



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ OLARAK ÇALIŞAN  
HEKİMLERİN MESLEKİ DEĞER ALGISI İLE SAĞLIKTA ŞİDDETE MARUZİYET  
DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Dr. İraz Ay

UZMANLIK TEZİ

KONYA-2024



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ OLARAK ÇALIŞAN  
HEKİMLERİN MESLEKİ DEĞER ALGISI İLE SAĞLIKTA ŞİDDETE MARUZİYET  
DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Dr. İraz Ay

UZMANLIK TEZİ

Danışmanlar

Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN

Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU

KONYA-2024

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, araştırmamın her aşamasında desteğini hissettiğim, mesleki anlayışını ve çalışma prensiplerini örnek almaya gayret edeceğim tez danışmanı ve anabilim dalı başkanımız Sayın Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU'na ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN'a teşekkür ederim. Her konuda bizleri ilgiyle dinleyen, yardımlarını esirgemeyen, güzel enerjisi ile her zaman etrafa ışık saçan hocalarım Sayın Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN'a, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nur DEMİRBAŞ'a teşekkür ederim.

Asistanlık süresince maddi manevi birçok paylaşımında bulunduğum sevgili asistan arkadaşlarıma, sevgili bölüm sekreterimiz Birsen BATAŞ'a, bölüm hemşiremiz çok sevgili Nurcan BÜYÜKDEMİR'e destekleri sevgileri ve anlayışları için teşekkür ederim..

Bugünlere gelmeme vesile olan, maddi manevi desteklerini eksik etmeyen sevgili annem Fadim ELMALI ve sevgili babam İbrahim ELMALI'ya, sevgili kardeşlerim Fatih ELMALI ve Mustafa ELMALI'ya teşekkür ederim. Hayatımda desteğini esirgemeyen sevgili eşim Dr. Faruk AY'a, güneş ışıklarım, yaşam kaynaklarım, biriciklerim, sevgili oğullarım Mustafa Tuna AY ve İbrahim Emir AY'a teşekkür ederim.

Iraz Ay

MART-2024

## ÖZET

# BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ OLARAK ÇALIŞAN HEKİMLERİN MESLEKİ DEĞER ALGISI İLE SAĞLIKTA ŞİDDETE MARUZİYET DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Dr. Iraz Ay

## UZMANLIK TEZİ

KONYA-2024

**Amaç:** Sağlıkta şiddet giderek artmaktadır. Şiddet gören sağlık çalışanlarının sürekli bir tetikte olma durumu, endişe, korku ve moral bozukluğu, iş motivasyonlarının azalması ve işine odaklanamadıkları bilinmektedir. Sunulan çalışmada araştırma görevlisi hekimlerin şiddete maruziyet durumları, sağlıkta şiddeti etkileyen faktörler hakkındaki görüşleri ve şiddet ile mesleki değer algılarını arasındaki ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve yöntem:** Kesitsel, tanımlayıcı nitelikteki bu araştırmanın evreni Necmettin Erbakan Üniversitesi (NEÜ) Tıp Fakültesi dahili ve cerrahi bölümlerinde görev yapan toplam 594 araştırma görevlisi hekimlerden oluşmaktaydı. Gönüllük temelinde evrenin %70,3'üne ulaşılarak 411 araştırma görevlisi hekim çalışmaya dahil edildi. Çalışmada uygulanan anket formunun ilk bölümünde; sosyodemografik bilgiler ve hekime yönelik şiddet ile ilgili sorular, ikinci bölümde ise; "Hekimlik Değer Algısı Ölçeği (HDAÖ)" yer almaktadır. Elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 20.0 programı kullanılarak analiz edildi.  $p < 0,05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmadaki 411 hekimin yaş ortalaması  $28,3 \pm 3,18$  yıl, %52,1'i (n=214) kadın, meslekte geçirdikleri aktif çalışma sürelerinin ortancası 30 (min=1, maks=268) aydı. Hekimlerin %74'ü (n=304) dahili bölümlerde iken, %26'sı (n=107) cerrahi bölümlerde görev yapmaktaydı. Katılımcıların %96,1'i (n=395) son yıllarda şiddetin arttığını düşünmekte olup, %84,9'u (n=349) sözel şiddete, %16,3'ü (n=67) fiziksel şiddete, %28,7'si (n=118) ekonomik şiddete ve %4,9'u (n=20) cinsel şiddete uğradığını belirtti. Meslekte aktif çalışma süresi 2,5 yıldan fazla olan hekimlerin fiziksel şiddete (%20,6; n=41) ve ekonomik şiddete maruziyetleri (%35,2; n=70); 2,5 yıl ve altı çalışma süresi olan hekimlerin fiziksel şiddete (%12,3; n=26) ve ekonomik şiddete (%22,6; n=48) maruziyetinden daha yüksekti ( $p < 0,05$ ). Katılımcılara

şiddetin nedenleri sorulduğunda; en fazla “beklemeye tahammülsüzlük” yanıtı verilirken, şiddetin oluşturduğu olumsuz duygu ve düşünceler için en çok “çalışma motivasyonu azalması” yanıtı alındı. Erkeklerin %72,1’i (n=142) hekimin hasta ile iletişim şeklinin, %43,7’si (n=86) empati yeteneğinin azalmasının ve %35,0’ı (n=69) tıbbi bilgi-beceri ve donanımın yetersizliğinin şiddette etkisinin olduğunu düşünüyordu. Kadınların ise %58,9’u (n=126) iletişim şeklinin, %34,6’sı (n=74) hekimin empati yeteneğinin azalmasının, %21,5’i (n=46) tıbbi bilgi-beceri ve donanımın yetersizliğinin şiddette etkisinin olduğunu düşünüyordu. Hekimin hasta ile iletişim şekli, empati yeteneğinin azalması ve tıbbi bilgi-beceri ve donanım yetersizliğinin şiddette etkili olduğunu düşünen erkeklerin oranı, kadınlara göre daha yüksekti (**p<0,05**). Hekimin hastasıyla anlaşılır bir dille konuşması, mesleki haklarını bilmesi, hasta mahremiyete özen göstermesi, tanı ve tedavi konusunda yeterli bilgilendirmeyi yapması hekimlerin benimsediği en önemli özelliklerdi. Ankete katılan hekimlerin HDAÖ toplam puan ortalaması  $72,35 \pm 7,46$  idi. Sözel şiddete maruz kalan hekimlerin HDAÖ toplam puanı ( $71,75 \pm 7,36$ ) ve fiziksel şiddete maruz kalan hekimlerin HDAÖ toplam puanı ( $70,67 \pm 6,64$ ), sözel şiddete ( $75,69 \pm 7,17$ ) ve fiziksel şiddete maruz kalmayan ( $72,67 \pm 7,57$ ) hekimlere göre daha düşüktü (**p<0,05**). Hekimin hasta ile iletişim şeklinin şiddette etkili olduğunu düşünenlerin HDAÖ toplam puanı ( $73,26 \pm 7,55$ ), düşünmeyenlere ( $69,43 \pm 7,20$ ) göre daha yüksekti (**p<0,001**). Hekimin empati yeteneğinin azalmasının şiddette etkisinin olduğunu düşünenlerin HDAÖ toplam puanı ( $74,10 \pm 7,5$ ) da düşünmeyenlere ( $69,65 \pm 6,76$ ) göre daha yüksekti (**p<0,001**).

**Sonuç:** Bu çalışmada hekimlerin şiddete maruziyetinin yüksek olduğu, özellikle ekonomik şiddetin yüksek olduğu görüldü. Dahili ve cerrahi bölümler ve cinsiyetler arasında şiddete maruziyet açısından fark olmadığı görüldü. Her üç hekimden ikisinin şiddette iletişim şeklinin etkisinin olduğunu düşündüğünü fakat yarısından fazlasının tıbbi bilgi, beceri ve donanım yetersizliğinin şiddette etkisinin olmadığını düşündükleri görüldü. Erkek hekimlerin kadın meslektaşlarına kıyasla şiddette iletişim şekli, empati yeteneğinin azlığı ve tıbbi bilgi, beceri ve donanım yetersizliğinin etkisinin daha yüksek düzeyde olduğunu düşündükleri görüldü. Hekimlerin şiddete maruz kalmasının, hekimlik değer algılarını olumsuz etkilediği saptandı. Şiddette hekimin hasta ile olan iletişim şeklinin ve empati yeteneğinin etkisi olduğunu düşünenlerin hekimlik değer algıları daha yüksekti.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlıkta Şiddet, Hekimlik Değer Algısı, Tıpta Uzmanlık

## ABSTRACT

# EXAMINING THE RELATIONSHIP BETWEEN THE PERCEPTION OF PROFESSIONAL VALUE OF PHYSICIANS WORKING AS RESEARCH ASSISTANTS IN A UNIVERSITY HOSPITAL AND THEIR EXPOSURE TO VIOLENCE IN HEALTH

Dr. Iraz Ay

## THE MASTER THESIS

KONYA-2024

**Aim:** Violence in health is increasing. It is known that healthcare workers who are exposed to violence are in a state of constant alertness, anxiety, fear and demoralization, decreased work motivation and inability to focus on their work. In the present study, it was aimed to examine the exposure of research assistant physicians to violence, their views on the factors affecting violence in health, and the relationship between violence and their perceptions of professional values.

**Materials and Methods:** The population of this cross-sectional descriptive study consisted of research assistant physicians working at Necmettin Erbakan University (NEU) Faculty of Medicine. The data of 411 physicians who volunteered for the study were analyzed. The first part of the questionnaire form included questions about sociodemographic information and violence against physicians, and the second part included the Physician Value Perception Scale (PVPS). The data obtained were analyzed using SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 20.0 program.  $p < 0.05$  was considered statistically significant.

**Results:** Of the 411 physicians included in the study, the mean age was  $28.3 \pm 3.18$  years, 52.1% (n=214) were female and the median active working time of the physicians was 30 (min=1, max=268) months. While 74% (n=304) of the physicians were working in internal departments, 26% (n=107) were working in surgical departments. Of the participants 96.1% (n=395) thought

that violence had increased in recent years, 84.9% (n=349) reported having experienced verbal violence, 16.3% (n=67) physical violence, 28.7% (n=118) economic violence and 4.9% (n=20) sexual violence. The exposure to physical violence (20.6%; n=41) and economic violence (35.2%; n=70) among physicians with an active working period of 31 months or more was higher than the exposure to physical violence (12.3%; n=26) and economic violence (22.6%; n=48) among physicians with a working period of 30 months or less ( $p<0.05$ ). When the participants were asked about the causes of violence, the most common response was "intolerance to waiting", and when asked about the negative feelings and thoughts caused by violence, the most common response was "decreased motivation to work". Among men 72.1% (n=142) thought that the physician's communication style with the patient, 43.7% (n=86) thought that the physician's decreased empathy, and 35.0% (n=69) thought that inadequate medical knowledge, skills and equipment had an effect on violence. Among women 58.9% (n=126) thought that communication style, 34.6% (n=74) thought that the physician's decreased empathy ability, and 21.5% (n=46) thought that insufficient medical knowledge, skills and equipment had an effect on violence. The proportion of men who thought that the physician's communication style with the patient, decreased empathy ability and insufficient medical knowledge, skills and equipment had an effect on violence was higher than that of women ( $p<0.05$ ). The most important characteristics adopted by physicians were that the physician spoke to the patient in an understandable language, knew his/her professional rights, paid attention to patient privacy, and provided adequate information about diagnosis and treatment. The mean total score of the physicians who participated in the survey was  $72.35\pm 7.46$ . The HDAS total score of physicians exposed to verbal violence ( $71.75\pm 7.36$ ) and physical violence ( $70.67\pm 6.64$ ) were lower than those who were not exposed to verbal violence ( $75.69\pm 7.17$ ) and physical violence ( $72.67\pm 7.57$ ) ( $p<0.05$ ). The HDAS total score of those who thought that the physician's communication style with the patient was effective in violence ( $73.26\pm 7.55$ ) was higher than those who did not ( $69.43\pm 7.20$ ) ( $p<0.001$ ). The HDAS total score ( $74.10\pm 7.5$ ) of those who thought that the physician's communication style with the patient was effective in violence had a higher HDAS total score ( $73.26\pm 7.55$ ) than those who did not ( $69.43\pm 7.20$ ) ( $p<0.001$ ). The HDAS total score ( $74.10\pm 7.5$ ) of those who thought that the physician's decreased empathy ability had an effect on violence was also higher than those who did not ( $69.65\pm 6.76$ ) ( $p<0.001$ ).

**Conclusion:** In this study, it was observed that physicians' exposure to violence was high, especially economic violence. There was no difference between internal and surgical



departments and genders in terms of exposure to violence. It was observed that two out of every three physicians thought that communication style had an effect on violence but more than half of them thought that lack of medical knowledge, skills and equipment had no effect on violence. Male physicians thought that communication style, lack of empathy and insufficient medical knowledge, skills and equipment had a higher impact on violence compared to their female colleagues. It was found that physicians' exposure to violence negatively affected their perception of the value of medicine. Those who thought that the physician's communication style with the patient and empathy ability had an effect on violence had higher perceptions of the value of medicine.

**Keywords:** Violence in Health, Perception of Value of Medicine, Medical Specialty

## İÇİNDEKİLER

<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iv</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vii</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	<b>xiii</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>xiii</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b> .....	<b>xiv</b>
<b>1. GİRİŞ ve AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
2.1. Meslek ve Değer Kavramları.....	3
2.2. Mesleki Değer Tanımı .....	3
2.3. Hekimlik Mesleki Değeri .....	3
2.4. Şiddet.....	5
2.4.1 Psikolojik/Sözel Şiddet.....	5
2.4.2. Fiziksel Şiddet .....	5
2.4.3. Ekonomik Şiddet .....	5
2.4.4. Cinsel Şiddet.....	5
2.5. İş Yerinde Şiddet.....	6
2.6. Sağlık Kurumlarında Şiddet .....	6
2.7. Hekime Yönelik Şiddet ve Hekimlerin Meslek Değer Algısı.....	8

<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>9</b>
3.1. Araştırmanın Şekli .....	9
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	9
3.3. Çalışmaya Alınmama Kriterleri.....	9
3.4. Etik Kurul Onayı ve Onam .....	9
3.5. Veri Toplama Araçları .....	9
3.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu .....	9
3.5.2. Hekimlik Değer Algısı Ölçeği (HDAÖ).....	10
3.6. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi .....	10
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>11</b>
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri .....	11
4.2. Hekime Yönelik Şiddetle İlgili Veriler .....	13
4.3. Hekime Yönelik Şiddetle İlgili Verilerin Meslekte Aktif Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştırılması.....	14
4.4. Şiddetin Nedenleri ile İlgili Sorunun Yanıtları .....	15
4.5. Katılımcıların Şiddetin Oluşturduğu Olumsuz Duygu ve Düşünceler ile İlgili Yanıtları .....	16
4.6. Hekimlerin Şiddette İletişim, Empati ve Tıbbi Bilgi, Beceri-Donanımlarının Etkisi ile İlgili Düşünceleri.....	17
4.7. Hekime Yönelik Şiddette İletişim, Empati ve Tıbbi Bilgi, Beceri-Donanımın Etkisi ile İlgili Düşüncelerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması .....	18
4.8. Hekimlerin Şiddete Maruziyet Durumları ve Şiddetin Nedenlerine İlişkin Düşüncelerinin Dahili ve Cerrahi Bölümlere Göre Karşılaştırılması .....	19

4.9. Hekimlik Değer Algısı Ölçeği Maddelerine Verilen Yanıtların Değerlendirilmesi ..	21
4.10. Katılımcıların Sosyodemografik Değişkenlere ve Anketin İlk Bölüm Sorularına Göre Hekimlik Değer Algısı Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	23
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>26</b>
<b>6. SONUÇLAR.....</b>	<b>33</b>
<b>7. ÖNERİLER.....</b>	<b>34</b>
<b>8. KAYNAKLAR .....</b>	<b>36</b>
<b>EK 1. Çalışmada Kullanılan Anket Formu.....</b>	<b>42</b>

