

Tıp Fakültesi 5 ve 6. Sınıf Öğrencilerinin Hekime Yönelik Şiddet Deneyimleri ve Şiddetin Nedenine İlişkin Atıfları, Hasta Beklentisini Yönetme Becerileri ve Başa Çıkma Stilleri

5th and 6th Year Medical Students' Experience of Violence Towards Doctors and its Relationship with Education, Patient Expectations and Coping Strategies

Sinem Yıldız İnanıcı (<https://orcid.org/0000-0001-8488-3231>)

Galip Yardımcı (<https://orcid.org/0000-0002-6166-5511>)

Rozerin Göze Yüksel (<https://orcid.org/0000-0002-2828-7774>)

Yeliz Binatamir (<https://orcid.org/0000-0003-1236-2781>)

Anahtar Sözcükler:

tıp öğrencilerine yönelik şiddet, stres yönetimi, şiddete uğrama kaygısı

Keywords:

violence toward medical students, stress management, anxiety of violence

Gönderilme Tarihi

Submitted: 05.03.2019

Kabul Tarihi

Accepted: 05.02.2020

ÖZET:

Giriş ve Amaç: Hekime yönelik şiddet olayları giderek artmaktadır ve bunların olumsuz sonuçlarından tıp fakültesi öğrencileri de etkilenebilmektedir. Klinik ortamda karşılaştıkları şiddet olaylarıyla başa çıkma konusunda eğitilmemiş hekim adaylarının, eğitim döneminde bir takım sıkıntılar yaşama ihtimali vardır. Bu çalışmada hedeflenen klinik dönem öğrencilerinde hekime yönelik şiddet deneyimleri, şiddetin nedeniyle ilgili görüşler, hasta beklentilerini karşılama ve stresle başa çıkma stillerini betimlemektir.

Gereç ve Yöntem: Örneklem, İstanbul'daki bir Tıp Fakültesi'nde okuyan 5. ve 6. sınıf öğrencileridir (n=213). Araştırma anketinde demografik bilgiler, şiddet deneyimleri ve şiddetin nedeniyle ilgili atıfları ortaya koyan sorular, Hasta Beklentilerini Yönetme Becerisi Ölçeği ve Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formu bulunmaktadır. Analizler SPSS 15.0 ile yapılmış, ortalama, frekans dağılımları hesaplanmış, Kolmogorof-Smirnov Testi, Spearman

korelasyonu, Ki-kare testi ve Mann-Whitney U Test'i uygulanmıştır.

Bulgular: Bizzat sözel şiddete maruz kalma oranı %47.9, fiziksel şiddete maruz kalma oranı %2.8 ve bir sağlık çalışanının sözel veya fiziksel şiddete maruz kaldığına şahit olma oranı %74.2'dir. Kişilerin kendisinin şiddete maruz kalıp kalmaması/shahit olup olmaması cinsiyete göre değişiklik göstermemiştir. Hasta beklentisini bastırma puanları hastane ortamında sözel ve fiziksel şiddete uğrama durumlarına göre farklılık göstermemiştir. Öğrencilerin şahit oldukları şiddet olayına müdahale etmeme oranı %78.7'dir.

Künye: İnanıcı S, Yardımcı G, Yüksel R, Binatamir Y. Tıp Fakültesi 5 ve 6. Sınıf Öğrencilerinin Hekime Yönelik Şiddet Deneyimleri ve Şiddetin Nedenine İlişkin Atıfları, Hasta Beklentisini Yönetme Becerileri ve Başa Çıkma Stilleri. 2020;19(58):73-88

Katılımcıların %56.8'i ileride şiddete maruz kalma ihtimaliyle ilgili endişe seviyesini epey/son derece olarak bildirmiştir. Yüz yetmiş dört kişi (%82.9) şiddet olaylarının hekimlik eğitimini olumsuz yönde etkilediğini bildirmektedir. Öğrencilerin günlük hayatta sağlık ve hekimlikle ilgili konuşmalarının yaklaşık %16.5'i şiddetle ilişkilidir. Kadınların, ileride şiddete maruz kalmayla ilgili endişeleri erkeklerden daha yüksektir. Şiddetin nedeniyle ilgili atıflar genelde dışsal niteliktedir. Kızların duygulara odaklanma ve ortaya koyma, erkeklerin de madde kullanma stratejisini kullanma oranları yüksektir.

Sonuç: Tıp Fakültesi öğrencileri, daha eğitim döneminde şiddete maruz kalmakta, şiddet olaylarına müdahale edememekte ve bu olayların yarattığı endişeyi hem öğrenme süreçlerinde hem de gelecekteki mesleki uygulamalarını düşünerek deneyimlemektedir.

ABSTRACT:

Backgrounds: Violence against physicians is increasing, and medical students are also affected by its negative consequences. Candidates not trained to cope with these violent events have a probability to experience distress in the undergraduate education. The aim is to describe the experiences of violence, casual attributions for these events, meeting patient expectations and coping styles in the pre-clinical students.

Material and Method: The sample consisted of 5th and 6th grade medical students (n = 213) in Istanbul. The questionnaire includes questions for demographics, violent experiences, and attributions for violent events, Managing Patient Expectation Scale and Cope Inventory-short form. SPSS 15.0 was used to calculate means and frequencies, Spearman correlation were calculated and Chi-square test, Kolmogorof-Smirnov Test and Mann-Whitney U Test were

used for comparisons.

Results: Verbal violence was 47.9%, physical violence was 2.8% and witnessing a health worker being exposed to verbal or physical violence was 74.2%. Either being a victim of a violent event or witnessing it were not changed as a function of gender. Suppression of patient expectation scores did not differ according to verbal and physical violence experience. The students did not intervene in these violent events (78.7%). 56.8% of the participants' level of fear of being subjected to violence while performing their jobs in the future as high/very high. 174 people indicated violent events had negative effects on their education. Violence related topics compromised 16.50% in students' daily conversations. Women were more anxious than men for future victimization possibility. Attributions of violence were mostly external. Women have a higher rate of focusing and revealing emotions, and men have a higher rate of substance use strategy.

Conclusions: Medical students experience violent events during their education, they cannot intervene in the violence and they feel anxious both in their learning processes and by considering their future professional practices.

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre şiddet "fiziksel gücün veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda, maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması durumudur." (1). Günümüzde şiddet, sağlık sektörü için de ciddi bir sorun haline gelmiştir. Çalışmalar, sağlık alanında çalışanların diğer alanlarda çalışanlardan on altı kat daha fazla şiddete uğrama riski olduğunu göstermektedir (2). Sağlık Bakanlığı Beyaz Kod Birimi'nden

edinilen bilgilere göre 2017-2018 yılları arasında Beyaz Kod sistemine gelen toplam şiddet başvuru sayısının, yarıdan fazlasını hekime yönelik şiddet olayları oluşturmaktadır (3). Doktorların yüzde yetmiş beşinden fazlası meslek hayatları boyunca şiddetle karşı karşıya gelebilmektedir (4).

