

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Çözümünde İletişim Becerilerinin Rolü: Sistemik Derleme

SELÇUK İLETİŞİM

DERGİSİ 2021;

14(2): 576-605

doi: 10.18094/JOSC.778997



Selma Didem Özşenler

ÖZ

Sağlıkta şiddet son yıllarda dikkat çeken olayların başında gelmektedir. Hasta-sağlık çalışanları temelinde yaşanan iletişim becerilerinin yetersizliği sorunu ve bazı demografik faktörler sağlıkta şiddeti arttırmaktadır. Bu çalışma, son yıllarda artan sağlıkta şiddet olgusunun sebeplerini araştırmayı ve iletişim becerilerinin rolünü ortaya koymayı hedeflemektedir. Çalışma, dünyada son üç yıl içerisinde yapılmış olan sağlıkta şiddet çalışmalarının sistemik derleme yolu ile analizini ve iletişim becerilerinin sağlıkta şiddet kavramındaki rolünü araştırmayı hedeflemektedir. Araştırmanın modeli sistemik derlemedir. Veri toplama, üç ayrı veri tabanında (Scopus, Web of Science ve Sage), anahtar kelimeler gelişmiş arama yapılarak (örn; doctor and violence) tüm erişime açık 2017 Ocak ile 2020 Ocak aralığındaki makaleler taranarak yapılmıştır. Araştırmanın yönteminde iki araştırmacı bağımsız bir şekilde her bir makaleyi detaylı bir şekilde inceleyerek araştırmanın özüne en uygun olan makaleleri seçmişlerdir. Makalelerin seçiminde nitel, kesitsel, prevalans çalışmaları için Joanna Briggs Institute Kritik Değerlendirme Kontrol Listesi kullanılmıştır ve araştırma raporunun yazımında PRISMA Bildirimi kontrol listesi seçilmiştir. Araştırmanın bulgularında veri tabanında anahtar sözcüklerle yapılan ilk taramada toplamda 759 makaleye ulaşılmıştır. Yalnızca özet ve anahtar sözcüklere bakılarak yapılan ilk elemelerde 116 tane makaleye indirilmiştir. İkinci analiz başlık, anahtar sözcükler, özet ve sonuca bakılarak elenmiştir. Bu inceleme sonucunda da araştırma konusuna uygun 16 makaleye ulaşılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Çalışanı, Sağlık İletişimi, Şiddet, İletişim Becerileri, Sistemik Derleme

SELMA DİDEM ÖZŞENLER

Arş. Gör. Dr.

Ege Üniversitesi

selma.didem.ozsenler@ege.edu.tr

ORCID ID: 0000-0003-4627-7948

SELÇUK İLETİŞİM DERGİSİ 2021; 14(2): 576-605

doi: 10.18094/JOSC.778997

Geliş Tarihi: 10.08.2020 Kabul Tarihi: 07.04.2021 Yayın Tarihi: 25.04.2021

The Role of Communication Skills in Solving Violence Against Healthcare Professionals: A Systematic Review

JOURNAL OF SELÇUK
COMMUNICATION 2021;
14(2): 576-605
doi: 10.18094/ JOSC.778997



Selma Didem Özşenler

ABSTRACT

Health violence is one of the current events that have increased in recent years. Insufficient communication skills in the basis of patient-health worker and some demographic factors increase the severity in health. The study aims to analyze the analysis of health violence studies carried out in the last three years through systematic compilation and the role of communication skills in the concept of violence in health. The model of the research is systematic review and meta-thematic analysis. Data collection was carried out in three separate databases (Scopus, Web of Science and Sage), with an advanced search of keywords (e.g. Doctor and violence) by scanning articles from January 2017 to January 2020 in all accessible articles. In the method of the study, the two researchers independently selected the articles that best fit the essence of the research by examining each article in detail. In the selection of the articles, Joanna Briggs Institute Critical Evaluation Checklist was used for qualitative, cross-sectional, prevalence studies and PRISMA Notification checklist was selected in the research report writing. In the findings of the research, a total of 759 articles were reached in the first scan with key words in the database. It was downloaded to 116 articles in the first elimination by looking only at the abstract and key words. The second analysis was eliminated by looking at the title, key words, summary and conclusion. As a result of this review, 16 articles suitable for the research topic were reached.

Keywords: Medical Personals, Health Communication, Violence, Communication Skills, Systematic Review

SELMA DİDEM ÖZŞENLER

Res. Ass. Dr.

