

Sağlık İletişiminde Yaşanan Sorunların Hekimlere Yönelik Şiddete Etkisi

Dr. Öğr. Üyesi Fatma MANSUR

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, Ankara/Türkiye
fatma.mansur@hbv.edu.tr, [www.orcid.org/0000-0002-0336-6329](https://orcid.org/0000-0002-0336-6329)

Öz

İş yerinde şiddetin sayısı her geçen gün arttığından dolayı sağlık çalışanlarına yönelik şiddet son zamanlarda önemli bir sorun haline gelmiştir. Şiddet olaylarının sadece sayısı artmakla kalmamış, aynı zamanda etkinin şiddeti de mağdurlar üzerinde derin travmatik etkilere neden olmuştur. Sağlık hizmeti kullanıcıları tarafından sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, çok boyutlu bir olgudur ve bu durum profesyonellerin güvenliğini sağlayanlar arasında endişe yaratan bir durumdur. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenlerini belirleyerek gerekli önlemleri almak endişeleri giderecektir. Bu çalışmada sağlık çalışanlarından hekimlere yönelik şiddete etki eden faktörlerden sağlık iletişim sorunu ele alınmıştır. Katılımcıların sağlık iletişim sorunlarını belirlemek amacıyla Yeşildal, Akman Dömbekçi ve Öztürk (2021) tarafından geliştirilen “Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırma verileri online anket yoluyla elde edilmiştir. Araştırmaya 408 kişi dâhil olmuştur. Katılımcılardan sağlık çalışanlarına şiddet uygulayanların %2’si sözel, %0,2’si fiziksel, %4,4’ü de psikolojik şiddet uyguladığını ifade etmiştir. Araştırma sonucunda hekimlerin etkili iletişim becerisindeki yetersizliğin sağlık hizmeti kullanıcılarının sözel ve psikolojik şiddet uygulama niyetini artırdığı; fiziksel şiddet uygulama niyetine ise istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin bulunmadığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Şiddet, Sağlıkta Şiddet, Sağlık İletişimi, Hasta ve Hekim İletişimi

Makale Gönderme Tarihi: 20. 01. 2022

Makale Kabul Tarihi: 17. 03. 2022

Önerilen Atıf:

Mansur, F. (2022). Sağlık İletişiminde Yaşanan Sorunların Hekimlere Yönelik Şiddete Etkisi, *İşletme Akademisi Dergisi*, 3 (1): 57-69.



The Effect of Problems in Health Communication on Violence Against Physicians

Dr. Öğr. Üyesi Fatma MANSUR

Ankara Hacı Bayram Veli University, Faculty of Economics and Administrative Sciences,
Ankara/Türkiye

fatma.mansur@hbv.edu.tr, www.orcid.org/0000-0002-0336-6329

Abstract

Although the number of workplace violence is increasing day by day, violence against healthcare workers has recently become an important problem. Not only has the number of violent incidents increased, but the severity of the impact has had profound traumatic effects on the victims. Violence against healthcare professionals by healthcare users is a multidimensional phenomenon and is a concern among those who ensure the safety of professionals. Determining the causes of violence against healthcare workers and taking the necessary precautions will eliminate the concerns. In this study, the health communication problem, which is one of the factors affecting violence against physicians, was discussed. The “Health Communication Problems Scale” developed by Yeşildal, Akman Dömbekçi and Öztürk (2021) was used to determine the health communication problems of the participants. Research data were obtained through an online survey. 408 people were included in the study. Among the participants, 2% of the participants who used violence against healthcare workers stated that they used verbal violence, 0.2% physical violence, and 4.4% psychological violence. As a result of the research, it was found that the inadequacy of effective communication skills of physicians increased the intention of health service users to apply verbal and psychological violence; on the other hand, it was observed that there was no statistically significant effect on the intention to use physical violence.

Keywords: Violence, Violence in Health, Health Communication, Patient and Physician Communication

Received: 20. 01. 2022

Accepted: 17. 03. 2022

Suggested Citation:

Mansur, F. (2022). The Effect of Problems in Health Communication on Violence Against Physicians, *Journal of Business Academy*, 3 (1): 57-69.

1. GİRİŞ

Şiddet; yaralanma, ölüm, psikolojik zarar veya gelişme geriliği ile sonuçlanan ya da sonuçlanma olasılığı yüksek olan; kendisine, başka bir kişiye veya bir gruba veya topluluğa karşı tehdit veya fiili olarak fiziksel gücün kasıtlı kullanımıdır (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi ve Lozano, 2002).