Şiddet, hekimlerin fiziksel ve ruhsal açıdan olumsuz yönde etkilenmelerine, tükenmişlik hissi yaşamalarına, dolaylı olarak sağlık hizmetlerinin aksamasına ve sunulan hizmetin kalitesinde düşüşe, verimsizliğe ve ölüme varabilen çeşitli durumlara yol açabilmektedir. Kanada'da acil serviste çalışan sağlık çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada şiddete maruz kalan çalışanların bir kısmı sağlık dışında başka bir alana geçmek istediklerini, hatta bazıları işlerinden ayrıldıklarını, bir kısmı da yaşanan şiddet olaylarından sonra haftanın geri kalanında iş performanslarında düşüklük olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca şiddete uğrayan katılımcıların büyük çoğunluğu hastalarından korktuklarını ve iş tatmininde azalma yaşadıklarını belirtmişlerdir (5). Benzer şekilde, ülkemizde yapılan bir çalışmada da şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının çoğunluğunun anksiyete veya irritasyon bulguları gösterdikleri saptanmıştır (6).

İş yerinde yaşanan şiddet olaylarının özellikle acil bölümünde çalışan personel üzerinde önemli bir stresör olduğu araştırmalarla saptanmıştır. Sağlık hizmetleri veren yerler doğal olarak stres yarattığından (7) bu alanda çalışan insanların stresle başa çıkma becerileri önemlidir. Bu becerilerin etkinliği, kişilerin olaylara yükledikleri anlamlara, yaşadıkları çevreye, kişilik özelliklerine ve daha pek çok unsura göre değişebilmekte (8), seçilen problem çözüme biçimleri sorun odaklı veya duygu odaklı olabilmektedir (9). Hekim ve hekim adaylarının hem genel hem de şiddet içerebilecek durumları yönetmekle ilgili başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi, ruh ve fizik

sağlıklarının korunması açısından önemlidir. Tıp fakültelerinin bu konuyla ilgili eğitim programlarını güncel tutmaları ve uygun başa çıkabilme stratejilerini güçlendirmelerinin yanında kişilerin kendi sağlıklarına da önem vermeleri gerektiğini öğretmeleri gerekir ancak bu programlar için standart bir ölçü yoktur (10).

Sağlık alanındaki şiddet olayları hastanelerde görev yapmakta olan çok geniş bir çalışan grubunu etkilemekle birlikte tıp fakültesi öğrencilerini de etkilemektedir. Eğitimlerini 3. veya 4. sınıftan itibaren klinikte almaya devam eden öğrenciler (11-13), hastane ortamında yaşanan şiddet olaylarına şahit olmakta ve bundan etkilenmektedirler. Ayrıca bu konularda literatüre bakıldığında son sınıf öğrencileri hakkında çok fazla araştırma bulunmadığı görülmüştür ve klinik ortamda öğrencilerin yaşadığı şiddet deneyimi stres faktörü olarak göz ardı ediliyor gibidir. Bu sebeple araştırmamız; 5. ve 6. sınıf öğrencilerinin şiddete maruz kalma sıklığını, şiddetin sebebiyle ilgili atıflarını incelemekte, öğrencilerin stres yaratan durumlarla başa çıkma stillerini, hasta beklentisini karşılamaya ilişkin tutumlarını betimlemektedir.

Gereç ve Yöntem

Araştırma evreni ve örneklem

Bu çalışma betimleyici nitelikte olup, araştırma evrenini 2018-2019 eğitim ve öğretim yılında İstanbul'daki bir Tıp Fakültesi'nde 5. ve 6. sınıfta okumakta olan öğrenciler oluşturmaktadır. 450 kişilik bu evren içinden, tıp fakültesi öğrencilerine yönelik şiddet oranları bilinmediğinden, kolaylıkla bulunabileni örneklem (convenience sampling) yapılmıştır. Örneklem büyüklüğü hesabında beklenen frekans %50 olarak alınmıştır. Popülasyon 450 kişi, güven aralığı %95, hata marjı ± 5 olmak üzere gerekli örneklem büyüklüğü 208 kişi olarak hesaplanmıştır (14). Araştırmaya 215 kişi alınmıştır. Bazı katılımcılar bazı sorulara cevap

vermeyi atladığından bazı tablolarda yanıt sayısı 208-215 arasında görülecektir.

Çalışmanın yürütülebilmesi için gerekli etik kurul izni alınmıştır. Çalışma, Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Katılımcılardan aydınlanmış onamlar alındıktan sonra anketler dağıtılmış ve kimlikler anonim kalacak şekilde toplanmıştır.

Araştırmanın değişkenleri ve ölçüm

Araştırma anketinin ilk kısmı demografik bilgiler ve hastane ortamındaki şiddet deneyimleri (hem kendisine yönelik hem de diğer sağlık personeline yönelik olup kişinin şahit olduğu fiziksel ve sözel şiddet), bu deneyimlerin şu anki eğitimlerini ve gelecekte mesleklerini icra ederken ne derece kaygı yarattığına dair sorulardan oluşmuştur. İkinci kısımda hasta/ yakını kaynaklı şiddet olaylarının nedeniyle ilgili atıflar sorulmuştur. Anketin üçüncü kısmında Hasta Beklentilerini Yönetme Ölçeği ve son kısmında ise Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formu bulunmaktadır.

Hasta Beklentilerini Yönetme Becerisi Ölçeği, Miçoçoğulları, Ayberk ve Akbaş (15) tarafından fizyoterapistlere yönelik olarak oluşturulmuştur. Ancak ölçek oluşturulurken yapılan kavramsallaştırma sağlık alanında genel olarak beklentileri yönetmeyle ilgili literatürü de kapsadığından ve ölçek maddeleri fizyoterapiye özgü ifadeler içermediğinden bu çalışmada kullanılabilmiştir. Ölçeğin “beklentilerin desteklenmesi” ve “beklentilerin bastırılması” olmak üzere iki faktörü vardır. Bu iki faktör, toplam varyansın % 49.46'sını açıklamaktadır. Ölçeğin İletişim Becerileri Ölçeği puanları ile 0.33-0.57 arasında değişen korelasyonların bulunduğu, güvenilirlik katsayıları 0.53-0.96 arasında değiştiği bildirilmiştir. Ölçek toplam 9 maddeden oluşmakta 5'li Likert tipi bir skalada (5=tamamen katılıyorum 1=hiç katılmıyorum) değerlendirilmektedir. Buna göre, beklentilerin desteklenmesi alt boyutundan 6-30, beklentilerin bastırılması alt boyutundan 3-15 puan alınabilir. Puan arttıkça o boyutun özellikleri daha çok

gözleniyor demektir.