Ege University

selma.didem.ozsenler@ege.edu.tr

ORCID ID: 0000-0003-4627-7948

JOURNAL OF SELÇUK COMMUNICATION 2021; 14(2): 576-605

doi: 10.18094/ JOSC.778997



GİRİŞ

Sağlıkta şiddet olgusu gün geçtikçe artmaktadır bu durum sağlıkta şiddet çalışmalarında da artış yaratmaktadır. Sağlık iletişimi içerisinde bu konuya odaklanan çalışmaların sayısı da azımsanamayacak düzeydedir. Sağlıkta şiddet vurgusunun temelinde yatan sebepler çoğunlukla yanlış, eksik ve örtülü anlatımlar olup iletişim kazalarına yol açmaktadır. Bu çalışma ile son yıllarda sağlıkta yaşanan şiddet kavramı yapılan çalışmalarda araştırılmış ve iletişim becerilerinin rolü incelenmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1948 yılında yapmış olduğu tanımda (WHO, 1998, s. 1) "Sağlık, sadece hasta ve sakat olmama durumu değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tamamen rahat, iyilik içerisinde olma halidir". Sağlık iletişimindeki mikro düzey vurgusu, tipik olarak sağlık bağlamında ortaya çıkan kişilerarası ilişkiler üzerine (örgütler, aileler, dostluk ağları ve çeşitli örgütlenme biçimleri) kuruludur. Hekim-hasta etkileşimleri ve sosyal destek çalışmaları sağlık iletişiminde genellikle bu mikro düzey etki alanına girmektedir. Araştırmacılar, hekim-hasta etkileşimlerini tanımlamaya ve açıklamaya odaklanmaktadır. Bunun yanı sıra, yine sağlık çalışanları, hekim-hasta ilişkilerinin doğası, özellikleri ve sağlıkta iletişim becerilerini öğretici ve hastalara yönelik programlara odaklanmaktadır. Sağlıkta iletişimin mikro çerçevesi, sağlıkta kanaat önderlerinin sağlık bilgilerini, dijital ağlar ile çevreye iletmek olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu gibi durumlarda, birebir etkileşimler bireyler arası iletişimle toplulukta dağılmakta ve bilgiyi daha geniş bir topluluğa yaymak için fırsatlar yaratılmış olmaktadır. Böylece mikro düzeyde iletişim makro düzeyde elementlerle bağ kurarak bilginin yayılmasını sağlamaktadır (Dutta, 2009, s. 61).

Sağlık iletişimin mezo düzey vurgusu, iletişim sürecinin doğasını, altyapılarını ve sağlık örgütlerini, onların çoklu boyutlarını incelemektedir (Lammers, Barbour, & Duggan, 2005'den akt. Dutta, 2009, ss. 61-62). Oysa geleneksel sağlık örgütleri bu organizasyonları içermektedir. Sağlık örgütlerinin içinde doğrudan yer alan sağlıkçı ofisi, medikal gruplar, hastaneler, hemşire evleri, sağlık grupları, bakım evlerinin kapsamını genişletmek önem arz etmektedir. Çünkü önemli bir oranda sağlık hizmeti işyerleri aracılığı ile verilmektedir. Örgütsel çalışmalar, sağlık iletişiminde iletişimin doğasını, sağlık ekiplerinde mesleki kimliği, yönetimi, örgütsel değişimi, sağlık örgütlerinde liderliğin rolünü, örgütlerde sağlık hizmetlerinin niteliğini araştırmaktadır. Sağlık örgütleri ile halk arasındaki ilişki, stratejik iletişimin kapsamına girmekte ve kamu-örgütü üzerinde çalışan sağlık iletişimcileri çeşitli paydaş grupları ile etkili

ve anlamlı ilişkiler kurabilmek için çeşitli stratejilere odaklanmaktadır. Bu stratejiler, çeşitli mesajlaşma teknikleri, ikna edici görevler olup örgütsel hedeflere ulaşabilmek, krizleri önlemek ya da olan bir kriz durumuna yanıt verebilmek için etkili iletişimin önünü açmaktadır (Dutta, 2009, s. 61-62).

Sağlık iletişimi çalışmalarına makro düzeyde bakış açısı, sağlık süreçlerinin ve sistemlerinin toplum düzeyinde boyutlarını içermektedir (Dutta, 2007'den akt. Dutta, 2009, s. 62). Bu makro düzeyde bakış açısı özellikle, topluma yönelik bütünsel olarak yapılan müdahaleleri, hastaya verilen bilgiyi, sağlık tabularını, tutumları ve sağlık inançlarını topluma duyurabilmek için sağlık çalışanları tüm iletişimsel çabaları sağlık bilgisini ve haberini, sağlığı geliştirme kampanyalarını hedef kitleye ulaştırabilmek için bir temel atılım noktası gibi görülmektedir.

Sağlık alanında iletişim çok çeşitli şekilde gerçekleştirilebilmektedir. Bu iletişim türleri hekim ve hasta arasındaki yüz yüze iletişimden başlayıp, hedef kitleyi bir sağlık sorunu konusunda bilgilendirmeye çalışan bir iletişim aracına, farklı bir dijital ortamda hastane tanıtımına kadar çok geniş bir alana yayılabilmektedir. Tüm bu iletişim yoğunluğuna ve çabalarına rağmen, halen pek çok kişi sağlık konusunda yeterli ve doyurucu bilgi alamama durumu ile karşı karşıya kalabilmektedir. Gerçek anlamda bilgi akışı hem kişiler arası seviyede hem de kitle iletişiminde toplumun her konuda bilgilenmesini ve çeşitli önyargılardan kurtulmasını içerebilmektedir. Ancak bu durum karşılıklı, engelsiz bir iletişim ile mümkün olabilmektedir (Okay, 2020, s. 47).