Şiddeti hayatın her alanında görmek mümkündür. Şiddetin iş yaşamında oldukça sık görülmesiyle birlikte şiddet, iş yerinde şiddet olarak kavramlaştırılmıştır. İş yerinde şiddetin yaygın olarak görüldüğü sektörlerin başında sağlık sektörü gelmektedir. Sağlık kurum ve kuruluşlarındaki şiddet diğer sektörlerden farklıdır. Sağlık sektöründe şiddet genellikle hizmet kullanıcıları; hastalar veya yakınları tarafından uygulanmaktadır. Özellikle fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan iyi durumda olmayan bireyler yani hastalarla bire bir iletişim halinde bulunan sağlık çalışanları her geçen gün daha fazla şiddete maruz kalmaktadır. Amerikan Acil Hekimleri Derneği'ne göre, tüm işyeri saldırılarının ve şiddet eylemlerinin yaklaşık %60'ı sağlık ve sosyal yardım sektörlerinde meydana gelmektedir (Palmer ve York, 2015, s. 5). Türkiye'de yapılan bir araştırmaya göre, sağlık sektöründe şiddet olaylarının oranı 2016'da %28.4, 2017'de %31.88 ve 2018'de %39.7 olarak belirlenmiştir (Polat ve Çırak, 2019, s. 393). Sağlık sektöründe şiddete en fazla maruz kalma riski altında bulunan çalışanlar ambulans görev yapanlar ve acil servis çalışanları olmakla birlikte hemşirelerin de sağlık meslek gruplarına oranla ortalama üç kat daha fazla şiddete maruz kaldıkları bilinmektedir (International Labour Office, 2003, s. 1). Hemşirelerin maruz kaldığı şiddeti belirlemeye yönelik yapılan bir araştırmaya göre, çalışmaya katılan yaklaşık 7.000 acil servis hemşiresinin %53'ünden fazlasının işyerinde sözel şiddete; 13'ünün ise son yedi gün içinde fiziksel şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir (Palmer ve York, 2015, s. 5).

Sağlık kuruluşlarındaki şiddet farklı şekillerde meydana gelmektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Organization [ILO]) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (World Health Organization [WHO]) işyerinde şiddete yönelik tanımlamaları fiziksel şiddet, sözel tehdit veya tehdit edici davranış, hakaret veya istismar başlıkları altında toplamıştır (García-Pérez, Rivera-Sequeiros, Sánchez-Elías ve Lima-Serranoc, 2021, s.392). Fiziksel şiddet: Fiziksel, cinsel veya psikolojik zararlar sonucunda fiziksel güç kullanımını içeren kasıtlı davranıştır. Bunlar; tekmeleme, tokat atma, yumruklama, bıçaklama, itme, ısırma ve çimdikleme olarak tanımlanabilir. Sözlü tehdit veya tehdit edici davranış: Fiziksel, cinsel, psikolojik zarar veya diğer olumsuz sonuçlardan korkmaya neden olacak şekilde fiziksel güç veya güç kullanmakla tehdit etme. Hakaret veya istismar: Bir kişinin onurunu ve öz değerini zedeleyen, küçük düşüren veya saygısızlık içeren sözlü davranış olarak tanımlanabilir.

Sağlık kuruluşlarındaki pek çok hasta, korkudan öfkeye ve hatta zihinsel sağlık sorunlara kadar değişen yoğun duygular yaşar. Bu nedenle, belirli bir miktar hasta saldırganlığı, sağlık alanındaki birçok kişi tarafından işin bir parçası olarak kabul edilir ve birçok vaka bildirilmez. Hastaların özelliklerinin yanı sıra sağlıkta şiddete neden olan pek çok faktör bulunmaktadır.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artmasına neden faktörler kişisel, örgütsel ve çevresel/toplumsal olarak gruplandırılabilir (International Labour Office, 2003, s. 2). Sağlık kurum/kuruluşunun fiziksel çevresi ve altyapısı, insan kaynakları, işyeri kültürü ve iklimi örgütsel faktörler arasında yer almaktadır (Curbow, 2002, s. 45). Sağlık kurum/kuruluşunun faaliyette bulunduğu çevrede yaşayan insanların eğitim durumu, gelir düzeyi, nüfusun yoğunluğu ve suç düzeyi gibi sosyo-kültürel özellikler de çevresel/toplumsal faktörler olarak

değerlendirilmektedir (Occupational Safety and Health Administration, 2016, s. 4). Hastaların genel durumu (ruhsal-fiziksel), bireylerin geçmişte de şiddet davranışı sergilemiş olmaları, alkol veya madde bağımlılığı, kalabalık ve gürültü (Yeşilbaş, 2016, s. 45) iletişim becerisindeki yetersizlikler, sabırlı olmama, empatiden yoksun olma, aktif dinleyememe, yeterli düzeyde mesleki deneyim ve beceriye sahip olmama (Henry ve Ginn, 2002, s. 481) gibi kişisel faktörlerin şiddete neden olduğu belirtilmektedir.

Şiddetin nedenlerine yönelik yapılan çalışmalarda, uzun bekleme süreleri, acil durum algısı, hastalık endişesi, hekimlerin rapor sürelerini uzatmaması, hastaların belirli ilaçları yazdırma talebine karşı çıkma (Bayram, Çetin, Çolak Oray ve Can, 2017), medyada sağlık çalışanlarına yönelik olumsuz yayınlar (Dağ ve Baysal, 2017, s. 95), sağlık çalışanlarının sayısındaki yetersizlikler ve şiddete yönelik yasal düzenlemelerin yetersizliği (Yıldız, 2019, s. 145-146) sayılabilir.

Şiddet sağlık çalışanları için endişe ve psikolojik olarak rahat hissetmemenin ötesinde, azalan iş tatmini, artan mesleki baskı, kötü hasta bakımı gibi pek çok olumsuz sonuç doğurabilir. Ayrıca şiddet, sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılığını da olumsuz yönde etkileyebilir (Peng ve diğerleri, 2018).