## ŞEKİLLER LİSTESİ

<b>Şekil 1.</b> Hekimlerin şiddette iletişim, empati ve tıbbi bilgi, beceri-donanımlarının etkisi ile ilgili düşüncelerinin dağılımı.....	19
---	----

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve çalıştığı bölümle ilgili veriler.....	11
<b>Tablo 2.</b> Katılımcıların çalıştıkları bölümlere göre dağılımı .....	12
<b>Tablo 3.</b> Hekimlerin şiddete maruziyet durumları .....	13
<b>Tablo 4.</b> Hekime yönelik şiddetle ilgili verilerin cinsiyete göre karşılaştırılması .....	14
<b>Tablo 5.</b> Hekime yönelik şiddetle ilgili verilerin meslekte aktif çalışma sürelerine göre karşılaştırılması.....	16
<b>Tablo 6.</b> Katılımcıların kendilerine göre şiddete maruz kalma nedenleri.....	17
<b>Tablo 7.</b> Katılımcılarda şiddetin oluşturduğu olumsuz duygu/düşünceler .....	18
<b>Tablo 8.</b> Hekime yönelik şiddette iletişim, empati ve tıbbi bilgi-donanımlarının etkisi ile ilgili düşüncelerinin cinsiyetlerine göre karşılaştırılması .....	20
<b>Tablo 9.</b> Hekime yönelik şiddetle ilgili verilerin dahili ve cerrahi bölümlere göre karşılaştırılması .....	21
<b>Tablo 10.</b> Hekimlik Değer Algısı Ölçeği maddelerine verilen yanıtların oranları.....	23
<b>Tablo 11.</b> Katılımcıların HDAÖ puanlarının sosyodemografik değişkenlere ve anketin ilk bölüm sorularına yanıtlarının karşılaştırılması.....	25
<b>Tablo 12.</b> Katılımcıların HDAÖ puanlarının günlük bakılan hasta sayısı ve şiddetin nedeni hakkındaki düşüncelerine göre karşılaştırılması.....	26

## **SİMGELER VE KISALTMALAR**

**NEÜ:** Necmettin Erbakan Üniversitesi

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**HDAÖ:** Hekimlik Değer Algısı Ölçeği

**TUS:** Tıpta Uzmanlık Sınavı

**RTÜK:** Radyo ve Televizyon Üst Kurulu

**UÇEP:** Ulusal Çekirdek Eğitim Programı

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Hekim anlamında kullanılan tabip, Arapça kökü tabbe; işin ehli olma, o işte ustalaşan, o işin ilmını bilen kimse anlamındadır (1).

Türk Dil Kurumu, hekimi; insanlardaki hastalıkları teşhis eden ve onları ilaçlarla veya bazı araçlarla tedavi eden kimse olarak tanımlar (2). Günümüzde ise hekimden beklenen; hastalarına yeterli zamanı ayıran ve onlarla göz teması kuran, teşhis ve tedavilerini kendilerine anlaşılabilir bir şekilde anlatan, iletişim becerilerini geliştirmiş, yeri geldiğinde karar verme noktasında devreye girebilen, güvenilir, vicdan sahibi bireyler olmalarıdır. Hekimin tıbbi bilgi, beceri ve donanımı, hastayla empati kurabilmesi, etkin iletişim tekniklerini kullanabilmesi, hastaya olan tutum ve davranışları pozitif yönde arttıkça hasta memnuniyeti de arttığı aşıkardır (3).

İyi hekimlik farklı dönemlerde farklı nitelikler ile tanımlanmış olsa da iyi hekimden beklenen nitelikler genelde benzerdir. Beş Yıldızlı Doktor kavramı, ilk kez 2000 yılında, o zamanlar Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nde çalışan Dr. Charles Boelen tarafından tanımlanmıştır. Bu kavram ile hizmet sunan, karar verici, iletişime açık, toplum lideri ve yönetici nitelikleri olan hekimliğe vurgu yapılmıştır (4).

Toplum nazarında hekimliğin değerinin yanında hekimlerin mesleki değer algıları da önemlidir. Tıp fakültesine genelde insanlara yardım etmek, hastalara iyi bakmak gibi idealler ve insancıl duygularla giren öğrenciler zaman içinde eğitimcilerin, kliniklerde temas ettikleri hekimlerin, yardımcı sağlık personelinin ve hastaların etkisinde kalmaktadırlar. Hekimlik tutum ve davranışları, bireylerin idealleri ve kendi değerleri ile oluşmasının yanı sıra tıp eğitimi ve pratikte öğretilen açık veya örtülü mesajlar ile de şekillenmekte ve pek çok farklılık gösterebilmektedir (5).

Hekimler toplumda tüm bireylerin yaşadığı yaşam streslerini yaşar. Ek olarak uzun yıllar süren eğitim, yoğun nöbet hayatı buna bağlı uykusuzluk, iş arkadaşı ilişkileri, mobbinge maruz kalma, hasta ve hasta yakını ilişkileri, hasta beklentileri, ölümle ve acıyla başa çıkma, önlenemeyen sağlıkta şiddet olaylarının artışı ve yoğun çalışma düzeniyle de baş etmek zorundadırlar. Yani hekimler, iş hayatı, özel hayat ve mesleğe özgü streslerin zorlu bir kombinasyonu ile karşı karşıyadır (6).

Şiddet günümüzde her alanda görülmekle birlikte özellikle hekimlik mesleğini etkileyen ciddi bir sorun haline gelmiştir. Sağlık kurumlarındaki şiddet hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir kişiden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan sözel, fiziksel, psikolojik veya cinsel saldırılardır (7). Şiddet gören sağlık çalışanlarının sürekli endişe, korku ve tetikte olma durumu, moral bozukluğu, iş motivasyonunun azalması ve işine odaklanamama gibi sorunları yaşadıkları bilinmektedir (8).

**Amaç:** Bu çalışmada bir üniversite hastanesinde görev yapan araştırma görevlisi hekimlerin, hekimlik değer algıları ve bu algıyı etkileyen faktörlerin ve hekime yönelik şiddet hakkındaki düşüncelerinin belirlenmesi böylelikle hekimlerin şiddetle ilgili düşüncelerinin, şiddete maruziyet durumlarının, hekimlik değer algılarını etkileyip etkilemediğinin ortaya konması amaçlanmıştır.



## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Meslek ve Değer Kavramları**

Meslek; kişinin kimliğinin en önemli kaynağı olup, çevresinden saygı görmesine, toplumda bir yer edinmesine ve faydalı biri olduğu duygusunu yaşamasına olanak veren bir etkinlik alanıdır (9). Çünkü bireyin mesleği, yaşamının büyük bir bölümünü kapsar ve iş yaşamı bireyin tüm yaşantısını, kişiliğini, seçimlerini, insanlara olan tutum ve davranışlarını etkiler.

Değer kavramı; bir unsurun kıymetini ölçmeye yarayan soyut bir ölçü, bir karşılık ve kıymettir. Diğer bir tanımla ise bir nesnenin, düşüncenin veya eylemin içerisinde taşıdığı, önemliliği ölçümleyen nitelik ve niceliktir (10). Marshall'a göre tutum araştırmasında, değerler insanların etik ya da uygun davranışları hakkında, doğruyu ve yanlış, istenilir ve istenilmez olanı belirleme noktasındaki fikirlerini gösterir (11).

### **2.2. Mesleki Değer Tanımı**

Meslek değerleri; mesleklerin gerektirdiği görevlerle, sağladığı olanakların kişi için anlamını ifade eden yönleridir (12).

Mesleki değerler arasında; yeteneklerin kullanımı, başarı, ilerleme, otorite, itibar, başkalarına yardım, ekonomik ödül ve ekonomik güvence, özerklik, yaratıcılık, yaşam tarzı, kişisel gelişim, fiziksel etkinlik, riskler, sosyal etkileşim, iş şartları, kültürel yapı ve fiziksel yapı bulunur (13).

### **2.3. Hekimlik Mesleki Değeri**

19. yüzyılda, tıbbi bilgi ve teknolojideki hızlı ilerlemelerle birlikte, hekimlerin rolü daha da önemli hale geldi. Hekimler, tanı koyma ve tedavi etme konusundaki uzmanlıklarıyla toplumda saygın figürler haline geldiler. Ancak bu dönemde de bazı etik sorunlar ve mesleki çatışmalar ortaya çıktı.

Günümüzde, tıp bilimi sürekli olarak ilerlemekte ve hekimlerin rolü giderek daha karmaşık hale gelmektedir. Hekimler sadece hastalıkları tedavi etmekle kalmayıp, hastaların sağlığını korumak, önlem almak ve hastaları eğitmek gibi geniş bir sorumluluk yelpazesiyile karşı karşıyadır. Ayrıca hasta-hekim ilişkisi ve etik konular da önemli bir odak noktası olmuştur. Hasta merkezli bakım ve paydaşlar arası iş birliği gibi yaklaşımlar, modern hekimin rolünü ve hekimlerin mesleki değer algılarını şekillendiren önemli unsurlardır (14).

Hekimlerin hastalara ve topluma karşı olan sorumluluklarını yerine getirmesi beklenirken, tıp profesyonelliğinin temel ve evrensel ilkelerinin ve değerlerinin tüm hekimler tarafından kabul edilip uygulanması ve gündemlerinde olması daha da önem kazanmaktadır. Tıp profesyonelliği, “Sağlık profesyonellerinin mesleklerini ifa ederken uymaları gereken tutum, değer ve davranışlar bütünü” olarak tanımlanmıştır (15).

Tıp-Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi tarafından belirlenen Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (UÇEP) 2020’de yayımlanan bildirisinde profesyonellik kavramı açık şekilde ele alınarak beş madde olarak ifade edilmiştir. Bunlar;

- Toplumsal hesap verebilirlik
- Dürüstlük, gizliliğe saygı, gerçeği söyleme, mahremiyete saygı
- Mesleki değerler, mesleki kimlik gelişimi ve tarihsel perspektif, mesleki ve bireysel gelişime sürekli açık olma
- Mesleki hakimiyet /örgütlülük /özerklik
- Sağlığı ve mesleği savunma olarak belirtilmiştir (16).

Hekimlerin mesleki değerlerinin oluşmasında tıp eğitiminin ve eğiticilerin etkisinin olmasının yanı sıra, bireyin kişiliği, meslekten beklentileri, sağlık politikaları, pratikte karşılaştığı meslektaşlarının, diğer sağlık personellerinin, hasta ve hasta yakınlarının tutum ve davranışları da oldukça etkilidir.

Hurwitz ve arkadaşları çalışmalarında tıp fakültesi öğrencileri, bir hekimde bulunmasını bekledikleri nitelikler arasında en önemlileri olarak; etkili sözlü iletişim tekniklerini kullanabilme, hastaları ile empati kurabilme, etik ve hekim olmakta istekli olmayı belirtmişlerdir (17). Hekim olmak hem büyük bir gurur hem de büyük sorumluluk potansiyelini bünyesinde taşır. Modern tıp eğitiminin kurucusu William Osler bu ikili potansiyeli şöyle özetledi: “Tıp mesleği sizin yaptığınız gibi olacaktır; biri için bir endişe, bir kaygı, sürekli bir sıkıntı; diğerine göre günlük bir iş ve pek çok kişinin olabileceği kadar mutluluk ve faydalı bir hayat.” Hekimler, yaşamda kişisel ve mesleki doyum istiyorlarsa, kişisel çıkarlarını ve değerlerini bilmeli, bunları savunmalı ve geliştirmelidir (18).

## 2.4. Şiddet

DSÖ, şiddeti; “kendine, bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme ve gelişimsel bozukluğuna yol açabilecek ya da neden olacak şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanması” şeklinde tanımlamıştır (19).

Şiddet kavramı çok yönlü olmasından kaynaklanan birçok sınıflandırmaya tabi tutulabilir; bu sınıflandırmalar, şiddetin davranış türüne, etkilediği taraflara ve nedenlerine göre yapılmaktadır. Kaynaklarda en sık rastlanan haliyle şiddeti; sözel, fiziksel, ekonomik ve cinsel şiddet olarak sınıflandırılmaktadır.

### 2.4.1 Psikolojik/Sözel Şiddet

Bireyin sosyal ve ruhsal bütünlüğüne zarar veren davranış ve sözel ifadelerdir. Hakaret etmek, küfür etmek, tehdit etmek, aşağılamak, alay etmek, sesini yükseltmek, yıldırma ya da baskı yaratıcı, suçlayıcı, imalı şekilde sözel olarak yapılan davranışlar sözel şiddet örnekleridir (20).

### 2.4.2. Fiziksel Şiddet

Dünya Sağlık Örgütü fiziksel şiddeti; “karşıdaki kişinin canının yanmasına, yaralanmasına ya da ölümüne sebep olan, kasıtlı olarak yapılan davranış veya davranışlar” olarak tanımlamıştır (21).

### 2.4.3. Ekonomik Şiddet

Ekonomik şiddet; bireyin ekonomik olarak özgürlüğünün elinden alınması, ekonomik kaynakların bireyin üzerinde bir tehdit ve kontrol aracı olarak kullanılmasıdır (22). Çünkü ekonomi, gücü ve iktidarı simgeleyen hatta sosyal yapıdaki etkileşimleri oluşturan, biçimlendiren bir etki alanına sahiptir.

### 2.4.4. Cinsel Şiddet

DSÖ'nün Şiddet ve Sağlık Konusundaki Dünya Raporu'nda cinsel şiddeti; “cinsel bir eylem gerçekleştirmeye, istenmeyen cinsel sözler söylemeye, cinsel yaklaşım ve tekliflerde bulunmaya ya da bir kişiyi ticari amaçla cinsel olarak kullanmaya yönelik eylemlerin tümünü kapsamakta olup, kurbanla fail arasındaki ilişki her ne olursa olsun, kurbanın evinde ya da işyerinde sınırlı kalmaksızın her türlü koşulda bir kişinin cinselliğine karşı dolaylı ya da direkt olarak ve zorlamayla yapılan cinsel eylemler” olarak tanımlamaktadır (21).

## 2.5. İş Yerinde Şiddet

“Çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında bir kişi veya kişiler tarafından istismar edildiği veya saldırıya uğradığı olaylar” olarak tanımlanmıştır (23).

## 2.6. Sağlık Kurumlarında Şiddet

“Hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum” olarak tanımlanmıştır (24).

Türkiye’de hekime yönelik şiddet olayları son yıllarda önemli ölçüde artış göstermiştir (25). Sağlık çalışanları hasta ve hasta yakınları ile muhatap olmaktadır. Bu kişiler genelde içinde buldukları durum nedeniyle üzgün, gergin, endişeli, panik, bitkin halde ve olaylara toleransları azalmış olabilir. Bu durumda iken kişilerin şiddete başvurma olasılığı daha fazladır (26).

Sağlık kuruluşlarında şiddet riskini artırabilecek bir dizi faktörler bulunmaktadır. Bu faktörlerden bazıları şunlardır (27, 28);

- Yetersiz personel sayısı
- Halka açık alanlarda hizmet verme
- Uyuşturucu veya alkol etkisinde olan bireylerle doğrudan çalışma
- Şiddet öyküsü veya belirli psikotik teşhislere sahip bireylere hizmet sunma
- Yalnız çalışma
- Yetersiz güvenlik personeli
- Sağlık personelinin deneyimsiz olması
- Fiziksel açıdan yetersiz ortamlarda çalışma
- Ateşli silahlara kolay erişim sağlanması ancak denetim ve güvenlik önlemlerinin yetersiz olması
- Hastaların uzun bekleme süreleri
- Hasta başına ayrılabilen yetersiz muayene süreleri
- Olası krizleri önlemek ve yönetmek için personel eğitimi ve politikalarının eksikliği
- Sağlık okuryazarlığının düşük olması

Bu sebeplerle sağlık kurumlarındaki şiddetin sıklığının diğer mesleki ortamlara göre daha fazla olduğu bilinmektedir (29). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının iş yerinde şiddete uğrama riskinin 16 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (30). Sağlık çalışanları için iş yerleri riskli, tehlikeli birer ortama dönüşmektedir.