Bu çalışmada, hekimin hastasına yetersiz bilgi vermesi, hastanın gerek hekimine ya da hemşiresine vermiş olduğu olumsuz/argo vb. cevap, sağlık çalışanının iletişim becerisi eksikliğinden kaynaklı iletişim sürecini iyi yönetememesi gibi şiddete sebep olan iletişimsel engel durumları araştırılmaktadır.

SAĞLIK PERSONELİ- HASTA İLETİŞİMİ

Sağlık personeli ve hasta arasındaki iletişim kopukluğu, iletişimi başlatan sağlık personelinin iletişim stillerinden kaynaklanabilmesinin yanı sıra çeşitli dış faktörlerden kaynaklı bir sorun da olabilir. Hastanın iletişim stili çeşitliliği; ifade edici ve iletişimsel olduğu kadar baskılayıcı ya da pasif de olabilir. Hastanın iletişim stillerini inceleyen araştırmacılar, yaş, cinsiyet, eğitim, gelir, ırk ve diğer özelliklerinin de önemli bir faktör olduğunu vurgulamaktadır. Örneğin eğitim düzeyi yüksek olan hastaların eğitim düzeyi daha düşük olan hastalara göre ifade düzeyinin yüksek olması daha olasıdır.

Hekim-hasta iletişiminde genellikle iletişimin tek yönlü kurulduğu görülmektedir. Hekimin sosyal statüsü ve konumu genellikle iletişimde hastanın pasif olmasına ve çekingen davranış sergilemesine sebep olmaktadır (Ertekin, 2017, s. 127-128). Bu noktada hekime önemli bir iletişim görevi düşmektedir. Hastanın daha fazla merkeze alındığı ve hastanın isteklerinin de önemli olduğunun belirtildiği ve hissettirildiği uygulamalar hekim ile hastanın iletişim sürecini hızlandırmakta ve empatik bir boyut yaratmaktadır (Okay, 2012). Hekimin hastasını odağına aldığı hastalar, kendilerini değerli ve yeterli hissedip daha fazla bilgi edinme için soru sorma ve hastalığının genel süreci hakkında daha uzun süre konuşma motivasyonuna sahip olabileceklerdir.

İletişim tarzları ve iletişim becerileri üzerine yapılan araştırmalar, sağlıkta eğitim programlarının geliştirilmesine ivme kazandırmaktadır. Bu programlar, iletişim becerileri konusunda hekimleri, sağlık personellerini ve hastaları eğitmeye yöneliktir. Bu programların hedefi, veri toplama, görüşme, ilişki kurma, kolaylaştırma, kontrol etme, yorumları açıklama, açık uçlu sorular sorma, etkili beden dili kullanma, hastaların görüşlerini alma, empatik ifadeler verme, hastaların endişelerini ortaya çıkarma, dinleme, psikososyal tartışmalara katılma ve hastaların anlayış düzeylerini araştırmaktır (Cegala & Broz, 2005). Öylece hastalar ve hekimler arasında doğru bir bilgi alışverişi, uygun iletişim becerileri ve hasta korkusunun kontrolünün sağlanması gibi davranış kalıpları gerçekleştirilmektedir.

İletişim becerileri ve etkili iletişimi kavramsallaştırma yolları yerel, kültürel, ekonomik ve sosyal bağlamlara göre çeşitlenmektedir. Sağlık personeli-hasta ilişkisi ve iletişim becerileri ve stratejileri bugünkü sağlık hizmetlerinde değişen trendlerle birlikte gelişim göstermektedir. Hasta katılımına yönelik artan vurgu sosyo-kültürel çevreye artan ilgi ile sağlık personeli ve hasta arasındaki ilişkileri geliştirmektedir. Personel ve hasta arasındaki etkileşim için oluşturulan ekolojik modelde sağlık hizmetlerinin içinde bulunduğu sosyal bağlamlara dikkat çeken ilişkiler yer almaktadır. Hastanın bilgi edinmesi yolunda atılan adım hastanın tutum değiştirmesini sağlayabilir. Açık iletişim ile hastaya güvenilir bir ortam yaratılabilir. Bu durum kişide kendisinin önemsendiği ve dikkate alındığı duygusunu uyandırmaktadır. Bütün başarılı iletişim ve etkileşimler genellikle diğerlerinin bakış açısını nedenleriyle birlikte iyi bir şekilde anlamayı gerektirmektedir (Schiavo, 2007, s. 65-70).