Sağlıkta şiddet sorunu çözmek için hem sağlık çalışanlarının sorunu kabul etmesi, çeşitli nedensel faktörleri tartışması, halkın duyarlılığını anlaması ve bir çözüm bulmak için hükümetle işbirliği yapması gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının güvenliğini sağlamak için yasal hükümler ve standartların oluşturulması artan sağlık şiddet eylemlerini durdurmak veya azaltmak açısından elzem bir durumdur.

Bu çalışmada sağlıkta şiddete neden olan kişisel faktörlerden sağlık çalışanı ve hasta arasındaki iletişim sorunu ele alınmaktadır. Araştırmada sağlık iletişiminin sağlık çalışanlara yönelik şiddete etkisi belirlenmeye çalışılmıştır. Araştırma şiddetin nedenlerini belirlemek ve gerekli önlemleri alarak sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet olaylarını azaltmak açısından hem sağlık çalışanları hem de yasa koyucular açısından önemlidir.

2. YÖNTEM

Araştırmada mevcut durumu değerlendirmeye yönelik nicel araştırma yöntemlerinden betimsel (tanımlayıcı) araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini Ankara’da ikamet eden 18 yaş ve üzeri potansiyel sağlık hizmet kullanıcıları oluşturmaktadır. İstatistiksel verilere göre Ankara’nın 18 yaş ve üzeri nüfusu 4.108.168’dir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2021). Örneklem büyüklüğü 0.95 güven aralığında en az 384 olarak kabul edilmektedir (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004, s. 50). Kartopu örnekleme yönteminin kullanıldığı araştırmaya 408 kişi katılmıştır.

Araştırma verilerini elde etmek amacıyla anket tekniği uygulanmıştır. Anketler online olarak katılımcılara ulaştırılmıştır. Anket üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıları tanımlamaya yönelik demografik ifadeler yer verilmiştir. İkinci bölümde ise sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet, şiddet uygulama niyeti ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Üçüncü bölümde ise sağlık hizmeti kullanıcılarının sağlık çalışanları ile yaşamış oldukları iletişim sürecini değerlendirmeye yönelik Yeşildal, Akman Dömbekçi ve Öztürk (2021) tarafından geliştirilen “Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği” kullanılmıştır. Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği; Etkili iletişim (1-6 arası toplam 6 ifade), sosyal iletişim (7-9 arası ifadeler toplam 3 ifade) ve iletişim engelleri (10-13 arası toplam 4 ifade) olmak üzere üç boyut ve toplam 13 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan 1,2,4,5 ve 7 nolu ifadeler ters kodlanmıştır. Orijinal ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,77’dir.

Çalışma kapsamında cevap aranan araştırma soruları:

- 1- Sağlık iletişimi sorunları sağlık çalışanına yönelik sözel şiddet uygulama niyetine etki eder mi?
- 2- Sağlık iletişimi sorunları sağlık çalışanına yönelik psikolojik şiddet uygulama niyetine etki eder mi?
- 3- Sağlık iletişimi sorunları sağlık çalışanına yönelik fiziksel şiddet uygulama niyetine etki eder mi?

3. BULGULAR

Araştırmada verilerin analizinde SPSS paket programı kullanılmıştır. Öncelikle ölçekte yer alan boyutların altında bulunan ifadelerin boyutu temsil durumlarını incelemek amacıyla Tek Boyutluluk, daha sonra ölçek ifadelerinin güvenilirliğini belirlemek amacıyla Güvenilirlik analizi yapılmıştır.

Tablo 1. Ölçek boyutlarını oluşturan ifadelerle yönelik Tek Boyutluluk Analizi

Boyut	Faktör yükü	KMO	Cronbach Alfa	Toplam ifade
Etkili iletişim sorunu				
İfade-1	,866	,870	,877	6
İfade-2	,858			
İfade-3	,698			
İfade-4	,758			
İfade-5	,807			
İfade-6	,735			
Sosyal iletişim sorunu				
İfade-7	,792	,671	,703	3
İfade-8	,724			
İfade-9	,878			
İletişim engelleri				
İfade-10	,823	,778	,787	4
İfade-11	,704			
İfade-12	,773			
İfade-13	,832			
Sağlık İletişimi Sorunları (Genel)			,891	13

Ölçekte yer alan ifadelerin altında bulundukları boyutu temsil edip etmediğini belirlemek üzere tek boyutluluk analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda faktör yükleri incelenmiştir. Araştırmanın örneklem sayısına göre kabul edilebilir faktör yük değeri değişmektedir. 350 kişinin oluşturduğu örneklem grubunda 0.30 üzeri faktör yükü anlamlı kabul edilebilirken, örneklem sayısı 200 olduğunda bu değer 0.40'e, 120 ve 86 arası olduğunda 0.50 ve 85'e düştüğünde de 0.60'a çıkmaktadır. 50 kişilik bir örneklem için kabul edilebilecek değer 0.75'tir. 50'nin altındaki örneklemelerde ise faktör analizi önerilmemektedir (Hair, Black, Babin ve Anderson, 2010). Örneklem sayısı 408 olduğunda kabul edilebilir faktör yükü 0,30 ve üzeridir. Tablo 1 incelendiğinde tüm ifadelerin faktör yükleri 0,69 ve üzeri olduğundan tüm ifadeler ölçeğe dahil edilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Demografik Özellikleri (n=408)

