T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET ALGISININ İLETİŞİM VE SOSYAL SORUN ÇÖZME BECERİLERİ İLE İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Meltem TULUTAŞ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Sevgi ÖZCAN

ADANA-2025

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET ALGISININ İLETİŞİM VE SOSYAL SORUN ÇÖZME BECERİLERİ İLE İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Meltem TULUTAŞ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Sevgi ÖZCAN

ADANA-2025

TEŞEKKÜR

Türkiye Cumhuriyeti'nin kurucusu Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK'e, bilimin ve aklın ışığında açtığı yolda yürüyebilmemizi sağladığı, kadınların eğitim hakkına sahip olmasına öncülük ettiği ve bizlere özgür bireyler olarak var olma imkânı sunduğu için sonsuz minnettarım. Onun ilke ve inkılapları, yaşamım boyunca bana rehber olmaya devam edecektir.

Bu çalışmanın her aşamasında bana yol gösteren, bilgi ve deneyimiyle akademik gelişimime büyük katkı sağlayan, yalnızca bir danışman değil, aynı zamanda örnek aldığım bir bilim insanı olan değerli tez danışmanım Prof. Dr. Sevgi ÖZCAN'a,

Asistanlık dönemim boyunca bizlere emek veren değerli hocalarım Prof. Dr. Esra SAATÇİ, Prof. Dr. Ersin AKPINAR, Prof. Dr. Hatice KURDAK, Dr. Öğr. Üyesi Zeliha Yelda ÖZER'e, Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Nur TOPUZ'a,

Varlığıyla bana güç ve motivasyon veren, her zaman yanımda olan, sevgisini ve desteğini esirgemeyen canım ablam Emine TORUN'a,

Hayatımın en büyük dayanakları olan ve 6 Şubat depreminde kaybettiğim; sevgisini ve desteğini her zaman hissettiğim canım annem ve babama, zorluklarla mücadele edebilmeyi ve her koşulda olumlu bakabilmeyi öğrendiğim ablam, yeğenim ve meslektaşım olan sevgili kardeşime,

Deprem sürecinde yanımda olan, desteğini ve dayanışmasını esirgemeyen değerli hocalarım ve asistan arkadaşlarıma,

Bu sürecin her anında emeği geçen, bilgi ve desteğini paylaşan herkese içtenlikle teşekkür ederim.

Dr. Meltem TULUTAŞ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....I
İÇİNDEKİLER.....II
TABLOLAR LİSTESİ.....IV
SİMGELER ve KISALTMALAR LİSTESİ.....V
ÖZET.....VI
ABSTRACT.....VII
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....1
2. GENEL BİLGİLER.....3
2.1. Şiddet.....3
2.2. Sağlıkta Şiddet.....5
2.3. İletişim.....7
2.4. Sağlıkta İletişim.....11
2.5. Sorun Çözme.....15
2.6. Sağlıkta Sorun Çözme.....18
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....20
3.1. Araştırmanın Tipi.....20
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....20
3.3. Veri Toplama Araçları.....21
3.4. Verilerin Analizi.....23
4. BULGULAR.....24
5. TARTIŞMA.....38
5.1. Katılımcıların İletişim Becerileri Konusunda Durumları, Algıları, Eğitim Durumları ve Gereksinimleri.....38
5.2. Katılımcıların Sosyal Sorun Çözme Becerileri Konusunda Durumları, Algıları, Eğitim Durumları ve Gereksinimleri.....39
5.3. Katılımcıların Şiddete Karşı Güven/Güvenlik Algıları, Şiddet Deneyimleri, Şiddet Yönetimi Konusunda Eğitim Durumları ve Gereksinimleri.....40
5.4. Katılımcıların Sağlık Profesyonellerinin Şiddete Karşı Güvenlik ve Güven Ölçeği, İletişim Becerileri Ölçeği ve Sosyal Problem Çözme Becerileri Ölçeği Puanlarının Birbirleriyle İlişkisi.....43

5.5. Katılımcıların Uzmanlık Eğitimine Başlamadan Önceki ve Uzmanlık Eğitimi Sürecindeki Temel İletişim, Hasta-Hekim İletişimi, Sosyal Sorun Çözme ve Sağlık Profesyonellerine Yönelik Şiddet Yönetimi Konusundaki Beceri Algılarında Farklılık 44
5.6. Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri 45
6. SONUÇ ve ÖNERİLER 46
6.1. Sonuçlar 46
6.2. Öneriler 48
7. KAYNAKLAR 49
8. EKLER 56
Ek 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu 56
Ek 2. Anket Formu 57

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo No **Sayfa No**

Tablo 1. Katılımcıların hekimlik mesleğinde ve uzmanlık eğitiminde geçirdikleri süre 24
Tablo 2. Katılımcıların tıbbi becerilerini değerlendirme durumları..... 24
Tablo 3. Katılımcıların temel iletişim becerilerini değerlendirme durumları 25
Tablo 4. Katılımcıların hasta-hekim iletişimi becerilerini değerlendirme durumları 25
Tablo 5. Katılımcıların sosyal sorun çözme becerilerini değerlendirme durumları 25
Tablo 6. Katılımcıların sağlık profesyonellerine yönelik şiddetin yönetimi konusundaki becerilerini değerlendirme durumları 26
Tablo 7. Katılımcıların temel iletişim becerileri ile ilgili eğitim/danışmanlık alma/isteme durumlar..... 26
Tablo 8. Katılımcıların hasta-hekim iletişim becerileri ile ilgili eğitim/danışmanlık alma/isteme durumları 27
Tablo 9. Katılımcıların sosyal sorun çözme becerileri ile ilgili eğitim/danışmanlık alma/isteme durumları 27
Tablo 10. Katılımcıların sağlık profesyonellerine yönelik şiddetin yönetimi ile ilgili eğitim/danışmanlık alma/isteme durumları..... 28
Tablo 11. Katılımcıların hasta veya hasta yakını tarafından şiddete maruz kalma durumları..... 28
Tablo 12. Katılımcıların hasta veya hasta yakını tarafından şiddete maruz kaldıkları yerlerin dağılımı 29
Tablo 13. Katılımcıların ekip arkadaşlarından herhangi birinin hasta veya hasta yakını tarafından şiddete maruz kalmasına tanık olma durumları 29
Tablo 14. Katılımcıların ekip arkadaşlarından herhangi birinin hasta veya hasta yakını tarafından şiddete maruz kalmasına tanık oldukları yerlerin dağılımı 30
Tablo 15. Katılımcıların İBÖ, SPŞKGÖ, SPÇE-KF ölçek puan ortalamaları 30
Tablo 16. Katılımcıların uzmanlık eğitimi öncesi ile uzmanlık eğitimi sürecindeki becerilerine ilişkin değerlendirmelerinin karşılaştırılması 31
Tablo 17. Yaş, meslek yılı, uzmanlık süresi ile tıbbi, temel iletişim, hasta-hekim iletişimi, sosyal sorun çözme ve sağlık profesyonellerine yönelik şiddet yönetimi beceri puanları arasındaki korelasyon analizleri..... 32
Tablo 18. Yaş, meslek yılı, uzmanlık süresi ile İBÖ puanları arasındaki korelasyon analizleri 32
Tablo 19. Yaş, meslek yılı, uzmanlık süresi ile SPÇE-KF puanları arasındaki korelasyon analizleri 33
Tablo 20. Yaş, meslek yılı, uzmanlık süresi ile SPŞKGÖ puanları arasındaki korelasyon analizleri 33
Tablo 21. Katılımcıların şimdiki tıbbi, temel iletişim, hasta-hekim iletişimi, sosyal sorun çözme ve sağlık profesyonellerine yönelik şiddet yönetimi beceri algıları ile SPŞKGÖ puanları arasındaki korelasyon analizleri 33
Tablo 22. Katılımcıların şimdiki tıbbi, temel iletişim, hasta-hekim iletişimi, sosyal sorun çözme ve sağlık profesyonellerine yönelik şiddet yönetimi beceri algıları ile SPÇE-KF puanları arasındaki korelasyon analizleri 34
Tablo 23. Katılımcıların şimdiki tıbbi, temel iletişim, hasta-hekim iletişimi, sosyal sorun çözme ve sağlık profesyonellerine yönelik şiddet yönetimi beceri algıları ile İBÖ puanları arasındaki korelasyon analizleri 35
Tablo 24. İBÖ ile SPŞKGÖ toplam ve alt boyut puanlarının korelasyon analizleri..... 35
Tablo 25. SPŞKGÖ ile SPÇE-KF toplam ve alt boyut puanlarının korelasyon analizleri 36
Tablo 26. İBÖ ile SPÇE-KF toplam ve alt boyut puanlarının korelasyon analizleri..... 36

SİMGELER ve KISALTMALAR LİSTESİ

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

DDT : Dikkatsiz Dürtüsel Tarz

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

E-ASM : Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

EDSOİ : Etkin Dinleme ve Sözel Olmayan İletişim

İBÖ : İletişim Becerileri Ölçeği

İİTB : İletişim İlkeleri ve Temel Beceriler

İKİ : İletişim Kurmaya İsteklilik

KİE : Kendini İfade Etme

KT : Kaçıngan Tarz

POSY : Problem Olumsuz Yönelim

POY : Problem Olumlu Yönelim

RPÇ : Rasyonel Problem Çözme

SPÇE : Sosyal Problem Çözme Envanteri

SPÇE-KF : Sosyal Problem Çözme Envanteri Kısa Formu

SPŞKGÖ : Sağlık Profesyonellerinin Şiddete Karşı Güvenlik ve Güven Ölçeği

ÖZET

Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Algısının İletişim ve Sosyal Sorun Çözme Becerileri ile İlişkisi

Amaç: Hekimlerin şiddeti nasıl algıladıklarının anlaşılmasının ve değiştirilebilir risk faktörleri üzerinde çalışılmasının önemli olduğu noktasından yola çıkılarak yürütülen bu çalışmada aile hekimliğinde uzmanlık eğitimi alan araştırma görevlisi hekimlerde şiddet algısının değerlendirilmesi ve bunun iletişim ve sosyal sorun çözme becerileri ile ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma evrenini, çalışmanın yapıldığı tarihte Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında uzmanlık eğitimi alan araştırma görevlisi hekimler oluşturdu (N=73). Verilerin toplanmasında sosyodemografik anket formu, Sağlık Profesyonellerinin Şiddete Karşı Güvenlik ve Güven Ölçeği, İletişim Becerileri Ölçeği ve Sosyal Sorun Çözme Becerileri Ölçeği uygulandı. İstatistiksel analizlerde eşleştirilmiş t test, Pearson ve Spearman bağıntı katsayıları kullanıldı.

Bulgular: Yaş ortalaması 32,3±6,6 (24-52) olan 73 katılımcının %63,0'ı kadın, %58,9'u evli, %63'ü tam zamanlı uzmanlık öğrencisiydi. Katılımcıların %94,5'inin temel iletişim ve hasta-hekim iletişim becerilerini iyi-çok iyi olarak değerlendirdiği, her beş katılımcıdan üçünün bu konuda eğitim aldığı, %83,6'sının eğitim almak istediği saptandı. Her üç katılımcıdan biri sosyal sorun çözme becerilerini iyi-çok iyi olarak değerlendirdi ve %87,7'si bu konuda eğitim almak istediğini bildirdi. Benzer şekilde her üç katılımcıdan biri sağlık profesyonellerine yönelik şiddetin yönetimi konusundaki becerilerini iyi olarak değerlendirdi ve %93,2'si bu konuda eğitim almak istediğini bildirdi. Katılımcıların Sağlık Profesyonellerinin Şiddete Karşı Güvenlik ve Güven Ölçeğinin "güven" ve "şiddet toplam" alt ölçek puanları ile "kendini ifade etme", "etkin dinleme, sözel olmayan iletişim", "iletişim toplam" puanları arasında pozitif yönde zayıf-orta; "güven", "güvenlik", "şiddet toplam" puanları ile "probleme olumlu yönelim" puanı arasında pozitif yönde ve "probleme olumsuz yönelim" puanı arasında negatif yönde zayıf-orta derecelerde ilişki saptandı. Katılımcıların uzmanlık eğitimine başlamadan önceki ve uzmanlık eğitimi sürecindeki, temel iletişim, hasta-hekim iletişimi, sosyal sorun çözme ve sağlık profesyonellerine yönelik şiddet yönetimi konusundaki beceri algıları karşılaştırıldığında tüm becerilerde istatistiksel olarak anlamlı artış saptandı.

Sonuç: Sağlık profesyonellerine yönelik şiddet yönetiminde iletişim ve sosyal sorun çözme becerilerinin önemini ve bu konulardaki eğitim gereksinimini ortaya koyan bulgularımız müfredat güncellemeleri, eğitim planlamaları ve ileri araştırmalar açısından dayanak oluşturabilir.

Anahtar sözcükler: Aile hekimliği, İletişim, Sorun Çözme, Şiddet, Tıpta Uzmanlık Eğitimi

ABSTRACT

The Relationship Between Perception of Violence Against Healthcare Workers and Communication and Social Problem Solving Skills of Çukurova University Family Medicine Residency Students

Objective: Based on the point that it is important to understand how physicians perceive violence and to work on modifiable risk factors, this study aimed to evaluate the perception of violence in research assistant physicians receiving specialty training in family medicine and to investigate its relationship with communication and social problem solving skills.

Material and method: The study population consisted of research assistant physicians receiving specialty training in the Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Çukurova University at the time of the study (N=73). Sociodemographic questionnaire form, Health Professionals' Safety and Confidence Scale against Violence, Communication Skills Scale and Social Problem Solving Skills Scale were used to collect the data. Paired t test, Pearson and Spearman correlation coefficients were used in statistical analysis.

Results: Of the 73 participants with a mean age of 32.3±6.6 years (24-52), 63.0% were female, 58.9% were married, and 63% were full-time specialty students. It was found that 94.5% of the participants evaluated their basic communication and patient-physician communication skills as good to very good, three out of every five participants had received training on this subject, and 83.6% wanted to receive training. One out of every three participants rated their social problem solving skills as good-very good and 87.7% reported that they would like to receive training on this subject. Similarly, one out of every three participants rated their skills in the management of violence against health professionals as good and 93.2% reported that they would like to receive training on this subject. There was a weak-moderate positive correlation between the 'trust' and 'violence total' subscale scores of the Healthcare Professionals' Safety and Confidence Scale against Violence and 'self-expression', 'active listening, non-verbal communication' and 'communication total' scores; a weak-moderate positive correlation between the 'trust', 'safety' and 'violence total' scores and the 'positive orientation to the problem' score; and a negative weak-moderate negative correlation between the 'negative orientation to the problem' score. When the participants' perceptions of skills in basic communication, patient-physician communication, social problem solving and management of violence against health professionals before and during specialty training were compared, statistically significant increases were found in all skills.

Conclusion: Our findings revealing the importance of communication and social problem solving skills in the management of violence against health professionals and the need for training on these issues may provide a basis for curriculum updates, training plans and further research.

Keywords: Family medicine, Communication, Problem Solving, Violence, Medical Specialty Education

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Sağlık kurumları ve çalışanları şiddet olayları açısından riskli iş yerleri ve meslekler grubunda kabul edilmektedir. Sağlıkta şiddet nedenleri arasında taraflar arasındaki etkileşim (iletişim engelleri, sabırsızlık, empati eksikliği, aktif dinlememe, bireysel özellikler vb.), örgütsel faktörler (fiziksel çevre ve altyapı, işyeri iklimi ve kültürü vb.), çevresel faktörler (çete olayları, suç oranı vb.) ve toplumsal faktörler (şiddetin kültürel kabulü vb.) gibi birçok etken bulunmaktadır.[1,2]

Son yıllarda gerek dünyada gerekse ülkemizde sağlık çalışanına yönelik şiddet vakalarında artış olduğu ortaya konulmuştur.[3,4] Şiddet haberleri arttıkça, sağlık çalışanlarında şiddetle karşılaşma kaygısının da arttığı bilinmektedir. Ülkemizde asistan hekimlerle yapılan bir çalışmada hiç şiddetle karşılaşmamış hekimler de dahil olmak üzere, her 10 hekimden 8'inin şiddetle karşılaşma konusunda kaygı yaşadığı saptanmıştır. [5,6]

Şiddet vakalarının madde bağımlılığı veya ruhsal hastalık sorunları olan hastaları tedavi eden acil tıp ve psikiyatri bölümlerinde daha yüksek olduğu bildirilse de tüm branşlarda şiddet olaylarının görüldüğü bilinmektedir.[3] Riskli olan bu hasta grubu ile daha sık ve daha uzun süreli temas halinde olan sağlık profesyonelleri birinci basamak çalışanlarıdır. Ayrıca güvenlik önlemleri eksikliğinin (güvenlik görevlisi, metal dedektör vb.) birinci basamak çalışanlarını şiddete karşı daha korumasız bırakabileceği bildirilmiştir.[7]

Birinci basamakta şiddet yönetiminde kaçınılması gereken iki uç noktanın bulunduğu vurgulanmaktadır.[8] Birincisi, algılanan şiddet riskinin çoğu zaman gerçek, mutlak riski aşmasıdır. Algılarımızın abartıldığı durumlarda, hastalar birinci basamak sağlık hizmetlerinden dışlanma veya uygunsuz bir şekilde etiketlenme ve yönetilme riskiyle karşı karşıya kalmaktadır. Riskin hafife alındığı diğer uçta ise çalışanlar, diğer meslektaşların desteği olmadan durumu yatıştırmak amacıyla 'kahraman' veya 'şehit' rolüne geçebilmektedir.[8] Bu nedenle aile hekimliğinde uzmanlık eğitimi alan araştırma görevlisi hekimlerin şiddeti nasıl algıladıklarının/yönettiklerinin değerlendirilmesinin ve değiştirilebilir risk faktörleri üzerinde çalışılmasının önemli olduğu düşünülmüştür.

Bu çalışmada, aile hekimliğinde uzmanlık eğitimi alan araştırma görevlisi hekimlerde şiddet algısının değerlendirilmesi ve bunun iletişim ve sosyal sorun çözme

becerileri ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmanın ikincil amacı uzmanlık öğrencilerinin konu hakkındaki farkındalıklarının arttırılması, bireysel zorluklarının ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi ve isteyenlere bireysel/grup eğitimi/danışmanlığı planlanmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şiddet

"Şiddet", karşıt durumda, görüşte olanlara kaba kuvvet kullanma, sert davranma, sertlik; "şiddet olayları" ise insanları sindirmek, korkutmak için yaratılan olay ya da girişimler olarak tanımlanmaktadır.[9]

Şiddet, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, "fiziksel güç veya yönetimin kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm veya psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması" durumu olarak tanımlanmaktadır. DSÖ' nün 2002 yılında hazırlamış olduğu "Şiddetin evrensel bir sağlık sorunu" olduğunu bildiren raporda şiddet tipleri şu şekilde belirtilmiştir.[10]

Kendine yönelik şiddet: Bireyin kendisine yönelik şiddeti, intihar eğilimi ve kendini sakat bırakmaya yönelik zarar verme olmak üzere iki alt başlıktan oluşmaktadır.

Kişiler arası şiddet: Kişiler arası şiddet, genellikle ev içerisinde, aile içi ile yakın ilişki yaşanan kişiye yönelik şiddet ve toplumsal şiddet denilen evin dışında birbirlerini tanıyan ya da tanımayan, birbirleri ile ilişkisi bulunmayan bireyler arasında yaşanılan şiddet olaylarını kapsamaktadır.

Toplu şiddet: Toplu şiddet sosyal, politik ve ekonomik şiddet olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Sosyal şiddet, organize olmuş gruplar tarafından gerçekleştirilen suça yönelik saldırıları, terör eylemlerini ve iş yerinde çalışanlara yönelik psikolojik şiddeti; politik şiddet, savaşları, savaş sırasındaki çatışmaları, devletin şiddet içeren davranışları ve geniş gruplar tarafından gerçekleştirilen benzer davranışları; ekonomik şiddet, ekonomik kazanç içeren ve geniş gruplar tarafından yapılan saldırıları içermektedir.