Yukarıda doğru ve sağlıklı iletişime yönelik verilen çabanın ve kişilerarası mesajların sağlık iletişiminde ne kadar önemli unsurlar olduğu vurgulanmaktadır. Sağlık iletişiminde yer alan her bir eylem

alanı önem arz etmektedir. Çeşitli iletişim araçları ile kurumu, çalışanlarını tanıtmak ve hedef kitlenin güvenini kazanmak yolunda atılan her bir adım, bireylerin sabit tutumlarını değiştirmeye ve onları motive etmeye yönelik kritik öneme sahiptir.

Sağlık Çalışanı-Hasta İletişiminin Önündeki Engeller

Sağlık çalışanı ve hasta iletişiminin önünde (önyargı-stereo tipleştirme, ima yollu ya da örtük iletişim, genellemeler, kutuplaşmalar, etiketleme, dilsiz bilgilendirme vb.) kültür, dil, din, mezhep, cinsiyet, sosyo-ekonomik faktörlerden kaynaklı engeller söz konusu olabilmektedir.

Birçok sağlık hizmeti veren halk sağlığı uzmanı etkili hasta iletişiminin önemine vurgu yapsa da veriler etkileşimin geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Örneğin, ABD’de yapılan bir araştırma bir hastanın hekim kendisinin sözünü kesmeden ortalama on sekiz ile yirmi iki saniye aralığında konuştuğunu göstermektedir (aktaran Schiavo, 2007). Başka bir çalışma yine bir hastanın: “Eğer özgürce konuşmasına izin verilirse ortalama iki dakikadan daha az” konuştuğunu göstermektedir. Bu kısa süreçte hasta en önemli endişelerini ve semptomlarını ifade etmektedir. Bu sürenin yeterli şekilde uzatılması daha iyi bir hasta hekim/personel ilişkisine dönüşümü sağlayabilmektedir. Yeterli sürenin hastaya verilmesi daha az hasta takibi ve daha odaklanılmış etkileşimler sağlayabilmektedir (aktaran Schiavo, 2007). Bununla birlikte zaman, etkili iletişimi engelleyen tek unsur değildir.

Örneğin; araştırmalar, eğitim düzeyinin yetersizliğinin ve dil engellerinin, tıbbi bilgileri anlamada azalmaya neden olabileceğini göstermektedir. Bu yüzden jargon ve karmaşık tıbbi terimlerin kullanımı hastaların kavrayışını olumsuz etkilemektedir. Amerikan Tabipler Birliği (aktaran Schiavo, 2007) çoğu hastaya, eğitimine bakılmaksızın, düzeyine uygun, “basit ve kolay anlama”ya yönelik hastalıkları ile ilgili bilgi vermektedir. Bu durum hekim-hasta iletişiminin akıcılığı için oldukça önemlidir. Hekimin tıbbi terimlerle hastaya bilgi vermeye kalkması hastanın tedavi sürecini anlayamamasına ve kendi hastalığı hakkında doğru bilgi alamamasına sebep olabilecektir. Bununla birlikte hasta küçük düşme kaygısı yaşayabileceğinden tedavi sürecini tehlikeye atabilecek kadar tekrar soru sorma kaygısı duyabilir.

Sağlık Çalışanı-Hasta İletişiminin Önündeki Engeller: Hasta Faktörü

Sağlık çalışanı ya da hekim hasta arasındaki iletişim engelleri çeşitli konularda ve çeşitli düzeylerde olabilmektedir. Örneğin; hastanın eğitim seviyesinin düşüklüğü, sağlık okuryazarlık

seviyesinin düşük olması, dile dayalı bazı engeller, kültüre bağlı ya da etnik köken farklılıkları, yaşının küçük ya da ileri olması, bazı bilişsel kısıtlılıklar, tıbbi jargon ya da terimlerin bilinmemesi, hastalığa bağlı ya da hastalığın süreci ile ilgili yüksek korku ve endişenin vermiş olduğu stres gibi faktörler hastanın kendisini tedavi edecek olan hekimi anlamasını, iletişim kurmasını güçleştirecek faktörlerdendir.

Hekimler, hemşireler ve diğer sağlık personelleri güç dengesinin kendilerinin üzerinde daha az olduğu yeni ilişki biçimine adapte olurken, bazı profesyoneller eğlenceli ve yeni gelişmelere uyum sağlamakta iken bazıları hastalarının talep ve ihtiyaçlarına zaman bulabilmekte zorluk çekmektedir. Bu yolda uyum sağlayabilen, başarılı geçişler yapabilen profesyoneller çeşitli uygulamalar gerçekleştirebilmiş ve hastalar da bu profesyonellere daha iyi bir iletişimle ve insani bir biçimde yaklaşmışlardır (Schiavo, 2007, s. 113).