DSÖ, Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ) ve Uluslararası Hemşireler Birliği (UHB)'nin 2002 yılı "Sağlık Sektöründe İş Yeri Şiddeti" başlıklı ortak raporunda sağlık çalışanlarının çalışma yaşamı boyunca yarısından fazlasının şiddete maruz kaldıklarını bildirilmiştir (31).

Yine DSÖ, UÇÖ ve UHB'nin 2002 yılı ortak raporunda farklı ülkelerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sıklıklarına bakıldığında, genel olarak sağlık çalışanların %3-17'sinin fiziksel, %27-67'sinin sözel, %10-23'ünün psikolojik, %0,7-8'inin cinsel içerikli, %0,8-2,7'sinin ise etnik şiddete uğradıkları saptanmıştır (31).

Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili yapılan 29 araştırmanın meta analizine göre; ülkemizde sağlık çalışanlarına yönelik sözel şiddete maruziyet sıklığı %46,7-100 ve fiziksel şiddete maruziyet sıklığı ise %1,8-52,5 olarak saptanmıştır (32).

ABD'de sağlıkta şiddet ile ilgili bir çalışmada, sağlık kurumlarındaki şiddet yeterince bildirilmeyen ve çoğu kişinin işinin bir parçası olarak kabul ettiği ve büyük ölçüde göz ardı edildiği saptanmıştır. Bu durum resmi bildirilen şiddet vakalarının gerçek sayının çok altında olduğunu düşündürmektedir (29). Dünya genelinde artan sağlıkta şiddet olayları, ciddi bir mesleki tehlike olup, üzerinde durulması gereken önemli bir sağlık sorunudur (33).

Dünya Tabipler Birliği 73. Dünya Sağlık Toplantısında sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti, sağlık sisteminin temellerini sarsan ve hastaların sağlığını kritik derecede etkileyen uluslararası bir acil durum olarak tanımlamıştır (34). Hatta bir yazar da hasta ve yakınlarının hekime yönelik şiddetinin bir pandemi değilse de "viral bir salgın" olarak adlandırılması gerektiğini belirtmiştir (35).

Türkiye'de 2005, 2014 ve 2017'de üç göğüs cerrahisi uzmanı Dr. Göksel Kalaycı, Dr. Ersin Arslan ve Dr. Kamil Furtun, çalıştıkları hastanede hasta yakınları tarafından öldürülmüştür. Bu hekim ölümlerine ek olarak 2017'de Samsun'da kadın doğum uzmanı Dr. Aynur Dağdemir, birlikte çalıştığı kadın sağlık çalışanına yönelik şiddeti önlemeye çalışırken, o hemşirenin eşi tarafından bıçaklanarak çalıştığı hastanede hayatını kaybetmiştir. Yine 2017 yılında, Aksaray'da aile sağlığı merkezinde çalışan Dr. Hüseyin Ağır görevi başında daha önce

kurumlarında çalışan bir hemşirenin eşi tarafından silahlı saldırı sonucu hayatını kaybetmiştir. Kardiyoloji uzmanı Dr. Ekrem Karakaya ise 6 Temmuz 2022'de bir hasta yakını tarafından Konya Şehir Hastanesinde silahlı saldırı sonucu hayatını kaybetmiştir (36).

## **2.7. Hekime Yönelik Şiddet ve Hekimlerin Meslek Değer Algısı**

Son yıllarda artan şiddet olayları tıp mesleğinin sadece kutsallığının değil, hekime olan saygınlığın ve güvenin de azaldığını işaret etmektedir (37). Saygın bir meslek olduğu için bu yola baş koyan birçok hekimin şiddete uğrama kaygısı ya da maruz kalması mesleki değer algılarını sarsmaktadır. Mesleğine olan bağlılığını azaltmaktadır.

Sağlıkta şiddet, sürekli stres kaynağı olup, bu durum çeşitli fiziksel ve zihinsel sağlık sorunlarına yol açabilir, hem profesyonel hem de kişisel yaşamı etkileyebilir (38). Şiddet gören hekimlerde, mesleki empati ve doyumun azalması, insan sevgisinin ve iş motivasyonunun azalması, risk almaktan kaçınma, gereksiz tetkik isteme, tedavi değişiklikleri, tedaviyi üstlenmek istememe gibi defansif tıp davranışlarının artması, görev yeri değişikliği ve istifa etme görülebilmektedir. Hekimler, tecrübe ettikleri şiddet ya da şiddet kaygısıyla empati kurabilme, başkalarının acısını anlayabilme duyarlılıklarını kaybetmektedirler. Şiddet kaygısı hekimlerin hasta ile etkili iletişim kurabilme becerilerine de ket vurmaktadır (32, 39, 40).

Bunların dışında hekimlerde tükenmişlik, depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu gibi psikolojik sorunlar, kaçınma ve aşırı tetikte olma hali, göreve odaklanmada zorlanma, benlik saygısı kaybı ve utanç duyguları, uyku kalitesinin bozulması, tütün tüketimi, yeme bozuklukları ve hatta intihar görülebilmektedir (33, 41).

Hekimler, hasta ile olan iletişimine ve tedavi süreçlerine odaklanmaları gereken yerde güvenlik endişeleriyle uğraştıklarında, mesleklerine olan tutkularını kaybedebilir ve bu hekimin hizmet kalitesini düşürebilir. Hekime yönelik şiddetin, hekimi hem mesleki hem kişisel yaşamını etkilemesinin yanı sıra hastaların da uzun süreçte zarar gördüğü ve yeni problemlere yol açtığı aşikardır. Şiddet, şiddet sonrası hizmet kalitesinin düşmesine ve bu durumda tekrar şiddete zemin hazırlayarak bir kısır döngüye yol açmaktadır (42).

Bu çalışmada hekimlerin hekimlik değer algıları ve hekime yönelik şiddet hakkındaki düşüncelerinin belirlenmesi, şiddete maruziyet durumlarının hekimlik değer algılarını etkileyip etkilemediğinin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Bu çalışma 2023 yılı Ocak-Temmuz ayları arasında yapılan tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Bu araştırmanın evrenini Necmettin Erbakan Üniversitesi (NEÜ) Tıp Fakültesi dahili ve cerrahi bölümlerde görev yapan toplam 594 araştırma görevlisi hekim oluşturdu. Çalışmada hekimlerin tamamına ulaşılması hedeflendi. Gönüllülük temelinde 418 araştırma görevlisi anketi cevapladı ve eksik doldurulan yedi anket çalışma dışı bırakıldı. Sonuç olarak evrenin %70,3'üne ulaşılarak 411 araştırma görevlisi hekimin verileri çalışmaya dahil edildi.

#### **3.3. Çalışmaya Alınmama Kriterleri**

1. Ana dili Türkçe olmayan araştırma görevlileri
2. Temel bölümlerde görev alan araştırma görevlisi hekimler (Sayılarının az olması ve hastalarla birebir iletişim içerisinde olmamaları sebebiyle)

#### **3.4. Etik Kurul Onayı ve Onam**

Çalışmanın etik kurul onayı Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulundan alınmıştır (Sayı: 2022/3861 Tarih: 1 Temmuz 2022).

#### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formunun ilk bölümünde sosyodemografik bilgiler ve hekime yönelik şiddetle ilgili sorular, ikinci bölümünde ise Hekimlik Değer Algısı Ölçeği yer aldı. Anket formu yüz yüze uygulandı ve doldurmak yaklaşık 10 dakika sürdü. Anket formu örneği ekte yer almaktadır (EK.1).

##### **3.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu**

Formda yaş, cinsiyet, branş, meslekte ve branşta çalışılan süresi, sağlıkta şiddete maruziyet durumu, şiddete maruz kaldığı yer, maruz kaldığı şiddetin nedeni ve sonrasında

yaşadığı olumsuz duygu/düşünceler ve sağlıkta şiddette hekimin iletişim, tıbbi bilgi-donanım, empati yeteneğinin etkisi ile ilgili düşüncelerinin sorgulandığı 17 madde bulunmaktadır (EK.1).

### **3.5.2. Hekimlik Değer Algısı Ölçeği (HDAÖ)**

Gökler ve arkadaşları tarafından 2017’de geliştirilmiş olup 18 madde ve üç alt boyuttan (hekim tutumu, hasta hekim ilişkisi, hekimin empati yeteneği) oluşan Likert tipi bir ölçektir ve Cronbach alpha değeri 0,880 olarak hesaplanmıştır. Maddelere verilen yanıtlar “tamamen katılıyorum” 5 puan, “katılıyorum” 4 puan, “kararsızım” 3 puan, “katılmıyorum” 2 puan ve “kesinlikle katılmıyorum” 1 puan olarak kodlanmaktadır. HDAÖ’den alınabilecek puan, 18 ile 90 puan arasında değişmektedir. HDAÖ puan ortalaması arttıkça, kişinin hekimlik değer algısının daha olumlu olduğu kabul edilmiştir (43).

### **3.6. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi**

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0” kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile; nümerik değişkenler ikili gruplarda Student-t testi, çoklu gruplarda One-way ANOVA testi ile değerlendirildi. Gruplar arası farkın olduğu durumda Post-Hoc Tukey testleri ile anlamlılık değerlendirildi.  $p < 0,05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. HDA ölçeğinin güvenilirlik puanı Cronbach alfa ile hesaplandı.



## 4. BULGULAR

Anket formunu eksiksiz dolduran 411 araştırma görevlisi hekimin verileri analiz edildi.

### 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırma görevlilerinin yaşlarının ortalaması  $28,3 \pm 3,18$  (min=22 maks=45) yılıdır. Katılımcıların yaşları genel yaş dağılımına göre 27 yaş ve altı ile 28 yaş ve üzeri olarak gruplandırıldı. Katılımcıların %52,1'i kadın (n=214) idi.

Hekimlerin meslekte geçirdikleri aktif çalışma sürelerinin ortancası 30 (min=1 maks=268) aydır. Çalışma sürelerinin dağılımına göre 2,5 yıl ve altı ile 2,5 yıl üzeri olarak gruplandırıldı. Hekimlerin branşlarında çalışma süresi ortancası 15 (min=1 maks=64) aydır. Branşlarındaki çalışma süreleri 1 yıl ve altı ile 1 yıl üzeri olarak gruplandırıldı.

Araştırma görevlisi hekimlerin günlük bakılan hasta sayısına göre 10'dan az, 10-50 arası ve 50'den fazla hasta görenler olarak gruplandırıldı. Katılımcıların %49,2'sini (n=202) günlük 10-50 arası hasta görenler oluşturuyordu. Hekimlerin sosyodemografik özellikleri, çalışma süreleri ve günlük bakılan hasta sayıları Tablo 1'de gösterilmiştir.

**Tablo 1.** Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve çalıştıkları bölümle ilgili veriler

	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	197	47,9
Kadın	214	52,1
<b>Yaş</b>		
27 yaş ve altı	195	47,4
28 yaş ve üzeri	216	52,6
<b>Çalışma süresi</b>		
2,5 yıl ve altı	212	51,6
2,5 yıl üzeri	199	48,4
<b>Branşta çalışma süresi</b>		
1 yıl ve altı	179	43,6
1 yıl üzeri	232	56,4
<b>Günlük bakılan hasta sayısı</b>		
10' dan az	56	13,6
10-50 arası	202	49,2
50' den fazla	153	37,2
<b>Toplam</b>	411	100

Araştırma görevlisi hekimlerin %74'ü (n=304) dahili bölümlerde, %26'sı (n=107) ise cerrahi bölümlerde görev yapıyordu. Hekimlerin çalıştığı bölümler Tablo 2'de gösterilmiştir.

**Tablo 2.** Katılımcıların çalıştıkları bölümlere göre dağılımı

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Dahili Bölümler</b>	304	74
<b>Cerrahi Bölümler</b>	107	26
<b>Bölümler</b>		
Aile Hekimliği	51	12,4
İç hastalıkları	53	12,9
Göğüs Hastalıkları	14	3,4
Kardiyoloji	10	2,4
Acil	51	12,4
Enfeksiyon Hastalıkları	9	2,2
Psikiyatri	13	3,2
Pediyatri	54	13,1
Cildiye	9	2,2
Radyoloji	14	3,4
Nöroloji	9	2,2
Çocuk Psikiyatrisi	10	2,4
Fizik Tedavi Rehabilitasyon	6	1,5
Nükleer Tıp	1	0,2
Genel Cerrahi	9	2,2
Göğüs Cerrahisi	3	0,7
Beyin Cerrahisi	6	1,5
Göz Hastalıkları	11	2,7
Kadın Hastalıkları ve Doğum	13	3,2
Üroloji	10	2,4
<b>Toplam</b>	<b>411</b>	<b>100</b>

## 4.2. Hekime Yönelik Şiddetle İlgili Veriler

Katılımcıların %96,1'i (n=395) son yıllarda şiddetin arttığını düşünmekteydi. Hekime yönelik şiddetle ilgili veriler Tablo 3'te gösterilmiştir.

**Tablo 3.** Hekimlerin şiddete maruziyet durumları

<b>Son yıllarda şiddetin arttığını düşünme</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	395	96,1
Hayır	16	3,9
<b>Fiziksel şiddete maruziyet durumu</b>		
Evet	67	16,3
Hayır	344	83,7
<b>Sözel şiddete maruziyet durumu</b>		
Evet	349	84,9
Hayır	62	15,1
<b>Ekonomik şiddete maruziyet durumu</b>		
Evet	118	28,7
Hayır	293	71,3
<b>Cinsel şiddete maruziyet durumu</b>		
Evet	20	4,9
Hayır	391	95,1
<b>Toplam</b>	<b>411</b>	<b>100</b>

Katılımcıların son yıllarda şiddetin arttığını düşünme durumları ve şiddete maruziyet durumu ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi ( $p>0,05$ ). Hekime yönelik şiddetle ilgili verilerin katılımcıların cinsiyetlerine göre karşılaştırılması Tablo 4'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.** Hekime yönelik şiddetle ilgili verilerin cinsiyete göre karşılaştırılması

	Erkek		Kadın		p*
	n	%	n	%	
<b>Son yıllarda şiddetin arttığını düşünme</b>					
Evet	185	93,9	210	98,1	0,051
Hayır	12	6,1	4	1,9	
<b>Fiziksel şiddete maruziyet durumu</b>					
Evet	38	19,3	29	13,6	0,116
Hayır	159	80,7	185	86,4	
<b>Sözel şiddete maruziyet durumu</b>					
Evet	163	82,7	186	86,9	0,237
Hayır	34	17,3	28	13,1	
<b>Ekonomik şiddete maruziyet durumu</b>					
Evet	50	25,4	68	31,8	0,152
Hayır	147	74,6	146	68,2	
<b>Cinsel şiddete maruziyet durumu</b>					
Evet	7	3,6	13	6,1	0,338
Hayır	190	96,4	201	93,9	
<b>Toplam</b>	197	100	214	100	

\*Ki kare testi kullanılmıştır.

#### **4.3. Hekime Yönelik Şiddetle İlgili Verilerin Meslekte Aktif Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştırılması**

Meslekte aktif çalışma süresi 2,5 yıldan fazla olan hekimlerin %20,6'sı (n=41), çalışma süresi 2,5 yıl ve altı olan hekimlerin ise %12,3'ü (n=26) fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtti (**p=0,022**).

Hekimlerin çalışma süresi ile ekonomik şiddete maruziyet durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi (**p=0,005**). Çalışma süresi 2,5 yıldan fazla olan hekimlerin %35,2'si (n=70), 2,5 yıl ve altı çalışma süresi olan hekimlerin %22,6'sı (n=48) ekonomik şiddete maruz kaldığını belirtti. Hekimlerin meslekte aktif çalışma sürelerine göre şiddete maruziyet durumlarının karşılaştırılması Tablo 5'te gösterilmiştir.