Bacanlı, Sürücü ve İlhan (16) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan stresle başa çıkabilme stilleri kısa formu ise her biri ikişer maddeli 14 faktörden oluşmuştur. 28 sorudan oluşan 5'li Likert tipi bir ölçektir. Her bir alt ölçek ayrı ayrı değerlendirilmektedir. Her birinden en az 1 en fazla 18 puan alınabilir. Puanların düşüklüğü o boyutun az kullanıldığını, puanların yüksekliği ise o boyutun daha fazla kullanıldığını işaret etmektedir. (4=en çok 1=en az). Boyutlar; araçsal sosyal destek kullanma, mizah, duygulara odaklanma ve ortaya koyma, madde kullanımı, kabullenme, diğer etkinlikleri bırakma, dine yönelme, yadsıma, davranışsal olarak ilgiyi kesme, zihinsel olarak ilgiyi kesme, kendini sınırlandırma, olumlu yeniden yorumlama, duygusal sosyal destek kullanma, planlamadır (16).

İstatistik analiz

Araştırma verileri SPSS 15.0'a girilmiş ve değerlendirilmiştir. Değerlendirmeler için ortalama, frekans dağılımları hesaplanmış, normal dağılım Kolmogorov-Smirnov testi ile yapılmış, Ki kare testi, Mann-Whitney U Test'i uygulanmıştır. İstatistik anlamlılık sınır değeri $p < .05$ olarak alınmıştır (17-19).

Bulgular

Demografik bilgiler

Araştırmaya, yaş ortalaması 24.47 ($\pm 1,34$) olan %53'ü ($n=114$) 5. sınıf ve %47'si ($n=101$) 6. sınıf tıp fakültesi öğrencisi katılmıştır. Katılımcıların yarıdan fazlası şimdiki Marmara bölgesinde (%56.3, $n=121$) yaşadıklarını bildirmişlerdir. Yaşadıkları yerleşim birimi ise çoğunlukla şehir/büyük şehirdir (%82.3).

Şiddete maruz kalma

Katılımcıların hem kendilerine hem de diğer sağlık çalışanlarına yönelik şiddete şahit olma durumları Tablo 1'de görülebilir.

Cinsiyet, şiddet konusunda belli değişkenler açısından farklılıklar yaratabileceği için, sınıflar

Tablo 1. Katılımcıların kendilerinin maruz kaldığı ve diğer sağlık çalışanlarında şahit oldukları şiddet

Şiddet deneyimi	Evet		Hayır		N
	n	%	n	%	
Kendisi sözel	102	47.9	111	51.6	213
Kendisi fiziksel	6	2.8	207	97.2	213
Diğer sağlık çalışanı sözel & fiziksel	158	74.2	55	25.8	213

birbiriyle karşılaştırıldıktan sonra her bir sınıfın kendi içinde cinsiyete göre dağılımda anlamlı bir farklılık olup olmadığı araştırılmıştır. Tablo 2'deki değişkenler her bir sınıf içinde cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir (5. sınıflar için: kendine yönelik sözel şiddet için $p=.513$, kendine yönelik fiziksel şiddet için $p=.324$, başkasına yönelik şiddet için $p=.123$ ve 6. sınıflar için: kendine yönelik sözel şiddet için $p=.153$, kendine

yönelik fiziksel şiddet için $p=.379$, başkasına yönelik şiddet için $p=.531$) ancak sınıflar kişinin kendisinin sözel şiddete uğraması ve diğer sağlık personelinin şiddete uğramasına şahit olmak açısından farklılaşmışlardır. Ki-kare analizi, intörnlerin sözel şiddete maruz kalma ve de personele şiddet uygulanmasına şahit olma oranlarının 5. sınıflardan anlamlı derecede daha yüksek olduğunu göstermiştir birbirinden farklılaşmışlardır (Tablo 2).

Tablo 2. Araştırma grubunun şiddete maruziyet veya şiddete şahit olma durumlarının

sınıflara göre karşılaştırılması

	5. sınıf, N=112				6. sınıf, N=101				Ki-kare
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kendisi sözel	36	32.1	76	67.9	66	65.3	35	34.7	$\chi^2(1, N=213)=2$ 3.46, $p=.000$
Kendisi fiziksel	2	1.8	110	98.2	4	4.0	97	96.0	$\chi^2(1, N=213)=$ 917, $p=.426$
Diğer sağlık çalışanı sözel & fiziksel	71	63.4	41	36.6	87	86.1	14	13.9	$\chi^2(1, N=213)=1$ 4.34, $p=.000$

Şiddetin etkileri ve başa çıkma

Tüm öğrencilerin şahit oldukları şiddet olayına müdahale etmeme oranı %78.7'dir (n=166). Bizzat ya da şahit olarak deneyimledikleri şiddet eylemlerine müdahale edip etmeme koşuluna göre sınıflar arasında anlamlı bir dağılım farklılığı gözlenmiştir. Buna göre olaya müdahale ettiğini bildirenlerin %80'i (n=36) 6. sınıf öğrencisidir ($\chi^2(1, N=213)=24.39, p=.000$). Her bir sınıf içinde müdahale değişkenine ilişkin olarak cinsiyet açısından farklılığa rastlanmamıştır (5. sınıf için $p=.580$ ve 6. sınıf için $p=.293$).

Kolmogorov-Smirnov analizi test istatistiği (D), grupların her biri için (5. ve 6. sınıflar) ileride meslek ortamında şiddet içeren bir olayla karşılaşma ihtimalinin verdiği endişe (tek soruyla 5'li likert şeklinde ölçülmüştür: 1-hiç-5-son derece) (5. sınıf için, $D(108)=.233, p=.000$ ve 6. sınıf için $D(97)=.239, p=.000$), bu tür olayların eğitim üzerine etkisi (tek soruyla 5'li

likert şeklinde ölçülmüştür: 1-hiç-5-son derece) (5. sınıf için, $D(108)=.282, p=.000$ ve 6. sınıf için $D(97)=.307, p=.000$) ve günlük hayatta bu tür şiddet olaylarının kendi gündemlerini ne kadar meşgul ettiğine dair (öğrencilere, okuldaki bir gün boyunca gündemlerinin yüzde kaçını bu konunun oluşturduğu sorulmuştur) (5. sınıf için, $D(104)=.213, p=.000$ ve 6. sınıf için $D(97)=.234, p=.000$) yanıtların normal dağılmadığını göstermiştir. Bu nedenle her bir sınıfın kendi içinde verdiği yanıtların, cinsiyet değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek için non-parametrik Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Her iki sınıf için de kadınların, ileride şiddete maruz kalmayla ilgili endişelerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu, eğitimlerinin daha olumsuz etkilendiği ve günlük konuşmalarında şiddet konusunun daha yüksek oranda yer ettiği bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3

Katılımcıların cinsiyete göre şiddetten etkilenme şekilleri*

Sebepler	5. sınıf						6. sınıf							
	Kadın		Erkek		z	U	Kadın		Erkek		z	U	p	
Medyan (min-max)	N	Medyan (min-max)	N	Medyan (min-max)			N	Medyan (min-max)	N	Medyan (min-max)				N
İleride şiddet yaşama endişesi	4(2-5)	6	3(1-5)	4	-	860	.0	4(2-5)	45	3(1-5)	55	-	8	.00
Eğitim üzerine etkisi	2(1-4)	6	2(1-5)	4	-	117	.0	2(1-3)	45	2(1-5)	55	-	9	.01
Şiddetin günlük konuşmadaki yeri	15(0-60)	6	10(0-70)	4	-	969	.0	10(0-80)	44	10(0-50)	53	-	7	.00

* Medyadaki artış değişkenin daha etkili görüldüğüne işaret etmektedir.