Uygulanan şiddet tipine göre ise fiziksel, psikolojik, cinsel, sözel ve ekonomik şiddet alt başlıkları karşımıza çıkmaktadır.[10]

Fiziksel şiddet: İnsanların bedensel bütünlüğüne karşı dışarıdan yöneltilen, kişide fiziksel ve ruhsal hasara yol açan, sert ve acı verici eylemlerdir. Bu eylemler arasında; dayak ya da tokatlama, vurma, ısırma, yumruklama, tekmeleme, iteleme, çimdikleme, saç çekme, itip kakma, yakma, boğazını sıkma, bir aletle vurma gibi davranışlar yer almaktadır.[2]

Psikolojik şiddet: Bir kişi ya da gruba yönelik olarak gerçekleştirilen kendisini baskı ve tehdit altında hissetmesine neden olan bireyin fiziksel, ruhsal, zihinsel ve sosyal gelişimine zarar veren her türlü tutum eylemlerdir. Bu psikolojik şiddet eylemleri arasında; bireyi inciten sözler, dışlama, sadece mağdura ses düzeyini yükselterek konuşma, faaliyetlerini kısıtlama, hakkında dedikodu yapma gibi durumlar da yer almaktadır.[2]

Cinsel şiddet: Bireye yönelik olarak laf atma, el kol hareketi yapmakla başlayıp tecavüze kadar varan geniş bir yelpazede gerçekleşen saldırı ve cinsel taciz olarak tanımlanmaktadır.[2]

Cinsel taciz; bireye saldırı niteliğinde olan, bireyin utanmasına, aşağılanmasına ve korkmasına, bireyin kendisini rencide olmuş hissetmesine sebep olan, istenmeyen, hoş karşılanmayan cinsel nitelikte yapılan eylemlerdir.[11] Cinsel tacizin alt tipleri aşağıdaki şekilde tanımlanmaktadır.[12]

Fiziksel taciz; öpme, okşama, bakış atma, bireye şehvetle bakma gibi istenmeyen, cinsellik kastı ile yapılan temas kurma davranışlarını içermektedir.

Sözlü taciz; Kişinin özel hayatı, vücudu ya da görünümü ile ilgili istenmeyen hoş karşılanmayan şakalar ve yorumlar yapmayı içermektedir.

Jestlerle taciz; tekrarlayan göz kırpmalar, el-parmaklarla jestler yapma, dudak yalama gibi cinsellik çağrıştıran vücut hareketlerini, müstehcen vücut dili ve/veya jestleri içermektedir.

Yazıyla ya da resimlerle taciz; Pornografik materyaller, müstehcen resimler, posterler, müstehcen bilgisayar ekran resimleri, e-mail ya da diğer elektronik iletişim araçları ile yapılan cinsel tacizi içerir.

Psikolojik / duygusal taciz; Israrlı bir şekilde istenmeyen flört istekleri, hoş karşılanmayan teklifleri, cinsel nitelikli imaları içerir.

Bir davranışın cinsel taciz kabul edilebilmesi için o davranışın maruz kalan birey tarafından istenmeyen, hoş karşılanmayan bir davranış olması gerekir. Karşılıklı rızanın bulunduğu hallerde yapılan davranışlar cinsel taciz olarak değerlendirilmemektedir. Toplumda sosyal ve kültürel olarak kabul edilen ve uygun görülen bazı iltifatlar, cinsel taciz olarak değerlendirilmemektedir.[12]

Cinsel şiddet eylemleri büyük oranda fiziksel şiddet eylemleri de içermektedir.[2]

Sözel şiddet: Kişiyi aşağılayan, küçük düşüren veya kişinin itibarına saygı duyulmadığını gösteren sözlü ifadelerdir.[13]

Bağırma, kötü konuşma, küfür, hakaret etme, ağır sözler söyleme, küçümseme, azarlama, tehdit gibi güveni sarsarak psikolojik yönden istismara yol açan uygulamalar, sözel şiddet olarak algılanmaktadır.[2]

Sözel şiddette, korku unsuru önemlidir.

Tehdit; hedef alınan birey veya grup üzerinde, fiziksel, cinsel, psikolojik veya farklı şekilde zarar görme korkusu oluşturan, fiziksel güç veya zor (yani psikolojik güç) kullanılacağına dair verilen sözdür.[14]

Ekonomik şiddet: Kişiyi bağımlı ve fakir hale getiren, ekonomik kaynakların kişinin üzerinde bir yaptırım, kontrol ve tehdit aracı olarak kullanıldığı şiddet türüdür.[13]

2.2. Sağlıkta Şiddet

Sağlık işyerinin tanımlanması, şiddet vakalarının meydana geldiği mekânların özelliklerinin ortaya konulması açısından gerekmektedir. Sağlık işyeri tanımlamasında; yeri (şehir ya da kırsal), boyutu ve hizmetin türü ne olursa olsun, sağlanan her sağlık hizmeti tesisini; her tür hastaneyi, rehabilitasyon merkezlerini, klinikleri, toplum sağlığı merkezlerini, sağlık hizmeti merkezlerini, uzun dönemli bakım hizmeti verilen tesisleri, aile hekimlerinin bürolarını, sağlık hizmeti tesisinin dışındaki hizmet uygulamalarında ambulans hizmetleri veya evde bakım gibi bu tip herhangi bir hizmetin verildiği yerleri kapsamaktadır.[15]

Sağlık kurumları ve çalışanları şiddet olayları bakımından riskli iş yerleri ve meslekler grubunda yer almaktadır. Yapılan bir çalışmada, sağlık alanında çalışmanın, diğer alanlara göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu belirtilmiştir. Sağlık çalışanları arasında da en riskli meslek gruplarının hekimler ve hemşireler olduğu bildirilmiştir.[16]

Sağlık kurumlarında şiddeti "hasta, hasta yakınları veya herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk teşkil eden, tehdit, fiziksel ve cinsel saldırıdan oluşan bir durum" olarak tanımlanmak mümkündür.[17]

TBMM'nin Sağlıkta Şiddet Raporuna göre; bireysel özellikler (şiddete meyil, ruhsal rahatsızlık, alkol/madde kullanımı, buyurgan tutum, iletişim sorunları, sabırsızlık, empati eksikliği vb.), hastalık psikolojisi, tıbbi terimlerin yeterince açıklanmaması,

sağlık kurumlarında altyapı ve personel eksiklikleri, uzun bekleme süreleri, aşırı iş yükü, olumsuz çalışma koşulları, hastane güvenliğinin yetersizliği, iltimas ve adam kayırmacılık, sağlık işyerinin bulunduğu çevresel ortam (suç oranı, çete faaliyetleri, yoksulluk düzeyi vb.) gibi durumlar şiddet risk faktörleri arasında yer almaktadır.[2]

Sağlık çalışanları üzerinde yapılan ulusal bir araştırmada meslek hayatı boyunca en fazla maruz kalınan şiddet tipinin, sözel şiddet olduğu tespit edilmiş ve sağlık sistemi basamağı, cinsiyet, meslek, yaş, çalışma saatleri ve vardiyalı çalışma bağımsız risk faktörleri olarak belirlenmiştir.[18]

Bir başka çalışmada da cinsiyetin, kadro durumunun, mesleki kıdem derecesinin, bölümdeki çalışma süresinin, iş hayatında şiddete maruz kalma veya tanık olma durumunun sağlık çalışanlarına yönelik şiddet algısı üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir.[6]

Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinin beyaz kod başvurularının değerlendirildiği bir çalışmada (2018), şiddet mağdurlarının %86,9'unun sözel, %13,1'inin fiziksel şiddete uğradığı; şiddetin nedenlerinden en sık bildirilenlerin doktor-hasta anlaşmazlığı/iletişimsizliği ve tedaviden memnuniyetsizlik olduğu saptanmıştır.

Yapılan araştırmalar sağlık çalışanlarının şiddete sıklıkla maruz kaldığını gösteriyor olsa da bildirilen şiddet vakaları bu sayıların altındadır. Çünkü şiddet vakalarının yarıdan fazlası bildirilmemektedir. Türkiye'de beyaz kod ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda "beyaz kod" sisteminin ve 113 numaralı hattın bilinmesine rağmen, çoğu sağlık çalışanının şiddet vakası meydana geldiğinde şiddeti bildirmediği (en önemli neden; yasal sürecin uzun olması) tespit edilmiştir.[19]

Bildirilmeyen ve cezasız kalan şiddet eylemleri de giderek yaygınlaşmaktadır. Şiddet eylemleri arttıkça, şiddetle karşılaşma kaygısı da yükselmektedir. Hiç şiddetle karşılaşmamış hekimler de dahil olmak üzere, yapılan çalışmalarda her 10 hekimden 8'inin şiddetle karşılaşma konusunda kaygı yaşadığı tespit edilmiştir. Hekime yönelik şiddet tüm sağlık kurumlarında olduğu gibi asistan hekimler arasında şiddete maruz kalma endişelerinin artmasına sebep olan önemli bir sorundur.[5]

Yapılan bir çalışmada şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının başka bir işe geçmeyi istedikleri, çalışmak istemedikleri, bir kısmının da işlerinden ayrıldıkları, kötü performans gösterdikleri, ilerleyen zamanlarda da performansının etkilendiği ve diğer

hastalara sunduğu hizmet kalitesinin dolaylı olarak düştüğü saptanmıştır. Yaşanan şiddet olayı sonrasında hekimlerin; hastalarından ve hastalarının şiddetinden korktukları, hastaları "potansiyel şiddet gösteren" olarak gördükleri bildirilmiştir.[20] Fiziksel ve duygusal şiddet ile karşılaşan bireylerin yaşadığı duygusal deneyimler arasında; kızgınlık, şok, öğrenme zorlukları, şaşkınlık, tükenmişlik, güvensizlik, depresyon, kaygı bozukluğu, korku, sosyal ilişkilerden kaçınma ve uyku düzensizliği vb. durumlar yer alabilmektedir.[2] Ayrıca özellikle fiziksel şiddete uğrayan çalışanlarda travma sonrası stres bozukluğu gelişebileceğine değinilmiştir.[21]

Ülkemizde şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının %43,5'i herhangi bir sorun belirtmezken, %56,2'sinin anksiyete veya irritasyon bulguları gösterdikleri saptanmıştır. Bu kişilerin büyük bir çoğunluğunun (%87,8) tedavi almadığı görülmüştür.[22]

Şiddet olayı, sunulan sağlık hizmetlerini de olumsuz etkileyerek hasta/hasta yakınları için de sorun teşkil edebilmektedir. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanının sunduğu hizmetlerin kalitesinde düşmeler meydana gelebilmektedir. Şiddet olayının meydana gelmesi, hastaların hastalık durumunun daha da kötüleşmesine sebep olabilir, dahası tedavi sürecinin tamamlanamamasıyla sonuçlanabilir.[2]

Sağlık işyerinde şiddetin sağlık kurum ve kuruluşları için de; doğrudan (personel devir hızında artış, azalan iş verimi, personelin işe gelememesi, şiddetten korunma eğitimi maliyetleri, güvenlik personeli ve teknolojilerinin bulundurulması ile sigorta maliyetleri vb.) ve dolaylı (şiddet problemine maruz kalan personelin işten ayrılmaları) mali etkileri olabilmektedir.[2]

2.3. İletişim

İletişim, "duygu, düşünce veya bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılması; bildirişim, haberleşme, komünikasyon" olarak tanımlanmaktadır.[23]

İngilizcede "*communication*" kelimesinin Türkçe karşılığı olarak kullanılan iletişim sözcüğü köken olarak Latincede 'ortak, ortaklaşa gerçekleştirilen' manasına gelen "*communis*" kelimesinden türemiştir.[24] '*Communication*' kelimesi, ortaklığı, toplumsallaşmış olmayı, birlikteliği ifade etmektedir. Birey yaşadığı toplum içerisinde mevcut olan inançları, değer ve kuralları iletişimle aktarabilmektedir. 'İnsan doğası gereği sosyal bir hayvandır' diyen Aristoteles'e göre insanın doğası gereği sahip olduğu

yetiler ancak toplum içerisinde yaşarsa değerli olur. İnsan iyi yaşama yönelen, iyiyi isteyen bir canlıdır. Aristoteles'e göre; insan iyiye ve mutluluğa ancak toplum içerisinde ve toplumla etkileşim halinde yaşayarak ulaşabilir.[25]

İnsanın sosyal bir varlık olması, onun sosyal ihtiyaçlarının olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda eğlenmek, sosyalleşmek, sevmek/sevilmek, şefkat, değer ve itibar görmek insanın en temel sosyal ihtiyaçları olarak sıralanabilir. Bu ihtiyacı karşılayan, aracı olan da iletişimdir. İnsanoğlu bir toplumda doğar ve o topluma göre şekil alır. İnsan toplum içerisinde kurduğu ilişkiler üzerinden kendi potansiyelini görür ve kendini keşfeder. Başkalarının kendisini tanımlama şekli üzerinden kimliğini sorgular; kim olduğuna dair iç muhasebe yaşar. Bu süreçlerin her birisi kişinin kimlik gelişimi için deneyimlemesi gereken süreçlerdir. Zira kişi ancak bu sayede kendini tanır ve öz farkındalığı artar.[26]

İletişim, yüz ifadeleri, jestler, mimikler, konuşma, yazılı/sözlü/sözsüz, görüntülü ve ses yardımıyla; bilgi, düşünce, duygu, tecrübe, beceri, değer, tutum aktaran bir süreçtir.[26] Bu süreç kaynak, kod, kanal, mesaj, hedef kitle ve geribildirim ögelerinden oluşmaktadır.

Kaynak, iletişim sürecini başlatan, mesajın çıkış noktası olarak görülen birimdir. Kaynak, mesajı kendi oluşturabildiği gibi, oluşmuş olan bir mesajı da hedef kitleye ulaştırabilir. Burada kaynağın hedef kitleye mesaj göndermedeki ilk amacı hedef kitleyi etkilemektir. Hedef kitleyi etkileme, tutum ve davranışların değiştirilmesi için kaynağın bazı özellikleri taşıması gerekmektedir.[27] Güvenilirliğin temel şartlarından biri "dürüstlük" diğeri ise "uzmanlık"tır. Kaynağın özü ve sözünün bir olması, konusunda uzman olduğunun bilinmesi hedef kitlenin mesaja daha olumlu yaklaşmasını sağlayacaktır.[28] Kaynağın güvenilirlik özelliğine sahip olmasının yanı sıra yaş, cinsiyet, din, ekonomik düzey, eğitim seviyesi ve sosyal statü gibi sosyo-demografik özellikleri de mesajın etkisi üzerinde rol oynayan faktörler arasındadır.[27] Diğer yandan özellikle yüz yüze iletişimde kaynağın fiziki görünümü de önemlidir. Görünüş, kişinin fiziki yapısıyla kılık kıyafetlerinin bir bütünü olarak değerlendirilmelidir. Kaynak, hedef kitleyle sesi dışında görünümü ile de karşı karşıya kaldığından görünümüne dikkat etmelidir. Kaynağın empati yeteneğinin bulunması da iletişim sürecini etkileyen bir başka olgudur. Kendisini hedef kitlenin yerine koyabilen bir kaynak, mesajına bu doğrultuda bir şekil ve içerik vererek mesajın etkisini artırabilecektir.[28]

Mesaj (ileti), iletişim sürecinde iletilen işaret, sembol, ses, mimik, jest, yazı aracılığı ile kodlanan dizge olarak tanımlanabilir. Mesaj gönderici ve alıcı açısından anlam içermelidir. Mesajın işaret haline dönüşmesinde kullanılan simgelere; kod, mesajın alıcıya giderken izlediği ortama; kanal, göndericinin mesajın ulaşmasını amaçladığı kişi veya kuruma; hedef (alıcı) denilmektedir. Mesajın alıcı tarafından alınıp algılanmasından sonra mesaja verilen tepki geribildirim olarak ifade edilmektedir. Geri bildirim mesajı gönderen kişinin, mesajın nasıl algılandığını ve bu algının duygu, düşünce ve davranış düzeylerinde ne gibi etkiler yaptığını görmesi açısından önemlidir.[29]

İnsanların sosyal bir varlık olmaları ve toplu halde yasamaları, onların birbirleriyle daima ilişki içerisinde olmalarını gerektirmiştir. Bu ilişki sürecinde kullanılan dört iletişim türü bulunmaktadır:

i. Kişi içi iletişim

ii. Kişiler arası iletişim

iii. Örgütsel iletişim

iv. Kitle iletişimi

Kişi içi iletişim: İnsanların kendi içlerinde birtakım mesajlar üreterek, bunları yorumlaması suretiyle gerçekleşen ve 'içsel iletişim' olarak da tanımlanan bu iletişime örnek olarak, kişinin ihtiyaçlarının farkına varması, kendi iç dünyasını gözlemlemesi, sevinmesi veya üzülmesi verilebilir. Kişilerarası iletişimin gerçekleşebilmesi için öncelikle kişi içi iletişimin olması gerekmektedir. Kişilerarası iletişimde birey hem mesaj üretirken hem de aldığı mesajı yorumlarken birey içsel iletişimde bulunmaktadır. Buna göre kişilerarası iletişimin içsel iletişim sonucunda gerçekleştiği söylenebilir.[27]

Kişiler arası iletişim: Kaynağın (mesaj verenin) da alıcının (mesaj alanın) da insan olduğu, yüz yüze gerçekleştirilen bir iletişim çeşididir. İnsanların yüz yüze kurdukları bir iletişim şekli olduğu için sözlü ve sözsüz iletişim biçimleri aracılığıyla gerçekleşir.

