐ Malzeme yetersizliği

- Yoğun ve stresli çalışma ortamı
· Sağlık çalışanı başına düşen hasta sayısının fazla olması
· Ekip üyeleri arasındaki ilişki
· Diğer (Belirtiniz)

14. Hasta ve hasta yakınları ile iletişim kurmanızı engelleyen çevresel faktörler nelerdir?

- Gürültü
- Ayaküstü-mesafeli olmayan ortam
- Uyanların fazla olması
- ☐ Hizmet alan hasta sayısını fazla olması
- Uzun çalışma saatlerinin olması
- Mola ve dinlenme saatlerinin fazla olması
- Vardiyalı çalışma koşulları
- Diğer (Belirtiniz)

15. Hasta ve hasta yakınları ile iletişim kurmanızı engelleyen bireysel faktörler var mıdır?

- Hayır
- Evet ise lütfen aşağıdaki seçeneklerden belirtiniz.
- Hasta ve hasta yakının gergin, kaygılı(ağrı vb.) ,sıkıntılı olması
- Hasta ve hasta yakınının karşılanması mümkün olmayan isteklerde bulunması
- İletişim kurmada isteksiz olmam
- ☐ Kendimi yorgun, uykusuz hissetmem
- Kendimi tükenmiş hissetmem
- Kişisel sorunlarımın olması
- İş doyumumun yetersiz oluşu
- Diğer (Belirtiniz)....

16. Çalışma hayatınızda şiddet deneyimleme durumunuz:

· Yaşamadım · 1 kez yaşadım · 2 kez yaşadım · 3 ve daha fazla kez yaşadım · Diğer belirtiniz.....

(Şiddet deneyimi yaşamadıysanız bir sonrası ölçek sorularına geçiniz)

17. Şiddet eylemi uygulayan kişi kimdi?

- Hasta
- Hasta yakının
- Hastane çalışanı ise görevi.....
- Hatırlamıyorum
- Belirtmek istemiyorum
- Diğer belirtiniz.....

20. Şiddet eylemi uygulayan kişinin cinsiyeti neydi?

- Kadın
- Erkek

21. Şiddet eylemi uygulayan kişinin tahmini yaşı neydi?

22. Uygulanan şiddet biçimi neydi?

- Sözel (*belirtiniz*)
- Sözlü tartışma
- Tehdit etme
- Küfretme
- Küçük düşürme
- Diğer (*belirtiniz*).....

- Fiziksel (*belirtiniz*)
- Nesne/silah, bıçak kullanma
- vurma (*tokat, tekme, yumruklama*)
- Diğer (*belirtiniz*).....

- Duygusal (*belirtiniz*)

- Cinsel (*belirtiniz*)

- Diğer (*belirtiniz*)

24. Şiddetin gerçekleştiği tahmini zaman aralığı nedir?

- 08.01-16.00
- 16.01-00.00
- 00.01-08.00

25. Şiddet olayı hangi girişimi gerçekleştirirken meydana geldi?

- Dinleme / yemek yeme
- Hasta muayanesi
- Tedavi/bakım

☐ Tetkik işlemleri(röntgen/ tomografi çekimi)

- İnvazif girişimler
- Diğer (*Belirtiniz*)....

26. Şiddet uygulayan kişi talep ettiği işlem için ortalama ne kadar süre bekledi?

27. Şiddet davranışı karşısında ne yaptınız?

- Karşılık vermedim
- Karşılık verdim
- Korkup, kaçtım
- Diğer belirtiniz.....

28. Şiddet sonrası ne hissettiniz?

- Hiçbir şey hissetmedim
- Korku
- Öfke
- Endişe
- Diğer belirtiniz.....

29. Şiddet sonrasında nasıl çözüm arandı?

- Kişi kendiliğinden uzaklaştı, bir şey yapılmadı
- Beyaz kod verdim
- Hastane polisi olaya müdahale etti.

☐ Tutanak tutuldu, şikayetçi oldum

- Sorunlu kişi ile uzlaşarak çözüldü

30. Şiddet sonrası hastanemiz durum için aldığı önlem nedir?

- Bulunduğum birime güvenlik görevlisi konuldu
- Hastane polisi düzenli kontrole geldi

☐ Bulunduğum birime güvenlik kamerası konuldu.

- Panik butonu (beyaz kod için) yapıldı.
- Diğer, *belirtiniz*.....