** N, cevap veren/vermesi beklenen kişi sayısı değiştiği için farklılaşmaktadır.

N=cevap veren kişi sayısı, z=z skoru

Sağlık personelinin şiddete uğrama nedenleriyle ilgili atıflar

Tablo 4. Katılımcıların sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sebebine ilişkin atıfları

	Medyan	(Min-Max)	N
Hasta/hasta yakınlarının eğitim seviyesinin düşüklüğü	4	1-5	210
Hasta/hasta yakınlarının hastanedeki kurallara uymak istememeleri	4	1-5	209
Hasta/hasta yakınlarının iletişim becerilerinin eksikliği	4	1-5	209
Sağlık personelinin iletişim becerilerinin eksikliği	3	1-5	210
Sağlık personelinin iş yoğunluğunun fazla oluşu	4	1-5	210
Genel olarak izlenen sağlık politikaları	4	1-5	208

Katılımcılara şiddetin ortaya çıkmasıyla ilgili olabilecek bir takım faktörlerin ne derece etkili oldukları sorulmuştur. Hasta/yakınının eğitim seviyesi düşüklüğü (5. sınıf için, $D(107)=.258$, $p=.000$ ve 6. sınıf için $D(99)=.290$, $p=.000$), hasta/yakınının kurallara uymak istememesi (5. sınıf için, $D(107)=.234$, $p=.000$ ve 6. sınıf için $D(99)=.240$, $p=.000$), hasta/yakınlarının iletişim becerisi eksikliği (5. sınıf için, $D(107)=.255$, $p=.000$ ve 6. sınıf için $D(99)=.328$, $p=.000$), sağlık personelinin iletişim becerisi eksikliği (5. sınıf için, $D(107)=.200$, $p=.000$ ve 6. sınıf için $D(99)=.181$, $p=.000$), sağlık personelinin iş yoğunluğunun fazlalığı (5. sınıf için, $D(107)=.248$, $p=.000$ ve 6. sınıf için $D(99)=.299$, $p=.000$), ve genel sağlık politikalarının etkisi (5. sınıf için, $D(107)=.259$, $p=.000$ ve 6. sınıf için $D(99)=.310$, $p=.000$) ile ilgili katılımcı değerlendirmelerinin normal dağılıma uymadığı bulunduğundan karşılaştırmalar için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Gruplar sadece hasta/hasta yakınlarının iletişim becerisi eksikliğine yaptıkları atıflar için farklılaşmıştır (Tablo 5). Faktörler her bir sınıf için cinsiyete göre karşılaştırıldığında 5. sınıf öğrencilerinde hasta/hasta yakınlarının iletişim becerilerindeki eksikliklere yapılan atfın kızlarda (medyan=5, min.-mak.= 2-5) erkeklerde (medyan=4, min.-mak.= 2-5) göre, daha yüksek olduğu

görülmüştür ($U=1117.5$, $z=-2.28$, $p=.022$). Aynı şekilde 5. sınıftaki kızlarda (medyan=5, min.-mak.=2-5) sağlık politikalarının etkisine verilen atfı erkeklerde (medyan=4, min.-mak.=1-5) göre daha yüksektir, ($U=947.0$, $z=-3.10$, $p=.002$).

Katılımcıların hasta beklentisini karşılama ve stresli durumlarla başa çıkmaya ilişkin özellikleri

Kolmogorov-Smirnov testi her iki sınıfta da hasta beklentisini destekleme (5. sınıf için, $D(108)=.116$, $p=.001$ ve 6. sınıf için $D(97)=.136$, $p=.000$) ve hasta beklentisini bastırma (5. sınıf için, $D(108)=.096$, $p=.015$ ve 6. sınıf için $D(97)=.131$, $p=.000$) puanlarının dağılımının normal olmadığını göstermiştir.

Hasta beklentisini destekleme ve hasta beklentisini bastırma puanları sınıflara göre farklılaşma göstermemiştir (sırasıyla $p=.273$ ve $p=.261$). Her bir sınıf için cinsiyet farklılığını anlamak üzere yapılan analiz 5. sınıflarda, kızların hasta beklentisini destekleme becerisinin (medyan=21, min.-mak.=15-25), erkeklerde göre (medyan=20, min.-mak.=8-25) daha iyi olduğunu göstermiştir ($U=1072.0$, $z=-2.27$, $p=.023$). 5. sınıflarda hasta beklentisi bastırma cinsiyet açısından farklılaşmamıştır ($p=.228$). 6. sınıflarda ne hasta beklentisini destekleme ne de bastırma puanları cinsiyete göre farklılaşmıştır (sırasıyla $p=.415$ ve $p=.263$).

Tablo 5
Katılımcıların sınıflara göre şiddetin sebebine ilişkin atıfları *

Sebepler	5. sınıf		6. sınıf		z	U	p
	Medyan(min-max)	N	Medyan(min-max)	N**			
Hasta/hasta yakınlarının eğitim seviyesinin düşüklüğü	4(1-5)	107	4(1-5)	99	-1,018	5083,0	.309
Hasta/hasta yakınlarının hastanede ki kurallara uymak istememeleri	4(1-5)	107	4(1-5)	99	-1,679	4753,5	.093
Hasta/hasta yakınlarının iletişim becerilerinin eksikliği	4(1-5)	107	5(2-5)	99	-2,033	4624,5	.042
Sağlık personelinin iletişim becerilerinin eksikliği	3(1-5)	107	3(1-5)	99	-1,160	5009,5	.246
Sağlık personelinin iş yoğunluğunun fazla oluşu	4(1-5)	107	5(1-5)	99	-1,736	4794,5	.082
Genel olarak izlenen sağlık politikaları	4(1-5)	107	5(1-5)	99	-1,679	4724,5	.093

* Medyandaki artış değişkenin daha etkili görüldüğüne işaret etmektedir.

** N, cevap veren/vermesi beklenen kişi sayısı değiştiği için farklılaşmaktadır.

N=cevap veren kişi sayısı, z=z skoru

Hasta beklentisini yönetme puanlarının her birinin şiddete uğrayıp uğramama ile ilişkisi araştırılmıştır. Hasta beklentisini bastırma puanları cinsiyet ve sınıfa göre değişmediği için tüm grup bir arada analiz edilmiştir. Buna göre, katılımcıların hasta beklentisini bastırma puanları hastane ortamında sözel ve fiziksel şiddete uğrama durumlarına göre farklılık göstermemiştir (sırasıyla $p=.669$ ve $p=.352$). Hasta beklentisini destekleme puanları 5. sınıflar için cinsiyete göre farklılık gösterdiğinden bu sınıf için kadın ve erkekler kendi içlerinde analiz edilmiştir. Buna göre 5. sınıftaki kadınların da erkeklerin de beklenti destekleme puanları psikolojik şiddete uğrayıp uğramama koşuluna göre farklılaşmamaktadır (sırasıyla $p=.394$ ve $p=.594$). Aynı analiz fiziksel şiddet koşulu için gerçekleştirildiğinde sayı az olduğu için erkeklerde hesaplama yapılamamış, kadınlarda ise anlamlı farklılaşma gözlenmemiştir ($p=.358$). 6. sınıf öğrencilerinde de ne hasta beklentisini destekleme ($p=.861$) ne de bastırma puanları ($p=.991$) sözel şiddete uğrayıp uğramama koşuluna göre değişmiştir.