Hekim-hasta iletişimindeki hatalara bağlı olarak hastanın tatmin olmamasına ve tedaviyi dikkate almamasına yol açan durumlar: 1) hastaya verilen bilgiyi aktarma aşamasında hekimin yetersiz ve zayıf kalması, 2) iletişim sırasında verilen mesajların hasta tarafından anlaşılabilme düzeyinin düşük olması, 3) verilen bilginin hasta tarafından hatırlanma seviyesinin zayıf olması şeklinde özetlenebilir (aktaran Gordon & Edwards, 2014, s. 31).

Birçok dernek ve kuruluş hekim-hasta iletişimi ve hastalarla etkili iletişim kurabilecek beceri ve araçlara sahip doktorlar yetiştirmeyi ön gören ve iletişimi temel bir yetkinlik olarak dâhil eden tıp eğitimi vermektedir. Giderek artan bir şekilde sağlık hizmeti verenler de iletişimi öğrenmektedir. Bunun yanı sıra daha spesifik sayılabilecek kötü haberleri verme aşamasında yardımcı olabilecek eğitimler alabilmektedirler. Sağlık alanında çalışan kişiler, eğitimlerini çok iyi bir biçimde almış oldukları halde, birçok pratiği de hastayı görme sırasında öğrenerek edinmektedirler. Bu noktada hastalar hekimler için iyi bir bilgi kaynağı oluşturmakta iken, hekimlerin de onların isteklerini göz ardı etmemeleri gerekmektedir. Hasta ve hekim arasındaki iletişim arttıkça ilişki de artmakta ve bunun sonucunda hastalar, hekimlerinden daha farklı bir davranış beklentisi içerisine girmektedirler. Hekim ve hasta arasındaki iletişim sürecinde, hastayı çözümlere dâhil etme süreci bakımından farklı yaklaşımlar bulunduğu görülmektedir. Hastanın kişiliği, yaşı, eğitimi, kültürü, sosyo- ekonomik düzeyi gibi demografik özelliklerine bağlı olarak hekim iletişiminde ataerkil karar alma modeli, bilgilendirici model,

açıklayıcı model, görüşmeye dayalı model gibi hastaya uygun modelleri kullanabilmektedir (Okay, 2020, s. 99-104).

Hasta - Sağlık Çalışanı İlişkisini Ortaklığa Dönüştürmek

Hastaların sağlığa ilişkin davranışları, sağlık hakkındaki algılamaları ve tutumları ile yakından bağlantılıdır. Sağlık davranışı, hastanın sağlık algı ve tutumlarının, toplumsal ve çevresel etkenlere dayalı olarak desteklenmesi, geliştirilmesi veya değiştirilmesi şeklinde gerçekleşmektedir. Toplumun sağlık hakkındaki inançlarının ve davranışlarının bilinmesi, o topluma verilecek sağlık eğitiminin de o ölçüde kapsamlı ve amaca hitap eder biçimde olmasını sağlayabilir. Sağlık iletişimi programlarının ve çalışmalarının yeterli ve yol gösterici olabilmesi için de bireylerin sağlığa ve hastalığa bakışının ve bu davranışlarının nasıl ve ne yönde değiştiğinin bilinmesi önemlidir (Bilişli, 2018, s. 46). Bu durum makro ölçekte toplum, potansiyel hasta, hastane kurumları ve sağlık çalışanları arasında olduğu kadar, mikro ölçekte hekim-hasta arasındaki ilişkide de önemlidir. Hekimin hastayı tanıması, hastalık hakkındaki düşüncelerini, tutumlarını bilmesi ve buna göre iletişimini kurması hasta-hekim arasındaki ilişki bağı kadar tedavi sürecinin problemsiz sürmesi açısından da değerlidir.

Hasta-sağlık çalışanı ilişkisini ortaklığa dönüştürmek sözündeki ortaklık sözcüğü tanım olarak tarafların eşit olmasını gerektirmektedir. Ortakların bir amaç peşinde koşması ve bir rolü olması gerekmektedir. Profesyonel ve hasta ilişkisinde de ortak neden, hastanın sağlığıdır. Sağlık iletişimi, profesyonel-hasta ilişkilerini geliştirmeye yardımcı olabilmektedir. Yaygın iletişim sorunları hakkında farkındalık yaratarak sağlık sonuçlarına ulaşmada rol ve sorumlulukların yanı sıra farklı bir bakış açısı kazandırabilmektedir. İletişim metodolojisi ve mesaj eğitimi profesyonellerin iletişimi keskinleştirmesine yardımcı olabilmektedir. Ayrıca doktorların hastaların sağlıkları konusunda endişe ettikleri konuları üzerinde duracakları konuşmalar yapmasında yardımcı olabilmektedir. Sağlık hizmeti profesyonellerinin alacağı iletişim eğitimi özellikle bu konulara odaklandığı takdirde verimli olabilir (Schiavo, 2007, s. 114). Bu noktada sağlık çalışanı ya da hekimin hastayı ilk gördüğü andan itibaren hastasını rahatlatabilmesi için kullanabileceği bazı iletişim davranışları şu şekilde özetlenebilmektedir: hekim ve hasta arasındaki ilk karşılaşmanın selamlaşma ile başladığını söylemek mümkündür. Bu selamlaşmayı takip eden süreçte hasta ilk izlenim olarak hekimin iletişime açık olup olmadığını gözlemleyebilir. Örneğin hekimin hastayı ayakta karşılaması, tokalaşması ve "hoş geldiniz" demesi gibi basit ancak önemli konular, hastaya