Ek 2:**KİŞİLERARASI İLİŞKİ BOYUTLARI ÖLÇEĞİ (KİBÖ)**

	Aşağıdaki ifadeler	<i>Tamamen Tanımlıyor</i>	<i>Oldukça Tanımlıyor</i>	<i>Kısmen Tanımlıyor</i>	<i>Çok Az Tanımlıyor</i>	<i>Hiç Tanımlamıyor</i>
	“SİZİ NE KADAR TANIMLIYOR?”					
1	İnsanların sözünde duracağına güvenirim.					
2	Kendimi iyi hissetmediğim zaman, bana ilgi ve şefkat gösterilmesinden hoşlanırım.					
3	Kendimi kolayca kaybedip, öfkelenebilirim.					
4	İnsanların benim hakkımdaki düşünceleri, benim duygularımı etkiler.					
5	Kimseye kolay kolay güvenmem.					
6	Karşımdaki insana duygularımı beli etmekte zorlanmam.					
7	Fikirlerimi söylemeden önce, başkalarının ne düşündüğünü bilmek isterim					
8	Tartışma durumlarında konuyu kişiselleştirmem.					
9	Benimle ters düşen insanlardan öç almak isterim					
10	Öfkelendiğimde ağzıma geleni söylerim.					
11	İnsanların hareketlerimi yanlış yorumlamalarından endişelenirim.					
12	Eleştirildiğim zaman otomatikman savunmaya geçerim.					
13	Bir kişi ile bir sorun yaşadığımda, sakın kafa ile düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.					
14	Başkalarına güvenmenin beni sıkıntıya sokacağını düşünürüm.					
15	Öfkemi kolaylıkla kontrol edebilirim.					
16	Başkasının, haklı da olsa, beni eleştirmesine dayanamam.					
17	Bir başka insanın düşünce ve duygularından kolaylıkla etkilenirim.					

		Tamamen Tanınıyor	Oldukça Tanınıyor	Kısmen Tanınıyor	Çok Az Tanınıyor	Hiç Tanınmıyor
18	Bana dostça yaklaşılması, o kişi ile yakın ilişki kurmamı kolaylaştırır.					
19	Eğer bir insan ile geçmişte olumsuz bir yaşantım olmuş ise, o insan benim gözümde hep haksızdır.					
20	Karşımdaki insanların beni inciteceklerinden korkarım.					
21	Diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedeflerimi kendim belirlemeyi tercih ederim.					
22	Sırlarımı paylaştığım insanların, sırlarımı tutacaklarına güvenirim.					
23	İnsanların beni kullandıklarını düşünürüm.					
24	Ailemden başka hiç kimseye güvenmem.					
25	Kızdığım kişiyi kolaylıkla affedemem.					
26	Hoşuma gitmese de diğerlerini memnun edecek şekilde davranırım.					
27	Karşımdaki insanın bakış açısını anlamada zorluk çekmem.					
28	Herkesin karşı çıkacağını bilsem de, fikirlerimi ortaya koymaktan çekinmem.					
29	İnsanların beni önemsediklerini sanmam.					
30	Diğer insanlardan beklediğim tepkileri alamazsam, cesaretim kırılır.					
31	İnsanların iyi niyetli olmadıklarını düşünürüm.					
32	Başkalarının benim hakkımdaki düşünceleri, kendimi değerlendirmemde son derece önemlidir.					
33	Karşı taraftan sevgi alamazsam kendimi çaresiz hissederim.					
34	Bir insanı önemsemişimi, ona ifade edebilirim.					
35	İhtiyacım olduğunda insanları yanımda bulacağımı biliyorum.					
36	Başkalarının önerileri, nasihatleri olmadan kendi kendime hedefler koymakta zorlanırım.					
37	Konuşmalarım yapıcı ve olumludur.					