Başa çıkma stilleri ölçeğinin 14 alt boyutundan alınan puanların her bir sınıf için normal dağılımı Kolmogorov-Smirnov Testi ile yukarıdakine

benzer biçimde sınınmıştır ve hiçbirinin normal dağılım göstermediği bulunmuştur. Yer darlığı nedeniyle tek tek sonuçlar bildirilmemektedir.

Stresli durumlarla başa çıkma şekilleri her bir sınıf için cinsiyet karşılaştırması yapılarak ele alındığında 5. sınıflarda kızların duygulara odaklanma ve ortaya koyma (medyan=6, min.-mak=4-8) stratejisini erkeklere (medyan=5, min.-mak=3-8) göre daha fazla kullandıkları gözlenmiştir, $U=928,5$, $z=-3,15$, $p=.002$.

6. sınıflarda, erkeklerin madde kullanma stratejini (medyan=2, min.-mak=2-7) kızlara (medyan=2, min.-mak=2-6) göre daha fazla kullandığı bulunmuştur $U=915,0$, $z=-2,31$, $p=.021$. Yanı sıra yadsıma (erkekler için (medyan=4, min.-mak=2-8), kadınlar için (medyan=3, min.-mak=2-8), $U=648,5$, $z=-3,58$, $p=.000$ ve kendini sınırlandırma başa çıkma stratejilerini erkekler daha fazla kullanmaktadır (erkekler için (medyan=6, min.-mak=2-8), kadınlar için (medyan=5, min.-mak=2-8), $U=789,0$, $z=-2,85$, $p=.004$).

Fiziksel şiddete uğrama deneyimi az olduğu için sadece sözel şiddete uğrama ve başa çıkma stilleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Erkeklerde sadece, sözel şiddete maruz kalmış olduğunu bildirenlerde araçsal sosyal destek kullanımı

puanının şiddete maruz kalmamış olanlara göre şiddete uğrayıp uğramama durumu ve başa yüksek olduğu gözlenmiştir. Kadınların sözel çıkma puanları Tablo 6’da görülebilir.

Tablo 6. Kadınların sözel şiddete uğrama durumları ve başa çıkma stilleri*

Başa çıkma stilleri	Sözel şiddete uğrayan		Sözel şiddete uğramayan		z	U	p
	Medyan(Min-Max)	N	Medyan(Min-Max)	N			
Araçsal sosyal destek kullanımı	6(3-8)	53	7(2-8)	55	-2.64	1043.00	.008
Madde kullanımı	2(2-8)	53	2(2-8)	55	-2.22	1204.00	.026
Kabullenme	6(4-8)	53	6(2-8)	55	-2.11	1131.00	.035
Kendini sınırlandırma	5(2-8)	53	5(3-8)	55	-2.20	1111.00	.028

* Sadece şiddete uğrayıp uğramama koşuluna göre anlamlı farklılık gösteren stiller tabloda gösterilmektedir.

Tablo 7. Şiddet mağduru olmaya ilişkin endişe seviyesi ve şiddetin sebebine ilişkin atflar

	İleride şiddete uğrama endişesi	
	kadın R (p)	erkek R (p)
Hasta/hasta yakınlarının eğitim seviyesinin düşüklüğü	.196 (p=.042)	.127 (p=.209)
Hasta/hasta yakınlarının hastanedeki kurallara uymak istememeleri	.193 (p=.045)	.215 (p=.033)
Hasta/hasta yakınlarının iletişim becerilerinin eksikliği	.269 (p=.005)	.250 (p=.012)
Sağlık personelinin iletişim becerilerinin eksikliği	.052 (p=.590)	.006 (p=.949)
Sağlık personelinin iş yoğunluğunun fazla oluşu	.160 (p=.098)	.041(p=.683)
Genel olarak izlenen sağlık politikaları	.314(.001)	.228(p=.023)

İleride şiddet mağduru olmaya ilişkin endişe ve diğer değişkenlerin ilişkisi

Yukarıda belirtildiği üzere başa çıkma tarzları ve mağdur olmaya ilişkin kaygı cinsiyete göre farklılaştığı için bu iki değişken arasındaki korelasyon da (Spearman) her bir cinsiyet için ayrı ayrı ele alınmıştır. Buna göre sadece, kadınlarda kaygı artarken planlama stratejisinin kullanımının düşük de olsa arttığı ($r=.242$, $p=.013$) gözlenmiştir. Hasta beklentisini destekleme ve bastırma becerileri ile ileride mağdur olmaya ilişkin kaygı arasında kadın için de (destekleme için $p=.745$, bastırma için $p=.127$) erkek için de (destekleme için $p=-.078$, bastırma için $p=-.070$) anlamlı korelasyona rastlanmamıştır.

İleride şiddet mağduru olmaya ilişkin endişe ile katılımcıların, hekime yönelik şiddetin ortaya çıkmasıyla ilgili faktörlerin her birinin ne kadar etkili olduğuna dair görüşleri arasındaki korelasyon Tablo 7’de görülebilir.

Tartışma

Bu çalışmada, intörnlerin kendilerinin sözel şiddete uğrama ve bir sağlık personeline fiziksel veya sözlü şiddet gösterildiğine şahit olma oranları 5. sınıftakilere göre daha yüksek bulunmuştur. 6. sınıf öğrencileri hasta ile sadece dosya hazırlama, muayene etme gibi nedenlerle sınırlı zamanlarda serviste karşılaşmamakta, polikliniklerde bizzat hekimlik mesleğini icra etmekte olduğundan bu tür olaylarla karşılaşma ihtimali daha yüksektir. Bildirilen şiddete maruz kalma oranları, özellikle 6. sınıflarınkiler, hekimlerin şiddete maruz kalma, şahit olma oranlarıyla uyumludur (20-22). Adaş, Elbek ve Bakır’ın (20) çalışmasında hekimlerin yaklaşık üçte ikisi iş yerinde şiddete tanıklık ettiğini, üçte biri de son bir yıl içinde bizzat şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Yapılan başka bir çalışmaya göre altıncı sınıf öğrencilerinin neredeyse yarısı, hasta/yakınından şiddet görmektedir (21) ve sözel şiddet fiziksel olana göre daha yaygındır (23, 24).