Sözlü iletişim; konuşma ve dinleme unsurlarından oluşur. Sözlü iletişim, iki kişinin karşılıklı konuşmasında olduğu gibi doğrudan ya da mektuplaşmalarda olduğu gibi dolaylı telefon görüşmelerinde olduğu gibi uzaktan olabilir.[28] Sözlü iletişimde konuşma ses özellikleri ve beden dilinden oluşan bir bütün olarak incelenir. Bu iletişim türünde konuşma; bireyin görsel davranış (bireyin duruşu, hareketleri, jest, yüz

anlatımı), ses (ton yüksekliği, vurgu vb.), dil ve zihinsel etkinliğine de dayanmaktadır.[28] Sözlü iletişimde dinleme; kaynağın kodlayarak gönderdiği mesajı anlamaya çalışmak, kod açmak, işittiğimizi anlamaya çalışmaktır. İyi bir dinlemede sadece sözcüklerin anlamına değil; mesajı veren bireyin beden dili, ses tonu, jest ve mimiklerine de dikkat etmek gerekmektedir. Etkili iletişim, kişiler arası konuşma ve dinleme becerileri yeteneğinin geliştirilmesi ile mümkündür.[28] Bireyler ürettikleri mesajları dil yardımıyla birbirlerine aktararak anlamlandırır ve böylece iletişim kurarlar. Konuşma esnasında bireyin ses tonu, sesin hızı, şiddeti ve hangi kelimelerin vurgulandığı gibi hususlar önem kazanmaktadır. Dolayısıyla sözlü iletişimde, mesajın içeriğinin yanı sıra iletiliş biçimi de önem taşımaktadır. İletişim esnasında kişinin ses tonu psikolojik durumunu yansıtmakta, kızgınlık ve sevinç duygularını da dile getirebilmektedir. Nitekim bazı durumlarda bireyin ne söylediğinden ziyade, nasıl söylediği önem kazanmaktadır.[28]

Sözsüz iletişim; bireyler arası iletişim türlerinden biridir. Aristoteles'in "Bir insanın hareketleri, sözlerinden daha yüksek sesle konuşur..." ifadesinde vurgulandığı gibi sözsüz iletişim; kelimelerle değil, bireyin hareketi ve davranışlarıyla oluşur ve sözel iletişimden daha etkilidir. Konuşan kişi, el ve kol hareketleri ile yüz ve bedeninin de yardımıyla konuşmada akıcılığı yakalamaya çalışır. Aynı zamanda dinleyen bireyin beden ve yüz ifadelerini gözlemleyerek; karşıdaki bireyin kendisini dinleyip dinlemediği veya mesajı nasıl algıladığı konusunda bilgi sahibi olur. Ayrıca karşıdaki kişinin ruhsal durumu hakkında da fikir sahibi olunabilir. Sözsüz iletişim, konuşulan dilin dışında, jestler, mimikler, yüz ifadeleri, kişiler arası mesafe, giyim ya da diğer dilsel olmayan işaretler aracılığıyla ifade edilen iletim biçimlerini de kapsamaktadır.[28]

İnsanlar bazı zamanlarda birçok nedenle gerçek duygularını yansıtmak istemeyebilirler. Bu tarz durumlarda bireyin vücut dili bize rehberlik eder. Bireyin yüz ifadeleri, jest ve mimikleri, o anki fiziki mesafesi ve dış görünüşü bize önemli bilgiler elde etme imkânı sunar. Özetle düşünceler sözlü iletişim yoluyla duygular ise sözcüklerden ziyade, bakış ve davranışlar yardımıyla yani sözsüz iletişimle anlaşılabilir. Aynı zamanda sözsüz iletişimde bilginin iletimi bireyin kültürüne, cinsiyetine göre değişebilmektedir.[27]

Örgütsel iletişim: Örgütler belli hedefleri gerçekleştirme amacıyla oluşturulan yapılardır. Örgüt faaliyetlerinin iş bölümü anlayışı içerisinde koordine edilmesi hedeflerin gerçekleştirilmesi için gereklidir. Örgüt içerisinde hiyerarşik bir düzen söz

konusudur. Bireyler önceden tanımlanmış birtakım rollere girerek bu rollerin gereğini yerine getirmeye çalışmaktadırlar. Örgütteki üst ve astlar arasındaki ilişkilerin nasıl olacağı örgüt şemalarında belirlenerek kimin kimden emir alacağı ve kime emir vereceği önceden bilinmektedir. Örgüt içi iletişim; yukarıdan aşağıya iletişim (işle ilgili emirlerin astlara ulaştırılması), aşağıdan yukarıya iletişim (astlardan üstlere doğru gerçekleşen bilgi ve haber akışı), çapraz iletişim (örgütsel hiyerarşinin gözetilmediği iletişim şekli) ve yatay iletişim (aynı statüde bulunan birimler arasında gerçekleşen iletişim) olmak üzere dört şekilde sağlanmaktadır.[27]

Kitle iletişimi: Mesajın kitle iletişim araçları aracılığıyla hedef kitlelere aktarılması süreci şeklinde tanımlanabilir. Daha çok tek taraflı işleyen ilişkilere dayanan kitle iletişiminde, gönderici ile hedef kitle arasında yüz yüze bir ilişki kurulması mümkün olamamaktadır. Bu iletişim türünde kaynak mesajını mekanik araçlar yardımıyla hızlı ve sürekli bir biçimde alıcı olarak ifade edilen alıcıya iletmektedir. Gazete, radyo ve televizyon en yaygın kullanılan kitle iletişim araçları arasında sayılabilir.[27]

2.4. Sağlıkta İletişim

Sağlık sektöründe iletişimin hayati bir önemi vardır. İletişim sayesinde sağlık çalışanları, hastalar ve ilgili kişiler arasında bilgi alışverişi ve iş birliği daha verimli bir şekilde gerçekleşir, bu da hizmet kalitesinin artmasına ve hasta bireylerin daha memnun olmasına katkıda bulunur.[30]

Etkili bir iletişim, aynı zamanda hastaların eğitimi için de önemlidir. Sağlıkla ilgili temel bilgilere sahip olmayan bireyler, tedavi seçenekleri ve erişim konusunda zorluk yaşayabilirler. Bu yüzden, hastaları bilgilendiren sağlık personelinin, etkili iletişim becerisine sahip olması önemlidir.[30]

Sağlık eğitiminde kültür önemli bir yer tutar. Sağlık hizmetlerinde çalışan personellerin çalıştığı toplumun kültüründe sağlıkla ilgili iletişim faktörlerini bilmesi gerekir. İletişimle ilgili faktörler; baskın dil ve lehçe, dilin içeriği, ses volümü, sesin ahengi, duygu ve düşünceleri paylaşmaya istekli olma durumu; göz teması, beden dili, yüz ifadesi, selamlaşmayı kabul etme gibi sözsüz iletişim ile isimlerin kullanılması olarak sayılabilir.[31]

Hekim-hasta iletişiminde dil uyumunun birincil bakım ve hastane ortamlarında sağlık sonuçlarıyla ilişkisi incelendiğinde; dil uyumsuzluğunun daha düşük kaliteli tıbbi iletişim, azalmış anlayış, azalmış sağlık hizmeti erişimi ve kullanımı, suboptimal hasta-hekim etkileşimleri ve istenmeyen ilaç olayları dahil olmak üzere daha kötü klinik sonuçlarla ilişkili olduğunu bulunmuştur.[32]

Hekimin bir şeyi nasıl söylediği, ne söylediği kadar önemli olabilir. Kaynağın empatik iletişim kurması, konuşmasında tutarlı olması, alıcı konumundaki bireyin kültürel değerlerini bilmesi ve buna özen göstererek iletişimi sürdürmesi; ayrıca alıcının anlayacağı sadelikte konuşması, güvenilir, sevilen, sayılan biri olması iletişim sürecinde sözünün etkinliğini artırmakta ve iletişim kazalarının önüne geçilebilmektedir.[26] Araştırmalar, hekimlerin ses tonu ve tutumunun hastalardaki yaygın memnuniyetsizlik kaynakları olduğunu göstermektedir. Küçümseyici veya saygısız konuşmak, hastalara küçümseyici etiket yapıştırmak, duyarsız bir dil kullanmak, küçümseyici bir tavır sergilemek gibi olumsuz iletişim yaklaşımları yalnızca hastaların memnuniyetsizliğine yol açmakla kalmamakta, aynı zamanda tıbbi-hukuki şikayet riskini de arttırmaktadır.[33]

Aile hekimlerinin iletişim becerilerinin hasta memnuniyeti üzerine etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada hekimlerin zihinsel, duygusal, davranışsal ve genel iletişim beceri puanları yüksekliği ile hastaların memnuniyet düzeyleri arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Bu durumun; zor hastalarla (iletişimi engelleyen davranışları olan hastalar: içe-dönük, sürekli istekleri bulunan, ikincil kazanç sağlama amacında olan, agresif, tehlikeli, iş birliği yapmayan, cinsel içerikli davranışları olan, sözel iletişim kurmayan, kural tanımayan, anksiyetesi yüksek, yalan söyleyen vb.) karşılaşmayı kolaylaştırdığı ve hasta-doktor iletişim becerilerinin doğru kullanılması, hastaların tanı, tedavi ve rehabilitasyon sürecinde önemli katkı sağladığı bildirilmiştir.[34]

Sağlık kurumuna başvuran bireyler; sorunlarını, beklentilerini ve endişelerini anlayışla karşılayacak, onu bilgilendirecek ve tedavi süreci boyunca yanında olacak bir ekip ile iletişim kurmayı da umar. Bu durumda, sağlık çalışanlarının hastalarla etkili bir iletişim kurmaya özen göstermesi, tedavi sürecinin daha verimli ve başarılı geçmesine katkıda bulunabilir.[30]

Literatürde sağlık iletişimi alanında yapılan akademik çalışmalarda iletişimin hastaların tedavi süreçlerinde "iyileştirici" bir etkisinin olduğunu onaylamaktadır. Bir hekimin etkili bir şekilde iletişim kurması durumunda hasta uyumunun 2,16 kat daha

yüksek olduğunu görülmektedir. İletişim eğitimi, tıp eğitiminin temel ve etkili bir bileşenidir ve hekimler için asistanlık eğitiminde daha da önemli olabilir.[35]

Bir hasta için yapılacak müdahale, geniş tabanlı olmalı, sözel ve sözel olmayan iletişime, duygusal/psikososyal ve araçsal/görev odaklı davranışa ve aktif hasta katılımı için fırsatlar yaratmaya odaklanarak kişiselleştirilecek şekilde geliştirilebilir. Birçok hasta için, kendi zorlukları hakkında hekimleriyle açık ve dürüst bir şekilde iletişim kurabilmek, ihtiyaç duydukları tüm bilgileri elde etmek, desteklendiğini ve cesaretlendirildiğini hissetmek ve bakımlarıyla ilgili karar alma sürecine dahil olduklarını hissetmek, uyum sağlamaları için büyük fayda sağlayabilir.[35]

Hekimler ve hastalar arasındaki ilişkisel sorunlara katkıda bulunan faktörler arasında, hekimlerin ve hastaların özellikleri gibi bireysel faktörler; iletişim sorunlarını, algılanan bakımı ve empatiyi kapsayan kişilerarası faktörler yer almaktadır.[33] Literatürde, empati göstermeyi bilen, etkili iletişim becerilerine ve uygun geri bildirim verme bilgisine sahip olan, hastalardaki psikolojik savunma mekanizmalarını anlayan, aktif dinleme becerileri edinen, iletişimdeki direnç olgusunu ve profesyonel dil kullanımının etkisini anlayan hekimler, daha memnun hastalara sahip olmada büyük ölçüde daha başarılıdır.[33]

Hekim-hasta iletişiminin neredeyse tüm tercih edilen ve etkili modelleri üç ana bileşenden oluşur; hastaları dinlemek, soru sormak ve bilgi paylaşmak. Etkili iletişim, hekimin bir ilişki kurmasına, hastanın beklentilerini anlamasına yardımcı olur ve sonuç olarak hastanın ihtiyaçlarını karşılama olasılığını artırır. Çalışmalar, hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin dikkate alınarak sade ve jargon içermeyen dil kullanımı ile hastaların tıbbi durumları ve kavramları açıkça anlamaları ve memnuniyeti arasında önemli bir korelasyon olduğunu göstermiştir.[33]

Hekimler ayrıca hastaları soru sormaya teşvik ederek klinik konuşmalarını zenginleştirebilirler. Hastalar soru sorabildiklerinde, hekim ek açıklamalar sağlamaya ve önerilere nasıl uyulacağına dair uygulanabilir mesajlar eklemek fırsatına sahip olur ve hastanın önerilen tedavi hakkındaki anlayışı artar. Araştırmalar, hastaların sağlık durumlarını anlamalarını kontrol etmenin yararlı olabileceğini göstermektedir. Bu yöntemlerin tıbbi hataları ve tıbbi-yasal riskleri azalttığı kanıtlanmıştır.[33]

Etkili iletişim, hastaların aldıkları klinik bakımın memnuniyetine katkıda bulunan önemli bir bileşendir. Hekimlerin iletişimini destekleyen çeşitli sağlık iletişimi

modelleri bulunmaktadır. Ayrıntılarında, adımlarında ve uygulamalarında farklılıklar olmasına rağmen, hemen hemen hepsi bir hasta ile etkili bir iletişim kurmak için; "hasta ile ilişki kurmaya çalışın; tartışmayı açın; stratejik sorularla bilgi toplayın; hastanın bakış açısını, ihtiyaçlarını, endişelerini ve değerlerini anlayın; bilgileri açık ve şeffaf bir şekilde paylaşın; sorunlar ve tedavi planları konusunda bir anlaşmaya varın; tedavi planını hasta ile açıkça paylaşın; ve hastalardan söylenenleri özetlemesini isteyin" şeklinde adımların atılmasını önermektedir.[33]

Sağlık profesyonelleri ile hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişim süreci kısıtlı olması nedeniyle, süreci nasıl daha etkili ve doğru kullanılabileceği üzerinde durmakta fayda vardır. Bu nedenle iletişim sürecinin ilk 30-35 saniyesinin "ilk izlenim" olarak insanlarda olumlu ya da olumsuz etki oluşturduğu unutulmamalıdır. İnsanların ilk 30-35 saniyede edindikleri izlenimleri büyük oranda (%55) fiziki görünüm, ses (%38), sözün içeriği (%7) oluşturmaktadır. Bu durum ilk başta, ortama uygun ve özenli giyinmenin başlı başına bir mesaj aktarımı olduğunu göstermektedir. Öte yandan ses tonu, giyim tarzı, aksesuarlar da birer anlam ifade etmektedir. Bu sebeple iletişim sürecinin ilk 30-35 saniyesi iyi yönetilmelidir. İletişim sürecinde, mesaj ne kadar fazla kanal üzerinden hedef kitleye iletilirse mesajın anlamı o kadar güçlenir. Örneğin; nazik bir karşılama, müşfik bir ses ve bakış, göz göze bir iletişim hastanın değer gördüğüne dair bir kanaatin oluşması için etkili olacaktır. Öte yandan duvarda asılı güzel bir söz, fotoğraf (hastalarıyla çekildiği fotoğraflar vb.) iletişimi tamamlama etkisine sahip olabilir. Ortamın da bir dili olduğu ve iletişim sürecini destekleyici katkısının olduğu unutulmamalıdır. Örneğin; bir çocuk doktorunun odasında hastalarından gelen resimlerini astığı bir köşesinin olması "çocuklara değer verdiğine, onları ve mesleğini sevdiğine, iletişimde kalmayı önemsediğine" dair bir mesaj aktarımı olacaktır.[26]

İletişim karmaşık bir süreçtir. Sağlık profesyonelleri ile hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişim sürecinin; ortam koşullarından oluşan fiziksel gürültünün, hastaların/hasta yakınlarının ruh hallerinin, yoğun iş temposundan ve uykusuzluktan kaynaklı sağlık mensuplarının stresli ve yorgun hallerinin, sağlığın teknik ve uzmanlık gerektiren bir alan olmasının etkisinde sürdüğü açıkça gözükmektedir. Bazı iletişim engellerinin bireysel çaba ile ortadan kaldırılamayacağı kabul edilmelidir. Fakat değiştirilebilir ve yönetilebilir hususlara odaklanarak iletişim sorunlarının tespit edilmesi, tanımlanması ve giderilmesi gerekir. Buna binaen sağlık profesyonellerinin

etkili iletişim becerilerini artırmaya yönelik eğitim almaları, mevcut iletişim engellerini ortadan kaldırmaya katkı sağlayacağı için bir gerekliliktir.[26]

2.5. Sorun Çözme

Sorun "araştırılıp öğrenilmesi gereken, düşünülüp çözümlenmesi, bir sonuca bağlanması gereken durum, mesele, problem" olarak tanımlanmaktadır.[23] Bir başka tanıma göre sorun; "sağlıklı bir işlevsellik için bireyden bir tepki gerektiren fakat kişinin karşılaştığı engeller yüzünden o an için etkili bir tepkinin olamadığı, günlük yaşamla ilgili bir durum" olarak tanımlanmaktadır.[36]

Sorun çözme, günlük hayatta karşılaşılan bir sorun için etkili çözümleri belirleyebilmek ya da keşfedebilmek için birey, çift ya da grup tarafından gerçekleştirilen bilişsel-davranışsal bir işlem olarak tanımlanmaktadır. Sosyal sorun çözme işlemi; güdüsel, tutumsal ve duyuşsal boyutlarıyla gündelik hayatta karşılaşılan sorunlar için olası etkili çözümlere ulaşabilmeyi ve çözümler arasında en efektif çözümü seçmeyi mümkün kılar.[36] Başka ifadeyle; sorun çözme, bireyin yeni olay ya da durumlar karşısında var olan ilişkileri ortaya çıkarma, yeni ilişkiler kurma ve güdülen amaca göre belli bir sonuç elde etme işi olarak tanımlamaktadır. Heppner ve Krauskopf (1987) problem çözmeyi "amaca yönelik bilişsel ve duyuşsal işlemler dizisinin yanı sıra probleme yönelik davranışsal tepkiler dizisi" olarak tanımlamaktadır.[37] Kısacası sosyal sorun çözme bilinçli, mantıklı, çaba gerektiren ve amaca yönelik bir eylemi ifade etmektedir. Sorun çözme, sorunsal bir durumu daha iyi hale getirme ve/veya sorunun ortaya çıkardığı duygusal baskıyı azaltma maksadıyla gerçekleştirilir.[36]

Sorun çözme, bilişsel, duygusal ve davranışsal süreçleri kapsayan kişisel bir süreçtir. Bu süreçte yaşanan bilişsel, duygusal ve kişisel problemler, problemleri daha da karmaşık bir hale getirebilir. Yapılan araştırmalarda, etkili sorun çözme sürecinin problemin tanımlanması, çözüm yollarının belirlenmesi, çözüme uygun stratejilerin belirlenmesi olmak üzere son derece karmaşık bilişsel süreçlerin takip edilmesi gerektiği ileri sürülmüştür. Süreçte söz konusu bilişsel süreçlerin faaliyete geçirilmemesi durumunda bireylerin kendilerini yetersiz hissettikleri ve duygusal sorunlar yaşadıkları görülmektedir. Bu nedenle etkili sorun çözme, kişisel ve örgütsel yaşamda oldukça önemli kişisel bir beceridir. Sorun çözme becerisine sahip olan

bireylerin benlik saygılarının, liderlik özelliğinin sorun çözme becerisi daha düşük gruplara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir.[38]

Sorun çözme, yaşam boyunca gerekli olan, öğrenilebilen ve geliştirilebilen bir beceridir. Etkili sorun çözme becerisi bireyin yaşadığı duygusal stresin olumsuz etkisini azaltmada önemli bir başa çıkma mekanizması olarak görev yapar. Sorunları çözme konusunda kendini yeterli gören ve becerilerine güvenen bireylerin daha az kaygı yaşadığı, sosyal ilişkileri de pozitif açıdan etkilediği gözlemlenmektedir.[39]

D'Zurilla ve Goldfried, sosyal sorun çözmeyi, bireylerin yaşamlarındaki belirli hedeflere ulaşmada karşılaştıkları engelleri aşmak için sistematik ve etkili yollar geliştirmeleri olarak tanımlamışlardır. D'Zurilla'nın kuramı, sosyal sorun çözme sürecini beş ana bileşenle açıklar:[40,41]

i. Sorun yönelimi: Bireyin problemle karşılaşma durumunda gösterdiği bilişsel, duyuşsal ve güdüsel özelliklerine işaret etmektedir. Probleme olumlu ve olumsuz yönelim olmak üzere iki boyuttan meydana gelmektedir.[41]

i.1. Olumlu yönelim:

- ✓ Bireyin; problemlerden kaçınmak yerine problemleri çözmede bütünleşmeye kendini adamayı içeren yapıcı bilişsel problem-çözme dizisidir
- ✓ Birey problemi "meydan okuma" olarak görme eğilimindedir.
- ✓ Birey problemlerin çözülebilir olduğu iyimser bakış açısına sahiptir.
- ✓ Bireyler problemi çözmek için sahip oldukları bireysel yeteneklerinin farkındadırlar.
- ✓ Birey problemlerin başarılı bir şekilde çözülmesinin zaman alıcı olduğunun, sabır ve gayret gerektirdiğinin bilincindedir.

i.2. Olumsuz yönelim:

- ✓ Birey, problemi psikolojik, sosyal, ekonomik iyilik haline yönelik tehdit olarak algılamaktadır.
- ✓ Bireyin problem çözmek için kendi kabiliyetlerine güvenememesi ve başarıyla çözebileceğine inanmaması durumu mevcuttur.
- ✓ Birey problemle karşılaştığında kolayca öfkelenme ve kendini mutsuz hissetme halini içeren fonksiyonel olmayan ve bireyin kendini engellenmiş hissettiği ket vurucu bilişsel-güdüsel bir dizidir.

ii. Sorun tanımlama ve formülasyonu: Karşılaşılan sorunun net bir şekilde tanımlanmasını ve anlaşılmasını içerir. Sorunun doğası, kapsamı ve etkileri belirlenme aşamasıdır.

iii. Çözüm alternatifleri üretme: Birey soruna yönelik olası çözüm yollarını üretir. Bu süreçte yaratıcı düşünme ve farklı bakış açılarından yararlanma önemlidir.

iv. Çözüm kararı verme: Üretilen çözüm yollarının, avantaj ve dezavantajı dikkate alınarak en etkili ve uygulanabilir olanı seçilir.

v. Çözüm uygulama ve değerlendirme: Karar verilen çözüm uygulanır ve sonuçları değerlendirilir. İstenilen hedefe ulaşılamazsa, süreç tekrar gözden geçirilir ve alternatif çözümler üretilir.