Demografik Değişkenler		f	%
Cinsiyet	Kadın	308	75,5
	Erkek	100	24,5
Medeni Durum	Evli	200	49,0
	Bekâr	208	51,0
Yaş	18-25 yaş	117	28,7
	26-35 yaş	77	18,9
	36-45 yaş	99	24,3
	46-55 yaş	62	15,2
	56 yaş ve üzeri	53	13,0
Eğitim Durumu	Lise	59	14,5
	Önlisans	59	14,5
	Lisans	241	59,1
	Lisansüstü	49	12,0
Gelir Durumu	4.253 TL ve altı	115	28,2
	4.254-7.000 TL	90	22,1
	7.001-10.000 TL	124	30,4
	10.001-13.000 TL	37	9,1
	13.001 TL ve üzeri	42	10,3
Hizmet Aldığı Sağlık Kuruluşu	Özel hastane	80	19,6
	Devlet hastanesi	176	43,1
	Üniversite hastanesi	50	12,3
	Aile hekimi	102	25,0

Katılımcıların demografik özellik verilerine ilişkin frekanslar Tablo 2’de verilmektedir. Tablo 2’ye göre katılımcıların %75,5’inin kadın; %51’inin bekar; %28,7’sinin 18-25 yaş ve %24,3’ünün 36-45 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Eğitim durumları incelendiğinde büyük çoğunluğu (%59,1) lisans mezunudur. Gelir durumuna göre de %30,4’ünün 7.001-10.000 TL ve %28,2’sinin asgari ücret ve altında geliri bulunmaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun sağlık hizmetini (%43,1) devlet hastanesinden karşıladığı görülmektedir.

Tablo 3. Katılımcıların Şiddet Uygulama ve Şiddet Uygulamaya Niyet Durumları (n=408)

İfadeler		f	%
Daha önce hiçbir sağlık çalışanına sözel şiddet uyguladınız mı?	Evet	8	2,0
	Hayır	400	98,0
Daha önce hiçbir sağlık çalışanına fiziksel şiddet uyguladınız mı?	Evet	1	,2
	Hayır	407	99,8
Daha önce hiçbir sağlık çalışanına psikolojik şiddet uyguladınız mı?	Evet	18	4,4
	Hayır	390	95,6
Sağlık çalışanına şiddet uygulanmasını haklı görüyor musunuz?	Evet	6	1,5
	Hayır	402	98,5
Hekimime sözel şiddet uygulamayı düşündüğüm zamanlar oluyor.	Evet	67	16,4
	Hayır	341	83,6
Hekimime psikolojik şiddet uygulamayı düşündüğüm zamanlar oluyor.	Evet	33	8,1
	Hayır	375	91,9
Hekimime fiziksel şiddet uygulamayı düşündüğüm zamanlar oluyor.	Evet	7	1,7
	Hayır	401	98,3

Katılımcıların daha önce sağlık çalışanlarına sözel, psikolojik veya fiziksel şiddet uygulama durumları ve bahse konu şiddet türleri uygulama niyetlerini belirlemek amacıyla oluşturulan ifadelerle vermiş oldukları yanıtlara ilişkin frekanslar Tablo 3'te verilmiştir. Katılımcıların sağlık çalışanlarına şiddet uygulama yüzdeleri incelendiğinde; %2'si sözel, %0,2'si fiziksel, %4,4'ü de psikolojik şiddet uyguladığını ifade etmiştir. Şiddet uygulama niyetlerine ilişkin yüzdeler incelendiğinde ise %16,4'ü sözel, %8,1'i psikolojik ve %1,7'si de fiziksel şiddet uygulama niyetinde olduklarını belirtmiştir.

Tablo 4. Sağlık İletişimi Sorunlarına Yönelik İfadelerin Frekans Tablosu

İfadeler	$\bar{X}$	s.s.
1. "Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) beni sabırla dinler*"	3,43	,981
2. "Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) hastalığım hakkında bana yeterli bilgi verir. *"	3,57	,961
3. "Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) hastalığım hakkında konuşurken sert üslup kullanır."	2,41	1,021
4. "Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) sorularıma eksiksiz cevap verir. *"	3,38	,982
5. "Doktorlar muayene esnasında benimle göz teması kurar. *"	3,43	1,031
6. "Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) şikâyetimi önemsemez."	2,25	,942
7. "Muayene esnasında soruları cevaplarken çok rahat olurum*"	3,81	,859
8. "Muayene olmam gerektiğinde genellikle gergin olurum."	2,78	1,153
9. "Muayene esnasında kendimi ifade etmekten çekinirim."	2,11	,970
10. "Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) benimle iletişim kurmak için isteksiz davranır."	2,48	,989
11. "Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) anlamını bilmediğim tıbbi terimleri sıklıkla kullanır."	2,67	1,061
12. "Doktorlar muayene sırasında aceleci davranır."	3,06	1,241
13. "Doktorlar reçete ettikleri ilaçlar hakkında detaylı bilgi vermez."	2,89	1,173