Sistematik bir derlemede (25) sözlü şiddete uğramada kadınların, fiziksel şiddete uğramada erkeklerin, hem sözel hem de fiziksel şiddete uğramada yine kadınların daha fazla risk altında olduğu bildirilse de bu çalışmada şiddetin bizzat mağduru olma veya sağlık personelinin deneyimine şahit olma noktasında cinsiyetler arasında farklılık yoktur. Bahsi geçen derleme sadece hekimleri değil diğer sağlık çalışanlarını da içermekte olduğu için cinsiyet farklılığına dair bulgular çeşitlilik göstermiş olabilir.

İntörnler şiddet olaylarına 5. sınıflara göre daha yüksek oranda müdahalede bulunmuştur. İntörnlerin hastane koşullarına aşinalığı şiddet olaylarına müdahalede de kendini göstermiş olabilir. Olaylara müdahale edip etmeme durumu cinsiyete göre değişiklik göstermemiştir. İlginç biçimde, diğer araştırmalar da hekimlerin maruz kaldıkları şiddet olaylarına müdahale etme oranlarının düşüklüğüne işaret etmektedir. Adaş, Elbek ve Bakır (20) şiddete maruz kalan hekimlerin sadece üçte birinin şikayette bulunduğunu bildirmektedir. 112 çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada ise çoğunlukla şiddete karşı beyaz kod kullanılmadığı bulgulanmıştır (26). Bazı çalışmalar da iş yerinde yaşanan şiddetin üstlere raporlanma oranının düşüklüğüne vurgu yapmaktadır (27, 28).

Tıp Fakültesi öğrencileri üzerinde stres yaratan faktörlerin araştırıldığı çalışmalarda hastane ortamında karşılaşılan şiddet değişkeni göz ardı edilen bir faktördür (29, 30). Halbuki çalışma mekanında şiddete şahit olmak, çeşitli olumsuz duygusal sonuçlar doğurmaktadır. Örneğin acil çalışanlarının neredeyse yarısı iş yerinde güvende hissetmemekte (26), sözlü şiddet frekansı arttıkça kişilerin kaygı düzeyleri yükselmektedir (31). Hekime yönelik şiddet olayları bu çalışmadaki katılımcıları da kendi mesleklerini icra etme konusunda son derece endişelendirmekte, almakta oldukları eğitimi olumsuz yönde etkilemekte, eğitim ortamlarındaki gündemi meşgul etmektedir. Kadınlar bu olumsuz etkiyi erkeklere göre

daha fazla yaşamaktadır. Hekimlik söz konusu olduğunda kadın intörnlerin mesleki kaygı düzeyi erkeklere göre daha yüksektir (32, 33) ve kaygının kaynaklarından bir tanesi de sağlık çalışanlarına yönelik şiddete ilişkin haberlerdir. Mayda ve ark. nın (32), çalışmasında iş yerindeki şiddete bağlı olarak güvende hissetmeme oranı kadınlarda daha yüksektir.

Kişilerin yaptığı atıflar, stres yaratan durumlara karşı hissettiklerini ve bunlarla başa çıkmakta kullandıkları tarzları etkilemektedir (34, 35). Mesela bir öğrenci sınav başarısızlığını içsel ve sabit olmayan nedenlere atfettiğinde (uykusuzdum gibi) yaşadığı rahatsızlık daha düşük seviyede kalırken atıfları değişmez/sabit tarzda (akıllı değilim gibi) olanlar, sorun çözmeye etkili olmayan şekilde, kaçınma veya yaşanan olumsuz durumu iyiye yorma tarzında başa çıkma davranışı gösterebilirler (36). Yaşanan bir şiddet olayına ilişkin atf sayısı, kullanılan başa çıkma tarzlarının sayısını tahmin etmekte kullanılabilir, atfın tarzı farklı sayı ve tarzda başa çıkma stilini tahmin ettirebilmektedir (37). Bu çalışmada, şiddeti hasta/hasta yakını iletişim becerisi eksikliğine atfetme intörnlerde daha yaygındır. Hasta/yakınının iletişim becerileri ve sağlık politikalarının etkisi nedenlerine yapılan atıflar ise kız öğrencilerde daha yaygındır. Türkiye’de yapılan çalışmalarda, şiddetin nedenine yönelik öne çıkan atıflar, sağlık sistemindeki aksaklıklardan hekimin sorumlu tutulması (38), hastanın gerektiği biçimde dinlenmemesi, muayene olmak için hastanın çok bekletilmesi (37) , genel olarak sağlık sisteminin işleyişi, hasta/yakını tutumu (sabırsızlık, anlayışsızlık), sağlık personeli tutumudur (38). Atıflar, öğrenci deneyimi ve gözlemine göre yıllar içinde farklılaşabilmektedir: ilk yıllarda daha fazla iletişim üzerinde durulurken ileriki zamanlarda hastane koşulları vs. önem kazanabilir. Bu çalışmada, yapılan atıfların daha dışsal nitelikte olması (yani hasta/yakınının özellikleri, sağlık politikaları gibi) ile gelecekte şiddet görmekten

duyulan kaygı arasında pozitif korelasyon vardır. Bu durum, daha detaylı bir araştırmayı gerektirmekle birlikte, şiddetin sebebinin başkasından kaynaklandığının düşünülmesi nedeniyle, kontrol edilebilme ihtimali de düşük olarak algılanmış olabilir. Bu da kaygının yüksekliğiyle ilişkili olabilir. Bu, ileriki araştırmalarda odaklanılabilecek bir konudur.

Karşılaşılan uyaranlar, eğitimin talepleri ve stres faktörleri değişmekte olduğundan öğrencilerin başa çıkma stratejilerinin tıp eğitimi boyunca değişmesi, etkinliğinin artması gerekir. Okulun ilk yıllarındaki başa çıkma tarzları meslek hayatındaki bazı durumları predikte edebilmektedir: mesela eyleme geçip sorunlarla doğrudan ilgilenenlerin tükenme oranı daha düşüktür (39). Bizim çalışmamızda, stres yaratan durumlar karşısında 5 ve 6. sınıfların en sık kullandıkları ilk üç başa çıkma stratejisi planlama yapma, araşsal sosyal destek kullanma ve kabullenme olarak belirlenmiştir. Öte yandan, özellikle erkekler madde kullanma, kendini sınırlandırma gibi stresle başa çıkmada etkili olmayabilecek stratejileri kullanma eğilimindedirler. Başa çıkma tarzlarındaki cinsiyet farkı tutarlı olmamakla birlikte başka çalışmalarla da desteklenmiştir (40-42). Bu çalışmada, başa çıkma tarzları doğrudan hastanedeki şiddetle başa çıkma noktasından ele alınmamıştır ancak olaya müdahale oranının düşüklüğü literatürce desteklenmektedir. İlgili literatür ayrıca, hekimlerin iş yerinde şiddete maruz kalmış olan kişilerin şiddete nasıl yanıt verecekleriyle ve var olan yönetmelikleri nasıl harekete geçirecekleriyle ilgili eğitim alma ihtiyacı içinde olduklarını bildirmektedir (43). Tıp fakültesi öğrencileri, daha eğitim döneminde şiddete maruz kalmakta, şiddet olaylarına müdahale edememekte ve dolayısıyla bu olayların yarattığı endişeyi hem hali hazırdaki öğrenme süreçlerinde hem de gelecekteki meslek hayatlarını düşünerek deneyimlemektedirler. Öğrencilerin şiddetin kaynağıyla ilgili atıfları daha ziyade dışsal olup gelecekteki kaygısı ile pozitif