kolaylıkla "sizi dinlemeye hazırım" mesajını iletebilmektedir. Selamlaşmadan sonra hekim hastasının rahat olacak bir şekilde oturmasını sağlayabilmelidir. Genellikle zaman baskısı ya da yoksunluğundan iletişim çatışmaları yaşanmaktadır. Dolayısıyla hekimler kendilerine bir zaman programı hazırlayabilir. Böylece, bu zaman programı içerisinde hasta ile etkili bir iletişimin gerçekleşebileceği ve sorunun net bir biçimde saptanabileceği bir görüşme olarak kaydedilebilir (Okay, 2020, s. 111-112). Etkin ve aktif bir dinleme, hasta odaklı görüşmenin temel yöntemlerindedir. Hasta-hekim ilişkisini ortaklığa dönüştürme aşamasında da ana araçtır. Schweickhardt'ın çalışmasında (Okay, 2020, s. 112-113) aktif dinleme aşamasında hekimin uygulaması gereken aşamalar şunlardır:

- Hastanın sözlerini bitirmesini beklemek, ona zaman tanımak
- Açık uçlu sorular sormak
- Aralar vermek
- Hastayı konuşmaya devam etmesi konusunda motive etmek
- Hastanın söylediklerini tekrarlamak
- Hastanın söylediklerini özetleyerek toplamak
- Duyguların yansıtılması

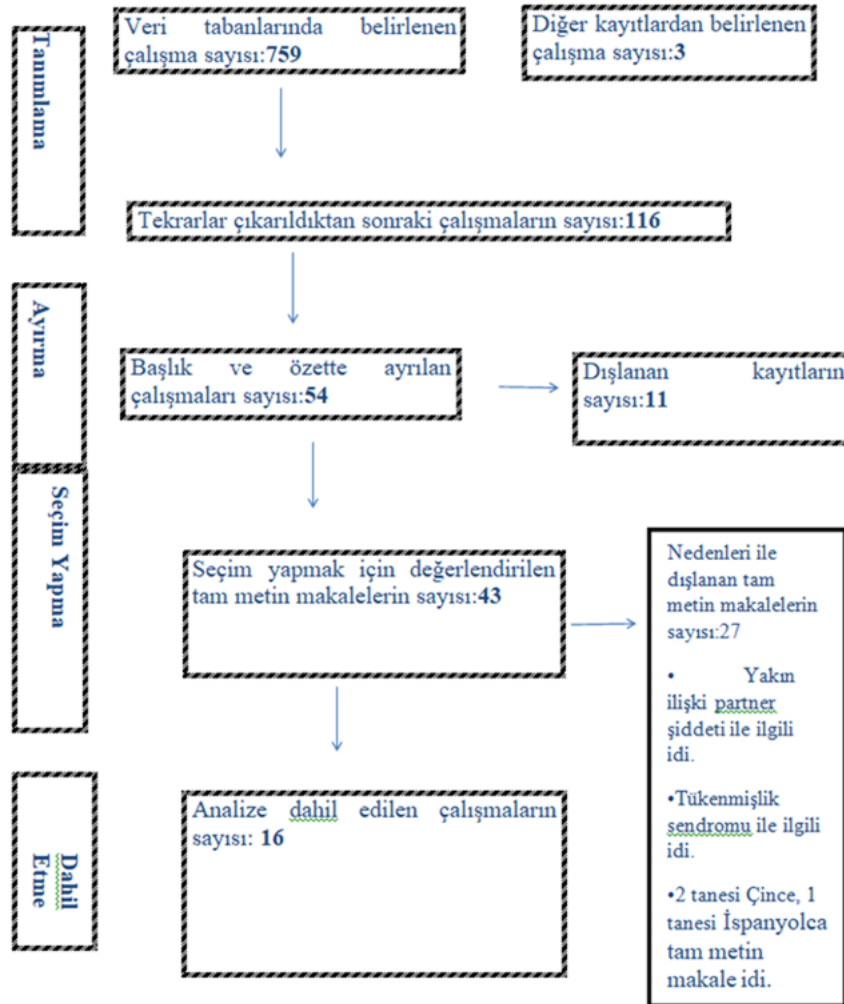
İlhan (2018, s. 130) iletişim engellerini aşmak için, belirli aralıklarla geribildirimlerden yararlanmanın önemini, yüz yüze iletişimin gerekliliğini, alıcıya karşı duyarlı olmayı (empatik iletişim kurmayı), dolaysız, sade, basit bir dil kullanmayı, gereğinden fazla tekrar yapmamayı, savunuculuğa neden olmamayı, ne söylemek ve nasıl söylemek istediğimizden emin olmayı, iletişimin gerçek amacını beden dili ile desteklemeyi, tutarlı olmayı, iletişim ortamını dikkate almayı, ortamı ve zamanı titizlikle belirlemeyi, alıcıyı anlamaya çalışmayı ve iyi (etkin) bir dinleyici olmayı önermiştir.