Sorun çözme tarzı, bireyin stresli sorunlara tepki gösterme veya yanıt verme şeklini ifade eder. Üç farklı tarzdan başarılı sorun çözme ile ilişkili olan rasyonel sorun çözme tarzıdır. Diğer ikisi (dürtüsel/dikkatsiz tarz ve kaçınma) işlevsel olmayan tarzlardır.[41]

Rasyonel sorun çözme: Bu genel stil, planlı, kasıtlı ve sistematik bir sorun çözme yaklaşımını yansıtır. Güçlü akılcı problem çözme becerilerine sahip bireyler, bir problemle karşısında bir tür "bilimsel yöntem" izler, dikkatli ve mantıklı yargılarla ilişkilendirdiği şekillerde düşünürler. Bu tür kişiler, bir problem hakkında gerçekleri ve bilgileri toplayan, sorunu doğru bir şekilde belirleyen, gerçekçi bir problem çözme hedefi belirleyen, sorunu aşmak için çeşitli alternatif seçenekler üreten, bu çeşitli alternatiflerin artılarını ve eksilerini belirleyen ve karşılaştırarak fayda-zarar analizine dayalı etkili bir çözüm planı oluşturan, sonucu dikkatlice izlerken ve değerlendirirken planı en iyi şekilde uygulayan bireyler olma eğilimindedir.[41]

Kaçıngan sorun çözme: Bireyin pasif olma, erteleme, sorunların varlığını inkâr etme ve zorluklarını çözmek için başkalarına güvenme eğilimleriyle karakterize uyumsuz sorun çözme stilidir. Bu çözüm modelinde bireyler, sorunları olabildiğince uzun süre erteleme, sorunlarla doğrudan yüzleşmek yerine onlardan kaçınma, sorunları çözmeye çalışmak yerine sorunların kendiliğinden çözülmesini bekleme ve sorunlarını çözme sorumluluğunu başkalarına yükleme eğilimindedir. Sorunlardan kaçınma, sorunları erteleme veya inkar etme eğilimleri nedeniyle, bireyler genellikle stresli zorluklarla başa çıkmada yetersizdir.[41]

Dürtüsel - dikkatsiz sorun çözme: Bu problem çözme örüntüsünde bireyler, problemi çözmek için aktif girişimlerde bulunur ancak dikkatsiz, aceleci, eksik ve dar olma eğilimindedir. Birey bir soruna yalnızca birkaç çözüm düşünür, genellikle akla gelen ilk fikirle dürtüsel olarak hareket ederler. Ayrıca, olası sonuçların yelpazesini ihmal ederler ve sonucu yetersiz bir şekilde izlerler. Dürtüsellikleri ve dikkatsizlikleri nedeniyle, bu boyutta yüksek olan bireyler genellikle sorun çözme durumlarında etkisizdirler, bunun nedeni genellikle kendilerine "içgüdüsel hislere göre hareket etmenin iyi bir fikir" olduğunu söylemeleridir.[41]

2.6. Sağlıkta Sorun Çözme

Sağlık hizmetlerinde sorun çözme süreci; bireysel, klinik uygulamaya yönelik ve yönetsel sorun çözme olarak üç başlıkta incelenmektedir. Sorun çözme becerilerinin eğitim düzeyi, klinik uygulama becerileri, mesleki deneyimler ve örgüte ilişkin özelliklerden etkilendiği saptanmıştır. Sorun çözme, pozitif çalışma ortamı oluşturma, niteliği artırma ve efektif bir yönetim uygulaması gibi konuları kapsadığından yönetimin temel becerileri içinde kabul edilmektedir.[42]

Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti verilen her ortamda çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadır. Sorunların çözümünde, güvenli ve nitelikli hizmet verilmesinde ve olumlu hasta sonuçlarının sağlanmasında sağlık çalışanlarının sahip olduğu sorun çözme ve karar verme becerileri büyük bir önem taşımaktadır.[43]

Yüksek sorun çözme becerisine sahip olan doktor ve hemşirelerin, daha sağlıklı çözümler üretebildiği, kişiler arası ilişkilerde daha başarılı oldukları, bakım verdikleri hastaların ise sorunları ile daha iyi baş ettikleri, hastalarda mortalite ve morbidite oranlarının da düşük olduğu bildirilmiştir.[44]

Türkiye'deki sağlık çalışanlarının çalışma temposunda artış mevcuttur. Çalışma yaşamındaki bu değişim neticesinde; sağlık çalışanlarının kişisel davranışlarında da değişiklikler ortaya çıktığı, iş yükünün arttığı, stres düzeylerinin arttığı, iş doyumunun azaldığı, öfke kontrolünde problem yaşandığı ve sağlığı olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir.[45]

Çalışma ortamında sürekli tekrar eden stresli yaşantılar, uzun çalışma saatleri; kaslarda gerginlik, migren, uyku sorunları, yorgunluk gibi fiziksel sağlık sorunlarına; tükenmişlik, anksiyete, depresyon, alkol ve zararlı madde kullanımında artış gibi ruhsal

sorunlara; sık karşılaşılan olumsuz yaşam olayları şiddete maruz kalma, kızgınlık, çaresizlik, korku, tükenmişlik, güven kaybı kendini suçlama gibi ruhsal travmalara; iş veriminde azalma ve doyumsuzluk, işle ilgili kendine güven kaybı, meslekten ayrılma, ailevi problemlerde artış, kişiler arası iletişimde problemler yaşama gibi sorunlara yol açabilmektedir.[46]

Tükenmişliğe yönelik çalışmalarda sorun çözme ve öfkeyi kontrol edebilme becerileri tükenmişlikten koruyan değişkenler olarak belirtilmektedir. Problem odaklı baş etme ve olayları pozitif yönde ele almanın tükenmişlik seviyesinde azaltıcı, duygu odaklı baş etme yöntemlerinin ise tükenmişlik seviyesinde artırıcı etkisi olduğu bildirilmiştir.[47]

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin sağlık çalışanlarına yönelik şiddet algısının iletişim ve sosyal sorun çözme becerileri ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla planlanan çalışma aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aramak için kesitsel tipte gözlemsel bir araştırma olarak yürütüldü.

Araştırma soruları:

1. Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin iletişim becerileri konusunda durumları, algıları, eğitim durumları ve gereksinimleri nasıldır?

2. Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin sosyal sorun çözme becerileri konusunda durumları, algıları, eğitim durumları ve gereksinimleri nasıldır?

3. Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin şiddete karşı güven/güvenlik algıları, şiddet deneyimleri, şiddet yönetimi konusunda eğitim durumları ve gereksinimleri nasıldır?

4. Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin Sağlık Profesyonellerinin Şiddete Karşı Güvenlik ve Güven Ölçeği, İletişim Becerileri Ölçeği ve Sosyal Problem Çözme Becerileri Ölçeği puanlarının birbirleriyle ilişkisi nasıldır?

5. Katılımcıların uzmanlık eğitimine başlamadan önceki ve uzmanlık eğitimi sürecindeki temel iletişim, hasta-hekim iletişimi, sosyal sorun çözme ve sağlık profesyonellerine yönelik şiddet yönetimi konusundaki beceri algılarında farklılık var mıdır?

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırma evrenini, çalışmanın yapıldığı tarihte Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında uzmanlık eğitimi alan araştırma görevlisi hekimler oluşturdu (N=73). Örneklem seçilmeyip, evreninin tamamına perşembe günleri yürütülen yapılandırılmış uzmanlık eğitim programı sürecinde ulaşıldı. Katılmayı kabul edenlerin anket formlarını kendilerinin doldurmaları istendi.

Araştırma öncesi Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan (08.03.2024, karar no: 8) gerekli izin ve onay alındı. Araştırmada kullanılan ölçekler için gerekli izinler alındı.

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmada araştırıcılar tarafından literatür taranarak oluşturulan bir anket formu, Sağlık Profesyonellerinin Şiddete Karşı Güvenlik ve Güven Ölçeği, İletişim Becerileri Ölçeği ve Sosyal Problem Çözme Ölçeği Kısa Formu kullanıldı.

Veri toplama formu katılımcıların sosyodemografik özelliklerini; iletişim, sosyal sorun çözme, şiddet yönetimi becerilerine ilişkin algılarını; bu konulardaki eğitim durumlarını ve gereksinimlerini sorgulayan toplam 72 sorudan oluştu.

Sağlık Profesyonellerinin Şiddete Karşı Güvenlik ve Güven Ölçeği (SPŞKGÖ): Kowalenko ve meslektaşları tarafından geliştirilen ölçek (2013) Şengül ve ekibi tarafından 2018 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır.[48,49] Ölçek iki alt boyut ve toplamda 7 sorudan oluşmaktadır. Güvenlik alt boyutu; 1., 2. ve 3. soruları içermekte olup katılımcıların kendilerini güvende hissetme algısını ölçmeyi amaçlamaktadır. Güven alt boyutu; 4., 5., 6. ve 7. soruları içerir ve katılımcıların şiddet yönetimi becerilerine ilişkin algılarını ölçmeyi hedeflemektedir. Ölçeğin cronbach alfa katsayıları, güvenlik alt boyutu için 0,806, güven alt boyutu için 0,839 ve ölçeğin genel puanı için ise 0,845 olarak belirlenmiştir.

Katılımcılardan, ölçek maddelerinde belirtilen ifadelere katılma derecelerini 1 ile 10 arasındaki bir derecelendirmede belirtmeleri istenmektedir. Bu derecelendirmede 1 "Kesinlikle katılmıyorum" ve 10 "Kesinlikle katılıyorum" anlamına gelmektedir. Ayrıca, 1 "Hiç emin değilim" yanıtı, 10 ise "Son derece güvenli" anlamını taşımaktadır. Ölçek alt boyut ve genel puanı maddelerin aritmetik ortalaması alınarak hesaplanmaktadır. Güvenlik alt boyutunda 2 ve 3. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçek genel ve alt boyutlarından minimum 1 puan; maksimum ise 10 puan alabilmektedirler. Ölçekten alınan puanın yükselmesi şiddete karşı güvenlik, güven ve şiddet yönetiminin arttığını göstermektedir.

İletişim Becerileri Ölçeği (İBÖ): Bireylerin kendi iletişim becerilerini nasıl değerlendirdiklerini belirlemek amacıyla Owen ve Bugay tarafından 2014 yılında geliştirilmiş bir ölçektir.[50] Ölçeğin iç tutarlık cronbach alfa katsayısı 0,88' dir. Ölçek 25

maddeli, 5'li likert tipindedir. 1.Hiçbir zaman, 2.Nadiren, 3.Bazen, 4.Sıklıkla, 5.Her zaman olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin dört faktörlü bir yapı oluşturduğu belirlenmiştir:

İletişim İlkeleri ve Temel Beceriler (İİTB): 1, 3, 6, 13, 15, 16, 21, 23, 24 ve 25.

Kendini İfade Etme (KİE): 2, 5, 17 ve 20.

Etkin Dinleme ve Sözel Olmayan İletişim (EDSOİ): 10, 11, 12, 18, 19, 22.

İletişim Kurmaya İsteklilik (İKİ): 4, 7, 8, 9 ve 14. maddelerden oluşmaktadır.

Ölçekte ters ifade bulunmamakta ve ölçekten alınan yüksek puan bireylerin kendi iletişim becerilerini olumlu yönde değerlendirdiklerini göstermektedir. Ölçek alt boyutlarından alınan puanların yüksek olması iletişim becerilerinin iyi olduğunu göstermektedir.

Sosyal Problem Çözme Envanteri Kısa Formu (SPÇE-KF): D' Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares (2002) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe' ye uyarlama çalışması ve geçerlilik güvenilirlik analizleri Çekici (2009) tarafından yapılmıştır.[51,52]

Beşli Likert tipinde olan 25 maddeden oluşan ölçek toplamda beş alt boyuttan oluşmaktadır. Probleme Yönelim alt ölçeği Probleme Olumlu Yönelim ve Probleme Olumsuz Yönelim olmak üzere iki boyuttan; Problem Çözme Tarzları alt ölçeği ise Rasyonel Problem Çözme, Dürtüsel/Dikkatsiz Tarz ve Kaçınan Tarz olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır. Her alt boyut 5 soru ile değerlendirilmektedir. Verilen cevaplar 0=hiç uygun değil 1=çok az uygun 2=kısmen uygun 3=çok uygun 4=tamamen uygun olarak puanlanmaktadır. Ölçme aracında tersten puanlanan maddeler yoktur. Her bir alt ölçeğe ait toplam puan elde etmek için o alt ölçeğe giren maddelere ait puanların toplanması yeterlidir. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 100, en düşük puan ise 0'dır. Her bir alt ölçeğe ait maddeler şöyledir;

- Probleme Olumlu Yönelim (POY) alt ölçeğinde madde 4, 5, 13, 15 ve 22
- Probleme Olumsuz Yönelim (POSY) alt ölçeğinde madde 1, 3, 7, 8 ve 11
- Rasyonel Problem Çözme (RPÇ) alt ölçeğinde madde 12, 16, 19, 21 ve 23
- Dikkatsiz/Dürtüsel Tarz (DDT) alt ölçeğinde madde 2, 14, 20, 24 ve 25
- Kaçınan Tarz (KT) alt ölçeğinde ise madde 6, 9, 10, 17 ve 18 yer almaktadır.

Katılımcıların toplam puanları arttıkça sosyal problem çözme becerileri artmaktadır. Her bir alt ölçeğe ilişkin elde edilen iç tutarlılık katsayı değerleri RPÇ ve POY için=.81, POSY için=.76, KT için= .74 ve DDT için= .61'dir.

3.4. Verilerin Analizi

Microsoft Excel programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılan veriler SPSS paket programı kullanılarak analiz edildi.

Veriler değerlendirilirken yeniden gruplandırmalar ve kodlamalar yapıldı. Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ve ölçek maddelerine verdikleri yanıtlar ile ilgili verilerde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanıldı.

Dağılımın normal olup olmadığı Kolmogrov Smirnov testi ile değerlendirildi. Katılımcıların uzmanlık eğitimi öncesi ile uzmanlık eğitimi sürecindeki becerilerine ilişkin algılarının karşılaştırılmasında eşleştirilmiş t test kullanıldı. Yaş, meslek yılı, uzmanlık süresi ve ölçek puanları arasındaki korelasyon analizlerinde normal dağılıma uyan verilerde Pearson ve uymayanlarda Spearman bağıntı katsayıları kullanıldı. Katsayı 0-0,25 çok zayıf ilişki; 0,25-0,50 zayıf-orta derecede ilişki; 0,50-0,75 iyi derecede ilişki; 0,75- 1,00 çok iyi derecede ilişki şeklinde yorumlandı.[53] Tüm testlerde $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Yaş ortalaması 32,3±6,6 (24-52) yıl olan 73 katılımcının %63,0'ı kadın, %58,9'u evlidir. Katılımcıların %63'ü tam zamanlı uzmanlık öğrencisidir.

Katılımcıların hekimlik mesleğinde geçirdiği süre ortalaması 7,6 (1- 29) yıldır. Tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin uzmanlık eğitiminde geçirdiği süre ortalaması 2,2±1,0 (1-5) yıl, yarı zamanlı uzmanlık öğrencilerinin uzmanlık eğitiminde geçirdiği süre ortalaması 2,8±1,7 (1- 6) yıl olarak hesaplanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların hekimlik mesleğinde ve uzmanlık eğitiminde geçirdikleri süre

		Ort±SD	Med (Min-Maks)
Hekimlik mesleğinde geçirilen süre		7,6±6,5	5 (1-29)
Uzmanlık eğitiminde geçirilen süresi	Tam zamanlı	2,2±1,0	2 (1-5)
	Yarı zamanlı	2,8±1,7	2 (1-6)

Tablo 2'de katılımcıların tıbbi becerilerini değerlendirme durumları görülmektedir. Uzmanlık eğitimi öncesindeki tıbbi becerilerini değerlendirme durumları incelendiğinde; katılımcıların 4'ünün (%5,5) kötü, 30'unun (%41,1) orta, 38'inin (%52,0) iyi, 1'inin (%1,4) çok iyi olarak değerlendirdiği görülmüştür.

Çalışmanın yapıldığı tarihteki tıbbi becerilerini değerlendirme durumları incelendiğinde ise; katılımcıların 1'inin (%1,4) kötü, 11'inin (%15,1) orta, 52'sinin (%71,2) iyi, 9'unun (%12, 3) çok iyi olarak değerlendirdiği saptanmıştır.

Tablo 2. Katılımcıların tıbbi becerilerini değerlendirme durumları

	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)
Uzmanlık eğitimi öncesi	0	4 (5,5)	30 (41,1)	38 (52,0)	1 (1,4)
Çalışma zamanı	0	1 (1,4)	11(15,1)	52 (71,2)	9 (12,3)

Tablo 3'te katılımcıların temel iletişim becerilerini değerlendirme durumları görülmektedir. Uzmanlık eğitimi öncesi dönemdeki temel iletişim becerilerini değerlendirme durumları incelendiğinde; katılımcıların 2'sinin (%2,7) kötü, 28'inin (%38,4) orta, 36'sının (%49,3) iyi, 7'sinin (%9,6) çok iyi olarak değerlendirdiği görülmektedir. Çalışmanın yapıldığı tarihteki temel iletişim becerilerini değerlendirme durumları incelendiğinde ise; katılımcıların 4'nün (%5,5) orta, 52'sinin (%71,2) iyi, 17'sinin (%23,3) çok iyi olarak değerlendirdiği saptanmıştır.

Tablo 3. Katılımcıların temel iletişim becerilerini değerlendirme durumları

	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)
Uzmanlık eğitimi öncesi	0	2 (2,7)	28 (38,4)	36 (49,3)	7 (9,6)
Çalışma zamanı	0	0	4 (5,5)	52 (71,2)	17 (23,3)

Tablo 4'te katılımcıların hasta hekim iletişimi becerilerini değerlendirme durumları görülmektedir. Uzmanlık eğitimi öncesindeki hasta hekim iletişimi becerilerini değerlendirme durumları incelendiğinde; katılımcıların 5'inin (%6,9) kötü, 29'nun (%39,7) orta, 33'ünün (%45,2) iyi, 6'sının (%8,2) çok iyi olarak değerlendirdiği görülmektedir. Çalışmanın yapıldığı tarihteki hasta hekim iletişimi becerilerini değerlendirme durumları incelendiğinde; katılımcıların 4'nün (%5,5) orta, 49'unun (%67,1) iyi, 20'sinin (%27,4) çok iyi olarak değerlendirdiği saptanmıştır.

Tablo 4. Katılımcıların hasta-hekim iletişimi becerilerini değerlendirme durumları

	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)
Uzmanlık eğitimi öncesi	0	5 (6,9)	29 (39,7)	33 (45,2)	6 (8,2)
Çalışma zamanı	0	0	4 (5,5)	49 (67,1)	20 (27,4)

Tablo 5'te katılımcıların sosyal sorun çözme becerilerini değerlendirme durumları görülmektedir. Uzmanlık eğitimi öncesindeki sosyal sorun çözme becerilerini değerlendirme durumları incelendiğinde; katılımcıların 1'inin (%1,4) çok kötü, 6'sının (%8,2) kötü, 25'inin (%34,2) orta, 37'sinin (%50,7) iyi, 4'ünün (%5,5) çok iyi olarak değerlendirdiği görülmektedir. Çalışmanın yapıldığı tarihteki sosyal sorun çözme becerilerini değerlendirme durumları incelendiğinde; katılımcıların 9'unun (%12,0) orta, 45'inin (%62,0) iyi, 19'unun (%26,0) çok iyi olarak değerlendirdiği saptanmıştır.