korelasyon içindedir. Özellikle erkeklerin genel başa çıkma tarzları etkili görünmemektedir. Bu veriler, daha lisans eğitimi döneminde şiddeti sezmenin ve yatıştırmanın, kazanılması gereken klinik beceriler arasında olduğuna işaret etmektedir. Esasen hasta/yakını ile yaşanan şiddet olaylarının çok azı beklenmedik ataklardır, bunlar genellikle artan engellenme, gerilim tehdit sonucunda, hekim-hasta ilişkisi içinde gerçekleşir (44). Bu ilişki içinde hastanın hastane koşullarında, kendisine adaletsiz davranıldığını düşünmesi ve bunun yarattığı güvensizliğin neden olduğu şeyler arasında şiddet de vardır. Dolayısı ile iletişim ve etikle ilgili yeterli eğitim alamamış bir hekim, şiddete uğrama riski altındadır. Bu konularda donanımlı olmak, fiziki güvenliği arttırmaktan daha etkili olabilir (45). Hastaların beklentilerinin bilincinde olmak ve gerçekçi biçimde bunları karşılamaya yönelik olarak hareket etmek hasta memnuniyetini arttıracak, hekimin yaklaşımını hasta merkezli tutacaktır (37). Aksi halde yaşanan hayal kırıklıkları hekime yönelik şiddet davranışına kaynaklık edebilir (46).

Hastaların beklentilerinin anlaşılması, gerçekçi beklentilerin karşılanabilmesi etkin doktor-hasta iletişimi gerektirmekte, bu etkinliğin artışı da şiddet olaylarının önlenmesinde koruyucu bir faktör olarak tarif edilmektedir (47). Bu çalışmada hasta beklentisini karşılama değişkeni ile şiddete uğrama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki kurulamamıştır. Bunun nedeni fiziksel şiddete uğramış öğrenci sayısının çok az oluşu veya hastaların, özellikle 5. sınıf öğrencilerinden, beklentilerinin zaten düşük olması olabilir. Saygı duyulan aile hekimlerinin zor hasta karşılaşmalarıyla nasıl başa çıktıklarının araştırıldığı bir çalışmada bu kişilerin hastayı öncelediği, hastanın karar verme sürecini kolaylaştırdığı, takım çalışmasına açık oldukları kliniğin kurallarını ve kişilerle olan sınırları net ve açık olarak belirledikleri ve empati gösterdikleri bulunmuştur. Çalışmaya katılan aile hekimleri, engellenme, çaresizlik,

güçlenme ve korku gibi duygularla başa çıkmanın da önemli olduğunu vurgulamışlardır. Bunların farkında olmak ve çeşitli yöntemlerle bu duyguları yönetmek hekim-hasta ilişkisini daha sağlıklı kılmaktadır (48). İletişim becerileri ve şiddet ihtimalinin yönetilmesi ile ilgili eğitimlerin yanında hekimler güvenliğinin artırılması (hem ekipman hem polis sayısı gibi), şiddete uğrayanlara psiko-sosyal ve organizasyonel bağlamda daha fazla destek olunması gerektiğini ifade etmektedirler (27, 43).

Sonuç

Yaygın olarak deneyimlenmekte olan hekime yönelik şiddet vakaları tıp faktesi öğrencilerini hem eğitim dönemindeki hem de geleceğe dair mesleklerini icra etme şekillerini etkileyebileceği için endişelendirmektedir. Kaygı yaratan durumlarla başa çıkmada olayın sebebinin nasıl algılandığı, başa çıkma tarzını belirleyen bir değişken olduğundan, gerek lisans gerekse lisans üstü tıp eğitiminde atıf tarzlarımız üzerine refleksiyon yapmaya ve iletişim becerileri bağlamında stresle başa çıkma biçimlerinin geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Daher M. World report on violence and health. *Le J médical libanais Leban Med J* 2002; 51: 59-63. doi:10.1016/S0140-6736(02)11133-0.
2. Kingma M., Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion, *Int. Nurs. Rev* 2001; 48: 129-30.
3. Hekim Postası Şubat-Mart 2018: 6. http://ato.org.tr/hekim_postasi_arsiv/2018/subatmart2018.pdf [Accessed 06 September 2018].
4. Kapoor, MC. Violence against the medical profession. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol* 2017; 33, 145-147.

5. Fernandes CM, Bouthillette F, Raboud JM, ve ark. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *CMAJ* 1999; 161:1245-1248.
6. Ayrancı U, Cinar Y, Balci Y, Kaptanoğlu C. Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence* 2006; 21:276-296.
7. Abraham, L. J., Thom, O., Greenslade, J. H. et al. Morale, stress and coping strategies of staff working in the emergency department: A comparison of two different sized departments. *Emerg Med Australas* 2018; 30: 375-381.
8. Şen H, Toygar M, Türker T, İnce N, Tuğcu H, & Keskin H. Bir grup hekimin stresle başa çıkma tekniklerinin değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2012; 11: 211-218.
9. Sharma, Manoj, Salem Press Encyclopedia of Health, 2013. 4p. <http://www.marmara-elibrary.com/RetrieveEdsUrl?An=93871865&Dbld=ers&format=html> [Accessed 06 September 2018].
10. Schmitz, G. R., Clark, M., Heron, S. et al. Strategies for coping with stress in emergency medicine: Early education is vital. *J Emerg Trauma Shock* 2012; 5: 64–69. <http://doi.org/10.4103/0974-2700.93117>.
11. Dokuz Eylül Üniversitesi bilgi paketi ders kataloğu http://debis.deu.edu.tr/ders-katalog//2016-2017/tr/bolum_1081_tr.html 06/09/2018 [Accessed 06 September 2018].
12. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi 4. ve 5. sınıf amaç ve öğrenim hedefleri. <https://bys.trakya.edu.tr/file/open/62142527/> 06/09/2018 [Accessed 06 September 2018].
13. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi 2018-2019 ders programları <http://tip.marmara.edu.tr/ogrenci/ders-programlari/2018-2019-ders-programlari> [Accessed 06 September 2018].
14. Sample size for comparing two means. Available from: <https://www.openepi.com/SampleSize/SSMean.htm> [Accessed 19 December 2019].
15. Miçooğulları A, Ayberk B, Akbaş U. Hasta beklentilerini yönetme becerisi ölçeğinin geliştirilmesi: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation* 2017;4:76-81.
16. Bacanlı H, Sürücü M, İlhan T. Başa çıkma stilleri ölçeği kısa formunun (BÇSÖ-KF) psikometrik özelliklerinin incelenmesi: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Kuram Uygul Eğit Bil* 2013;13:81-96.
17. Ghasemi A, Zahediasl S. Normality tests for statistical analysis: A guide for non statisticians. *Int J Endocrinol Metab.* 2012;10(2):486-489. doi:10.5812/ijem.3505
18. Samuels P, Marshall E, Lahmar J. Checking normality for parametric tests in SPSS. 2012:1-4. doi:10.13140/RG.2.2.33314.94405 https://www.sheffield.ac.uk/polopoly_fs/1.579181!/file/stcp-marshallsamuels-NormalityS.pdf
19. SPSS tutorials SPSS Kolmogorov-Smirnov Test for normality <https://www.spss-tutorials.com/spss-kolmogorov-smirnov-test-for-normality/> [Accessed 01 December 2019].
20. Adaş, E. B., Elbek, O., Bakır, K. Sağlık sektöründe şiddet: hekimlere yönelik şiddet ve hekimlerin şiddet algısı. 2008. Gaziantep: Gaziantep Kilis Tabip Odası Yayını.
21. Turla A, Aydın B, Ünlü B. The experiences and views of medical interns on violence and