İletişim uzmanları, profesyonel- hasta arasındaki sorunların çözülmesine yardımcı olabilir. Meslek birlikleri, ilişkiler, hasta grupları ve bireysel sağlık hizmeti verenler sorunları anlayarak genel iletişim becerilerini geliştirmenin yanı sıra politikaları ve tıbbi müfredatı etkilemeye yardımcı olabilir. Etkili iletişimin sahip olabileceği merkezi rol sağlık sonuçlarını hastaya uygun bir iletişimle iletmek olabilir.

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Sağlık çalışanları- hasta ilişkisinde şiddet önleme unsuru olarak iletişim becerilerinin rolü, sistematik-derleme araştırma yöntemi ile incelenmiştir. Araştırmanın verileri, üç ayrı veri tabanında

(Scopus- Web of Science- Sage), anahtar kelimeler gelişmiş tarama yöntemi ile tek tek girilerek (doktor ve şiddet- sağlık çalışanı ve iletişim becerileri) toplanmıştır. Tüm erişime açık olan 2017 Ocak ile 2020 Ocak tarih aralığında bu konularda yazılmış ve başlıklarında bu anahtar sözcüklerden en az biri geçen makaleler veri olarak belirlenmiştir. İki araştırmacı bağımsız bir şekilde potansiyel makalelere ulaşmıştır. Her bir makaleyi detaylı bir şekilde inceleyerek araştırmacının özüne en uygun olan makaleleri seçmişlerdir. Makalelerin seçiminde nitel, kesitsel, prevalans çalışmaları için Joanna Briggs Institute Kritik Değerlendirme Kontrol Listesi kullanılmıştır ve araştırma raporunun yazımında PRISMA Bildirimi kontrol listesi seçilmiştir. Aşağıda Sistemik Derleme yönteminin tekrar eden ve seçilen çalışma sayılarının diyagramı araştırma sorusunun bileşenleri olan (PICOS) araştırma sorusu katılımcıları (P: population), müdahaleler (I: interventions), karşılaştırma grupları (C: comparators), sonuçlar (O: outcomes) ve araştırma desenleri (S: study designs) ile tablo olarak verilmektedir (Karaçam, 2013, s. 28).



Şekil 1 Tekrar Eden ve Seçilen Çalışma Sayılarının Diyagramı

Veri tabanlarında anahtar sözcülerle yapılan ilk taramada toplamda 759 makaleye ulaşılmıştır. Yalnızca özet ve anahtar sözcüklere bakılarak yapılan ilk elemde 116 tane makaleye indirilmiştir. İkinci analizde başlık, anahtar sözcükler, özet ve sonuca bakılarak elenme yapılmıştır. Bu inceleme sonucunda da araştırma konusuna uygun 16 makaleye ulaşılmıştır.

Tablo 1 JBI (Joanna Briggs Institute) Nitel Çalışmalar İçin Kritik Değerlendirme Kontrol Listesi

Maddeler	Zhang ve diğerleri (2019)	Leung ve diğerleri (2018)	Nilsen & Malterud (2017)	Friedlander (2019)	Brophy ve diğerleri (2018)
1. Belirtilen felsefi bakış açısı ile araştırma metodolojisi arasında uygunluk var mı?	✓	✓	✓	✓	✓
2. Araştırma metodolojisi ile araştırma sorusu ya da amaçları arasında uygunluk var mı?	✓	✓	✓	✓	✓
3. Araştırma metodolojisi ile veri toplamak için kullanılan yöntemler arasında bir uyum var mı?	✓	✓	✓	✓	✓
4. Araştırma metodolojisi ile verilerin sunumu ve analizi arasında uygunluk var mı?	✓	✓	✓	✓	✓
5. Araştırma metodolojisi ile bulguların yorumlanması arasında bir uyum var mı?	✓	✓	✓	✓	✓
6. Araştırmacıyı kültürel ya da teorik olarak konumlandıran bir ifade var mı?	?	x	x	x	✓
7. Araştırmacının araştırma üzerindeki etkisi ve bunun tersi ele alınmış mı?	x	x	✓	?	✓
8. Katılımcılar ve ifadeleri yeterince sunulmuş mu?	✓	✓	✓	✓	✓
9. Araştırma mevcut kriterlere ya da güncel çalışmalara göre etik mi ve uygun bir kuruluş tarafından etik onay verildiğinin kanıtı var mı?	?	x	x	?	
10. Araştırma raporunda çıkarılan sonuçlar, verilerin analizinden ya da yorumlanmasından kaynaklanıyor mu?	✓	✓	✓	✓	✓