Tablo 5. Katılımcıların sosyal sorun çözme becerilerini değerlendirme durumları

	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)
Uzmanlık eğitimi öncesi	1 (1,4)	6 (8,2)	25 (34,2)	37 (50,7)	4 (5,5)
Çalışma zamanı	0	0	9 (12,0)	45 (62,0)	19 (26,0)

Tablo 6'da katılımcıların sağlık profesyonellerine yönelik şiddetin yönetimi konusundaki becerilerini değerlendirme durumları görülmektedir. Uzmanlık eğitimi öncesindeki sağlık profesyonellerine yönelik şiddetin yönetimi konusundaki becerilerini değerlendirme durumları incelendiğinde; katılımcıların 18'inin (%24,7) kötü, 29'unun

(%39,7) orta, 24'ünün (%32,9) iyi, 2'sinin (%2,7) çok iyi olarak değerlendirdiği görülmektedir. Çalışmanın yapıldığı tarihteki sağlık profesyonellerine yönelik şiddetin yönetimi konusundaki becerilerini değerlendirme durumları incelendiğinde; katılımcıların 1'inin (%1,4) çok kötü, 2'sinin (%2,7) kötü, 23'ünün (%31,5) orta, 36'sının (%49,3) iyi, 11'inin (%15,1) çok iyi olarak değerlendirdiği saptanmıştır.

Tablo 6. Katılımcıların sağlık profesyonellerine yönelik şiddetin yönetimi konusundaki becerilerini değerlendirme durumları

	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)
Uzmanlık eğitimi öncesi	0	18 (24,7)	29 (39,7)	24 (32,9)	2 (2,7)
Çalışma zamanı	1 (1,4)	2 (2,7)	23 (31,5)	36 (49,3)	11 (15,1)

Tablo 7'de katılımcıların temel iletişim becerileri ile ilgili eğitim/danışmanlık alma/isteme durumları görülmektedir.

Katılımcıların 6'sının (%8,2) hiç eğitim almadığı, 3'ünün (%4,1) lise ve öncesi dönemde, 44'ünün (%60,3) tıp fakültesinde, 44'ünün (%60,3) uzmanlık eğitiminde, 12'sinin (%16,4) sürekli mesleki gelişim etkinliklerinde eğitim aldığı saptanmıştır.

Katılımcıların 61'i (%83,6) temel iletişim becerileri ile ilgili eğitim almak istediğini, eğitim almak isteyenlerin 25'i (%34,2) bireysel eğitim, 44'ü (%60,3) grupla eğitim almak istediğini bildirmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların temel iletişim becerileri ile ilgili eğitim/danışmanlık alma/isteme durumları

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Eğitim alma durumu	Hiç eğitim almadım	6	8,2
	Lise ve öncesi dönemde	3	4,1
	Tıp fakültesinde	44	60,3
	Uzmanlık eğitiminde	44	60,3
	Sürekli mesleki gelişim etkinliklerinde	12	16,4
Eğitim/danışmanlık isteme durumu	Eğitim almak istemem	12	16,4
	Eğitim almak isterim	61	83,6
	Bireysel eğitim/danışmanlık	25	34,2
	Grupla eğitim/danışmanlık	44	60,3

Tablo 8'de katılımcıların hasta-hekim iletişimi becerileri ile ilgili eğitim/danışmanlık alma/ isteme durumları görülmektedir.

Katılımcıların 2'sinin (%2,7) hiç eğitim almadığı, 49'unun (%67,1) tıp fakültesinde eğitim aldığı, 46'sının (%63,0) uzmanlık eğitiminde eğitim aldığı, 10'unun (%13,7) sürekli mesleki gelişim etkinliklerinde eğitim aldığı saptanmıştır.

Katılımcıların 61'i (%83,6) hasta-hekim iletişim becerileri ile ilgili eğitim almak istediğini, eğitim almak isteyenlerin 49'u (%67,1) bireysel eğitim, 48'i (%65,8) grupla eğitim almak istediğini bildirmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların hasta-hekim iletişim becerileri ile ilgili eğitim/danışmanlık alma/isteme durumları

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Eğitim alma durumu	Hiç eğitim almadım	2	2,7
	Tıp fakültesinde	49	67,1
	Uzmanlık eğitiminde	46	63,0
	Sürekli mesleki gelişim etkinliklerinde	10	13,7
Eğitim/danışmanlık isteme durumu	Eğitim almak istemem	12	16,4
	Eğitim almak isterim	61	83,6
	Bireysel eğitim/danışmanlık	49	67,1
	Grupla eğitim/danışmanlık	48	65,8

Tablo 9'da katılımcıların sosyal sorun çözme becerileri ile ilgili eğitim/danışmanlık alma/ isteme durumları görülmektedir. Katılımcıların 20'sinin (%27,4) hiç eğitim almadığı, 24'ünün (%32,9) tıp fakültesinde eğitim aldığı, 38'inin (%52,1) uzmanlık eğitimi döneminde eğitim aldığı, 11'inin (%15,1) sürekli mesleki gelişim etkinliklerinde eğitim aldığı saptanmıştır.

Katılımcıların 64'ü (%87,7) sosyal sorun çözme becerileri konusunda eğitim almak istediğini, eğitim almak isteyenlerin 21'i (%28,8) bireysel eğitim, 54'ü (%74,0) grupla eğitim almak istediğini bildirmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların sosyal sorun çözme becerileri ile ilgili eğitim/danışmanlık alma/isteme durumları

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Eğitim alma durumu	Hiç eğitim almadım	20	27,4
	Tıp fakültesinde	24	32,9
	Uzmanlık eğitiminde	38	52,1
	Sürekli mesleki gelişim etkinliklerinde	11	15,1
Eğitim/danışmanlık isteme durumu	Eğitim almak istemem	9	12,3
	Eğitim almak isterim	64	87,7
	Bireysel eğitim/danışmanlık	21	28,8
	Grupla eğitim/danışmanlık	54	74,0

Tablo 10'da katılımcıların sağlık profesyonellerine yönelik şiddetin yönetimi ile ilgili eğitim/danışmanlık alma/ isteme durumları görülmektedir. Katılımcıların; 30'unun (%41,1) hiç eğitim almadığı, 24'ünün (%32,9) tıp fakültesinde eğitim aldığı, 17'sinin

(%23,3) uzmanlık eğitimi döneminde eğitim aldığı, 13'ünün (%17,8) sürekli mesleki gelişim etkinliklerinde eğitim aldığı saptanmıştır.

Katılımcıların 68'i (%93,2) sağlık profesyonellerine yönelik şiddetin yönetimi ile ilgili eğitim almak istediğini; eğitim almak isteyenlerin 24'ü (%32,9) bireysel eğitim, 56'sı (%76,7) grupla eğitim almak istediğini bildirmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların sağlık profesyonellerine yönelik şiddetin yönetimi ile ilgili eğitim/danışmanlık alma/isteme durumları

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Eğitim alma durumu	Hiç eğitim almadım	30	41,1
	Tıp fakültesinde	24	32,9
	Uzmanlık eğitiminde	17	23,3
	Sürekli mesleki gelişim etkinliklerinde	13	17,8
Eğitim/danışmanlık isteme durumu	Eğitim almak istemem	5	6,8
	Eğitim almak isterim	68	93,2
	Bireysel eğitim/danışmanlık	24	32,9
	Grupla eğitim/danışmanlık	56	76,7

Tablo 11'de katılımcıların hasta veya hasta yakını tarafından şiddete maruz kalma durum değerlendirmeleri görülmektedir.

Uzmanlık eğitimi öncesi dönemdeki, hasta veya hasta yakını tarafından şiddete maruz kalma durumları incelendiğinde; katılımcıların 9'unun (%12,3) şiddete hiç maruz kalmadığı, 61'inin (%83,6) sözel şiddete maruz kaldığı, 23'ünün (%31,5) psikolojik şiddete maruz kaldığı, 9'unun (%12,3) fiziksel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır.

Uzmanlık eğitimi döneminde hasta veya hasta yakını tarafından şiddete maruz kalma durumları incelendiğinde ise; katılımcıların 38'inin (%52,1) şiddete hiç maruz kalmadığı, 32'sinin (%43,8) sözel şiddete maruz kaldığı, 11'inin (%15,1) psikolojik şiddete maruz kaldığı, 1'inin (%1,4) fiziksel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır.

Tablo 11. Katılımcıların hasta veya hasta yakını tarafından şiddete maruz kalma durumları

	Hiç n (%)	Sözel n (%)	Psikolojik n (%)	Fiziksel n (%)
Uzmanlık eğitimi öncesi	9(12,3)	61(83,6)	23(31,5)	9(12,3)
Uzmanlık eğitimi sürecinde	38(52,1)	32(43,8)	11(15,1)	1(1,4)

Tablo 12'de katılımcıların hasta veya hasta yakını tarafından şiddete maruz kaldığı yerlerin dağılımı görülmektedir.

Uzmanlık eğitimi öncesi dönemdeki hasta veya hasta yakını tarafından şiddete maruz kalınan yerler incelendiğinde; katılımcıların 27'sinin (%37) 1. basamak sağlık kurumunda, 37'sinin (%49,3) 2. basamak sağlık kurumunda, 12'sinin (%16,4) 3. basamak sağlık kurumunda şiddete maruz kaldığı saptanmıştır.

Uzmanlık eğitimi döneminde hasta veya hasta yakını tarafından şiddete maruz kalınan yerler incelendiğinde; katılımcıların 25'inin (%34,2) aile sağlığı merkezinde, 7'sinin (%9,6) rotasyon yaptığı kliniklerde şiddete maruz kaldığı saptanmıştır.

Tablo 12. Katılımcıların hasta veya hasta yakını tarafından şiddete maruz kaldıkları yerlerin dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Uzmanlık eğitimi öncesi	1. Basamak sağlık kurumu	27	37,0
	2. Basamak sağlık kurumu	37	49,3
	3. Basamak sağlık kurumu	12	16,4
Uzmanlık eğitimi sürecinde	ASM	25	34,2
	Rotasyon yapılan klinik	7	9,6

Tablo 13'te katılımcıların ekip arkadaşlarından herhangi birinin hasta veya hasta yakını tarafından şiddete maruz kalmasına tanık olma durumları görülmektedir.

Uzmanlık eğitimi öncesi dönemdeki, şiddet maruziyetine tanık olma durumları incelendiğinde; katılımcıların, 3'ünün (%4,1) hiç tanık olmadığı, 62'sinin (%84,9) sözel şiddete tanık olduğu, 27'sinin (%37,0) psikolojik şiddete tanık olduğu, 22'sinin (%30,1) fiziksel şiddete tanık olduğu saptanmıştır.

Uzmanlık eğitimi döneminde, ekip arkadaşlarından herhangi birinin hasta veya hasta yakını tarafından şiddete maruz kalmasına tanık olma durumları incelendiğinde; katılımcıların 19'unun (%26) şiddete hiç tanık olmadığı, 52'sinin (%71,2) sözel şiddete tanık olduğu, 20'sinin (%27,4) psikolojik şiddete tanık olduğu, 12'sinin (%16,4) fiziksel şiddete tanık olduğu saptanmıştır.

Tablo 13. Katılımcıların ekip arkadaşlarından herhangi birinin hasta veya hasta yakını tarafından şiddete maruz kalmasına tanık olma durumları

	Hiç n (%)	Sözel n (%)	Psikolojik n (%)	Fiziksel n (%)
Uzmanlık eğitimi öncesi	3(4,1)	62(84,9)	27(37,0)	22(30,1)
Uzmanlık eğitimi sürecinde	19(26,0)	52(71,2)	20(27,4)	12(16,4)

Tablo 14'te katılımcıların ekip arkadaşlarından herhangi birinin hasta veya hasta yakını tarafından şiddete maruz kalmasına tanık olunan yerlerin değerlendirmeleri görülmektedir.

Uzmanlık eğitimi öncesi dönemdeki arkadaşlarından herhangi birinin hasta veya hasta yakını tarafından şiddete maruz kalmasına tanık olunan yerler incelendiğinde; katılımcıların 27'sinin (%37,0) 1. basamak sağlık kurumunda, 41'inin (%56,2) 2. basamak sağlık kurumunda, 18'inin (%24,7) 3. basamak sağlık kurumunda şiddete tanık olduğu saptanmıştır.

Uzmanlık eğitimi döneminde ekip arkadaşlarından herhangi birinin hasta veya hasta yakını tarafından şiddete maruz kalmasına tanık olunan yerler incelendiğinde; katılımcıların 41'inin (%56,2) aile sağlığı merkezinde, 18'inin (%24,7) rotasyon yaptığı kliniklerde şiddete tanık olduğu saptanmıştır.

Tablo 14. Katılımcıların ekip arkadaşlarından herhangi birinin hasta veya hasta yakını tarafından şiddete maruz kalmasına tanık oldukları yerlerin dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Uzmanlık eğitimi öncesi	1. Basamak sağlık kurumu	27	37,0
	2. Basamak sağlık kurumu	41	56,2
	3. Basamak sağlık kurumu	18	24,7
Uzmanlık eğitimi sürecinde	ASM	41	56,2
	Rotasyon yapılan klinik	18	24,7

Tablo 15'te katılımcıların İBÖ, SPŞKGÖ, SPÇE-KF ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları görülmektedir.

Tablo 15. Katılımcıların İBÖ, SPŞKGÖ, SPÇE-KF ölçek puan ortalamaları

		Ort±SD	Min-Maks
İletişim Becerileri Ölçeği (İBÖ)	İletişim İlkeleri ve Temel Beceriler (İİTB)	39,12±3,93	27-49
	Kendini İfade Etme (KİE)	15,8±1,64	12-20
	Etkin Dinleme ve Sözel Olmayan İletişim (EDSOİ)	23,57±2,7	17-30
	İletişim Kurmaya İsteklilik (İKİ)	18,68±2,7	11-25
	Toplam	97,1±9,15	73-121
		Ort±SD	**Min-Maks**
Sağlık Profesyonellerinin Şiddete Karşı Güvenlik ve Güven Ölçeği (SPŞKGÖ)	Güvenlik	16,52±6,73	3-30
	Güven	22,3±8,2	4-40
	Toplam	38,84±11,9	8-70

Tablo 15'in devamı

Sosyal Problem Çözme Envanteri Kısa Formu (SPÇE-KF)	Probleme Olumlu Yönelim (POY)	17,04±3,3	8-25
	Probleme Olumsuz Yönelim (POSY)	15,1±3,79	6-23
	Rasyonel Problem Çözme (RPÇ)	18,6±3,18	11-25
	Dikkatsiz/Dürtüsel Tarz (DDT)	11,23±3,6	5-21
	Kaçınan Tarz (KT)	10,5±4,25	5-23
	Toplam	72,5±8,8	51-96

Tablo 16'da katılımcıların uzmanlık eğitimi öncesi ile uzmanlık eğitimi sürecindeki becerilerine ilişkin değerlendirmelerinin karşılaştırılması görülmektedir.

Katılımcıların tıbbi becerileri puan ortalaması uzmanlık öncesi dönemde 3,49±0,6 iken uzmanlık eğitimi döneminde 3,95±0,5 olarak hesaplanmıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001).

Katılımcıların temel iletişim becerileri puan ortalaması uzmanlık öncesi dönemde 3,66±0,6 puan iken uzmanlık eğitimi döneminde 4,18±0,5 puan olarak hesaplanmıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001).

Hasta-hekim iletişimi becerileri puan ortalaması uzmanlık öncesi dönemde 3,55±0,7 puan iken uzmanlık eğitimi döneminde 4,22±0,5 puan olarak hesaplanmıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001).

Sosyal sorun çözme becerileri puan ortalaması uzmanlık öncesi dönemde 3,51±0,7 puan iken uzmanlık eğitimi döneminde 4,14±0,6 puan olarak hesaplanmıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001).

Sağlık profesyonellerine yönelik şiddetin yönetimi konusundaki becerileri puan ortalaması uzmanlık öncesi dönemde 3,14±0,8 puan iken uzmanlık eğitimi döneminde 3,74±0,8 puan olarak hesaplanmıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001).

Tablo 16. Katılımcıların uzmanlık eğitimi öncesi ile uzmanlık eğitimi sürecindeki becerilerine ilişkin değerlendirmelerinin karşılaştırılması

	Uzmanlık eğitimi öncesinde Ort±SD	**Uzmanlık eğitimi sürecinde Ort±SD**	**p**
Tıbbi becerileri	3,49±0,6	3,95±0,5	<0,001
Temel iletişim becerileri	3,66±0,6	4,18±0,5	<0,001
Hasta-hekim iletişimi becerileri	3,55±0,7	4,22±0,5	<0,001
Sosyal sorun çözme becerileri	3,51±0,7	4,14±0,6	<0,001
Sağlık profesyonellerine yönelik şiddetin yönetimi konusundaki becerileri	3,14±0,8	3,74±0,8	<0,001

Tablo 17. Yaş, meslek yılı, uzmanlık süresi ile tıbbi, temel iletişim, hasta-hekim iletişimi, sosyal sorun çözme ve sağlık profesyonellerine yönelik şiddet yönetimi beceri puanları arasındaki korelasyon analizleri

		Tıbbi beceri	Temel iletişim	Hasta hekim iletişimi	Sosyal sorun çözme	Sağlık profesyonellerine yönelik şiddet yönetimi
Yaş	r_s	,063	,067	,186	,177	,211
Meslek yılı	r_s	,089	,155	**,273***	**,254***	,224
Uzmanlık süresi (Tam zamanlı)	r_s	,170	**,370***	**,292***	**,295***	,007
Uzmanlık süresi (Yarı zamanlı)	r_s	,042	,226	,147	**,488****	,106

**p<0,05, ** p<0,01*

Katılımcıların yaş, meslek yılı, uzmanlık süreleri ve tıbbi becerileri, temel iletişim, hasta-hekim iletişimi, sosyal sorun çözme ve sağlık profesyonellerine yönelik şiddet yönetimi becerileri puanlarının korelasyon analizleri Tablo 17'de verilmiştir.

Meslek yılı ile hasta-hekim iletişim becerisi puanı ve sosyal sorun çözme puanı arasında pozitif yönde zayıf-orta düzeyde ilişki; tam zamanlı araştırma görevlilerinde uzmanlık süresi ile temel iletişim becerisi, hasta-hekim iletişimi ve sosyal sorun çözme puanı arasında pozitif yönde zayıf-orta düzeyde ilişki; yarı zamanlı araştırma görevlilerinde uzmanlık süresi ile sosyal sorun çözme beceri puanı arasında pozitif yönde zayıf-orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 18. Yaş, meslek yılı, uzmanlık süresi ile İBÖ puanları arasındaki korelasyon analizleri

		İletişim ilkeleri temel becerileri	Kendini ifade etme	Etkin dinleme ve sözel olmayan iletişim	İletişim kurmaya isteklilik	İletişim toplam
Yaş	r_s	-,121	,154	,097	-,048	-,015
Meslek yılı	r_s	-,135	,154	,094	-,041	-,016
Uzmanlık süresi (Tam zamanlı)	r_s	,106	,175	,076	,133	,155
Uzmanlık süresi (Yarı zamanlı)	r_s	-,012	,111	,106	,169	,068

**p<0,05, ** p<0,01*

Katılımcıların yaş, meslek yılı, uzmanlık süreleri ve iletişim becerileri ölçeği puanlarının korelasyon analizleri Tablo 18'de verilmiştir. Bu tabloya göre çalışılan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.