**Tablo 5.** Hekime yönelik şiddetle ilgili verilerin meslekte aktif çalışma sürelerine göre karşılaştırılması

	2,5 yıl ve altı çalışma süresi		2,5 yıl üzeri çalışma süresi		p*
	n	%	n	%	
<b>Son yıllarda şiddetin arttığını düşünme</b>					
Evet	200	94,3	195	98,0	0,050
Hayır	12	5,7	4	2,0	
<b>Sözel şiddete maruziyet durumu</b>					
Evet	173	81,6	176	88,4	0,053
Hayır	39	18,4	23	11,6	
<b>Fiziksel şiddete maruziyet durumu</b>					
Evet	26	12,3	41	20,6	<b>0,022</b>
Hayır	186	87,7	158	79,4	
<b>Ekonomik şiddete maruziyet durumu</b>					
Evet	48	22,6	70	35,2	<b>0,005</b>
Hayır	164	77,4	129	64,8	
<b>Cinsel şiddete maruziyet durumu</b>					
Evet	10	4,7	10	5,0	0,885
Hayır	202	95,3	189	95,0	
<b>Toplam</b>	212	100	199	100	

\*Ki-kare testi kullanılmıştır.

#### 4.4. Şiddetin Nedenleri ile İlgili Sorunun Yanıtları

Şiddete maruz kalan katılımcılara kendilerini en çok etkileyen şiddetin nedeni sorulduğunda; en fazla verilen cevap %74,9 (n=308) ile beklemeye tahammülsüzlük idi. Katılımcıların şiddetin nedenleri ile ilgili verileri Tablo 6'da gösterilmiştir.

**Tablo 6.** Katılımcıların kendilerine göre şiddete maruz kalma nedenleri

	<b>n*</b>	<b>%</b>
<b>Beklemeye tahammülsüzlük</b>	308	74,9
<b>İstediği ilacı yazdıramama</b>	150	36,5
<b>Tedaviden memnuniyetsizlik</b>	130	31,6
<b>Rapor alamama</b>	100	24,3
<b>İletişimle ilgili problemler</b>	85	20,7
<b>İhmal edildiğini düşünme</b>	71	17,3
<b>Kurum yetersizlikleri</b>	70	17,0
<b>Şiddete başvuranın psikiyatrik hastalığı olması</b>	33	8,0
<b>Kötü haber alma</b>	22	5,4
<b>İlaç veya madde etkisinde olma</b>	8	1,9

\*Toplam cevap sayısı 977'dir. Birden fazla cevap veren katılımcılar bulunmaktadır.

#### **4.5. Katılımcıların Şiddetin Oluşturduğu Olumsuz Duygu ve Düşünceler ile İlgili Yanıtları**

Şiddetin hekimlerde oluşturduğu olumsuz duygu ve düşüncelerin başında çalışma motivasyonunun azalması (%71,0; n=292) geliyordu. Şiddetin kendinde olumsuz bir etkiye sebep olmadığını düşünen 20 (%4,9) hekim vardı. Hekimlerde şiddetin oluşturduğu olumsuz duygu ve düşünceler Tablo 7'de gösterilmiştir. Şiddete uğrayan 359 katılımcının %98,1'i (n=352) çalışma ortamında şiddete maruz kaldıklarını belirtti. Katılımcıların %1,9'u (n=7) ise çalışma ortamı dışında şiddete maruz kaldıklarını belirtti.

**Tablo 7.** Katılımcılarda şiddetin oluşturduğu olumsuz duygu/düşünceler

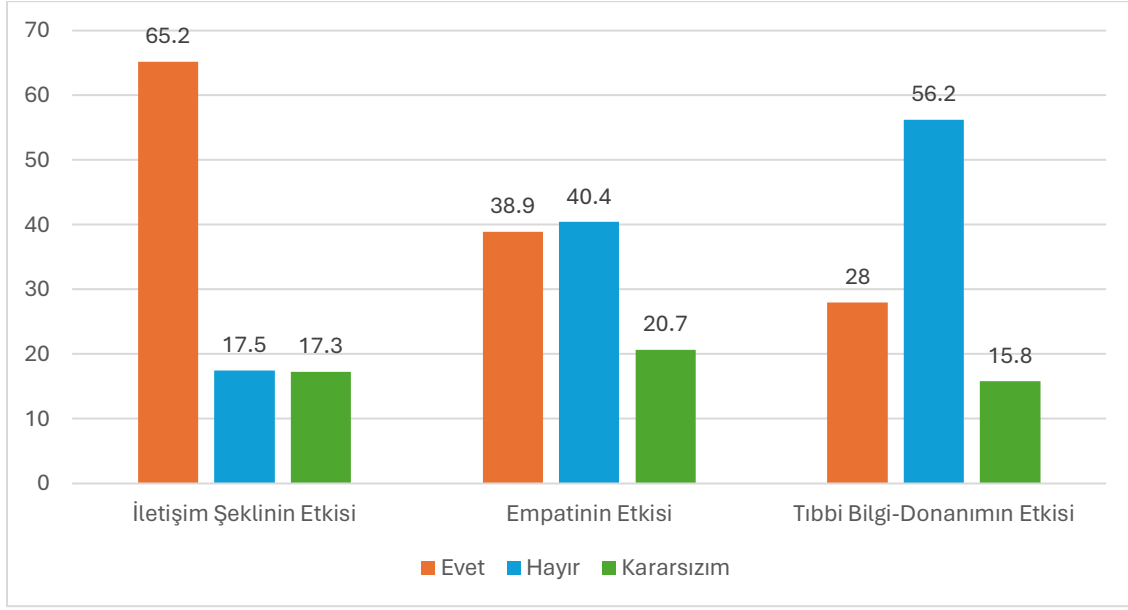
	<b>n*</b>	<b>%</b>
<b>Çalışma motivasyonu azalması</b>	292	71,0
<b>Yaşam ve insan sevgisinde azalma</b>	248	60,3
<b>Hekim olmaktan pişmanlık</b>	170	41,4
<b>TUS'a tekrar girmeyi düşünme**</b>	111	27,0
<b>İstifa etmeyi düşünme</b>	93	22,6
<b>Sürekli şiddete uğrama kaygısı</b>	85	20,7
<b>Görev yerini değiştirmeyi düşünme</b>	24	5,8
<b>Kendini suçlu hissetme</b>	14	3,4
<b>Başkasına zarar vermeyi düşünme</b>	9	2,2
<b>Kendine zarar vermeyi düşünme</b>	4	1,0

\*Toplam cevap sayısı 1050'dir. Birden fazla cevap veren katılımcılar bulunmaktadır.

\*\*TUS: Tıpta Uzmanlık Sınavı

#### **4.6. Hekimlerin Şiddette İletişim, Empati ve Tıbbi Bilgi, Beceri-Donanımlarının Etkisi ile İlgili Düşünceleri**

Katılımcıların %65,2'si (n=268) hekime yönelik şiddette hasta ile hekim iletişiminin, %38,9'u (n=160) hekimin hastayla ilgili empati yeteneğinin azalmasının, %28,0'ı (n=115) hekimin tıbbi bilgi, beceri ve donanımının yetersizliğinin etkisinin olduğunu belirtti. Hekimlerin maruz kaldıkları şiddette iletişim, empati ve tıbbi bilgi-donanımlarının etkisi ile ilgili yanıtlar Şekil 1'de verilmiştir.



**Şekil 1.** Hekimlerin şiddette iletişim, empati ve tıbbi bilgi, beceri-donanımlarının etkisi ile ilgili düşüncelerinin dağılımı

#### 4.7. Hekime Yönelik Şiddette İletişim, Empati ve Tıbbi Bilgi, Beceri-Donanımın Etkisi ile İlgili Düşüncelerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Erkeklerin %72,1'i (n=142), kadınların %58,9'u (n=126) şiddette hekimin hasta ile iletişim şeklinin etkisi olduğunu belirtti (**p=0,007**). Erkek katılımcıların %43,7'si (n=86), kadın katılımcıların %34,6'sı (n=74) şiddette hekimin empati yeteneğinin azalmasının etkisinin olduğunu düşünüyordu (**p=0,014**). Hekime yönelik şiddeti etkileyen durumlarla ilgili sorulara verilen cevaplar ile cinsiyet arasındaki ilişki Tablo 8'de gösterilmiştir.

**Tablo 8.** Hekime yönelik şiddette iletişim, empati ve tıbbi bilgi-donanımlarının etkisi ile ilgili düşüncelerinin cinsiyetlerine göre karşılaştırılması



	Erkek		Kadın		p*
	n	%	n	%	
<b>Şiddette hekimin hasta ile olan iletişimin şeklinin etkisi</b>					
Evet	142	72,1	126	58,9	<b>0,007</b>
Hayır	32	16,2	40	18,7	
Kararsızım	23	11,7	48	22,4	
<b>Şiddette hekimin empati yeteneğinin etkisi</b>					
Evet	86	43,7	74	34,6	<b>0,014</b>
Hayır	65	33,0	101	47,2	
Kararsızım	46	23,3	39	18,2	
<b>Şiddette hekimin tıbbi bilgi-donanımının etkisi</b>					
Evet	69	35,0	46	21,5	<b>0,009</b>
Hayır	99	50,3	132	61,7	
Kararsızım	29	14,7	36	16,8	
<b>Toplam</b>	197	100	214	100	

\*Ki-kare testi kullanılmıştır.

#### 4.8. Hekimlerin Şiddete Maruziyet Durumları ve Şiddetin Nedenlerine İlişkin Düşüncelerinin Dahili ve Cerrahi Bölümlere Göre Karşılaştırılması

Dahili bölümlerde çalışan hekimlerin %96,4'ü (n=293), cerrahi bölümlerde çalışan hekimlerin ise %95,3'ü (n=102) son yıllarda şiddetin arttığını düşünmekteydi (p=0,574). Dahili ve cerrahi bölümler arasında şiddete maruziyet durumu ve şiddette hekimin iletişim şeklinin, empati yeteneğinin azalmasının ve tıbbi bilgi-beceri ve donanımının yeteriz olmasıyla ilgili düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0,866). Dahili ve cerrahi bölümlerde olan hekimlerin şiddetin maruziyet ve sebebine ilişkin düşünceleri Tablo 9'da gösterilmiştir.

**Tablo 9.** Hekime yönelik şiddetle ilgili verilerin dahili ve cerrahi bölümlere göre karşılaştırılması

	Dahili Bölümler		Cerrahi Bölümler		p*
	n	%	n	%	
<b>Son yıllarda şiddetin arttığını düşünme</b>					
Evet	293	96,4	102	95,3	0,574
Hayır	11	3,6	5	4,7	
<b>Fiziksel şiddete maruziyet durumu</b>					
Evet	51	16,8	16	15,0	0,658
Hayır	253	83,2	91	85,0	
<b>Sözel şiddete maruziyet durumu</b>					
Evet	262	86,2	87	81,3	0,234
Hayır	42	13,8	20	18,7	
<b>Ekonomik şiddete maruziyet durumu</b>					
Evet	92	30,3	26	24,3	0,241
Hayır	212	69,7	81	75,7	
<b>Cinsel şiddete maruziyet durumu</b>					
Evet	15	4,9	5	4,7	0,914
Hayır	289	95,1	102	95,3	
<b>Şiddette hekimin hasta ile olan iletişimin etkisi</b>					
Evet	199	65,5	69	64,6	0,982
Hayır	53	17,4	19	17,7	
Kararsızım	52	17,1	19	17,7	
<b>Şiddette hekimin empati yeteneğinin etkisi</b>					
Evet	122	40,2	38	35,5	0,174
Hayır	126	41,4	40	37,4	
Kararsızım	56	18,4	29	27,1	
<b>Şiddette hekimin tıbbi bilgi-donanımının etkisi</b>					
Evet	83	27,3	32	29,9	0,866
Hayır	172	56,6	59	55,1	
Kararsızım	49	16,1	16	15,0	
<b>Toplam</b>	<b>304</b>	<b>100</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	

\*Ki-kare testi kullanılmıştır.

#### 4.9. Hekimlik Değer Algısı Ölçeği Maddelerine Verilen Yanıtların Değerlendirilmesi

Mesleki değer algısının sorgulandığı ölçek sorularına verilen cevaplar analiz edilirken bazı gruplarda belirgin olarak az sayıda katılımcı olması nedeniyle gruplar arası birleştirmeye gidildi. “Tamamen katılıyorum-katılıyorum”, “kararsızım”, “katılmıyorum-kesinlikle katılmıyorum” olarak üç kategoride incelendi (Tablo 10). Sunulan çalışmada HDAÖ ölçeğinin Cronbach alpha değeri 0,808 bulundu.

Ölçekte, hekimin hastasıyla anlaşılır bir dille konuşması (%99,0; n=407), mesleki haklarını bilmesi (%98,8; n=406), hasta mahremiyete özen göstermesi (%98,5; n=405), tanı ve tedavi konusunda yeterli bilgilendirmeyi yapması (%98,3; n=404) ve tıbbi literatürü takip edip bilgilerini yenilemesi (%98,1; n=403) en fazla katılıyorum yanıtlarının verildiği maddelerdi.

Hekimler mutlaka beyaz önlük giymeli (%49,1; n=202) ve hastalarına sosyal ve kültürel açıdan yakın olmalı (%44,5; n=183) maddeleri en fazla katılmıyorum yanıtlarının verildiği maddelerdi. HDAÖ’ye verilen yanıtların oranları Tablo 10’da gösterilmektedir.

**Tablo 10.** Hekimlik Değer Algısı Ölçeği maddelerine verilen yanıtların oranları

<b>Maddeler</b>	<b>Katılıyorum n (%)</b>	<b>Kararsızım n (%)</b>	<b>Katılmıyorum n (%)</b>
Hekim hastasıyla açık ve anlaşılır bir dille konuşmalıdır.	407 (99,0)	4 (1,0)	---
Hekimler mesleki haklarını bilmelidir.	406 (98,8)	4 (1,0)	1 (0,2)
Hekimler muayene sırasında mahremiyete özen göstermelidirler.	405 (98,5)	4 (1,0)	2 (0,5)
Hekim tanı ve tedavi konusunda yeterli bilgilendirmeyi yapmalıdır.	404 (98,3)	5 (1,2)	2 (0,5)
Hekim tıbbi literatürü takip etmeli ve bilgilerini yenilemelidir.	403 (98,1)	6 (1,4)	2 (0,5)
Hekim muayene sırasında hastasıyla yüz yüze konuşmalıdır.	394 (95,9)	9 (2,2)	8 (1,9)
Hekime hastanın derdini rahatça anlatabileceği ortam sağlanmalıdır.	393 (95,6)	17 (4,2)	1 (0,2)
Hekim muayene esnasında hastasına yeterli zamanı ayırmalıdır.	393 (95,6)	12 (2,9)	6 (1,5)
Hekimin hastalarına sosyal statüsüne bakmaksızın eşit davranması gerekir.	391 (95,1)	16 (3,9)	4 (1,0)
Hekimler hastalarına kötü davranmamalıdır.	389 (94,6)	12 (2,9)	10 (2,5)
Hekimler kılık ve kıyafetine yeterli özeni göstermelidirler.	350 (85,2)	33 (8,0)	28 (6,8)
Hekimler birey sağlığıyla olduğu kadar toplum sağlığıyla da ilgilenmelidir.	343 (83,4)	39 (9,5)	29 (7,1)
Hekim hasta ve yakınlarının duygularını anlamalıdır.	293 (71,3)	71 (17,3)	47 (11,4)
Hekim hastaların kişisel deneyimlerini dikkate almalıdır.	227 (55,2)	115 (28,0)	69 (16,8)
Hekim tedavi seçenekleri konusunda tercihi hastaya bırakmalıdır.	157 (38,2)	86 (20,9)	168 (40,9)
Hekim daha iyi hizmet verebilmek için hastaları gibi düşünmelidir.	150 (36,5)	111 (27,0)	150 (36,5)
Hekim sosyal ve kültürel olarak hastalarına yakın olmalıdır.	138 (33,6)	90 (21,9)	183 (44,5)
Hekimler hastalarını muayene ederken mutlaka beyaz önlük giymelidirler.	103 (25,1)	106 (25,8)	202 (49,1)

#### 4.10. Katılımcıların Sosyodemografik Değişkenlere ve Anketin İlk Bölüm Sorularına Göre Hekimlik Değer Algısı Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Ankete katılan hekimlerin HDAÖ toplam puan ortalaması  $72,35 \pm 7,46$  idi. Yaş, cinsiyet, meslekte çalışma süre ve çalışılan bölüme göre HDAÖ puanları karşılaştırıldı.