- aggression against doctors. *Bull Leg Med* 2014;17:5-11. doi:10.17986/blm.20121713.
22. 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 Hekim Bülteni* 2009; 28:15-23. http://www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2009/sayi_3/baslik3.pdf. [Accessed 06 September 2018].
23. Ahmed F, Khizar Memon M, Memon S. Violence against doctors, a serious concern for healthcare organizations to ponder about. *Ann Med Surg* 2018; 25: 3-5. doi:10.1016/j.amsu.2017.11.003
24. Çelik AB, Akış N, Düzgün F, Türkkan A. Üçüncü basamak bir hastanede hemşirelerin hasta/yakınlarından şiddete uğrama sıklığı, risk faktörleri, nedenleri ve çözüm önerileri. *Int Ref J Nurs Res*. 2017; 0(11):1-11. doi:10.17371/UHD.2017.3.11
25. Keser Özcan N, Bilgin H. Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Sistematik derleme. *Türkiye Klin J Med Sci* 2011;31:1442-1456. doi:10.5336/medsci.2010-20795
26. Akbaş M, Dursun A, Kili A. 112 çalışanlarının şiddete maruz kalma durumları ve şiddete yönelik davranışları. *DEUHFED* 2016; 9: 93-100.
27. Gates DM, Ross CS, McQueen L. Violence against emergency department workers. *J Emerg Med*. 2006; 31: 331-337. doi:10.1016/j.jemermed.2005.12.028
28. Xing K, Jiao M, Ma H, et al. Physical violence against general practitioners and nurses in Chinese township hospitals: A cross-sectional survey. *PLoS One*. 2015;10:1-14. doi:10.1371/journal.pone.0142954
29. Saipanish R. Stress among medical students in a Thai medical school. *Med Teach*. 2003; 25:502-506. doi:10.1080/0142159031000136716
30. Sreeramareddy CT, Shankar PR, Binu VS, Mukhopadhyay C, Ray B, Menezes RG. Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal. *BMC Med Educ*. 2007;7:1-8. doi:10.1186/1472-6920-7-26
31. Winstanley S, Whittington R. Anxiety, burnout and coping styles in general hospital staff exposed to workplace aggression: A cyclical model of burnout and vulnerability to aggression. *Work Stress*. 2002;16: 302-315. doi:10.1080/0267837021000058650
32. Mayda AS, Yılmaz M, Bolu F, et al. Bir Tıp Fakültesi 4 , 5 ve 6 . sınıf öğrencilerinde gelecek ile ilgili kaygı durumunun değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg*. 2014; 4: 7-13.
33. Ergin A, Uzun SU., Topaloğlu S. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi 5 . v e 6 . sınıf öğrencilerinin sürekli kaygı ve mesleki kaygı düzeyleri ve bunları etkileyen etkenler 2016; 3:16-21.
34. Amirkhan JH. Attributions as predictors of coping and distress. *Personal Soc Psychol Bull* 1998; 24:1006-1018. doi:10.1177/0146167298249008
35. Mikulincer M. Causal attribution, coping strategies, and learned helplessness. *Cognit Ther Res* 1989;13:565-582. doi:10.1007/BF01176068
36. Mclean JA, Strongman KT, Neha TN. Psychological distress, casual attributions, and

Coping. 2007; 36: 86-92.

37. Tetik BK, Paksoy N, Tural C, Sertkaya S. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi 1. ve 6. sınıf öğrencilerinin gözünden hekime şiddet nedenleri. *ACU Sağlık Bil Derg* 2018;doi: 10.31067/0.2018.61

38. Ozturk H, Babacan E. The violence applied to health personnel working at hospitals by patients/ their Families: The causes and factors regarding violence. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2014;1:70-78. doi:10.5222/SHYD.2014.070

39. Tartas M, Walkiewicz M, Budziński W, Majkowicz M, Wójcikiewicz K, Zdun-Ryzewska A. The coping strategies during medical education predict style of success in medical career: A 10-year longitudinal study. *BMC Med Educ* 2016;16:1-8. doi:10.1186/s12909-016-0706-1

40. Akdemir M, Çetin EŞ, Ersoy M, et al. Tıp Fakültesi Dönem 6 öğrencilerinin kullandıkları stresle başa çıkma yöntemleri ve ilişkili faktörler. *Tıp Eğitimi Dünyası* 2016; 44: 33-43.

41. Ergin A, Uzun SU, Bozkurt Aİ. Tıp Fakültesi öğrencilerinde stresle başa çıkma yöntemleri ve bu yöntemlerin sosyodemografik özellikleri. *Fırat Tıp Derg* 2014;19: 31-37.

42. Kaya M, Genç M, Kaya B, Pehlivan E. Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18: 137-146.

43. Mishra S. Violence against Doctors: The Class Wars. *Indian Heart Journal* 2015; ;67: 289-92. doi: 10.1016/j.ihj.2015.07.002

44. Morrison JL, Lantos JD, Levinson W.

Aggression and violence directed toward physicians. *J Gen Intern Med.* 1998;13: 556-561. doi:10.1046/j.1525-1497.1998.00167.

45. Tucker JD, Cheng Y, Wong B, et al. Patient-physician mistrust and violence against physicians in Guangdong Province, China: A qualitative study. *BMJ Open* 2015; 5:1-10. doi:10.1136/bmjopen-2015-008221

46. Lateef F. Patient expectations and the paradigm shift of care in emergency medicine. *Journal of Emergencies, Trauma and Shock* 2011; 4:163-167.

47. Jawaid SA. Patient satisfaction, patient safety and increasing violence against healthcare professionals. *Pak J Med Sci* 2015;31(1):1-3. doi: http://dx.doi.org/10.12669/pjms.311.6965

48. Elder N, Ricer R, Tobias B. How respected family physicians manage difficult patient encounters. *J Am Board Fam Med.* 2006;19: 533-541. doi:10.3122/jabfm.19.6.533