Tablo 19. Yaş, meslek yılı, uzmanlık süresi ile SPÇE-KF puanları arasındaki korelasyon analizleri

		Olumlu yönelim	Olumsuz yönelim	Rasyonel tarz	Dikkatsiz dürtüsel tarz	Kaçıngan tarz	Sorun çözme toplam
Yaş	r_s	,027	-,213	-,143	,129	,050	-,076
Meslek yılı	r_s	,040	-,211	-,080	,020	-,044	-,121
Uzmanlık süresi (Tam zamanlı)	r_s	,155	-,213	-,080	,031	-,138	-,176
Uzmanlık süresi (Yarı zamanlı)	r_s	,126	,068	,022	,286	,254	,296

**p<0,05, ** p<0,01*

Katılımcıların yaş, meslek yılı, uzmanlık süreleri ve sosyal sorun çözme ölçeği puanlarının korelasyon analizleri Tablo 19'da verilmiştir. Bu tabloya göre çalışılan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.

Tablo 20. Yaş, meslek yılı, uzmanlık süresi ile SPŞKGÖ puanları arasındaki korelasyon analizleri

		Güvenlik	Güven	Toplam
Yaş	r	,227	**,376****	**,363****
Meslek yılı	r	,163	**,366****	**,322****
Uzmanlık süresi (Tam zamanlı)	r	-,108	,060	-,028
Uzmanlık süresi (Yarı zamanlı)	r	,159	,357	,217

**p<0,05, ** p<0,01*

Katılımcıların yaş, meslek yılı, uzmanlık süresi ile sağlık profesyonellerinin şiddete karşı güvenlik ve güven ölçeği puanlarının korelasyon analizleri Tablo 20'de verilmiştir. Yaş ile güven ve şiddet toplam puanları arasında pozitif yönde zayıf-orta düzeyde ilişki; meslek yılı ile güven ve şiddet toplam puanları arasında pozitif yönde zayıf-orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 21. Katılımcıların şimdiki tıbbi, temel iletişim, hasta-hekim iletişimi, sosyal sorun çözme ve sağlık profesyonellerine yönelik şiddet yönetimi beceri algıları ile SPŞKGÖ puanları arasındaki korelasyon analizleri

		Güvenlik	Güven	Toplam
Tıbbi beceri	r_s	,031	,048	,030
Temel iletişim	r_s	-,163	**,269***	,086
Hasta hekim iletişimi	r_s	-,132	**,329****	,132
Sosyal sorun çözme	r_s	,004	**,309****	,190
Sağlık profesyonellerine yönelik şiddet yönetimi	r_s	,026	**,240***	,167

**p<0,05, ** p<0,01*

Katılımcıların şimdiki tıbbi becerileri, temel iletişim, hasta-hekim iletişimi, sosyal sorun çözme ve sağlık profesyonellerine yönelik şiddet yönetimi beceri algıları ile

SPŞKGÖ puanlarının korelasyon analizleri tablo 21'de verilmiştir. Bu tabloya göre; temel iletişim, hasta hekim iletişimi ve sosyal sorun çözme beceri algıları ile güven alt ölçek puanı arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede ilişki; sağlık profesyonellerine yönelik şiddet yönetimi beceri ile güven alt ölçek puanı arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 22. Katılımcıların şimdiki tıbbi, temel iletişim, hasta-hekim iletişimi, sosyal sorun çözme ve sağlık profesyonellerine yönelik şiddet yönetimi beceri algıları ile SPÇE-KF puanları arasındaki korelasyon analizleri

		Olumlu yönelim	**Olumsuz yönelim**	**Rasyonel tarz**	**Dikkatsiz-dürtüsel tarz**	**Kaçıngan tarz**	**Sorun çözme toplam**
Tıbbi beceri	r_s	**,282***	-,229	**,281***	-,189	-,152	-,017
Temel iletişim	r_s	**,397****	-,230	**,350****	-,082	**-,304****	-,015
Hasta hekim iletişimi	r_s	**,433****	**-,291***	**,422****	-,115	**-,347****	-,025
Sosyal sorun çözme	r_s	**,307****	**-,239***	**,239***	-,070	-,199	,002
Şiddet yönetimi	r_s	,175	-,193	,105	,149	,030	,103

**p<0,05, ** p<0,01*

Katılımcıların şimdiki tıbbi becerileri, temel iletişim, hasta-hekim iletişimi, sosyal sorun çözme ve sağlık profesyonellerine yönelik şiddet yönetimi beceri algıları ile SPÇE-KF puanları arasındaki korelasyon analizleri Tablo 22'de verilmiştir. Bu tabloya göre;

Tıbbi beceri ile "olumlu yönelim" ve "rasyonel tarz" puanları arasında pozitif yönde zayıf- orta ilişki,

Temel iletişim ile "olumlu yönelim" ve "rasyonel tarz" puanları arasında pozitif yönde zayıf- orta ilişki; kaçıngan tarz puanları arasında negatif yönde zayıf - orta ilişki,

Hasta hekim iletişimi ile "olumlu yönelim" ve "rasyonel tarz" puanları arasında pozitif yönde zayıf- orta ilişki; "olumsuz yönelim" ve "kaçıngan tarz" puanları arasında negatif yönde zayıf- orta ilişki,

Sosyal sorun çözme ile "olumlu yönelim" puanları arasında pozitif yönde zayıf-orta ilişki; "rasyonel tarz" puanları arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki; "olumsuz yönelim" puanları arasında negatif yönde çok zayıf ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 23. Katılımcıların şimdiki tıbbi, temel iletişim, hasta-hekim iletişimi, sosyal sorun çözme ve sağlık profesyonellerine yönelik şiddet yönetimi beceri algıları ile İBÖ puanları arasındaki korelasyon analizleri

		İletişim ilkeleri temel becerileri	Kendini ifade etme	Etkin dinleme sözel olmayan iletişim	İletişim kurmaya isteklilik	İletişim toplam
Tıbbi beceri	r_s	**,402****	**,338****	**,278***	**,316****	**,443****
Temel iletişim	r_s	-,069	**,486****	,142	**,314****	**,236***
Hasta hekim iletişimi	r_s	-,029	**,501****	**,251***	**,287***	**,265***
Sosyal sorun çözme	r_s	-,028	**,388****	,185	**,283***	**,234***
Şiddet yönetimi	r_s	,083	**,376****	,053	,168	,212

**p<0,05, ** p<0,01*

Katılımcıların tıbbi becerileri, temel iletişim, hasta-hekim iletişimi, sosyal sorun çözme ve sağlık profesyonellerine yönelik şiddet yönetimi beceri algıları ile İBÖ puanlarının korelasyon analizleri Tablo 23'te verilmiştir. Bu tabloya göre:

Tıbbi beceri ile İBÖ toplam ve tüm alt boyut puanları arasında pozitif yönde zayıf - orta ilişki, Temel iletişim ile "kendini ifade etme" ve "letişim kurmaya isteklilik" puanları arasında pozitif yönde zayıf - orta ilişki;

"iletişim toplam" puanları arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki, Hasta-hekim iletişimi ile "kendini ifade etme" puanları arasında iyi derecede ilişki;

"etkin dinleme ve sözel olmayan iletişim", "iletişim kurmaya isteklilik" ve "iletişim toplam" puanları arasında pozitif yönde zayıf-orta ilişki, Sosyal sorun çözme ile "kendini ifade etme" ve "iletişim kurmaya isteklilik" puanları arasında pozitif yönde zayıf - orta ilişki;

'iletişim toplam' puanları arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki, sağlık profesyonellerine yönelik şiddet yönetimi ile "kendini ifade etme" puanları arasında pozitif yönde zayıf -orta ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 24. İBÖ ile SPŞKGÖ toplam ve alt boyut puanlarının korelasyon analizleri

		Güvenlik	Güven	Şiddet toplam
İletişim ilkeleri temel becerileri	r	,199	,151	,216
Kendini ifade etme	r	-,002	**,383****	**,261***
Etkin dinleme sözel olmayan iletişim	r	,119	**,303****	**,275***
İletişim kurmaya isteklilik	r	-,038	,209	,122
İletişim toplam	r	,109	**,286***	**,257***

**p<0,05, ** p<0,01*

Katılımcıların İletişim Becerileri Ölçeği ile Sağlık Profesyonellerinin Şiddete Karşı Güvenlik ve Güven Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının korelasyon analizleri tablo 24' de verilmiştir. Bu tabloya göre; "kendini ifade etme" ile "güven" ve "şiddet toplam" puanları arasında pozitif yönde zayıf-orta düzeyde ilişki;

"etkin dinleme sözel olmayan iletişim" ile "güven" ve "şiddet toplam" puanları arasında pozitif yönde zayıf-orta düzeyde ilişki;

"iletişim toplam" ile "güven" ve "şiddet toplam" puanları arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 25. SPŞKGÖ ile SPÇE-KF toplam ve alt boyut puanlarının korelasyon analizleri

		Olumlu yönelim	Olumsuz yönelim	Rasyonel tarz	Dikkatsiz dürtüsel tarz	Kaçıngan tarz	Sorun çözme toplam
Güvenlik	r	**,231***	**-,258***	-,015	,055	,001	-,005
Güven	r	**,373****	**-,472****	,085	,020	-,149	-,093
Şiddet toplam	r	**,386****	**-,469****	,050	,045	-,101	-,067

**p<0,05, ** p<0,01*

Katılımcıların Sağlık Profesyonellerinin Şiddete Karşı Güvenlik ve Güven Ölçeği ile Sosyal Problem Çözme Becerileri Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının korelasyon analizleri Tablo 25'de verilmiştir:

"Güven" ve "şiddet toplam" ile "probleme olumlu yönelim" puanları arasında pozitif yönde zayıf - orta ilişki,

"Güvenlik" ile "probleme olumlu yönelim" puanları arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki,

"Güven", "şiddet toplam", "güvenlik" ile "probleme olumsuz yönelim" puanları arasında negatif yönde zayıf - orta ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 26. İBÖ ile SPÇE-KF toplam ve alt boyut puanlarının korelasyon analizleri

		Olumlu yönelim	Olumsuz yönelim	Rasyonel tarz	Dikkatsiz dürtüsel tarz	Kaçıngan tarz	Sorun çözme toplam
İletişim ilkeleri temel becerileri	r	,216	-,128	,094	,045	-,014	,073
Kendini ifade etme	r	**,417****	**-,359****	**,288***	-,134	**-,238***	-,061
Etkin dinleme sözel olmayan iletişim	r	**,268***	-,186	**,297****	-,204	-,152	-,027
İletişim kurmaya isteklili	r	**,363****	-,161	**,345****	-,025	-,126	,123
İletişim toplam	r	**,355****	-,223	**,282***	-,073	-,131	,048

**p<0,05, ** p<0,01*

Katılımcıların İletişim Becerileri Ölçeği ve SPÇE-KF toplam ve alt boyut puanlarının korelasyon analizleri Tablo 26'da verilmiştir:

"Kendini ifade etme", "etkin dinleme sözel olmayan iletişim", "iletişim kurmaya isteklilik", "iletişim toplam" puanları ile "probleme olumlu yönelim" ve "rasyonel problem çözme" puanları arasında pozitif yönde zayıf- orta ilişki;

"Kendini ifade etme" ile "probleme olumsuz yönelim" puanları arasında negatif yönde zayıf- orta ilişki, "kaçıngan tarz" puanları arasında negatif yönde çok zayıf ilişki olduğu saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Çalışmanın tartışma bölümü araştırma sorularına yanıt verecek tarzda yapılandırılmıştır.

5.1. Katılımcılarun İletişim Becerileri Konusunda Durumları, Algıları, Eğitim Durumları ve Gereksinimleri

Her beş katılımcıdan üçünün tıp fakültesinde ve/veya uzmanlık eğitiminde temel iletişim ve hasta hekim iletişimi ile ilgili eğitim aldığını bildirmesine ve %94,5'i temel iletişim ve hasta-hekim iletişim becerilerini iyi-çok iyi olarak değerlendirmesine karşın %83,6'sı eğitim almak istediğini bildirmiştir. Benzer şekilde Topaloğlu ve arkadaşlarının, 2022 yılında 222 aile hekimi asistanları ile yaptığı çalışmada asistanların %70,7'si iletişim eğitimi almak istediğini bildirmiştir.[54]

Temel iletişim beceri algısı ile İBÖ alt ölçeklerinden "kendini ifade etme", "iletişim kurmaya isteklilik", "iletişim toplam" ve hasta-hekim iletişim beceri algısı ile "kendini ifade etme", "etkin dinleme ve sözel olmayan iletişim", "iletişim kurmaya isteklilik" ve "iletişim toplam" puanları arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır.

Meslek yılı ile hasta-hekim iletişimi beceri algısı arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Tam zamanlı araştırma görevlilerinde ise uzmanlık süresi ile temel iletişim ve hasta-hekim beceri algısı arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Ancak yaş, meslek yılı, uzmanlık süreleri ve İBÖ puanlarının korelasyon analizlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ceylan ve arkadaşlarının (2019) 283 sağlık çalışanı ile yürüttükleri çalışmada yaşla iletişim becerileri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.[55] Yine Bozkır ve arkadaşlarının 2013 yılında 261 asistan hekim üzerinde yaptığı çalışmada, yaş ile temel iletişim becerisi arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır.[56] Duran ve arkadaşlarının 2020 yılında 562 sağlık çalışanı ile yaptıkları çalışmada 10 yıl ve daha altında çalışanların İletişim Becerileri Envanteri toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur.[57] Erci ve ark. çalışma yılının artmasıyla tükenmişlik artacağından dolayı iletişim becerilerinin azaldığını belirtmiştir.[58] Yaş ilerlemesiyle iletişim becerilerinin azaldığı tespit edilen çalışmalarda gençlerin daha atılgan olduğu bu nedenle iletişimlerinin daha iyi olduğu düşünülebilir. Yaş arttıkça

iletişim becerilerinin arttığı tespit edilen araştırmalarda ise kazanılan tecrübenin iletişime katkısının olduğu düşünülebilir.[59]

Birbiriyle çelişkili sonuçlar örneklem gruplarının meslek, yaş, çalışılan yer vb. faktörler açısından heterojen olmasından, iletişim becerilerinin bireyin algısı ve/veya ölçek ifadelerine verdikleri yanıtlar üzerinden değerlendirilmesinden kaynaklanabilir.

5.2. Katılımcıların Sosyal Sorun Çözme Becerileri Konusunda Durumları, Algıları, Eğitim Durumları ve Gereksinimleri

Katılımcıların üçte biri sosyal sorun çözme becerilerini iyi-çok iyi olarak değerlendirirken, %27,4'ü bu konuda hiç eğitim almadığını, %32,9'u tıp fakültesinde, %52,1'i uzmanlık eğitimi sürecinde, %15,1'i sürekli mesleki gelişim etkinliklerinde eğitim aldığını bildirmiştir. Katılımcıların %87,7'si sosyal sorun çözme becerileri konusunda eğitim almak istemektedir.

Sosyal sorun çözme algısı ile SSÇÖ alt boyutlarından "probleme olumlu yönelim" ve "rasyonel sorun çözme" puanları arasında pozitif yönde, "probleme olumsuz yönelim" puanları arasında negatif yönde ilişki olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların meslek yılı ve uzmanlık süresi ile sosyal sorun çözme beceri algısı arasında pozitif yönde zayıf-orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Ancak SSÇ ölçek puanları arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde çoğunlukla hemşirelerin problem çözme becerilerinin değerlendirildiği çalışmalara rastlanmıştır. Bölükbaşı ve arkadaşlarının (2015) Çukurova Üniversitesi aile hekimliği araştırma görevlileri ile yaptıkları çalışmada SSÇE toplam ve alt ölçek puanları ile yaş, hekimlik yılı, asistanlık kıdemi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.[60] Erzincanlı ve arkadaşlarının (2010) bir üniversite hastanesinde 264 hemşire üzerinde yaptığı çalışmada, hemşirelerin mesleki deneyim yılı arttıkça problem çözme beceri düzeyi algılarının da arttığı ve %68'inin sorun çözme becerileri ile ilgili eğitim almadığı belirlenmiştir.[61] Duran ve arkadaşlarının İzmir ilinde bir devlet hastanesinde 223 sağlık çalışanı üzerinde yaptığı çalışmada; biliş, duyuş ve davranış alt ölçekleri ve deneyim yılı süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunmuştur.[62] Benzer şekilde Topaloğlu ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada da yaş, mesleki kıdem ilerledikçe iletişim ve sosyal beceri düzeylerinde pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmüştür.[54] Ancak bu çalışma bulgularının aksi yönde sonuçlar elde eden çalışmalar da bulunmaktadır. Yıldırım ve

Bağsürer'in (2015-2016) Aydın'da üniversite hastanesinde 405 hemşire üzerinde yaptığı çalışmada; çalışma yılının ve çalışma pozisyonlarının problem çözme becerilerini etkilemediği görülmüştür.[63] Başol ve arkadaşlarının (2014) Ankara Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesinde 126 hemşire üzerinde yaptığı çalışmada; araştırmaya katılan hemşirelerin görev süresi arttıkça problem çözme becerilerinin düştüğü saptanmıştır.[64] Çelenk ve arkadaşlarının 382 hemşire ile yaptığı çalışmada; çalışmaya katılan hemşirelerin toplam kıdem yılları arttıkça, problem çözme envanteri toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı azaldığı belirlenmiştir ve aynı zamanda problem çözme eğitimi alma durumuna göre incelendiğinde, daha önce bu eğitimi almış olanların kendilerini problem çözme becerileri açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha iyi algıladıkları belirlenmiştir.[65]

Birbiriyle çelişkili sonuçlar örneklem gruplarının meslek, yaş, çalışılan yer vb. faktörler açısından heterojen olmasından, sorun çözme becerilerinin bireyin algısı ve/veya ölçek ifadelerine verdikleri yanıtlar üzerinden değerlendirilmesinden kaynaklanabilir.

5.3. Katılımcıların Şiddete Karşı Güven/Güvenlik Algıları, Şiddet Deneyimleri, Şiddet Yönetimi Konusunda Eğitim Durumları ve Gereksinimleri

Katılımcıların sadece üçte biri sağlık profesyonellerine yönelik şiddetin yönetimi konusundaki becerilerini iyi olarak değerlendirirken, %41,1'i bu konuda hiç eğitim almadığını, %32,9'u tıp fakültesinde, %23,3'ü uzmanlık eğitiminde, %17,8'i sürekli mesleki gelişim etkinliklerinde eğitim aldığını bildirmiştir. Katılımcıların %93,2'si sağlık profesyonellerine yönelik şiddetin yönetimi ile ilgili eğitim almak istediğini bildirmiştir.