*Ters kodlanacak ifadeler

Sağlık iletişimi sorunları ölçeğinde yer alan ifadelerle katılımcıların katılma düzeyleri Tablo 4'te verilmektedir. Ortalamaları yüksek olan ifadelerin (iletişim sorunu olarak değerlendirilirken ters kodlanacak ifadeler) daha çok olumlu ifadeler olduğu görülmektedir. Görece yüksek ortalamalar sıralandığında ilk sırada sosyal iletişim boyutunda yer alan "Muayene esnasında soruları cevaplarken çok rahat olurum" ($\bar{X}=3,81$); ikinci sırada etkili iletişim boyutunda yer alan "Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) hastalığım hakkında bana yeterli bilgi verir" ($\bar{X}=3,57$); üçüncü sırada yine etkili iletişim boyutunda yer alan "Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) beni sabırla dinler" ve "Doktorlar muayene esnasında benimle göz teması kurar" ($\bar{X}=3,43$); dördüncü sırada ise iletişim engelleri boyutunda yer alan ve olumsuz bir ifade olan "Doktorlar muayene sırasında aceleci davranır" ($\bar{X}=3,06$) ifadesi yer almaktadır.

Tablo 5. Sağlık İletişimi Sorunları Boyutlarına İlişkin Ortalamalar

	$\bar{X}$	s.s.
Etkili iletişim sorunu	2,47	,77645
Sosyal iletişim sorunu	2,36	,79349
İletişim engelleri	2,77	,87492

Sağlık iletişim sorunları ölçeğinde yer alan boyutlara ilişkin ortalamalar Tablo 5'te verilmektedir. Tablo incelendiğinde katılımcıların iletişim sorunlarına yönelik ortalamalarının görece düşük düzeyde olduğu söylenebilir. Ortalamalar arasında en yüksek değere sahip boyut iletişim engelleridir ($\bar{X}=2.77$). En düşük ortalama ise sosyal iletişim sorunu boyutunda görülmektedir. Sosyal iletişim boyutu sağlık hizmeti kullanıcılarının kendinden kaynaklı problemlerini ölçmeyi hedeflemektedir.

Tablo 6. Sağlık İletişimi Sorunlarının Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Sözel Şiddet Uygulama Niyetlerine Etkisi

	B	s.h.	Wald	p	Beklenen (B)	B için %95 güven aralığında beklenen	
						Alt	Üst
Etkili iletişim sorunu	-,785	,267	8,673	,00	,456	,270	,769
Sosyal iletişim sorunu	,302	,186	2,617	,10	1,352	,938	1,949
İletişim engelleri	-,353	,226	2,448	,11	,702	,451	1,093
Sabit (Sözel şiddet uygulama niyeti)	4,035	,611	43,556	,00	56,556		
-2 Log likelihood= 329,939 Modelin $\chi^2=34,482$ Modelin χ^2 'nin p değeri= 0,00 Referans (Evet=0)			Cox & Snell $R^2=.081$ Nagelkerke $R^2=.137$ Doğru sınıflandırma=83,6				

Referans değer: Hekime sözel şiddet uygulamayı düşündüğüm zamanlar oluyor (Evet)

Katılımcıların sağlık iletişimi sorunlarının hekime sözel şiddet uygulama durumlarına etkisini belirlemek üzere yapılan lojistik regresyon analiz sonuçları Tablo 6 'da verilmektedir. Analiz sonucunda modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$), etkili iletişimin sözel şiddet uygulama niyetini %13,7 oranında açıkladığı görülmektedir. Etkili iletişim probleminin sözel şiddet uygulama niyetini negatif yönde etkilediği ($B= -,785$) söylenebilir. Referans değer (Evet) üzerinden değerlendirme yapıldığında negatif (-) etki referans olmayan (Hayır) değerinden referans değere (Evet) geçiş anlamına gelmektedir. Buna göre hekimin etkili iletişim sağlayamamasının sağlık hizmeti kullanıcısının sözel şiddet uygulama niyetini artırdığı görülmektedir. Modelde yer alan diğer boyutların ise istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Tablo 7. Sağlık İletişimi Sorunlarının Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Psikolojik Şiddet Uygulama Niyetlerine Etkisi

	B	s.h.	Wald	p	Beklenen (B)	B için %95 güven aralığında beklenen	
						Alt	Üst
Etkili iletişim sorunu	-,695	,336	4,283	,03	,499	,259	,964
Sosyal iletişim sorunu	,030	,231	,016	,89	1,030	,656	1,618
İletişim engelleri	-,302	,298	1,029	,31	,739	,412	1,325
Sabit (Psikolojik şiddet uygulama niyeti)	5,153	,825	39,057	,00	172,912		
-2 Log likelihood= 211,508 Modelin χ^2 = 17,722 Modelin χ^2 'nin p değeri= ,00 Referans (Evet=0)			Cox & Snell R ² =,043 Nagelkerke R ² =,099 Doğru sınıflandırma=91,9				

Referans değer: Hekimime psikolojik şiddet uygulamayı düşündüğüm zamanlar oluyor (Evet)