Sözel şiddete maruz kalmayan katılımcıların HDAÖ toplam puanı ( $75,69 \pm 7,17$ ), sözel şiddete maruz kalanlardan ( $71,75 \pm 7,36$ ) anlamlı daha yüksekti ( $p < 0,001$ ).

Fiziksel şiddete maruz kalan katılımcıların HDAÖ puanı ( $70,67 \pm 6,64$ ), maruz kalmayanlara göre ( $72,67 \pm 7,57$ ) anlamlı daha düşüktü ( $p = 0,044$ ). HDA ölçeği alt boyutları ile fiziksel şiddete maruz kalma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi ( $p > 0,05$ ).

Cinsel şiddete maruz kalan hekimlerin HDAÖ toplam puanı ( $71,15 \pm 8,41$ ), maruz kalmayanlara göre ( $72,41 \pm 7,41$ ) daha düşüktü fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p = 0,461$ ). Empati alt boyutunda cinsel şiddete maruz kalan katılımcıların puanı ( $11,70 \pm 3,27$ ), maruz kalmayanlardan ( $13,25 \pm 3,13$ ) daha düşüktü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ( $p = 0,031$ ). HDAÖ puanlarının sosyodemografik değişkenlere ve anketin ilk bölüm sorularına göre puanları Tablo 11’de gösterilmiştir.

**Tablo 11.** Katılımcıların HDAÖ puanlarının sosyodemografik değişkenlere ve anketin ilk bölüm sorularının yanıtlarına göre karşılaştırılması

	<b>Tutum Alt Boyutu Puanı</b> Ort ± SS*	<b>İlişki Alt Boyutu Puanı</b> Ort ± SS	<b>Empati Alt Boyutu Puanı</b> Ort ± SS	<b>Toplam Puan</b> Ort ± SS
<b>Yaş</b>				
27 yıl ve altı	34,14±3,39	24,92 ± 2,83	13,19 ± 3,16	72,26 ± 7,43
28 yıl ve üzeri	34,20 ± 3,27	25,05 ± 2,85	13,17 ± 3,15	72,42 ± 7,49
p**	0,867	0,649	0,940	0,829
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	34,35 ± 3,24	24,88 ± 2,60	12,81 ± 2,85	72,06 ± 6,67
Erkek	33,97 ± 3,40	25,10 ± 3,08	13,57 ± 3,42	72,66 ± 8,23
p	0,247	0,430	<b>0,015</b>	0,417
<b>Branş</b>				
Dahili bölümler	34,26±3,32	24,93±2,79	13,17±2,98	72,37±7,25
Cerrahi bölümler	33,91±3,33	25,15±2,98	13,21±3,61	72,28±8,04
p	0,344	0,476	0,910	0,922
<b>Meslekte geçirdiği aktif çalışma süresi</b>				
2,5 yıl ve altı	34,09±3,36	24,94±2,84	13,12±3,21	72,16±7,55
2,5 yıl üzeri	34,26±3,28	25,03±2,84	13,24±3,10	72,54±7,37
p	0,622	0,757	0,692	0,613
<b>Branşta arş. gör. olarak çalışma süresi</b>				
1 yıl ve altı	34,27±3,23	25,00±2,83	13,23±3,22	72,50±7,35
1 yıl üzeri	34,10±3,40	24,98±2,84	13,14±3,11	72,22±7,55
p	0,607	0,951	0,769	0,707
<b>Şiddetin arttığını düşünme</b>				
Evet	34,14±3,31	24,97±2,85	13,15±3,18	72,28±7,51
Hayır	34,93±3,62	25,31±2,65	13,75±2,43	74,00±6,05
p	0,352	0,644	0,464	0,368
<b>Fiziksel şiddete maruziyet durumu</b>				
Evet	33,55±3,30	24,56±2,80	12,55±2,68	70,67±6,64
Hayır	34,29±3,32	25,07±2,84	13,30±3,23	72,67±7,57
p	0,092	0,183	0,074	<b>0,044</b>
<b>Sözel şiddete maruziyet durumu</b>				
Evet	33,99±3,27	24,75±2,85	13,00±3,13	71,75±7,36
Hayır	35,19±3,44	26,32±2,41	14,17±3,13	75,69±7,17
p	<b>0,009</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,007</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Ekonomik şiddete maruziyet durumu</b>				
Evet	34,16±3,33	24,59±2,85	12,83±3,10	71,59±7,16
Hayır	34,18±3,32	25,25±2,82	13,32±3,17	72,65±7,56
p	0,975	0,072	0,152	0,192
<b>Cinsel şiddete maruziyet durumu</b>				
Evet	34,40±3,70	25,05±3,03	11,70±3,27	71,15±8,41
Hayır	34,16±3,30	24,98±2,83	13,25±3,13	72,41±7,41
p	0,760	0,923	<b>0,031</b>	0,461
<b>Şiddete maruziyet yeri</b>				
Çalışma ortamında	33,99±3,28	24,76±2,83	13,02±3,06	71,78±7,27
Çalışma ortamı dışında	34,14±4,05	26,57±2,82	12,28±4,92	73,00±9,93
p	0,904	0,096	0,706	0,664

\*Ort.: ortalama, S.S.: Standart sapma

\*\*Student's t testi kullanılmıştır.

Hekimin hasta ile olan iletişim şeklinin şiddette etkisinin olduğunu düşünlerin HDAÖ toplam puanı (73,26±7,55), düşünmeyenlere (69,43±7,20) ve bu konuda kararsız kalanlara (71,71±7,64) göre daha yüksekti (**p<0,001**).

Hekimin empati yeteneğinin azalmasının şiddette etkisinin olduğunu düşünen katılımcıların HDAÖ toplam puanı (74,10±7,5), düşünmeyenlere (69,65±6,76) göre daha yüksekti (**p<0,001**).

Ölçeğin empati alt boyutunda şiddette hekimin tıbbi bilgi-beceri ve donanımın etkili olduğunu düşünen katılımcıların puanı (13,80±3,50), etkili olmadığını düşünen katılımcıların puanından (12,94±3,01) yüksekti ve istatistiksel olarak anlamlıydı (**p=0,043**). Katılımcıların HDAÖ puanlarının günlük bakılan hasta sayısı ve şiddetin nedeni hakkındaki düşüncelerine göre karşılaştırılması Tablo 12’de gösterilmiştir.

**Tablo 12.** Katılımcıların HDAÖ puanlarının günlük bakılan hasta sayısı ve şiddetin nedeni hakkındaki düşüncelerine göre karşılaştırılması

	<b>Tutum Alt Boyutu Puanı</b> Ort ± SS*	<b>İlişki Alt Boyutu Puanı</b> Ort ± SS	<b>Empati Alt Boyutu Puanı</b> Ort ± SS	<b>Toplam Puan</b> Ort ± SS
<b>Günlük bakılan hasta sayısı</b>				
10’ dan az	34,82±3,38	25,41±2,34	12,5±2,97	72,73±6,9
10-50 arası	34,27±3,16	25,09±2,87	13,3±3,18	72,72±7,47
50’ den fazla	33,81±3,48	24,69±2,94	13,2±3,15	71,71±7,64
p**	0,126	0,213	0,202	0,419
<b>Şiddette hekimin hasta ile olan iletişimin etkisi</b>				
Evet <sup>a</sup>	34,45±3,25	25,17±2,92	13,64±3,10	73,26±7,55
Hayır <sup>b</sup>	33,12±3,53	24,20±2,74	12,09±3,17	69,43±7,20
Kararsızım <sup>c</sup>	34,21±3,21	25,08±2,52	12,54±3,00	71,71±7,64
p	<b>0,007</b> <sup>a,b</sup>	<b>0,028</b> <sup>a,b</sup>	<b>0,001</b> <sup>a,b</sup> <b>0,023</b> <sup>a,c</sup>	<b>&lt;0,001</b> <sup>a,b</sup>
<b>Şiddette hekimin empati yeteneğinin etkisi</b>				
Evet <sup>a</sup>	34,55±3,37	25,41±2,92	14,13±3,07	74,10±7,5
Hayır <sup>b</sup>	33,36±3,21	24,18±2,66	12,11±2,99	69,65±6,76
Kararsızım <sup>c</sup>	35,05±3,11	25,77±2,65	13,48±3,02	74,31±7,15
p	<b>0,003</b> <sup>a,b</sup> <b>&lt;0,001</b> <sup>b,c</sup>	<b>&lt;0,001</b> <sup>a,b</sup> <b>&lt;0,001</b> <sup>b,c</sup>	<b>&lt;0,001</b> <sup>a,b</sup> <b>0,002</b> <sup>b,c</sup>	<b>&lt;0,001</b> <sup>a,b</sup> <b>&lt;0,001</b> <sup>b,c</sup>
<b>Şiddette hekimin tıbbi bilgi-donanımının etkisi</b>				
Evet <sup>a</sup>	34,51±3,39	25,38±2,98	13,80±3,50	73,70±8,09
Hayır <sup>b</sup>	34,03±3,21	24,96±2,72	12,94±3,01	71,93±7,01
Kararsızım <sup>c</sup>	34,10±3,60	24,38±2,92	12,92±2,89	71,41±7,62
p	0,439	0,075	<b>0,043</b> <sup>a,b</sup>	0,063

\*Ort.: ortalama, S.S.: Standart sapma

\*\*One-way Anova testi kullanılmıştır. p<sup>x,y</sup>: x ve y seçenekleri arası anlamlı

## 5. TARTIŞMA

Sunulan çalışma, araştırma görevlisi hekimlerin mesleki değer algıları, sağlıkta şiddetin nedenleri hakkında düşünceleri, sağlıkta şiddete maruziyet durumları ve bunların arasındaki ilişkiyi araştıran nadir çalışmalardan biridir. Hekimlerin mesleklerine yönelik algıları ile bu algının sağlıkta maruz kaldıkları şiddetle ilişkisi hem hekimlerin kendi algıları hem de toplumla olan ilişkileri açısından dikkat çekici ve önemlidir.

Bu çalışmada; araştırma görevlisi hekimlerin neredeyse hepsi son yıllarda sağlıkta şiddetin arttığını düşünüyordu. Altuntaş'ın yaptığı çalışmasında sağlık kurumlarında görülen şiddetin, son yıllarda gözle görülür bir artış içerisinde olduğundan bahsetmektedir. (44).

ABD'de her üç iş yeri saldırısından ikisi sağlık bakım ortamlarında meydana gelmektedir (45). İtalya'da bir yıl içinde hemşirelerin yarısından fazlasının sözel şiddete, her on hemşireden birinin de fiziksel şiddete maruz kaldığı rapor edilmiştir (46). İran'da acil sağlık hizmetleri personeline yönelik işyerinde fiziksel veya sözlü şiddetin yaygınlığı sırasıyla %36 ve %73 olarak rapor edilmiştir (47).

Sunulan çalışmada her beş katılımcıdan dördü sözel şiddete uğradığını ve yaklaşık her yedi kişiden biri fiziksel şiddete uğradığını belirtti. Bu çalışmaya benzer şekilde Edirne ilinde yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının sözel şiddet ve fiziksel şiddetle karşılaştığı tespit edilmiştir (48). Ümraniye ilçesindeki 2015 yılında Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezinde görev yapan 143 hekim ve aile sağlığı çalışanın katıldığı çalışmada, %64'ünün çalışma hayatlarında en az bir kere şiddete maruz kaldığı, son bir yılda %80'inin psikolojik/sözel şiddete maruz kaldığı ve sunulan çalışmaya benzer şekilde yüksek oranda (%19) fiziksel şiddete maruz kaldığı görülmüştür (49). Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması (2013) sonuçlarına göre meslek hayatı boyunca en az bir kez sözel, psikolojik ya da fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtenlerin oranı %87'dir (50). Eğici ve arkadaşları İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesinde 2016-2017 arası beyaz kod kayıtlarından yola çıkarak yapmış oldukları çalışmalarında sözel şiddet %100 ve fiziksel şiddet %27 oranında saptanmıştır (51). Bildirimi yapılan fiziksel şiddet maruziyetlerinin tamamında sözel şiddetin eşlik etmesi nedeniyle Eğici ve arkadaşları çalışmalarında sözel şiddet oranı %100 olarak saptanmış olabilir. Sözel şiddetin bu kadar yaygın olmasında bunun bir şiddet türü olarak algılanmaması ya da herhangi bir yaptırımının olmayacağı düşüncesi etkin olabilir.



Sunulan çalışmada, sözel şiddete maruziyet açısından cinsiyetler arasında fark saptanmadı. Literatürde de çalışmamızla benzer sonuçlar mevcuttur. Aydın ve arkadaşlarının 48 ili kapsayan sağlıkta şiddetle ilgili çalışmalarında kadın hekimlerin %93'ünün ve erkek hekimlerin ise %87'sinin sözel şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır (52). Forrest ve arkadaşlarının 2011 yılında Avustralya'da yaptığı çalışmada da sözel şiddete maruz kalmak yönünden erkek ve kadın sağlık çalışanları arasında anlamlı fark görülmemiştir (53).

Sunulan çalışmada her beş erkekten birinin ve her sekiz kadından birinin fiziksel şiddete maruz kaldığı görüldü. Erkek hekimlerin benzer çalışmalarda, kadın hekimlere göre daha fazla fiziksel şiddete maruz kaldıkları görülmüştür (52, 53, 54, 55). Bu çalışmada erkekler daha fazla fiziksel şiddete maruz kalmış olsa da istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Polat ve Çırak'ın çalışmasında da fiziksel şiddet maruziyetinin kadın ve erkek cinsiyet için benzer sıklıkta olduğu gösterilmiştir (56). Kadına yönelik şiddet, kültürel faktörlerin etkisiyle coğrafi bölgeler arasında farklılık gösterebilir. Belirli toplumlarda kadına yönelik şiddetin sıklığı, niteliği ve kabul edilirliliği üzerinde coğrafi ve kültürel farklılıkların etkisi olabilir.

Araştırma görevlisi ve intörn doktorlarla yapılan bir çalışmada; intörn doktorların %32'si, araştırma görevlisi doktorların %60'ı ekonomik sıkıntı yaşadığını ve katılımcıların %0,4'ü ekonomik şiddete uğradığını belirtmiştir (57). Benzer şekilde Edirne ilinde yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının %0,4'ünün ekonomik şiddetle karşılaştığı saptanmıştır (48). Bu çalışmada ise oldukça yüksek oranda, her dört araştırma görevlisi hekimden biri ekonomik şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Son yıllarda ülkemizde yaşanan ekonomik kriz ve yüksek enflasyon oranlarının hekimlerde ekonomik kaygı ve geçim sıkıntısını arttırdığı ve bunun ekonomik şiddete yansıdığını düşünebiliriz. Çin'de yapılan bir çalışmada ekonomik tatminin, yaşam kalitesini iyileştirmenin, hekim motivasyonu için gerekli olduğu düşünülmüş olup hekim davranışlarını etkileyeceği belirtilmiştir (58).

Sunulan çalışmada her yirmi kişiden biri cinsel şiddete uğradığını belirtti. Hekimler ve sağlık çalışanları ile yapılmış diğer çalışmalarda cinsel şiddete maruziyetin %6'ya kadar değişen oranlarda olduğu görülmektedir (27, 59, 60). Bu çalışmada kadınların anlamlı fark olmamakla birlikte erkeklerden daha fazla cinsel şiddete uğradıkları görüldü. Tolhurst ve arkadaşlarının Avustralya'da hekimlerle yaptıkları çalışmada kadın hekimlerin %4'ünün, erkek hekimlerin ise %0,5'inin cinsel şiddete maruz kaldığı belirtilmektedir (61). Açık ve arkadaşlarının tıpta uzmanlık öğrencileri ile yaptığı çalışmada; kadınların, erkeklere göre anlamlı olarak daha sık cinsel şiddete maruz kaldıkları tespit edilmiştir (62). Kadın sağlık çalışanlarının erkeklere göre

daha fazla cinsel şiddete maruz kalması cinsel şiddetin toplumun her kesiminde olduğu gibi sağlık kurumlarında da kadınları daha fazla hedef alması ile açıklanabilir.