		<i>Tamamen Tanınıyor</i>	<i>Oldukça Tanınıyor</i>	<i>Kısmen Tanınıyor</i>	<i>Çok Az Tanınıyor</i>	<i>Hiç Tanınmıyor</i>
38	İnsanların yalan söylediklerine inanırım.					
39	Başkaları ile yakınlık kurmakta zorluk çekmem.					
40	Önemsediğim kişilerin beni onaylamaması, canımı acıtır.					
41	Önemsediğim kişilerin bana ne yapacağımı söylemesi, işimi kolaylaştırır.					
42	Olumlu duygularımı, karşımdaki kişiyle paylaşabilirim.					
43	Başkalarının benim gerçek düşüncelerimi bilmelerini istemem.					
44	Diğer insanlarla yakın ilişki kurduğumda kendimi iyi hissederim.					
45	Etrafımda benden daha güçlü ya da zeki insanlar olduğunda, kolaylıkla kendime güvenimi kaybederim.					
46	Duygularımı kontrol altında tutmak benim için oldukça zordur.					
47	Tanımadığım insanlar arasında kendimi gergin hissederim.					
48	Karşımdaki kişinin ihtiyaçlarını, göz önüne alırım.					
49	Karşımdakini olduğu gibi kabul etmede güçlük yaşarım.					
50	Yeni bir ortamda bile, insanlara güvenmek gerektiğini düşünürüm.					
51	Bir iş yaparken, karşımdaki kişinin de duygularını hesaba katarım.					
52	Problemlili durumlarda, başkalarını suçlama eğilimindeyim.					
53	İnsanların sadece kendi çıkarları ile ilgilendiklerini düşünürüm.					

Ek 3:**SOSYAL-DUYGUSAL YETKİNLİK ÖLÇEĞİ**

Aşağıdaki ifadeler “SİZİ NE KADAR TANIMLIYOR?”	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Genellikle	Her zaman
1. İnsanlarla iletişim kurarken göz teması kurarım.					
2. Her seviyede insanla kolaylıkla iletişim kurabilirim.(çocuklarla, yaşlılarımla, hocalarımla vs)					
3. İnsanlara nasıl tepkilerde bulunmam gerektiğini belirlemek için onların beden dilinden yararlanırım.					
4. Sosyal etkileşimlerde, yüz ifadelerimi doğru zamanda kullanırım.					
5. Hassas durumlarda insanları incitmeden onlarla yüzleşebilirim.					
6. Rahatsız olduğum durumları insanları gücendirmeden ifade edebilirim.					
7. Sosyal etkileşimlerimde kurduğum fiziksel temasların miktarını ve türünü doğru ayarlarım.					
8. Sohbet ederken yaptığım el hareketleri dikkat dağıtmaz; ifade etmek istediğim şeyin anlaşılmasına yardımcı olur.					
9. Sosyal becerilerimi içinde bulunduğum durumun gerektirdiği gibi kullanırım.					
10. Konuşurken hareketli ve canlıyım.					
11. İnsanların yüz ifadelerini anlamakta iyiyim.					
12. Parti gibi sosyal etkinliklerde, insanlar çoğu zaman benimle tanışırlar.					
13. Tanıdığım biri üzgün olduğu zaman, söylenmesi ve yapılması gereken doğru şeyin ne olduğunu bilirim.					
14. İnsanları etkilemek için sesimin özelliklerinden yararlanırım.					
15. Rahatsız edici sosyal etkileşimleri, daha huzurlu hale getirebilirim.					
16. Hangi zamanda nasıl gülümsemem gerektiğini bilirim.					
17. İnsanlar bir topluluk içinde beni gözlemleme imkanına sahip olsaydı, o topluluk içindeki sosyal becerileri en yüksek kişi olduğumu söylerdi.					
18. Duygusal tepkilerimi başkalarının duygularına nasıl uyarlamam gerektiğini bilirim.					
19. İnsanlarla konuşurken, beden duruşum rahat ve iletişime açıktır.					
20. Başkaları, yüzümle (mimiklerimle) kendimi ifade edebildiğimi söyler.					
21. Duygusal ifadelerim etkileyici ve ikna edicidir.					
22. Duygularımı ifade ederken ses tonumdan yararlanırım.					
23. İnsanlar onları dinlediğimi anlasın diye sohbet esnasında başımı (olumlu anlamda) yeterince sallarım.					
24. Gergin bir sohbeti nasıl sakinleştireceğimi bilirim.					
25 İnsanların kendilerini iyi hissetmesini sağlamak için gülerim.					

Ek 4:

KİBÖ (Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği) Ölçek İzni



Ek 5:

SDYÖ (Sosyal- Duyusal Yetkinlik Ölçeği) İzni



Ek 6:

Etik Onay









Ek 7:

Kurum İzni



ÖZGEÇMİŞ