Katılımcıların sağlık iletişimi sorunlarının hekime psikolojik şiddet uygulama durumlarına etkisini belirlemek üzere yapılan lojistik regresyon analiz sonuçları Tablo 7 'de verilmektedir. Analiz sonucunda modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$), etkili iletişimin psikolojik şiddet uygulama niyetini %9,9 oranında açıkladığı görülmektedir. Etkili iletişim probleminin psikolojik şiddet uygulama niyetini negatif yönde etkilediği ($B= -,695$) söylenebilir. Referans değer (Evet) üzerinden değerlendirme yapıldığında negatif (-) etki referans olmayan (Hayır) değerinden referans değere (Evet) geçiş anlamına gelmektedir. Buna göre hekimin etkili iletişim sağlayamamasının sağlık hizmeti kullanıcısının psikolojik şiddet uygulama niyetini artırdığı görülmektedir. Modelde sağlık iletişim sorunları alt boyutlarından sosyal ilişki ve iletişim engellerinin psikolojik şiddet uygulama niyetine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Tablo 8. Sağlık İletişimi Sorunlarının Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Fiziksel Şiddet Uygulama Niyetlerine Etkisi

	B	s.h.	Wald	p	Beklenen (B)	B için %95 güven aralığında beklenen	
						Alt	Üst
Etkili iletişim	,440	,676	,423	,51	1,552	,412	5,844
Sosyal iletişim	,165	,481	,117	,73	1,179	,459	3,030
İletişim engelleri	-1,176	,589	3,983	,04	,308	,097	,979
Sabit (Fiziksel şiddet uygulama niyeti)	6,157	1,816	11,499	,00	472,226		
-2 Log likelihood= 65,900 Modelin χ^2 = 4,894 Modelin χ^2 'nin p değeri= ,18 Referans (Evet=0)			Cox & Snell R ² =,012 Nagelkerke R ² =,075 Doğru sınıflandırma=98,3				

Referans değer: Hekimime fiziksel şiddet uygulamayı düşündüğüm zamanlar oluyor (Evet)

Katılımcıların sağlık iletişimi sorunlarının hekime fiziksel şiddet uygulama durumlarına etkisini belirlemek üzere yapılan lojistik regresyon analiz sonuçları Tablo 8 'de verilmektedir. Analiz sonucunda modelin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$) görülmektedir.

4. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre şiddet; fiziksel güç veya gücün kasıtlı olarak kullanılması, tehdit etme veya yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişme geriliği veya yoksunlukla sonuçlanan veya sonuçlanma olasılığı yüksek olan, kişinin kendisine, başka bir kişiye veya bir gruba veya topluluğa karşı fiilidir (Dünya Sağlık Örgütü, 2002).

Hastanelere, hastalara, doktorlara ve diğer sağlık çalışanlarına yönelik yaygın şiddet, modern savaşın yaygın bir özelliği haline gelmektedir. Bu saldırılar, yaşamları ve sağlık sistemlerinin ihtiyacı olanlara yönelme kapasitesini yok etmektedir. Bu şiddeti durdurmaya yönelik eylemsizlik, hastaların bakım görmesini sağlamak için oluşturulan değerleri ve yasaları baltalamaktadır (Rubenstein, 2021).

Şiddet insan evriminin ve varlığının ayrılmaz bir parçasıdır. Ancak şiddet eylemleri artık küresel ölçekte yaşamın devamı için bir tehdit oluşturmaktadır. Şiddetin etkileri bulaşıcıdır ve nesilden nesile, kişiden kişiye, aileden aileye ve ulustan ulusa yayılır (Bloom, 2001: 14). Sağlık hizmeti sunanlara yönelik tehdit edici ve saldırgan davranışlar çalışanları elde tutma, hasta güvenliği ve sağlık hizmet kalitesini etkileyen unsurların başında gelmektedir.

Şiddeti etkileyen pek çok unsur bulunmaktadır. Garcia-Perez ve diğerlerinin (2021) yapmış olduğu çalışmada şiddete neden olan faktörler arasında hasta veya hasta yakınlarının asabiyet, saldırganlık gibi kişisel özellikleri ile birlikte aile üyesini kaybetmeye bağlı öfke ve iletişim engelleri (dil ile ilgili zorluklar veya konuşulanları anlamama) yer almaktadır.

Şiddetin nedenlerini belirlemeye yönelik bazı çalışmalarda saldırganlığın çeşitli nedenlerle ortaya çıkabildiği ortaya konmuştur. Sağlık çalışanı-hasta etkileşiminin, özellikle ruh sağlığı ve acil bakım ortamlarında şiddet olayların önemli bir öncülü olarak görüldüğü belirtilmektedir. Sağlık çalışanlarının olumsuz etkileşim tarzları ve sınırlı iletişim becerilerinin saldırganlık ve şiddetin güçlü öncülleri olduğu görülmüştür ((Duxbury ve Whittington, 2005; Whittington ve Wykes, 1996).

Çamcı ve Kutlu (2011) çalışmalarında sağlık sektöründe yaşanan şiddetin nedenlerinin; iş yoğunluğunun fazla olması ancak sağlık çalışanı sayısının yetersiz olması ile aşırı kalabalık ortamlarda çalışmak zorunda kalınması, şiddetle baş etme konusunda çalışanların yeterince eğitim almamış olmamaları, iletişim konusundaki yetersizlikler ve güvenlik görevlisi sayısının yeterli olmaması olduğu belirtilmiştir.