Araştırma görevlisi hekimlerin dörtte üçü dahili bölümlerden iken, dörtte biri cerrahi bölümlerdendi. Dahili bölümlerde ve cerrahi bölümlerde çalışan hekimlerin tamamına yakını son yıllarda şiddetin arttığını düşünmekteydi. Bölümler arasında şiddete maruziyet açısından anlamlı fark yoktu. Ankara’da bir üniversite hastanesinde sağlık çalışanlarının son bir yıl içerisindeki şiddet deneyimlerinin incelendiği bir çalışmada, çalışılan bölümler; dahili, cerrahi ve diş hekimliği olarak üçe ayrılmış, dahili bölümlerde çalışan sağlık çalışanlarının, cerrahi bölümler ve diş hekimliği çalışanlarına göre anlamlı olarak daha fazla şiddete tanık olduğu, ancak maruziyet açısından bölümlere göre anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır (60). Erten ve arkadaşlarının çalışmasında, çalışmaya dahil edilen tüm hekimlerin deneyimleri incelendiğinde; meslek hayatı boyunca cerrahi branşlarda çalışan hekimlerin %95’inin, dahili branşlardakilerin de %88’inin şiddete uğradığı saptanmıştır (63).

Sunulan çalışmada meslekte aktif çalışma süresi daha fazla olan (2,5 yıl üzeri) hekimlerin fiziksel şiddete maruziyeti daha yüksekti. Sunulan çalışmadan farklı olarak on yılın üstündeki hekimleri deneyimli olarak kabul eden bazı çalışmalarda deneyimsiz hekim ve sağlık çalışanlarının şiddete uğrama yüzdesi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (63,64,65,66,67). Hekimlerin mesleki deneyimi arttıkça, sözel tartışmalardan kaçındıkları, iletişim ve problem çözme becerilerini geliştirdikleri ve şiddetle baş etmelerinin, deneyimleriyle paralel olarak artabileceği düşünülebilir. Bu çalışmada farklı bir sonucun çıkmasının nedeni araştırma görevlisi hekimlerle yapılmış olması olabilir. Uzmanlık eğitiminin maksimum süresinin beş yıl olduğu ve araştırma görevlisi hekimlerin tıp fakültesinden kısa bir süre sonra uzmanlık eğitimine başladığı göz önünde bulundurulduğunda, çalışmamız diğer araştırmalardaki gruplara kıyasla genç sayılabilecek bir grubu içermektedir. Bu çalışmadaki araştırma görevlisi hekimlerinin çoğunun meslekte çalışma süresi on yıldan daha az olduğu için çalışma süresi arttıkça şiddete uğrama sıklığının artıyormuş gibi görünüyor olabilir.

Katılımcılar yaşadıkları şiddetin nedeni olarak en fazla “beklemeye tahammülsüzlük” yanıtını verdi. “İstediği ilacı yazdıramama”, “tedaviden memnuniyetsizlik”, “rapor alamama”, “iletişimle ilgili problemler”, “ihmal edildiğini düşünme”, “kurum yetersizlikleri” sırasıyla şiddetin nedeni olarak verilen diğer cevaplardı. Bu çalışmaya benzer şekilde İlhan ve arkadaşlarının sağlık kurumlarına başvuran bireylerle yaptıkları çalışmada katılımcıların yarısından fazlası sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma nedeni olarak en fazla “muayene

öncesinde fazla bekleme” olduğunu belirtmiştir (68). Carmi-iluz ve arkadaşlarının birinci basamakta çalışan 177 hekimi kapsayan araştırmada hekimlerin yarısı uzun bekleme süresi nedeniyle şiddete maruz kalmıştır (69). Hahn ve arkadaşları da şiddetin en yaygın nedeni olarak organizasyonel sorunları (uzun bekleme süresi, hasta ve yakınlarının karşılanamayacak istekleri ve servis kuralları, ödeme zorlukları) işaret etmişlerdir (70). Sevimli'nin sağlıkta şiddet ile ilgili medya haberleri analizi çalışmasında en sık şiddet nedenleri; tedavi veya tanıdan memnuniyetsizlik, servis koşulları ve yüksek ücretler olarak belirtilmiştir (71).

Bu çalışmada şiddetin hekimlerde oluşturduğu olumsuz duygu ve düşüncelerin başında çalışma motivasyonunun azalması geliyordu. Şiddetin oluşturduğu diğer olumsuz duygu ve düşünceler yaşam ve insan sevgisinin azalması, hekim olduğu için pişman olmak, hasta görmeyeceği branşlar tercih etmeyi düşünmek, istifa etmeyi düşünmek ve şiddete uğrama kaygısı geliyordu. Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili sistematik bir derlemede şiddet sonrası mağdurun yaşadıklarından bahseden çalışmalarda en fazla emosyonel (stres, korku, üzüntü, öfke, hayal kırıklığı, anksiyete, suçluluk, utanç) ve fizyolojik (uyku bozukluğu, iştah değişiklikleri, baş ağrısı, yorgunluk) değişikliklerden söz edilmiştir (32). Tokat’ta yapılan çalışmada araştırma görevlisi olarak çalışan hekimlerin, şiddete maruz kaldıklarında en fazla performans kaybı ve dörtte birinin psikolojik sorunlar yaşadıkları bulunmuştur (72). Şiddetin iş kaybına neden olduğu ve duygusal bir yıpranmayı da peşinde getirdiği benzer çalışmalarda olduğu gibi aşıkardır (40,67,73).

Sunulan çalışmada hekimlerin üçte ikisi şiddette hekimin hastayla olan iletişim şeklinin etkili olduğunu düşünüyordu. İnsanlarla doğru bir iletişim kurmak şiddet ve saldırganlığı azaltmak için önemli bir etken olabilir. Yine sağlık çalışanı-hasta ilişkisinde yaşanan iletişim sorununu araştıran Uludağ’ın çalışmasında; hastaların şikayet içeriklerine göre en büyük sorunun iletişim kaynaklı olduğu ortaya çıkmıştır (74). Zonguldak’ta bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada sağlık çalışanlarına sağlıkta şiddet nedenleri sorulduğunda en sık alınan yanıtlar hastalık psikolojisi ve ihmal edildiğini düşünme, kötü iletişim, yanlış anlama ile hasta beklentilerinin artmış olması olarak saptanmıştır (75).

Tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada etkili iletişim becerilerine sahip olmak, sabırlı olmak ve anlayışlı olmak gibi değerler en istenilen nitelikler arasında yer almaktaydı (76). İtalya’da işyerinde hekime yönelik şiddet araştırmasında hekimin iletişim becerileri ve empati eksikliği, nezaketsiz davranış ve olumsuz veya incitici yorumları açıkça hastanın tepkisine zemin hazırladığı saptanmıştır (77). Uludağ ve Zengin’e göre doğru bir iletişim,

saldırıcılığın şiddete dönüşmemesi açısından bir çözüm yoludur ve empatik iletişimle sağlıkta şiddetin önüne geçilmesi ya da çok aza indirilmesi olasıdır (78).

Bu çalışmada her beş hekimden ikisi hekime yönelik şiddette hekimin hastayla ilgili empati yeteneğinin etkisi olduğunu ve aynı oranda hekim etkisinin olmadığını düşünmektedir. Bu çalışma neden böyle düşündükleri ile ilgili daha ayrıntılı sorular içermediğinden olası bu düşünce farklılığı konusundaki etkili faktörler hakkında yorum yapmak çok doğru olmayacaktır. Bu konuda söylenebilecek en anlamlı ifade hekimlerin empati ve iletişim becerileri ile ilgili farkındalıklarının olduğudur. Nitekim hekime yönelik şiddet algısı ile ilgili bir çalışmada araştırma görevlisi hekim ve tıp fakültesi öğrencilerine göre şiddetin en önemli sebepleri hem doktor hem de hastaların empati eksikliği ve halkın eğitimsizliğidir (79). Yine benzer şekilde Hurwitz ve arkadaşlarının çalışmalarında da tıp fakültesi öğrencileri bir hekimden bekledikleri en önemli nitelikler olarak; etkili sözlü iletişim, empati, hekim olmakta istekli, etik olmak, doğruluk ve dürüstlüğü belirtmişlerdir (17).

Bu çalışmaya katılan hekimlerin yarısından fazlası tıbbi bilgi, donanım ve beceri yetersizliğinin şiddette etkisinin olmadığını düşünüyordu. Sağlıkta şiddetle ilgili yapılan benzer çalışmaların çoğunda şiddetin nedenleri arasında hekimin bilgi, donanım ve beceri eksikliği saptanmamıştır (32,68,70,75,80,81). Bu konunun hekimler açısından bu şekilde olması daha ayrıntılı araştırılmalıdır. Çünkü hekimler hastaların, hekimin bilgi, beceri ve donanımını değerlendiremeyeceğini düşünüyor olabilir. Yaklaşık yarısı ise açık yüreklilikle yetersizliklerini ifade etmiş durumdadır ki bu da araştırılmayı hak eden önemli bir bulgudur.

Sunulan çalışmada şiddette iletişim şeklinin, empati yeteneğinin ve tıbbi bilgi donanımının etkisi olduğunu düşünme açısından cinsiyetler arasında fark olduğu görüldü. Erkek katılımcılar bu unsurların şiddette etkili olduğu konusunda daha fazla hemfikirdi. Benzer şekilde İtalya'da hekimlere yönelik yapılan çalışmada erkek hekimlerin tıbbi bilgi yeterlilik ve sorumluluğa kadın hekimlerden daha fazla önem verdiği görüldü (82). Karaoğlu ve arkadaşlarının birinci sınıf tıp öğrencilerinin iletişim becerilerini, empatik eğilimleri ve empatik becerileri ile ilgili çalışmalarında erkek öğrencilerin Empatik Beceri Ölçeği puanları, hem ön teste hem de son testte, kadınlardan anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (83). Avustralya'da paramedik öğrencilerin empati düzeyinin ölçüldüğü başka bir çalışmada ise erkek katılımcıların beklenenin aksine kadın katılımcılardan daha yüksek empati puanları aldıkları bulunmuştur (84). Kadın ve erkek arasında fark olmadığı (85,86) ya da kadınların daha yüksek empati puanına sahip olduğu çalışmalar da mevcuttur (87). Literatürdeki farklı sonuçlar aynı zamanda

duygusal ve bilişsel empati arasındaki farktan kaynaklanıyor olabilir. Bilişsel empati bir beceridir; öğrenilebilir ve öğretilir. Erkekler, kadınlar kadar empatik mizaca sahip olmasa da bilişsel empati becerisi daha yüksek olabilir.

Yüksek şiddet oranlarına rağmen çalışmaya katılan hekimlerin, hekimlik değer algıları yüksekti. Bu durum artan şiddet olaylarına rağmen hekimlerin çoğunun mesleklerini sevdiğini ve özverili olduklarını göstermektedir. Aynı ölçme aracının kullanıldığı tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan üç çalışmada hekimlik değer algıları bu çalışmaya göre daha yüksek olduğu görüldü (43,76,88). Bu çalışmada kullanılan hekimlik değer algısı ölçeği ile Eskişehir’de bir tıp fakültesi hastanesine başvuran hastalarla yapılan çalışmada ise hastaların hekimlerden beklentisinin hekimlerin kendilerinden beklentilerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır (89). Hekim adaylarının hekimlik değer algılarının bu çalışmadaki araştırma görevlisi hekimlerden daha yüksek olmasının nedeni daha idealist ve yardımsever düşüncelerle tıp fakültesine başlamış olmaları ve tıp mesleğine daha fazla heyecan duymaları olabilir. Bu çalışmada araştırma görevlisi hekimlerle yapılmış olup nöbet tutmak, meslektaşları tarafından mobbinge uğrama, yoğun çalışma saatleri ve şiddete maruziyet gibi durumlar hekimlerin mesleki değer algılarını zedelemiş olabilir. Öncü ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan çalışmasında; tıp fakültesinin ilk yılında yüksek hekimlik değer algılarına sahip iken hasta ve klinik temasın olduğu üçüncü sınıfta hekimlik değer algılarının aniden düştüğü, dördüncü sınıfta hafif yükseldiği fakat asla birinci sınıftaki düzeye ulaşamadığı görülmüştür (76). Öcal ve arkadaşlarının hastaların hekimlik değer algısına bakışının değerlendirildiği çalışmada; hastaların hekim adaylarına göre daha yüksek hekimlik değer algılarına sahip olmaları, hastaların hekimleri daha mükemmel vasıflarla tasvir etmeleri ve böyle bir beklenti içinde olmaları ile açıklanabilir (89).

Bu çalışmada, şiddete maruz kalan hekimlerin hekimlik değer algıları daha düşüktü. Şiddetin fiziksel etkileri dışında, kendini güvende hissetmeyen hekimler, mesleki tatminsizlik yaşayabilir, meslek performansları olumsuz etkilenebilir, bu duruma iletişim zorlukları ve tükenmişlik duyguları eşlik edebilir (8,40,90). Şiddet gören hekim kendisini korumak amacıyla gereksiz tanısal tetkikler, tedaviler ve uygulamalara yönelebilmekte, psikolojisi olumsuz etkilenmekte ve şiddetin boyutuna göre işten ayrılmaya varan davranışlar sergileyebilmektedir (91). Şiddetin, hekimlerin meslek algılarını olumsuz etkilemesi muhtemel bir sonuç gibi görünmektedir.

Şiddette hekimin hasta ile olan iletişim şeklinin ve empati yeteneğinin etkisi olduğunu düşünen hekimlerin hekimlik değer algıları daha yüksekti. Lee ve arkadaşları tarafından Singapur’da asistan hekimlerle yapılan ve klinik empati ile mesleki tükenmişlik arasındaki ilişkinin ortaya konmasının amaçlandığı çalışmada toplam 446 asistan hekim çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma sonucunda yüksek klinik empati düzeylerinin düşük mesleki tükenmişlik ve yine yüksek klinik empati puanlarının yüksek kişisel başarı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (92). Hekimlerin iletişim becerilerinin incelendiği 271 çalışmanın dahil edildiği bir araştırma sonuçlarına göre hastaları zengin ve ayrıntılı yanıtlar vermeye teşvik eden ve onlara hastalık deneyimlerine ilişkin bilgi ve anlayışlarını gösterme alanı tanıyan etkili iletişim, hekimin doğru teşhis koymasına yardımcı olacak ve hastanın sağlık okuryazarlığı ve yaşam dünyası hakkında önemli ayrıntılar sunacaktır. Hastaların teşhislerini anlamalarını ve tedavi planlarına uymalarını sağlamak için de iletişim önemlidir. Sonuç olarak etkili iletişim kurabilen, bilişsel empatiyi kullanabilen hekimin iş doyumunu artacak ve hekime yönelik şiddete zemin hazırlayan faktörler azalacaktır (93).

Bu çalışmada hekimlik değer algısı ile ilgili ifadelerle göre; hekimin hastasıyla anlaşılır bir dille konuşması, mesleki haklarını bilmesi, hasta mahremiyetine özen göstermesi, tanı ve tedavi konusunda yeterli bilgilendirmeyi yapması ve tıbbi literatürü takip edip bilgilerini yenilemesi en fazla benimsenen yanıtlar oldu. Hekimler mutlaka beyaz önlük giymeli, hastalarına sosyal ve kültürel açıdan yakın olmalı ve hekim tedavi seçenekleri konusunda tercihi hastaya bırakmalı ifadelerine ise katılmadıklarını belirttiler. Denizli’de hekim aday öğrencilerin hekimlik değer algısı çalışmasında, çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir. En çok benimsenen hekimlik değerinin “hekimler mesleki haklarını bilmelidir”, en az benimsenen hekimlik değerlerininse “hekim sosyal ve kültürel olarak hastalarına yakın olmalıdır” ve “hekim muayene ederken mutlaka beyaz önlük giymelidir”, “hekim daha iyi hizmet verebilmek için hastaları gibi düşünmelidir” ifadeleri oluşturmuştur (88). Öncü ve arkadaşlarının çalışmasında hekim adaylarının bir hekimden bekledikleri en önemli özelliğin hekimin hastası ile yüz yüze konuşarak iletişim kurması olarak belirlenmiştir (76). Öcal ve arkadaşlarının Eskişehir’de hastalar ile yaptıkları çalışmada da benzer şekilde hekimin hastası ile yüz yüze konuşarak iletişim kurması ve hekimin tanı ve tedavi konusunda hastayı yeterince bilgilendirmesi hekimlerden bekledikleri nitelikler olarak belirlenmiştir (89). Kore’de 950 hekim ile yapılan bir çalışmada tıbbi profesyonelliğin en önemli nitelik ve erdemlerini seçmeleri istendiğinde, ilk üç sıra (sıklık sırasına göre) şöyleydi; "mesleki sorumluluk ve görev", "doğruluk ve dürüstlük" ve " hastalarla uyum ve iletişim becerisi" olarak belirtmişlerdir (94).