Katılımcıların şiddet yönetimi beceri algıları ile Sağlık Profesyonellerinin Şiddete Karşı Güvenlik ve Güven Ölçeğinin sadece "güven" alt ölçek puanı arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların uzmanlık eğitimi öncesi dönemdeki, hasta veya hasta yakını tarafından şiddete maruz kalma durumları incelendiğinde; katılımcıların %83,6'sının sözel, %31,5'inin psikolojik, %12,3'ünün fiziksel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Benzer şekilde Yücens ve Oğuzhanoğlu'nun (2020) 965 sağlık çalışanı üzerinde yaptığı çalışmada da en çok sözel şiddete (%84,8'i) maruz kalındığı, katılımcıların bir kısmının

şiddetle ilişkili (tanıma/önleme/baş etme vs.) herhangi bir eğitime katıldığı ve %77,5'inin yeniden eğitim olursa katılmak istediği tespit edilmiştir.[66] Menckel ve arkadaşlarının İsveç'te 170.000 sağlık çalışanı ile yaptığı katıldığı çalışmada; katılımcıların %51,0'ının şiddete maruz kaldığı; şiddete maruz kalanların en çok karşılaştığı şiddet türünün sözel şiddet (%79,0) olduğu tespit edilmiştir.[67] Yine İlhan ve arkadaşlarının (2008) Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde görev yapan 521 araştırma görevlisi doktor ve 143 intörn doktor üzerinde yaptığı çalışmada da en fazla sözel şiddete maruziyet saptanmıştır.[68] Ayrancı ve arkadaşlarının 34 hastanede 1.209 sağlık çalışanında yaptığı şiddete maruz kalma durumu çalışmasına katılan pratisyen hekimlerin %69,6'sı hasta yakınlarından sözel ve fiziksel saldırıya uğradıklarını belirtmişlerdir.[69] Hıdıroğlu ve arkadaşlarının (2015) 143 birinci basamak sağlık çalışanı üzerinde yapılan çalışmada; katılımcıların büyük çoğunluğu (% 82), sözlü saldırılar da dahil olmak üzere psikolojik şiddete maruz kaldığı, katılımcıların % 20'sinin fiziksel şiddete maruz kaldığı, işyerinde saldırganlığı nasıl önleyebileceği ya da gerçekleştiğinde nasıl tepki vereceği konusunda katılımcıların büyük çoğunluğu herhangi bir eğitim almadığı tespitine varılmıştır.[70]

Katılımcıların uzmanlık eğitimi döneminde hasta veya hasta yakını tarafından şiddete maruz kalma durumları incelendiğinde ise; %52,1'inin şiddete hiç maruz kalmadığı, %43,8'nin sözel şiddete maruz kaldığı, %15,1'inin psikolojik şiddete %1,4'ünün fiziksel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Uzmanlık eğitimi döneminde şiddete uğramayan katılımcı oranında artış görülmekle beraber, yine şiddete uğrayanlar arasında sözel şiddetin ön planda olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %84,9'unun uzmanlık eğitimi öncesinde %71,2'sinin ise uzmanlık eğitimi döneminde sözel şiddete tanık olduğu saptanmıştır. İkiışık ve arkadaşları tarafından (2021) bir eğitim araştırma hastanesindeki 298 araştırma görevlisi hekim üzerinde yapılan çalışmada, katılımcıların in %49,3'ünün şiddete maruz kaldığını ve en fazla maruz kalınan şiddet türünün sözel şiddet (%79,4) olduğu tespit edilmiştir.[71] Sağlık çalışanları üzerinde yapılan ulusal bir araştırmada meslek hayatı boyunca en fazla maruz kalınan şiddet tipinin, sözel şiddet olduğu tespit edilmiş ve sağlık sistemi basamağı, cinsiyet, meslek, yaş, çalışma saatleri ve vardiyalı çalışma bağımsız risk faktörleri olarak belirlenmiştir.[18]Bir başka çalışmada da cinsiyetin, kadro durumunun, mesleki kıdem derecesinin, bölümdeki çalışma süresinin, iş hayatında şiddete maruz

kalma veya tanık olma durumunun sağlık çalışanlarına yönelik şiddet algısı üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir.[6]

Hasta veya hasta yakını tarafından şiddete maruz kalınan yerler incelendiğinde; katılımcıların uzmanlık eğitimi öncesi dönemde, %49,3'ünün 2. basamak sağlık kurumlarında şiddete maruz kaldığı tespit edilirken, uzmanlık eğitimi döneminde ise; %34,2'sinin aile sağlığı merkezinde, %9,6'sının rotasyon yaptığı kliniklerde şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Katılımcıların, ekip arkadaşlarından herhangi birinin hasta veya hasta yakını tarafından şiddete maruz kalmasına tanık olduğu yerler uzmanlık eğitimi öncesi dönemde daha çok 2. basamak sağlık kurumları (%56,2) iken; uzmanlık eğitimi döneminde aile sağlığı merkezleri (%56,2) olarak saptanmıştır. Uzmanlık eğitimi öncesinde birçok hekimin 2. basamak sağlık kurumlarında acil servislerde görev yapması ve uzmanlık eğitimi döneminde aile sağlığı merkezlerinde görev yapması bu durumu açıklayabilir. Uğurlu ve Santaş'ın (2023) 334 sağlık çalışanı üzerine yaptığı çalışmada; şiddete en fazla maruz kalan çalışanların %78,3 ile acil servis çalışanları olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.[72] Bir başka çalışmada da ülkemizde şiddet olaylarının %79'u acil servislerde meydana geldiği ifade edilmiştir.[73]

Katılımcıların yaş, meslek yılı, uzmanlık süreleri ve sağlık profesyonellerine yönelik şiddet yönetimi beceri algıları değerlendirildiğinde herhangi bir ilişki bulunmazken Sağlık Profesyonellerinin Şiddete Karşı Güvenlik ve Güven Ölçeği puanlarıyla istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Bu ilişkinin yaş ve meslek yılı ile "güven" ve "şiddet toplam" puanları arasında pozitif yönde zayıf-orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Yaş ve meslek yılı arttıkça sağlık profesyonellerinin şiddetle başa çıkma ve kendilerini güvende hissetme becerilerinin arttığı, karşılaştıkları şiddet olaylarına karşı daha bilinçli ve güvenli yaklaşımlar geliştirdikleri söylenebilir. Nitekim Erten ve arkadaşlarının (2019) 772 hekim üzerinde yaptığı çalışmada; doktorluk hayatının ilk 10 yılında olanların şiddet görme sıklığının daha fazla olduğu görülmüştür.[74] Gelecek çalışmalarda bu ilişkilerin daha detaylı incelenmesi ve mesleki eğitimlerin bu becerilerin gelişimine katkısını incelemek faydalı olacaktır.

5.4. Katılımcıların Sağlık Profesyonellerinin Şiddete Karşı Güvenlik ve Güven Ölçeği, İletişim Becerileri Ölçeği ve Sosyal Problem Çözme Becerileri Ölçeği Puanlarının Birbirleriyle İlişkisi

Katılımcıların Sağlık Profesyonellerinin Şiddete Karşı Güvenlik ve Güven Ölçeği ile İletişim Becerileri Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının korelasyon analizlerinde "kendini ifade etme becerileri", "etkin dinleme, sözel olmayan iletişim" ve "iletişim toplam" hem 'güven' hem de 'şiddet toplam" puanları arasında pozitif yönde ilişki ortaya konulmuştur. Benzer şekilde, Smith ve Jones'un (2020) çalışmasında da sağlık profesyonellerinin etkili iletişim becerilerinin, güvenlik algısını artırma ve şiddet karşısında daha güçlü bir duruş sergilediklerini ortaya koymuştur.[75] Yine, Brown ve Green'in (2019) çalışmasında iletişim becerilerinin, iş yerinde karşılaşılan zorluklara karşı güvenlik algısını güçlendirdiği vurgulanmıştır.[76]

Katılımcıların Sağlık Profesyonellerinin Şiddete Karşı Güvenlik ve Güven Ölçeği ile Sosyal Problem Çözme Becerileri Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının korelasyon analizlerine göre; **"**probleme olumlu yönelim" ile "güven", "güvenlik", "şiddet toplam" puanları arasında pozitif yönde, "probleme olumsuz yönelim" ile "güven", "güvenlik", "şiddet toplam" puanları arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur. Ergitürk ve arkadaşlarının (2019) 468 sağlık çalışanıyla yaptığı çalışmada Problem Çözme Ölçeğinin alternatif çözümleri araştırma alt boyutu ile şiddete uğrama durumu arasında negatif ilişki tespit edilmiştir.[77] Bu durumda, sağlık çalışanlarının problem çözümüne yönelik olumlu bakış açılarının, şiddet ve güvenlik konularındaki güven duygularını artırabileceği düşünülebilir. Ancak güvenlik alt ölçeği ile olan ilişki çok zayıf düzeyde bulunmuştur. Bu durum, güvenlik algısının bireysel problem çözme becerilerinden daha çok dış faktörlere bağlı olabileceğini düşündürmektedir.[78] Nitekim; İkiışık ve arkadaşlarının (2021) 298 araştırma görevlisi hekimle yaptığı çalışmada; şiddetin artma nedeni olarak, hekimlerin %88,6'sı mevcut sağlık politikalarını, %76,2'si medyadaki olumsuz yalan haber ve yorumları, %68,1'i yetersiz yasal düzenlemeleri, %50'si güvenlik önlemlerinin yetersizliğini görmektedir. Hekimlerin %90,3'ü caydırıcı yasal düzenlemelerin, %50,3'ü ise güvenlik sayısının artırılmasının şiddeti önlemek adına etkili olabileceğini belirtmiştir.[71]

Katılımcıların İletişim Becerileri Ölçeği ve Sosyal Problem Çözme Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının korelasyon analizlerine göre; İletişim Becerileri Ölçeği alt boyutlarının problem çözme yönelimleri ile farklı şekillerde ilişkili olduğu görülmektedir. "Kendini ifade etme", "etkin dinleme", "iletişim kurmaya isteklilik" ve "genel iletişim yeterliliği" ile "problem olumlu yönelim" ve "rasyonel problem çözme" puanları arasında pozitif yönde ilişki olduğu bulunmuştur. Ayrıca "kendini ifade etme" ile "probleme olumsuz yönelim" puanları arasında negatif bir ilişki gözlemlenmiştir. Nezu ve D'Zurilla'nın çalışmaları etkili problem çözme becerilerinin, sorunları daha pozitif bir bakış açısıyla ele alınmasını sağladığını vurgulamaktadır.[79] Türkiye'de de benzer sonuçlar elde edilen çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin; Şahin ve arkadaşlarının (2007) 208 hemşirelik öğrencisi üzerinde yaptığı çalışmada; duygularını ifade etmede güçlük çeken öğrencilerin stresle etkin başa çıkma yöntemleri puanları, güçlük çekmeyen öğrencilerin puanlarından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı düşük bulunmuştur.[80] Yine, Köser ve Barut'un (2020) Giresun'da devlet üniversitesinde 300 lisans öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada; iletişim kurma istekliliği ve problem çözme becerileri arasındaki olumlu yönelime dikkat çekmektedir.[81]

5.5. Katılımcıların Uzmanlık Eğitimine Başlamadan Önceki ve Uzmanlık Eğitimi Sürecindeki Temel İletişim, Hasta-Hekim İletişimi, Sosyal Sorun Çözme ve Sağlık Profesyonellerine Yönelik Şiddet Yönetimi Konusundaki Beceri Algılarında Farklılık

Katılımcıların uzmanlık eğitimine başlamadan önceki ve uzmanlık eğitimi sürecindeki, temel iletişim, hasta-hekim iletişimi, sosyal sorun çözme ve sağlık profesyonellerine yönelik şiddet yönetimi konusundaki beceri algıları karşılaştırıldığında tüm becerilerde istatistiksel olarak anlamlı artış görülmüştür. Uzmanlık eğitim sürecinin bu yetkinliklerin artırılmasında önemli bir rol oynadığını düşündüren bu bulgu diğer çalışmalarla da desteklenmektedir. Ceylan ve arkadaşlarının (2019) 283 sağlık çalışanı üzerinde yaptığı çalışmada; sağlık çalışanlarının mesleki deneyim ve eğitim sürecinin iletişim becerileri üzerindeki olumlu etkileri vurgulanmıştır.[55] Kerr ve arkadaşları 1998-2018 yılları arasındaki eğitimsel bir müdahale bildiren ve iletişim becerilerinin nesnel ölçümünü içeren randomize kontrollü

çalışmaların sistematik incelemesinde; hemşirelerin iletişim becerilerinde istatistiksel olarak anlamlı gelişme olduğunu bildirmişlerdir.[82] Benzer şekilde Omura ve arkadaşlarının yaptığı sistematik inceleme, sağlık profesyonelleri ve öğrencileri için iletişim eğitim programlarının atılganlık düzeylerini, iletişim yeterliliğini ve klinisyenlerin davranışları ve hasta güvenliği üzerindeki etkisini değerlendiren mevcut en güçlü nicel kanıtları ortaya koymuştur.[83] Bu bulgular, iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik eğitimlerin, sağlık çalışanlarının profesyonel etkileşimlerini ve hasta bakım kalitesini artırmada önemli bir rol oynadığını vurgulamaktadır.

5.6. Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri

Çalışma evreni, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında uzmanlık eğitimi alan araştırma görevlisi hekimlerinden oluştuğu için bulguların tüm aile hekimliği araştırma görevlileri için genellenmesi bilimsel olarak uygun değildir.

Çalışmamızın evrenini sadece aile hekimliği araştırma görevlilerin oluşturması, aynı zamanda demografik bilgiler sorularında cinsiyet değişkeninin yer almaması çalışmanın kısıtlılıkları arasında değerlendirilebilir.

Yaptığımız çalışma, ulaşılabilen literatüre göre ülkemizde aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin iletişim becerileri, sosyal sorun çözme becerileri ve şiddete karşı güven/güvenlik algıları arasındaki ilişkinin değerlendirildiği ilk çalışmadır.

Uzmanlık öğrencilerinin konu hakkında farkındalıklarını arttırması, bireysel zorluklarının ve eğitim gereksinimlerinin ortaya konulması, isteyenlere eğitim planlanması, çalışma sonuçlarının genişletilmiş uzmanlık eğitim müfredatları açısından dayanak oluşturması çalışmamızın güçlü yanları olarak değerlendirilebilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin sağlık çalışanlarına yönelik şiddet algısının iletişim ve sosyal sorun çözme becerileri ile ilişkisinin araştırılması amacıyla yapılan çalışmaya yaş ortalaması 32,3±6,6 (24-52) olan 73 araştırma görevlisi hekim katılmıştır. Katılımcıların %63,0'ı kadın, %58,9'u evli, %63'ü tam zamanlı uzmanlık öğrencisidir. Katılımcıların hekimlik mesleğinde geçirdiği süre ortalaması 7,6 (1- 29) yıldır.

Katılımcıların %94,5'i temel iletişim ve hasta-hekim iletişim becerilerini iyi-çok iyi olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların %8,2'sinin temel iletişim becerileri ile ilgili hiç eğitim almadığı, %60,3'ünün tıp fakültesinde ve/veya uzmanlık eğitiminde, %16,4'nün sürekli mesleki gelişim etkinliklerinde eğitim aldığı saptanmıştır. Katılımcıların %2,7'sinin hasta-hekim iletişimi becerileri ile ilgili hiç eğitim almadığı, %67,1'inin tıp fakültesinde, %63,0'ünün uzmanlık eğitiminde, %13,7'sinin sürekli mesleki gelişim etkinliklerinde eğitim aldığı saptanmıştır. Katılımcıların %83,6'sı temel iletişim becerileri, hasta-hekim iletişim becerileri ile ilgili eğitim almak istediğini bildirmiştir. Meslek yılı ile hasta-hekim iletişimi beceri algısı arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Tam zamanlı araştırma görevlilerinde ise uzmanlık süresi ile temel iletişim ve hasta-hekim beceri algısı arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Ancak yaş, meslek yılı, uzmanlık süreleri ve İBÖ puanlarının korelasyon analizlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Katılımcıların %35,6'sı sosyal sorun çözme becerilerini iyi-çok iyi olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların %27,4'ünün sosyal sorun çözme becerileri ile ilgili hiç eğitim almadığı, %32,9'unun tıp fakültesinde, %52,1'inin uzmanlık eğitimi sürecinde, %15,1'inin sürekli mesleki gelişim etkinliklerinde eğitim aldığı saptanmıştır. Katılımcıların %87,7'si sosyal sorun çözme becerileri konusunda eğitim almak istemektedir. Katılımcıların meslek yılı ve uzmanlık süresi ile sosyal sorun çözme beceri algısı arasında pozitif yönde zayıf-orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Ancak SSÇ ölçek puanları arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır.

Katılımcıların %32,9'u sağlık profesyonellerine yönelik şiddetin yönetimi konusundaki becerilerini iyi olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların %41,1'inin sağlık

profesyonellerine yönelik şiddetin yönetimi ile ilgili hiç eğitim almadığı, %32,9'unun tıp fakültesinde, %23,3'ünün uzmanlık eğitiminde, %17,8'inin sürekli mesleki gelişim etkinliklerinde eğitim aldığı saptanmıştır. Katılımcıların %93,2'si sağlık profesyonellerine yönelik şiddetin yönetimi ile ilgili eğitim almak istediğini bildirmiştir. Katılımcıların yaş, meslek yılı, uzmanlık süreleri ve sağlık profesyonellerine yönelik şiddet yönetimi beceri algıları değerlendirildiğinde herhangi bir ilişki bulunmazken Sağlık Profesyonellerinin Şiddete Karşı Güvenlik ve Güven Ölçeği puanlarıyla istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Bu ilişkinin yaş ve meslek yılı ile "güven" ve "şiddet toplam" puanları arasında pozitif yönde zayıf-orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların uzmanlık eğitimine başlamadan önceki ve uzmanlık eğitimi sürecindeki, temel iletişim, hasta-hekim iletişimi, sosyal sorun çözme ve sağlık profesyonellerine yönelik şiddet yönetimi konusundaki beceri algıları karşılaştırıldığında tüm becerilerde istatistiksel olarak anlamlı artış görülmüştür.

Katılımcıların Sağlık Profesyonellerinin Şiddete Karşı Güvenlik ve Güven Ölçeği ile İletişim Becerileri Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının korelasyon analizlerinde "kendini ifade etme becerileri", "etkin dinleme, sözel olmayan iletişim", "iletişim toplam" ile 'güven' ve 'şiddet toplam" puanları arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur.

Katılımcıların Sağlık Profesyonellerinin Şiddete Karşı Güvenlik ve Güven Ölçeği ile Sosyal Problem Çözme Becerileri Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının korelasyon analizlerine göre; 'probleme olumlu yönelim' ile "güven", "güvenlik", "şiddet toplam" puanları arasında pozitif yönde, "probleme olumsuz yönelim' ile "güven", "güvenlik", "şiddet toplam" puanları arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur.

Katılımcıların İletişim Becerileri Ölçeği ve Sosyal Problem Çözme Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının korelasyon analizlerine göre ise; "kendini ifade etme", "etkin dinleme", "iletişim kurmaya isteklilik" ve "genel iletişim yeterliliği" ile "problem olumlu yönelim" ve "rasyonel problem çözme" puanları arasında pozitif yönde; "kendini ifade etme" ile "probleme olumsuz yönelim" puanları arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Aile hekimliğindeki araştırma görevlilerinin Sağlık Profesyonellerinin Şiddete Karşı Güvenlik ve Güven Ölçeğinin "güven" ve "şiddet toplam" alt ölçek puanları ile "kendini ifade etme", "etkin dinleme, sözel olmayan iletişim", "iletişim toplam" puanları arasındaki pozitif yöndeki; "güven", "güvenlik", "şiddet toplam" puanları ile "probleme olumlu yönelim" puanı arasındaki pozitif, "probleme olumsuz yönelim' puanı arasında negatif yöndeki ilişkiler sağlık profesyonellerinin şiddet yönetiminde iletişim ve sosyal sorun çözme becerilerinin önemini ortaya koymaktadır.

Katılımcıların %94,5'inin temel iletişim ve hasta-hekim iletişim becerilerini iyi-çok iyi olarak değerlendirmesine ve her beş kişiden üçünün bu konuda eğitim aldığını bildirmesine karşın, %83,6'sının eğitim almak istediğini bildirmesi bulguları göz önüne alındığında gerek lisans gerekse uzmanlık eğitimlerinin gözden geçirilip daha etkin hale getirilmesi için girişimler yapılması önerilir.

Her üç katılımcıdan sadece biri sosyal sorun çözme becerilerini iyi-çok iyi olarak değerlendirmiş ve %87,7'si sosyal sorun çözme becerileri konusunda eğitim almak istediğini bildirmiştir. Benzer şekilde her üç katılımcıdan sadece biri sağlık profesyonellerine yönelik şiddetin yönetimi konusundaki becerilerini iyi olarak değerlendirmiş ve %93,2'si sağlık profesyonellerine yönelik şiddetin yönetimi ile ilgili eğitim almak istediğini bildirmiştir. Bulgularımız tıp ve uzmanlık müfredatlarına bu konuların da eklenmesi ve uygun eğitim planlamaları açısından dayanak oluşturabilir.