Bingöl ve İnce (2021) çalışmalarında acil servislerde yaşanan şiddet olaylarının önde gelen nedeninin, hastaların durumları hakkında yeterince bilgilendirilmemeleri olduğunu belirtmişlerdir. Benzer bir şekilde Ambesh'in (2016) Hindistan'da hekimlere yönelik şiddetin nedenlerini ortaya koyduğu çalışmada şiddet olaylarının büyük çoğunluğunun (%50'ye yakın) yoğun bakımlarda yaşandığı ve yaklaşık %70'inin hasta yakınlarından kaynaklandığını belirtilmiştir. Hekimlerin yanlış iletişim kurması ve bu nedenle refakatçilerin hastanın iyileşmesi için gerçekçi olmayan ve yüksek beklentilerin oluşması şiddete neden olmaktadır. Yanlış anlaşılma ve beklentinin engellenmesi için sağlık çalışanlarının hastanın prognozunu anlaşılır bir şekilde anlatması ve hastalara karşı empatik bir yaklaşım sergilemeleri gerekmektedir. Araştırmada tıp fakültesinden yeni mezun olan genç doktorların genellikle hastalara karşı yeterince empatik olmadığı ve bununla hasta ve hasta yakınlarında algılanan bir ihmal duygusuna yol açtığı belirtilmektedir. Bu durum da şiddetli saldırıların tetikleyicisi olarak görülmektedir.

Şiddetin nedenlerini belirlemeye yönelik Baig ve diğerleri (2018) tarafından yürütülen çalışmada da ilk beş neden olarak; hastaların ve hasta yakınlarının beklentilerinin karşılanmaması, iletişim

başarısızlığı, insan kaynaklı hata, beklenmedik sonuçlar ve standartların altında bakım hizmeti sunulması gösterilmiştir.

Sağlıkta iletişim sorunlarının sağlık çalışanına yönelik uygulanan sözel, psikolojik ve fiziksel şiddete etkilerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma sonucunda; sağlık iletişimi sorunları alt boyutlarından olan etkili iletişimde yaşanan sorunların sağlık çalışanına yönelik sözel ve psikolojik şiddet uygulama niyetini etkilediği görülmüştür. Buna göre sağlık çalışanlarının hastalarını sabırla dinleme, yeterli bilgi verme, uygun üslup kullanma, sorulara eksiksiz cevap verme, hasta ile göz teması kurma, şikayetleri önemseme gibi etkili iletişim unsurlarının yetersizliği hekime yönelik psikolojik ve sözel şiddet uygulama niyetini artırmaktadır.

Sim, Wain ve Khong (2011) çalışmalarında etkili iletişim becerilerinin geliştirilmesinin şiddetin önlenmesi ve yönetiminde önemli olduğunu belirtmiştir. Etkili iletişim becerileri ve kritik olayların düzenli olarak gözden geçirilmesi ile bu olaylara yönelik stratejilerin geliştirilmesinin şiddeti önleme ve azaltmada etkili olduğu vurgulanmıştır.

Baig ve diğerlerinin (2018) yapmış olduğu çalışmada katılımcıların çoğu, şiddetin; hastaların ciddi sağlık durumları veya hastalığın olumsuz seyri nedeniyle refakatçilerin duygusal tepkilerinin bir sonucu olarak ortaya çıktığını belirtmiştir. Bir diğer neden ise hasta ve refakatçilerinin beklentilerinin karşılanamamasıdır. Özellikle yaşamı tehdit eden acil durumlarda (veya hastanın yaşamını tehdit eden bir acil durum olduğuna inandığı durumlarda) etkili şiddet azaltma teknikleri yoluyla hastanın, aile üyeleri veya arkadaşlarının öfke ve hayal kırıklıklarının yoğunluğunu azaltmak amacıyla şiddeti önlemeyi veya hafifletmeyi amaçlayan eğitim verilmesi önerilmiştir. Sağlık görevlileri ve hastalara refakat eden kişiler arasındaki iletişim kopukluğu da başlıca şiddet nedenlerinden biri olarak rapor edilmiştir. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının hastaları ve onlara eşlik eden kişileri hastanın sağlık durumu hakkında bilgilendirme konusunda eğitilmesi gerektiği belirtilmiştir.

Baby, Gale ve Swain (2018) sağlık hizmetlerinde hastaların saldırganlık ve şiddet davranışlarının yönetiminde iletişim becerileri eğitiminin önemli olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya göre sağlık çalışanları ve hasta arasındaki iyi iletişim, hastanın sürece aktif olarak katılmasına yardımcı olacak, aynı zamanda iletişim becerilerine odaklanan personel eğitimi de hem hastalar hem de sağlık çalışanlarına fayda sağlayacaktır.

Genel olarak şiddetin önlenmesi amacıyla öncelikle sağlık iletişimi konusunda tüm sağlık çalışanlarına yönelik eğitim programları hazırlanmalı ve uygulanmalıdır. Eğitim programlarında etkili beden dili, hedef kitlenin özelliklerine uygun dil kullanımı, empati gibi konulara ağırlık verilmelidir. Hekimlerin hastalarıyla etkileşimi ve aceleci davranmamaları için gerekli muayene sürelerinin ayarlanması hususunda randevu sistemi değerlendirilmeli ve hekim başına düşen maksimum hasta sayısı belirlenmelidir. Özellikle yoğunluğun yaşandığı birimlerde sağlık çalışan sayısı artırılmalıdır. Çalışan sayısındaki yetersizlik, hekimlerin ve diğer çalışanların kapasitelerinin üzerinde çalışma performansı göstermelerine neden olarak onların psikolojik ve fiziksel sağlığını bozacaktır. Bu durum sağlık çalışanlarının hastalarla olan iletişim ve ilişkilerini olumsuz yönde etkileyecektir.