## 6. SONUÇLAR

Hekime yönelik şiddet ve hekimlik değer algısı ve aralarındaki ilişkisinin incelendiği bu çalışmada; hekimlerin nerdeyse tamamı son yıllarda şiddetin arttığını düşünüyordu. Hekimler en fazla sözel şiddete maruz kaldıklarını belirtirken yaklaşık dört kişiden birisi de ekonomik şiddete maruz kaldığını belirtti. Şiddete maruziyet açısından cinsiyetler arasında fark yoktu. Meslekte çalışma süresi arttıkça fiziksel ve ekonomik şiddete maruziyet artıyordu.

Hekimler şiddetin nedenini en fazla “beklemeye tahammülsüzlük”, şiddetin oluşturduğu olumsuz duygu ve düşünceyi ise en fazla “çalışma motivasyonunun azalması” olarak ifade etti.

Şiddette iletişim şeklinin etkisi olduğunu düşünen hekimler, katılımcıların üçte ikisini oluşturuyorken, şiddetin tıbbi bilgi-beceri ve donanımın yetersizliğinden kaynaklandığını düşünen hekimler azınlıktaydı. Şiddette empatinin etkisi konusunda ise hekimler ikiye ayrılıyordu.

Sunulan çalışmada; şiddette iletişim şeklinin, empati yeteneğinin azalmasının ve tıbbi bilgi-beceri ve donanımın yetersizliğinin etkisinin cinsiyetler arasında farklı olduğu görüldü. Erkek katılımcılar bu unsurların şiddette etkili olduğu konusunda daha fazla hemfikirdi.

Yüksek şiddet oranlarına rağmen katılımcıların hekimlik değer algıları yüksekti. Hekimin hastasıyla anlaşılır bir dille konuşması, mesleki haklarını bilmesi, hasta mahremiyete özen göstermesi, hastasına tanı ve tedavi konusunda yeterli bilgilendirmeyi yapması hekimlerin benimsediği en önemli özelliklerdi.

Şiddete maruz kalan hekimlerin, hekimlik değer algıları daha düşüktü. Şiddette hekimin hasta ile olan iletişim şeklinin ve empati yeteneğinin azalmasının etkisi olduğunu düşünen hekimlerin ise hekimlik değer algıları daha yüksekti.

## 7. ÖNERİLER

Son yıllarda sağlık sektöründeki artan şiddet, giderek katlanılamaz bir seviyeye ulaşmıştır. Günlük olarak karşılaşılan, medyadan öğrenilen veya bizzat tecrübe edilen şiddet olayları, hekimlerin motivasyon kaybına neden olmakta, umutsuzluğa ve stresin artmasına sebep olmaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerinde kalite düşüşüne yol açmaktadır.

Bu sorunlarla başa çıkabilmek için çeşitli stratejiler ve politikalar uygulanabilir. Öncelikle, sağlık kurumları, çalışanlarını hekimlere yönelik şiddete karşı eğitmeli; örneğin iletişim becerileri, şiddet içermeyen kriz müdahaleleri, gerilimi azaltma teknikleri, yüksek riskli hastalara yaklaşım ve saldırganlık belirtilerinin doğru yorumlanması gibi. Ayrıca, şiddet olaylarını rapor etmek ve etkili bir şekilde ele almak için kurum içi prosedürlerin geliştirilmesi önemlidir. Şiddete maruz kalan hekime hukuki destek, klinik ortamlarda geliştirilmiş güvenlik önlemleri, örneğin yardım veya panik düğmeleri, doğrudan polis ve güvenlik birimleriyle iletişim sağlayan telefon hatları, etkin çalışan kapı dedektörleri ve güvenlik ortamını iyileştiren unsurlar; aydınlatma, aynalar ve kameralar sağlanmalıdır. Bu güvenlik önlemlerinin sorunsuz çalıştığından emin olmak için periyodik kontroller düzenlenmelidir.

Hekimlere yönelik şiddeti önlemek ve bu tür durumlarla etkin bir şekilde başa çıkmak hem sağlık çalışanlarının hem de hastaların güvenliğini sağlamak için önemlidir. Bu, sağlık sektöründe daha sağlıklı bir çalışma ortamının oluşturulmasına katkıda bulunabilir ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırabilir.

Sağlık sektöründeki şiddet olaylarının artışında medyanın önemli bir etkisi bulunmaktadır. Medyanın, sağlık alanındaki sorunları yansıtırken objektif ve bilimsel kıstaslara uymaması, bilerek ya da bilmeyerek hekim ve diğer sağlık çalışanlarını hedef göstermesi, yanlış yönlendirmelerde bulunması, hekim hatası ile komplikasyon arasındaki farkların net bir şekilde anlaşılabilmesi, olumsuz hekimlik örneklerinin sürekli gündeme getirilmesi ve sağlık hizmetlerindeki genel sorunların hekimlerin sorumluluğuna atılması gibi faktörler etkili olmaktadır. Basın ve sosyal medyada yer alan sağlıkta şiddet olayları ve yanlış sağlık uygulamaları haberlerinin denetim altına alınması gereklidir. Bu denetim, gerekirse Radyo ve Televizyon Üst Kurulu (RTÜK) tarafından yapılmalı ve gerekli cezalar uygulanmalıdır. Medyanın bu konuda sorumlu bir rol oynaması, sağlık sektöründeki şiddetin azaltılması ve objektif bilgilere dayalı bir toplum algısının oluşturulması açısından kritik öneme sahiptir.



Hekimlik değer algısı ile ilgili yapılan araştırmaların sayısındaki artış, tıp fakültelerine yüksek ideallerle gelen hekimlerin meslek değerlerini benimsemeleri ve bu ideallerini sürdürmeleri açısından önemli bir yol haritası sunabilir. Mesleki değerleri önemseyen, iyi iletişim becerilerine sahip, olumlu hekimlik değer algıları olan iyi hekimler yetiştirmek, hekimlerin tıbbi bilgi ve beceri ile donatmak kadar önemli olmalıdır. Tıp eğitiminde hasta hekim ilişkisi, empati yeteneği ve hekimlik tutumunu geliştirebilecek kuramsal ve uygulamalı derslere, etkinliklere yer verilmesi önemlidir. Bu çalışmadaki bulgular, gerekli değişikliklerin ve düzenlemelerin tıp eğitiminde ve hekimlik meslek hayatında yapılması konusunda rehberlik edebilir.

Sunulan alışma NE Tıp Fakültesi araştırma görevlisi hekimleriyle yapılmış bir çalışma olup, mesleğin zorlu bir dönemi olan asistanlık sürecini yansıtmaktadır ve hekimlerin genelini temsil etmemektedir. Bu durum çalışmanın kısıtlılığı olarak değerlendirilebilir, gelecek çalışmalar için göz önünde tutulması yol gösterici olacaktır.

Türkiye'deki hekimlerin hekimlik değer algılarını ve şiddetle ilişkisini araştıran nadir çalışmalardan biri olması ise çalışmanın en güçlü yanıdır. Yeni çalışmalara öncülük edip hekimlerin ülke genelindeki değer algılarını ortaya çıkarmaya yardımcı olarak, alınacak önlemler için veri sağlayacaktır kanaatindeyiz.

## 8. KAYNAKLAR

1. Korkmaz, V. Osmanlı'dan Günümüze Hekimlik Serüveni Hâkim, Hekim, Tabip, Doktor Terimlerinin Etimolojisi. Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıp Tarihi ve Etik Dergisi, 2018;3(3).
2. Hekim. Türk Dil Kurumu Sözlükleri. Erişim Adresi: <https://sozlukgovtr/> Erişim Tarihi:15/11/2023.
3. Atıcı E. Hasta-Hekim İlişisini Etkileyen Unsurlar. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007;33(2):91-6.
4. WONCA. Global Family Doctor, five-star doctors Erişim Adresi: <https://www.globalfamilydoctor.com/member/awards/WONCAfive-stardoctors.aspx> Erişim Tarihi: 05/02/2024.
5. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. Academic medicine. 2009;84(9):1182-91.
6. West CP, Shanafelt TD. The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. BMC medical education. 2007;7:1-9.
7. Bıçkıcı F. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve neden olan faktörler: Bir devlet hastanesi örneği. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2013;5(1):43-56.
8. Cenger CD, Börüoğlu A, Tüzün B, Göktepe MC, Sezgin AU, Fincancı ŞK. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Olgu serisi. Adli Tıp Bülteni. 2018;23(2):133-7.
9. Kuzgun Y. Meslek rehberliği ve danışmanlığına giriş, Erişim Adresi: <https://www.nobelyayin.com/meslek-rehberligi-ve-danismanligina-giris-1895.html> Erişim Tarihi: 10/02/2024
10. Değer. Türk dil kurumu sözlükleri. Erişim Adresi: <https://sozlukgovtr/> Erişim Tarihi:12/11/2023.
11. Marshall A. Alfred Marshall's Theory of Value Principles of Economics. The Quarterly Journal of Economics. 1950;64:495-524.
12. Bozgeyikli H, Derin S, Toprak E. Üniversite Öğrencilerinin Mesleki Değer Algıları. Uluslararası Güncel Eğitim Araştırmaları Dergisi. 2016;2(1):139-56.
13. Sharf RS. Instructor's Manual for Applying Career Development Theory to Counseling.1997. Brooks/Cole Publishing Company Erişim Adresi: <https://faculty.cengage.com/titles/9780357670705> Erişim Tarihi: 03/02/2024.
14. Şükrüye E. Hekim Adaylarının Hekim Kimliğine İlişkin Algıları: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Metafor Analizi Örneği. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2017;26(1):1-8.
15. Blank L, Kimball H, McDonald W, Merino J. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter 15 months later. Ann Intern Med. 2003;138(10):839-41.
16. YÖK. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (UÇEP) 2020 Erişim Adresi: [https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim\\_ogretim\\_dairesi/Ulusal-cekirdek-](https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim_ogretim_dairesi/Ulusal-cekirdek-)

17. Hurwitz S, Kelly B, Powis D, Smyth R, Lewin T. The desirable qualities of future doctors—a study of medical student perceptions. *Medical teacher*. 2013;35(7):e1332-9.
18. Osler W. *The Evolution Of Modern Medicine* Publish. Release date: February 22, 2006. Erişim Adresi: <https://www.gutenberg.org/cache/epub/1566/pg1566-images.html> Erişim Tarihi: 04/03/2024
19. WHO. World Health Organization; Global status report on violence prevention 2014. Erişim Adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793> Erişim Tarihi: 7/10/2023.
20. Oral R, Günaydın H, İshak M. Çalışan hakları ve güvenliği birimlerinin işleyişi ile beyaz kod başvurularının retrospektif olarak değerlendirilmesi (Konya İli Örneği). *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2018;5(2):142-53.
21. WHO. World Health Organization: Violence and health: task force on violence and health. Cenevre, WHO. 1998;1:3-4.
22. Fawole OI. Economic violence to women and girls: Is it receiving the necessary attention? *Trauma, Violence, & Abuse*. 2008;9(3):167-77.
23. Warshaw LJ, Messite J. Workplace violence: preventive and interventive strategies. *Journal of occupational and environmental medicine*. 1996:993-1006.
24. Baydin A, Erenler AK. Workplace violence in emergency department and its effects on emergency staff. *Int J Emerg Ment Health*. 2014;16(2):288-90.
25. Özcan F, Yavuz E. Türkiye’de sağlık çalışanları şiddet tehdidi altında. *The Journal of Turkish Family Physician*. 2017;8(3):66-74.
26. Kingma M. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. *International Council of Nurses Journal*. 2001;48:129-30.
27. Çamcı O, Kutlu Y. Kocaeli’nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2011;2(1):9-16.
28. Lau JB, Magarey J, McCutcheon H. Violence in the emergency department: a literature review. *Australian Emergency Nursing Journal*. 2004;7(2):27-37.
29. Phillips JP. Workplace violence against health care workers in the United States. *New England journal of medicine*. 2016;374(17):1661-9.
30. Elliott PP. Violence in health care. *Nursing management*. 1997;28(12):38-42.
31. ILO/ICN/WHO/PSI. Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Geneva: International Labour Organization; 2002. Erişim Adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42617> (Erişim Tarihi 02/02/2023).
32. Özcan NK, Bilgin H. Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistemik Derleme/Violence Towards Healthcare Workers in Turkey: A Systematic Review. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 2011;31(6):1442.
33. Annagür B. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010;2(2):161-73.

34. Dünya Tabipler Birliği 73. Dünya Sağlık Asamblesi, Gündem Maddesi 3: Covid-19 Pandemisine Yanıt. (2020). Erişim Adresi: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2020/05/WHA73-WMA-statement-on-Covid-19-pandemic-response.pdf> (Erişim Tarihi 23/01/2024).
35. Reddy IR, Ukrani J, Indla V, Ukrani V. Violence against doctors: A viral epidemic? Indian journal of psychiatry. 2019;61(Suppl 4):S782.
36. Türk Tabipler Birliği resmi web sitesi Erişim Adresi: <https://www.ttb.org.tr/arama.php>. Erişim Tarihi: 05.01.2024.
37. Grassi L, McFarland D, Riba MB. Medical Professionalism and Physician Dignity: Are We at Risk of Losing It? Depression, Burnout and Suicide in Physicians: Insights from Oncology and Other Medical Professions: Springer; 2021. p. 11-25.
38. Kelloway EK, Barling J, Hurrell Jr JJ. Handbook of workplace violence Erişim Adresi: <https://books.google.com.tr/books?id=Qb11AwAAQBAJ&lpg=PP1&ots=NU8WvXaqE1&dq=Kelloway%20EK%20Barling%20J%20Hurrell%20Jr%20JJ.%20Handbook%20of%20workplace%20violence%20&lr&hl=tr&pg=PP1#v=onepage&q=Kelloway%20EK,%20Barling%20J,%20Hurrell%20Jr%20JJ.%20Handbook%20of%20workplace%20violence&f=false> (Erişim Tarihi: 01/01/2024) Sage Publications; 2006.
39. Al B, Zengin S, Deryal Y, Gken C, Yılmaz DA, Yıldırım C. Increased violence towards health care staff. Journal Of Academic Emergency Medicine/Akademik Acil Tıp Olgu Sunumlari Dergisi. 2012;11(2).
40. Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. Jama. 2000;284(8):1021-7.
41. Lever I, Dyball D, Greenberg N, Stevelink SA. Health consequences of bullying in the healthcare workplace: a systematic review. Journal of advanced nursing. 2019;75(12):3195-209.
42. Öztürk H, & Yıldırım, N. . Violence experienced by Turkish healthcare professionals and their attitudes toward violence. Journal of Interpersonal Violence. 2015(30(14)):2376-93.
43. Gökler ME, Öz F, Metintaş S. Hekimlik Değer Algısı Ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliliğinin tıp fakültesi öğrencilerindeki sonuçları. Turkish Journal of Public Health. 2017;15(1):26.
44. Altuntaş BK. Sağlıkta şiddet ve iletişim. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi. 2021;57:60-1.
45. Arbury S, Zankowski D, Lipscomb J, Hodgson M. Workplace violence training programs for health care workers: an analysis of program elements . Workplace health & safety. 2017; 65(6):266-72
46. WHO. 2019 Workplace Violence in the Health Sector - World Health Organization Survey Questionnaire ONU. Rapporto Italia. Rome <https://portalefnomceoit/sanita-ricerca-oms-nursing-up-un-infermiere-su-10-ha-subito-violenza-fisica-sul-lavoro-e-il-4-e-stato-minacciato-con-una-pistola-nellultimo-anno/> Erişim Tarihi: 24/01/2024.
47. Sahebi A, Jahangiri K, Sohrabizadeh S, Golitaleb M. Prevalence of workplace violence types against personnel of emergency medical services in Iran: a systematic review and meta-analysis. Iranian journal of psychiatry. 2019;14(4):325.
48. Milet M, Yanık A. Sağlık Çalışanlarına Karşı İşyeri şiddeti. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi. 2017;3(2):25-36.