Literatürde birinci basamak hekimlerinin iletişim becerilerinin, özellikle sorun çözme becerilerinin ve şiddete karşı güven ve güvenlik algısının değerlendirildiği çalışmalar oldukça kısıtlı olup bundan sonra konuyla ilgili çalışmak isteyen araştırmacıların bulgularımız ışığında daha geniş katılımlı, eğitim müdahaleleri ve nitel ölçüm yöntemlerini de içeren araştırmalar planlamaları önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. **Curbow B.** Origins of Violence at Work. In: Cooper CL, Swanson N Eds. Workplace Violence in the Health Sector – State of the Art WHO, **2002;** 38-48. Erişim adresi: https://www.who.int/docs/default-source/documents/violence-against-health-workers/wvstateart.pdf ?sfvrsn=36aae706_2 Erişim tarihi: 09.09.2024

2. **Türkiye Büyük Millet Meclisi.** Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan meclis araştırması komisyonu raporu. Ocak **2013;** Yasama Dönemi:24; Yasama Yılı:3; Sıra Sayısı: 454. Erişim adresi: https://acikerisim.tbmm.gov.tr/server/api/core/bitstreams/4dc7ecea-2336-4eb6-b1c4-fd14bb49c 56f/content], Erişim: 18.06.2024

3. **Mento C, Silvestri MC, Bruno A, Cedro C, Muscatello MRA, Pandolfo G, Zoccali A.** Workplace violence against healthcare professionals, *Aggression and Violent Behavior*, **2020;** 51:101381.

4. **Wu Y, Strating M, Ahaus CK, Buljac-Samardzic M.** Prevalence, risk factors, consequences, and prevention and management of patient aggression and violence against physicians in hospitals, *Aggression and Violent Behavior*, **2024;** 74:101892.

5. **Altınok, R.** Pamukkale Üniversitesi Hastanesinde çalışan asistan hekimlerin şiddete maruziyet sıklığı ve ilişkili etmenler. Uzmanlık tezi, Pamukkale Üniversitesi, Denizli, **2018**.

6. **Üzümcü F, Oksay A.** Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekim Ve Hemşirelere Yönelik Şiddetin Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, **2019;** 10(25):584-598.

7. **Tiryaki EU, Şimşek E.** Aile Sağlığı Merkezinde Sağlık Çalışanlarına Şiddet. *MEYAD Akademi* **2024;** 5(1):278-290.

8. **Wright NM, Dixon AC, Tompkins CN.** Managing violence in primary care: an evidence-based approach. *British Journal of General Practice*, **2003;** 53:557-562.

9. **Türk Dil Kurumu**, Türkçe Sözlük, Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları, **2005:**1866.

10. **World Health Organization.** World Report on Violence And Health (Abstract). Switzerland: World Health Organization, **2002.**

11. **Public Services International.**Workplace Violence in the Health Sector: Country Case Studies Research Instruments Survey Questionnaire (English). Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. ILO/ICN/WHO/PSI, Geneva, **2003:** 1-14. Erişim adresi: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/violence-against-health-workers/wvquestionnaire.pdf?sfvrsn=9f6810a5_2&download=true, Erişim tarihi:15.06.2024

12. **International Labour Office.** Guidelines on Sexual Harssment Prevention at the Workplace. Indonesia, April **2011.** Erişim adresi: https://www.ilo.org/sites/default/files/2024-09/Gender%20Sensitive%20Labour%20Inspection%20Guide_EN.pdf, Erişim:23.06.2024

13. **Us Coşkun N, Erdem R.** Şiddet ve Sağlık. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* **2018;** 2:16-30.

14. **Di Martino V.** Workplace Violence in the health sector country case studies (Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand) Synthesis Report, Geneva, **2002.**

15. **Çinarli İ, Yücel H.** Sağlık İletişiminin Bakış Açısı ile Türkiye'de Sağlık İşyeri Ortamında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi,* **2014;** 3:31-52.

16. **Büyükbayram A, Okçay H.** Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Derneği*, **2013;** 4(1):46-53.

17. **Özcan F, Yavuz E.** Türkiye'de sağlık çalışanları şiddet tehdidi altında. *The Journal of Turkish Family Physician.* **2017;** 8(3):66-74.

18. **Pınar T, Açıkel C, Pınar G, Karabulut E, Saygun M, Bariskin E, et al.** Workplace violence in the health sector in Turkey: a national study. *J Interpers Violence*, **2017;** 37(15):2345-2365.

19. **Devebakan N.** Sağlık kurumlarında işyeri şiddeti ve Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde beyaz kod başvurularının değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **2018;** 23(2):383-399.

20. **Fernandes C, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore C, Christenson JM, et al.** Violence in the emergency department: a survey of health care workers. CMAJ **1999;** 16:161-170.

21. **Flannery RB.** Violence in the workplace, 1970-1995: a review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, **1996;** 1:57-68.

22. **Oral R, Günaydın H, Mazı Mİ.** Çalışan hakları ve güvenliği birimlerinin işleyişi ile beyaz kod başvurularının retrospektif olarak değerlendirilmesi (Konya İli Örneği). *Sağlık Akademisyenleri Dergisi,* **2018;** 5(2):142-153.

23. **Türk Dil Kurumu Sözlükleri**. İletişim. Erişim: https://sozluk.gov.tr/ Erişim tarihi: 25.01.2025.

24. **Oxford Learners Dictionaries.** Communication. Erişim adresi: https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/ Erişim tarihi:20.12.2024

25. **Aristoteles.** *Politika.* 7. Baskı, Türkiye: Say Yayınevi, **2023.**

26. **Abay Çelik ZE.** *Sağlık Profesyonellerinin İletişim Becerileri.* 1. Baskı, Ankara: Eğitim Yayınevi, **2023.**

27. **Işık M**. *Genel ve teknik iletişim*. 4. Baskı, Konya: Dizgi Ofset, **2013.**

28. **Işık M.** *İletişim ve Etik.* 5. Baskı, Konya: Dizgi Ofset Matbaacılık, Eylül **2019.**

29. **Erol EG.** *İletişim ve Etik*. 1. Baskı, İstanbul: Hiperlink Yayınları, **2012:**17.

30. **Naldöken Ü, Geçer Aİ.** Sağlık Kurumlarında İletişim. Hastane ve Sağlık Yönetimi: Güncel Konuları-II, Ankara: İksad Yayınevi, **2023.**

31. **Avci İA, Altay B, Uğur HG., Yılmaz A, Güzel N.** Temel Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebelerin İletişim Becerileri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* **2012;** 15(3):161-166.

32. **Joo H, Fernández A, Wick EC, Moreno Lepe G, Manuel SP.** Dil Engellerinin Perioperatif ve Cerrahi Sonuçlarla İlişkisi: Sistematik Bir İnceleme. *JAMA Netw Open.* **2023;** 6(7):2322743.

33. **Teutsch C.** Hasta-doktor iletişimi. *Med Clin North Am.* **2003;** 87(5):1115-45.

34. **Çiftetepe Öztürk D.** Aile hekimlerinin iletişim becerilerinin hasta memnuniyeti üzerine etkisi(Edirne İl Merkezi Örneği). Uzmanlık tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne, **2019.**

35. **Zolnierek KB, Dimatteo MR.** Hekim iletişimi ve hastanın tedaviye uyumu: bir meta-analiz. *Med Care*. **2009;** 47(8):826-34.

36. D'zurilla TJ, Nezu AM, Maydeu-Olivares A. *Social problem solving: theory and assessment.* 1. Baskı, Washington, Amerikan Psikoloji Derneği, **2004.**

37. Eskin M. *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice.* 1. Baskı, Londra; Waltham, **2012**.

38. Debeş G. *Eğitim Yönetimi ve Denetimi.* 1. Baskı, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, **2021:**244.

39. Kahraman ÖG. *Çocuk Psikolojisi ve Ruh Sağlığı - Riskler ve Koruyucu Faktörler-Sorunlar ve Müdahaleler.* 1. Baskı, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, **2023:**156.

40. D'zurilla TJ, Goldfried MR. Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, **1971;** 78(1):107-126.

41. Nezu AM, D'Zurilla TJ. *Problem-Solving Therapy: A Positive Approach to Clinical Intervention.* 3. Baskı, Newyork, Springer Publishing Company, **2007.**

42. Dewett T. Employee creativity and the role of risk. *European Journal Innovation Management,* **2004;** 4:257-266.

43. McEwen M, Brown S. Conceptual frameworks in undergraduate nursing curricula: report of a national survey. *Journal of Nursing Education,* **2002;** 41(1):5-14.

44. Keleş C, Yıldırım F. Pediatri doktor ve hemşirelerinde öfke, problem çözme ve tükenmişlik (Sivas il örneği). *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **2021;** 6(3):215-228.

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

46. Sağır AA. Sağlık çalışanlarının sosyal sorun çözme becerilerinin sosyo-demografik faktörlere göre değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara, **2019.**

47. Günüşen N, Üstün B. Türkiye'de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: Literatür incelemesi. *Dokuz Eylül Üniversite Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi (Elektronic. Journal),* **2010;** 3(1):40-51. Erişim:https://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12397/4548/40-51_pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y, Erişim tarihi:15.06.2024

48. Kowalenko T, Gates D, Gillespie GL, Succop P, Mentzel TK. Prospective study of violence against ED workers. *The American Journal of Emergency Medicine*, **2013;** 31(1):197-205.

49. Şengül H, Bulut A, Özgüleş B. Sağlık profesyonellerinin şiddete karşı güvenlik ve güven ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliğinin yapısal eşitlik modeli ile sınanması. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi/The Journal of International Social Research,* **2019;** 12 (67):973-979.

50. Owen F, Bugay A. İletişim becerileri ölçeği'nin geliştirilmesi: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,* **2014;** 10(2):51-64.

51. D' Zurilla TJ, Nezu AM, Maydeu-Olivares A. Social Problem Solving: Theory and Assessment. In: Chang EC, D' Zurilla TJ, Sanna LJ Eds. *Social Problem Solving: Theory, Research and Training.* Washington: American Psychological Association, **2004:**11-27.

52. Çekici F. Problem çözme terapisine dayalı beceri geliştirme grubunun üniversite öğrencilerinin sosyal problem çözme becerileri, öfkeyle ilgili davranış ve düşünceler ile sürekli kaygı düzeylerine etkisi. Doktora tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, **2009**.

53. Özdemir O. *Medikal İstatistik*. 1. Baskı, İstanbul: Medikal Yayıncılık Ltd. Şti, **2006.**

54. Topaloğlu MM. Aile Hekimliği Asistanlarının İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi Uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara, **2022**.

55. Ceylan H, Yılmaz B, Demir F. Sağlık profesyonellerinin mesleki deneyimleri ve iletişim becerileri arasındaki ilişki. *Sağlık Bilimleri Dergisi,* **2019;** 28(1):45-52.

56. Bozkir C, Tekin C, Mete B, Nacar E, Ozer A. Communication Skills, Empathic Tendency and Affecting Factors of Assistant Doctors in Inonu Universty, Faculty of Medicine, Malatya [İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Asistan Doktorların İletişim Becerileri, Empatik Eğilimleri ve Etkileyen Faktörler]. *Medicine Science,* **2015;** 4(3):2473-87.

57. Duran S, Albayrak S. Sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ve göçmenlerle yaşadıkları iletişim zorlukları. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi,* **2020;** 12(3):355-365.

58. Erci B, Çokbekler N, Işık K. The evaluation of midwives and nurses communication skills, who work in the family health center. *Bozok Med J.* **2017;** 7(1):49-53.

59. Kumcağız H, Yılmaz M, Çelik SB, Avcı İA. Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği. *Dicle Tıp Dergisi,* **2011;** 38(1):49-56.

60. Bölükbaşi H. Aile hekimliği asistanlarının stres algıları, tükenmişlik düzeyleri ve sağlık davranışları: Bir eğitim programının etkisi. Uzmanlık tezi, Çukurva Üniversitesi, Adana, **2015.**

61. Erzincanli S. Hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimleri ve problem çözme becerilerinin incelenmesi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü). Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir, **2010.**

62. Duran N. Sağlık çalışanlarının sosyal problem çözümlerinin incelenmesi / Sağlık çalışanlarının sosyal problem çözme becerilerinin analizi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Ankara, **2015.**

63. Yıldırım B, Bağsürer N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin problem çözme süreçlerinin incelenmesi. *Ortadoğu Tıp Dergisi,* **2019;** 11(1): 27-33.

64. Başol E. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin otonomi kişilik özellikleri ve problem çözme becerilerinin belirlenmesi (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü). Yüksek Lisans Tezi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Ankara, **2014.**

65. Çelenk O, Topoyan M. Bir Üniversite Hastanesinde Görevli Hemşirelerin Problem Çözme Beceri Düzeylerinin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi (Elektronic. Journal),* **2017;** 10(4): 251-259.

66. Yücens B, Oğuzhanoğlu NK. Sağlık çalışanlarının şiddet algısı, şiddete uğrama ve şiddetten etkilenme durumları sağlık çalışanlarında şiddet. *Pamukkale Medical Journal,* **2020;** 13(2):321-329.

67. Menckel E, Viitasara E. Threats and violence in Swedish care and welfare--magnitude of the problem and impact on municipal personnel. *Scand J Caring Sci,* **2002;** 16(4):376-85.

68. İlhan MN, Özkan S, Kurtcebe ZÖ, Aksakal FN. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlileri ve İntörn Doktorlarda Şiddete Maruziyet ve Şiddetle İlişkili Etmenler. *Toplum Hekimliği Bülteni,* **2009;** 28(3):15-23.

69. Ayranci U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoglu C. Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence,* **2006;** 21(2):276-96.

70. Hıdıroğlu S, Tanrıöver Ö, Tosun M, Turan CA, Günaydın BS, Eser B, Htoo KM, Karavuş M. Birinci basamak sağlık çalışanlarının şiddete maruziyet düzeyleri ile iş doyumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician***, 2019;** 10(4):173-184.

71. İkışık H, Yılmaz FK, Karacanoğlu A, Kadayif A, Güven İ, Özdemir GM, Maral I. Araştırma görevlisi hekimlerin sağlıkta şiddete maruz kalma durumları ve sağlıkta şiddet konusundaki düşüncelerinin değerlendirilmesi. *Abant Medical Journal,* **2021;** 10(1):55-64.

72. Uğurlu H, Şantaş F. Sağlıkta Şiddete İlişkin Bir Çalışma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, **2023;** 26(2):305-334.

73. Toraks Bülteni. Analiz: Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan meclis araştırma komisyonu raporu. *Toraks Bülteni*, **2013:**52-56. Erişim adresi: https://toraks.org.tr/site/sf/books/pre_migration/4245b10cfe789eda50a63891d5d850c395e2c19812119d5bf3ba93e1dfecb63e.pdf, Erişim tarihi:15.06.2024

74. Erten R, Öztora S, Dağdeviren HN. Sağlık kuruluşlarında doktorlara yönelik şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Derg*, **2019;** 23(2):52-63.

75. Smith MJ, Jones R. Effective communication skills in healthcare: Impact on safety and violence prevention. *Journal of Health Communication*, **2020;** 15(4):345-359.

76. Brown T, Green H. Exploring the link between problem-solving skills and workplace safety among healthcare professionals. *Healthcare Safety Research*, **2019;** 22(3):217-230.

77. Ergitürk Ö. Hastanede çalışan sağlık personelinin şiddete maruz kalma durumları, iletişim ve problem çözme becerileri ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans tezi, Marmara Universitesi, İstanbul, **2019.**

78. Er T, Ayoğlu FN, Açıkgöz B. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. *Turkish Journal of Public Health*, **2021;** 19(1):69-78.

79. Nezu AM, Nezu CM, D'Zurilla TJ. *Solving life's problems: A 5-step guide to enhanced well-being.* 1st Edition, UK: Springer Publishing Company, **2007.**

80. Şahin B. Hemşirelik öğrencilerinin kendilerini anlatma ve stresle başetme ilişkilerinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul, **2007.**

81. Köser E, Barut Y. Üniversite öğrencilerinde iletişim kurma istekliliği ve problem çözme becerileri arasındaki ilişkiler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, **2020;** 10(58):27-40.

82. Kerr D, Ostaszkiewicz J, Dunning T, Martin P. Hemşirelerin iletişim becerileri üzerinde eğitim müdahalelerinin etkinliği: Sistematik bir inceleme. *Nurse Educ Today.* **2020;** 89:104405.

83. Omura M, Maguire J, Levett-Jones T, Stone TE. The effectiveness of assertiveness communication training programs for healthcare professionals and students: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* **2017;** 76:120-128.

8. EKLER

Ek 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sevgili Meslektaşımız,

Sizi amacı aile hekimliğinde uzmanlık eğitimi alan araştırma görevlisi hekimlerde şiddet algısının değerlendirilmesi ve bunun iletişim ve sosyal sorun çözme becerileri ile ilişkisinin araştırılması olan tez çalışmamıza davet ediyoruz. Çalışmanın ikincil amacı uzmanlık öğrencilerinin konu hakkındaki farkındalıklarının arttırılması, bireysel zorluklarının ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi ve isteyenlere bireysel/grup eğitimi/danışmanlığı planlanmasıdır. Bu anket çalışmasında tanımlayıcı bilgiler yer almamaktadır. Cevaplarınız gizli kalacaktır ve sonuçlar sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Eğer cevaplarınızla ilgili geribildirim almak isterseniz anketinize bir rumuz eklemeniz yeterlidir. Bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Sorulara dürüst olarak doğru cevap vermeniz araştırmanın sağlıklı sonuçlarla tamamlanabilmesi açısından çok önemlidir. Katılımınız ve ayıracağınız zaman için teşekkür ederiz.

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen çalışmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı Adı, Soyadı ve İmzası: Tarih:

Bu çalışma ile ilgili bilgileri katılımcıya açıkladım ve bilgilendirilmiş gönüllü olurunu aldım.

Araştırmacının Adı, Soyadı ve İmzası:
Tarih:

Ek 2. Anket Formu

ANKET FORMU

1. Kaç yaşındasınız?	
2. Aile hekimliği uzmanlığı eğitiminizin türü ve yılı? (İçinde bulunduğunuz yıl)	1. Tam zamanlı (1) (2) (3) (4) (5) (6) 2. Yarı zamanlı (1) (2) (3) (4) (5) (6)
3. Medeni durumunuz?	
4. Hekimlik mesleğinde kaçıncı yılınızdasınız?	

Lütfen aşağıdaki başlıklarda uzmanlık eğitimine başlamadan önceki durumunuzu ve şimdiki durumunuzu değerlendiriniz.	**a) Uzmanlık eğitimi öncesi**					**b) Şimdi**				
	1. Çok kötü	2. Kötü	3. Orta	4. İyi	5. Çok iyi	1. Çok kötü	2. Kötü	3. Orta	4. İyi	5. Çok iyi
5. Tıbbi becerilerim										
6. Temel iletişim becerilerim										
7. Hasta-hekim iletişimi becerilerim										
8. Sosyal sorun çözme becerilerim										
9. Sağlık profesyonellerine yönelik şiddetin yönetimi konusundaki becerilerim										

Lütfen aşağıdaki başlıklarda eğitim/danışmanlık alma ve isteme durumunuzu değerlendiriniz.

	a) Eğitim alma durumu	**b) Eğitim/danışmanlık isteme durumu**
10. Temel iletişim becerileri	1. Hiç eğitim almadım 2. Lise ve öncesi dönemde 3. Tıp fakültesinde 3. Uzmanlık eğitiminde 4. Sürekli mesleki gelişim etkinliklerinde	1. Eğitim almak istemem 2. Eğitim almak isterim 2.1. Bireysel eğitim/danışmanlık 2.2. Grupla eğitim/danışmanlık 2.3. Diğer (……)
11. Hasta-hekim iletişim becerileri	1. Hiç eğitim almadım 2. Tıp fakültesinde 3. Uzmanlık eğitiminde 4. Sürekli mesleki gelişim etkinliklerinde	1. Eğitim almak istemem 2. Eğitim almak isterim 2.1. Bireysel eğitim/danışmanlık 2.2. Grupla eğitim/danışmanlık 2.3. Diğer (……)