Çalışma sağlıkta şiddet konusunda genel değişkenlerden ziyade iletişim engellerini odaklanarak yapılan bir araştırmadır. Çalışma sonucu şiddetin nedenlerini ele alan literatürü destekler niteliktedir. Araştırma bulgularına yönelik olarak özellikle uygulamada sağlık iletişim konusunda sağlık çalışanları için düzenlenecek eğitim ile sağlıkta şiddet bir nebze olsa da azaltılabilir.

KAYNAKÇA

- Ambesh, P. (2016). Violence Against Doctors in The Indian Subcontinent: A Rising Bane. *Indian Heart Journal*. 68 (5), 749-750. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2016.07.023>.
- Baby, M., Gale, C. Ve Swain, N. (2018). Communication Skills Training in The Management of Patient Aggression and Violence in Healthcare. *Aggression and Violent Behavior*. 39, 67-82, <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.02.004>.
- Baig, L.A., Shaikh, S., Polkowski, M., Kausar Ali, S., Jamali, S., Mazharullah, L.,..., Saleema, A. (2018). Violence Against Health Care Providers: A Mixed-Methods Study from Karachi, *The Journal of Emergency Medicine*, 54 (4), 558–566.
- Bayram, B., Çetin, M., Çolak Oray, N., Can, İ.Ö. (2017). Workplace Violence Against Physicians in Turkey's Emergency Departments: Across-Sectional Survey. *BMJ Open*. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013568>.
- Bingöl, S. ve İnce, S. (2021). Factors Influencing Violence at Emergency Departments: Patients' Relatives' Perspectives. *International Emergency Nursing*. 54. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100942>.
- Bloom, S.L. (2001). *Violence : A Public Health Menace and A Public Health Approach*. Routledge.
- Curbow, B. (2002). *Origins of Violence at Work: Section 4*. International Council of Nurses.
- Çamcı, O. ve Kutlu Y. (2011). Kocaeli'nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2, 9-16.
- Dağ, E., ve Baysal, H. (2017). Hasta ve Yakınlarını Şiddete Yönelten Sebeplerin Araştırılması: Burdur İli Örneği. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 4 (11), 95-118.
- Duxbury, J. ve Whittington, R. (2005). Causes and Management of Patient Aggression and Violence: Staff and Patient Perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (5), 469-478.
- Dünya Sağlık Örgütü, (2002). World Report on Violence and Health. Erişim adresi: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/.
- García-Pérez, M.D., Rivera-Sequeiros, A., Sánchez-Elías, T.M., ve Lima-Serranoc, M. (2021). Workplace Violence an Healthcare Professionals and Underreporting: Characterization and Knowledge Gaps for Prevention. *Enfermería Clínica*, 31(6), 390-395.
- Hair, J. F. J., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis*. Seventh Edition Prentice Hall.
- Henry, J. Ginn, G.O. (2002). Violence Prevention in Healthcare Organizations within A Total Quality Management Framework. *The Journal of Nursin Administration*. 32 (9), 479-486.
- International Labour Office. (2003). *ILO Fact Sheet Workplace Violence in Health Services*. Erişim adresi: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/pub lication/ wcms_161953.pdf.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B, Lozano, R. (2002). (Eds). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization Erişim adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=6AF40715A42C6BE900585F911E27836?sequence=1.

- Occupational Safety and Health Administration. (2016). *Guidelines uor Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers*. U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration.
- Palmer, J. H., ve York, T. (2015). *Preventing Workplace Violence : Handbook for Healthcare Workers*. HCPro, A Division of BLR.
- Peng, L., Xing, K., Qiao, H., Fang, H., Ma, H., Jiao, M., ... Kang, Z. (2018). Psychological Violence Against General Practitioners and Nurses in Chinese Township Hospitals: Incidence and Implications. *Health and Quality of Life Outcomes*. 16 (1), 117. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0940-9>.
- Polat, Ö. ve Çırak, M. (2019). Sağlıkta Şiddetin Beyaz Kod Verileri ile Değerlendirilmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 15: 393-398. doi: 10.4274/BTDMJB.galenos.20190918115436.
- Rubenstein, L. (2021). *Perilous Medicine : The Struggle to Protect Health Care from The Violence of War*. New York: Columbia University Press.
- Sim. M.G., Wain, T. ve Khong, E. (2011). Aggressive Behaviour: Prevention and Management in The General Practice Environment. *Australian Family Physician*. 40 (11), 866-872.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2021). *Nüfus ve Demografi*. Erişim tarihi: 12 Aralık 2021. <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Nufus-ve-Demografi-109>.
- Whittington, R. Ve Wykes, T. (1996). An Evaliation of Staff Training in Psychological Techniques for The Management of Patient Aggression. *Journal of Clinical Nursing*, 5 (4), 257-261.
- Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S. (2004). *SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Yeşilbaş, H. (2016). Sağlıkta Şiddete Genel Bakış. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3 (1). doi:10.5222/SHYD.2016.044.
- Yıldız, M. S. (2019). Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Ankara İlinde Araştırma. *Sağlık İdaresi Dergisi*, 2 (1), 135-156.