49. Günaydın BS, Eser B, Turan CA, Htoo KM, Karavuş M, Tosun M, et al. Birinci basamak sağlık çalışanlarının şiddete maruziyet düzeyleri ile iş doyumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*. 2019;10(4):173-84.
50. Sağlık-Sen Yayınları. 2013. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası: Sağlık çalışanları şiddet araştırması. Erişim Adresi: <http://www.saglik-sen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/fbda8576fd0d6d6de70f52f76b914672pdf>. Erişim tarihi: 03/01/2024.
51. Eğici MT, Öztürk GZ. Beyaz kod verileri ışığında sağlık çalışanlarına yönelik şiddet. *Ankara Medical Journal*. 2018;18(2):224-31.
52. Aydın B, Kartal M, Midik O, Buyukakkus A. Violence against general practitioners in Turkey. *Journal of interpersonal violence*. 2009;24(12):1980-95.
53. Forrest LE, Herath PM, McRae IS, Parker RM. A national survey of general practitioners' experiences of patient-initiated aggression in Australia. *Medical journal of Australia*. 2011;194(11):605-8.
54. Hills DJ, Joyce CM. Personal, professional, and work factors associated with Australian clinical medical practitioners' experiences of workplace aggression. *Annals of occupational hygiene*. 2013;57(7):898-912.
55. Jackson M, Ashley D. Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005;18:114-21.
56. Polat Ö, Çırak M. Evaluation of violence in the health with white code data. *Bakirkoy Tıp Dergisi*. 2019;15(4):393.
57. İlhan MN, Özkan S, Kurtcebe ZÖ, Aksakal FN. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan araştırma görevlileri ve intörn doktorlarda şiddete maruziyet ve şiddetle ilişkili etmenler. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2009;28(3):15-23.
58. Cui X, Ding N, Jiang N, Li H, Wen D. Preliminary study of the relationship between career choice motivation and understanding of professionalism in newly enrolled medical students in China: a cross-sectional study. *BMJ open*. 2021;11(2):41860.
59. Demiroğlu T, Kılınç E, Atay E. Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Kilis İli Örneği. *Sağlık bilimleri dergisi*. 2015;24(1):49-55.
60. Yaşar ZF, Durukan E, Halibeyoğlu B, Erdemir I, Yöney EB, Kanat AC, et al. Violence to Health Care Providers: Purpose, Attitude and Behavior. *Turkish Journal of Forensic Medicine*. 2016;30(2):143-52.
61. Tolhurst H, Baker L, Murray G, Bell P, Sutton A, Dean S. Rural general practitioner experience of work-related violence in Australia. *Australian Journal of Rural Health*. 2003;11(5):231-6.
62. Acik Y, Deveci SE, Gunes G, Gulbayrak C, Dabak S, Saka G, et al. Experience of workplace violence during medical speciality training in Turkey. *Occupational medicine*. 2008;58(5):361-6.
63. Erten R, Öztora S, Dağdeviren HN. Sağlık kuruluşlarında doktorlara yönelik şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Derg*. 2019;23(2):52-63.
64. İkişik H, Yılmaz FK, Karacanoğlu A, Kadayif A, Güven İ, Özdemir GM, et al. Araştırma Görevlisi Hekimlerin Sağlıkta Şiddete Maruz Kalma Durumları ve Sağlıkta Şiddet Konusundaki Düşüncelerinin Değerlendirilmesi. *Abant Tıp Dergisi*. 2021;10(1):55-64.

65. Pinar T, Acikel C, Pinar G, Karabulut E, Saygun M, Bariskin E, et al. Workplace violence in the health sector in Turkey: a national study. *Journal of Interpersonal Violence*. 2017;32(15):2345-65.
66. Hamdan M, Abu Hamra Aa. Workplace violence towards workers in the emergency departments of Palestinian hospitals: a cross-sectional study. *Human resources for health*. 2015;13:1-9.
67. Ayranci U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoglu C. Identification of violence in Turkish health care settings. *Journal of interpersonal violence*. 2006;21(2):276-96.
68. İlhan MN, Çakır M, Tunca MZ, Avcı E, Çetin E, Aydemir Ö, et al. Toplum gözüyle sağlık çalışanlarına şiddet: nedenler, tutumlar, davranışlar. *Gazi Medical Journal*. 2013;24(1).
69. Carmi-Iluz T, Peleg R, Freud T, Shvartzman P. Verbal and physical violence towards hospital- and community-based physicians in the Negev: an observational study. *BMC health services research*. 2005;5(1):1-6.
70. Hahn S, Zeller A, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJ. Patient and visitor violence in general hospitals: a systematic review of the literature. *Aggression and violent behavior*. 2008;13(6):431-41.
71. Sevimli S. An analysis of violence against healthcare professionals in Turkey from online media reports. *Eubios journal of Asian and international bioethics: EJAIB*. 2020;30(3).
72. Yaşayanca Ö, Bulut YE, İrfan U, Çıtlı R, Mücahit E. Araştırma görevlilerinin yaşam biçimleri ve şiddete maruz kalma durumları. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2015;7(1):46-61.
73. Fernandes CM, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore CF, Christenson JM, et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *Cmaj*. 1999;161(10):1245-8.
74. Uludağ A. View of the patient rights committees of the hospitals on applications including communication problems: sample of Konya Hospitals. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 2011;31(3):653-63.
75. Ayoğlub FN, Era T. Violence against healthcare workers: risk factors, effects, evaluation and prevention. *Turk J Public Health*. 2021;19(1):69-78.
76. Selcen O, Özlem E. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Hekimlik Değer Algıları. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2021;20(61):98-105.
77. Caruso R, Toffanin T, Folesani F, Biancosino B, Romagnolo F, Riba MB, et al. Violence against physicians in the workplace: trends, causes, consequences, and strategies for intervention. *Current psychiatry reports*. 2022;24(12):911-24.
78. Uludağ A, Zengin N. Sağlıkta şiddete hasta şikayetlerinde yer alan olumsuz ifadeler açısından bir bakış: Konya örneği. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2016;16(3):71-86.
79. Demirbaş N, Karaoğlu N. Hekim ve Hekim Adaylarının Hekime Yönelik Şiddet Algıları: Bir Ön Çalışma. *Genel Tıp Dergisi*. 2021;31(2):130-4.
80. Shafran-Tikva S, Chinitz D, Stern Z, Feder-Bubis P. Violence against physicians and nurses in a hospital: How does it happen? A mixed-methods study. *Israel journal of health policy research*. 2017;6:1-12.
81. Kaya S, Demir IB, Karsavuran S, Ürek D, Ilgün G. Violence against doctors and nurses in hospitals in Turkey. *Journal of forensic nursing*. 2016;12(1):26-34.

82. Minicuci N, Giorato C, Rocco I, Lloyd-Sherlock P, Avruscio G, Cardin F. Survey of doctors' perception of professional values. *PloS one*. 2020;15(12):e0244303.
83. Karaoglu N, Seker M. Looking for winds of change with a PBL scenario about communication and empathy. *HealthMED*. 2011;5(3):515-21.
84. Williams B, Boyle M, Earl T. Measurement of empathy levels in undergraduate paramedic students. *Prehospital and Disaster Medicine*. 2013;28(2):145-9.
85. Di Lillo M, Cicchetti A, Scalzo AL, Taroni F, Hojat M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians. *Academic Medicine*. 2009;84(9):1198-202.
86. Charles JA, Ahnfeldt-Mollerup P, Søndergaard J, Kristensen T. Empathy variation in general practice: a survey among general practitioners in Denmark. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15(3):433.
87. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *Journal of general internal medicine*. 2007;22:1434-8.
88. Yalçın SÖ. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Hekimlik Değer Algısı: Tanımlayıcı Araştırma. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law & History*. 2022;30(3).
89. Öcal EE, Aygüzer C, Dereli FE, Erbil S, Güneri B, IŞIK ST, et al. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine Başvuran Hastalarda Hekimlik Değer Algılarına Bakışın Değerlendirilmesi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2018;3(2):27-39.
90. Terzoni S, Ferrara P, Cornelli R, Ricci C, Oggioni C, Destrebecq A. Violence and unsafety in a major Italian hospital: experience and perceptions of health care workers. *La Medicina del lavoro*. 2015;106(6):403-11.
91. W Dan, Wang Y, Lam, Kwok F, Hesketh T. Health system reforms, violence against doctors and job satisfaction in the medical profession: a cross-sectional survey in Zhejiang Province, Eastern China. *BMJ Open*. 2014;4: e006431.
92. Lee PT, Loh J, Sng G, Tung J, Yeo KK. Empathy and burnout: a study on residents from a Singapore institution. *Singapore medical journal*. 2018;59(1):50.
93. Forsey J, Ng S, Rowland P, Freeman R, Li C, Woods NN. The basic science of patient–physician communication: a critical scoping review. *Academic Medicine*. 2021;96(11):109-18.
94. Kim S, Choi S. The medical professionalism of Korean physicians: present and future. *BMC medical ethics*. 2015;16(1):1-8.

## Ek-1. Çalışmada Kullanılan Anket Formu

### **Bir Üniversite Hastanesinde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Hekimlerin Mesleki Değer Algısı ile Sağlıkta Şiddete Maruziyet Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

NEÜ Tıp Fakültesinde yapılan bu araştırmanın amacı; hekimlerin, sağlıkta şiddete maruziyet durumları, şiddet nedenleri ve şiddete karşı düşüncelerini öğrenmek için yapılmaktadır. Ankete doğru yanıtlar vermeniz sonucun gerçekleri yansıtmasına katkıda bulunacaktır.

Çalışmada elde edilen veriler tamamen bilimsel amaçlarla kullanılacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

**1. Yaşınız:** .....

**2. Cinsiyetiniz:** ( )Erkek ( ) Kadın

**3. Meslekte geçirdiğiniz aktif çalışma süreniz ne kadar? (Ay) .....**

**4. Branşınız nedir? .....**

**5. Çalıştığınız branşta araştırma görevlisi olarak kaçınıcı ayınızdasınız? .....**

**6. Günlük yaklaşık kaç hasta görüyorsunuz?**

( ) 10'dan az ( ) 10-50 arası ( ) 50'den fazla

**7. Son yıllarda sağlıkta şiddetin arttığını düşünüyor musunuz?**

( )Evet ( )Hayır

**8. Hasta veya hasta yakınları tarafından hiç fiziksel şiddete uğradınız mı? (Karşı tarafta fiziksel olarak acı ve korku yaşatarak kontrol etmeyi hedefleyen davranışlar)**

( ) Evet ( ) Hayır

**9. Hasta veya hasta yakınları tarafından hiç sözel şiddete uğradınız mı? (Karşı tarafın kendilerine olan saygınlığını ve benliğini zarara uğratacak şekildeki sözlü ithamlar)**

( ) Evet ( ) Hayır



**10. Hasta veya hasta yakınları tarafından hiç ekonomik şiddete uğradınız mı? (Kişinin ekonomik kaynaklarını ve parasını bir tehdit ve kontrol aracı olarak kullandığı şiddet türü)**

Evet  Hayır

**11. Hasta veya hasta yakınları tarafından hiç cinsel şiddete uğradınız mı? (Fiziksel, psikolojik ve sözlü olarak ya da beden diliyle yapılan cinsel içerikleri olan bireyin utanmasına, korkmasına, aşağılanmasına ve kendisini rencide edilmiş hissetmesine neden olan şiddet türü)**

Evet  Hayır

**8,9,10 ve 11. soruların tümüne hayır cevabını verdiyseniz 15.soruya geçiniz.**

**12. Sizi olumsuz anlamda en çok etkileyen şiddetin nedeni neydi? (En fazla 3 seçenek işaretleyiniz.)**

- Beklemeye tahammülsüzlük
- Tedaviden memnuniyetsizlik
- İsteddiği ilacı yazdıramama
- Rapor alamama
- İhmal edildiğini düşünme
- Kötü haber alma
- İletişimle ilgili problemler
- Kurum yetersizlikleri
- Şiddete başvuran kişinin psikiyatrik probleminin olması
- İlaç veya madde etkisinde olma
- Diğer

**13. Sizi olumsuz en çok etkileyen şiddete maruz kaldığınız yer neresiydi?**

Çalışma ortamı  Çalışma ortamı dışında (otopark, kantin, vs...)

**14. Şiddetin sizde oluşturduğu olumsuz duygu/durumlar nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

- Herhangi bir olumsuz etki oluşmadı
- Hekim olduğum için pişmanlık duydum
- Kendimi suçladım
- Görev yerimi değiştirdim
- Yaşam ve insan sevgim azaldı
- Çalışma motivasyonum azaldı
- Kendime zarar vermeyi düşündüm
- Bir başkasına zarar vermeyi düşündüm
- Sürekli hastalar ve yakınları tarafından şiddete uğrayacağım kaygısı oluştu
- TUS'a tekrar girip hasta görmeyeceğim branşlar tercih etmeyi düşündüm
- İstifa edip hekimlik mesleğini bırakmayı düşündüm
- Diğer .....

**15. Sizce hekime yönelik şiddette hekimin hasta ile olan iletişim şeklinin etkisi var mıdır?**

- Evet                       Hayır                       Kararsızım

**16. Sizce hekime yönelik şiddette hekimin hastayla ilgili empati yeteneğinin azalmasının etkisi var mıdır?**

- Evet                       Hayır                       Kararsızım

**17. Sizce hekime yönelik şiddetin artmasında hekimin tıbbi bilgi ve donanımının yetersiz olmasının etkisi var mıdır?**

- Evet                       Hayır                       Kararsızım

**Cevaplamadan önce her bir ifadeyi dikkatle okuyunuz. Her bir maddenin sağında takip eden ölçeği kullanarak, ifade ile ilgili kendi düşüncenizi (X) derecelendiriniz.**

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1) Hekim muayene sırasında hastasıyla yüz yüze konuşmalıdır.					
2) Hekim tanı ve tedavi konusunda yeterli bilgilendirmeyi yapmalıdır.					
3) Hekim tedavi seçenekleri konusunda tercihi hastaya bırakmalıdır.					
4) Hekim muayene esnasında hastasına yeterli zamanı ayırmalıdır.					
5) Hekim hasta ve yakınlarının duygularını anlamalıdır.					
6) Hekime hastanın derdini rahatça anlatabileceği ortam sağlanmalıdır.					
7) Hekimler hastalarına kötü davranmamalıdır.					
8) Hekim daha iyi hizmet verebilmek için hastaları gibi düşünmelidir.					
9) Hekimler birey sağlığıyla olduğu kadar toplum sağlığıyla da ilgilenmelidir.					
10) Hekim hastaların kişisel deneyimlerini dikkate almalıdır.					
11) Hekim sosyal ve kültürel olarak hastalarına yakın olmalıdır.					
12) Hekim hastasıyla açık ve anlaşılır bir dille konuşmalıdır.					
13) Hekim tıbbi literatürü takip etmeli ve bilgilerini yenilemelidir.					
14) Hekimin hastalarına sosyal statüsüne bakmaksızın eşit davranması gerekir.					
15) Hekimler kılık ve kıyafetine yeterli özeni göstermelidir.					
16) Hekimler hastalarını muayene ederken mutlaka beyaz önlük giymelidirler.					
17) Hekimler muayene sırasında mahremiyete özen göstermelidirler.					
18) Hekimler mesleki haklarını bilmelidir.					