Çalışmada seçilen makaleler içeriklerine uygun olan değerlendirme kontrol listesinden geçirilmiştir. Zhang ve diğerlerinin (2019), Leung ve diğerlerinin (2018), Nilsen ve Malterud (2017) ve Friedlander (2019)'un çalışmalarında felsefi bakış açısı ile araştırma metodolojisi arasında uygunluk

vardır. Araştırma metodolojisi ile araştırma sorusu ya da amaçları arasında uygunluk vardır. Veri toplamak için kullanılan yöntemler arasında bir uyum vardır, verilen sunumu ve analizi arasında uygunluk vardır, bulguların yorumlanmasında uyum vardır. Zhang ve diğerleri (2019)'nin çalışmasında araştırmacıyı kültürel ya da teorik olarak konumlandıran bir ifade olup olmadığı makalede belirtilmemiştir. Leung ve diğerleri (2018), Nilsen & Malterud (2017) ve Friedlander (2019)'un çalışmalarında araştırmacıyı kültürel ya da teorik olarak konumlandıran bir ifade bulunmamaktadır. Zhang ve diğerleri (2019), Leung ve diğerleri (2018)'un çalışmalarında araştırmacının araştırma üzerindeki etkisi ve bunun tersi ele alınmamıştır. Nilsen ve Malterud (2017)'nin çalışmasında araştırmacının araştırma üzerindeki etkisi ele alınmıştır. Friedlander (2019) makalesinde JBI (Joanna Briggs Institute) Nitel Çalışmalar İçin Kritik Değerlendirme Kontrol Listesi maddesi olan "araştırmacının araştırma üzerindeki etkisinin olup olmadığı" durumu belirtilmemiştir. Zhang ve diğerleri (2019), Leung ve diğerleri (2018), Nilsen ve Malterud (2017) ve Friedlander (2019)'un çalışmalarında katılımcılar ve ifadeleri yeterince sunulmuştur. Araştırmanın mevcut kriterlere ya da güncel çalışmalara göre etik onayının alınıp alınmadığı Leung ve diğerleri (2018), Nilsen ve Malterud (2017)'un çalışmalarında bulunmamakta iken Zhang ve diğerleri (2019) ve Friedlander (2019)'un çalışmalarında belirtilmemiştir. Brophy ve diğerleri (2018)'nin makalesinde kontrol listesindeki on madde de bulunmaktadır. Tüm çalışmalarda araştırma raporunda çıkarılan sonuçlar, verilerin analizinden ya da yorumlanmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 2 JBI Prevalans Çalışmaları İçin Kritik Değerlendirme Kontrol Listesi

Maddeler	Lu ve diğerleri (2018)	Deng ve diğerleri (2018)	Zhan ve diğerleri (2019)	Ahmed ve diğerleri (2018)	Yaşar ve diğerleri (2017)	Pinar ve diğerleri (2017)
1. Örneklem yapısı hedef kitleyi göstermek için uygun mu?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. Çalışmada katılımcılar uygun bir şekilde	✓	✓	✓	✓	✓	✓

örneklendi mi?						
3. Örneklem büyüklüğü yeterli mi?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4. Çalışmanın katılımcıları ve yeri detaylı olarak anlatıldı mı?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5. Veri analizi belirlenen örneklemin yeterli kapsamı ile yapıldı mı?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6. Durumun tanımlanması için kullanılan metotlar geçerli mi?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7. Durum tüm katılımcılar için standart ve güvenilir bir şekilde ölçüldü mü?	?	?	?	?	?	?
8. Uygun istatistiksel analiz yapıldı mı?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9. Yanıtlama oranı yeterli miydi, değilse yetersiz yanıtlanma oranı uygun şekilde yönetildi mi?	✓	✓	x	?	?	✓

Prevalans çalışmalarına uygun kritik değerlendirme kontrol listesi Lu ve diğerleri (2018), Deng ve diğerleri (2018), Zhan ve diğerleri (2019), Ahmed ve diğerleri (2018), Yaşar ve diğerleri (2017) ve Pinar ve diğerleri (2017)'in çalışmalarına daha uygun olduğu için bu kontrol listesinden çalışmalar geçirilmiştir. Örneklem yapısı, katılımcıların uygun bir şekilde örneklenmesi, örneklem büyüklüğünün yeterliliği,

çalışmanın katılımcıları ve yerinin detaylı anlatılması, veri analizinde belirlenen örneklemin yeterli kapsamının yapılması, durumun tanımlanması için kullanılan metotların geçerliliği Lu ve diğerleri (2018), Deng ve diğerleri (2018), Zhan ve diğerleri (2019), Ahmed ve diğerleri (2018), Yaşar ve diğerleri (2017) ve Pinar ve diğerleri (2017)'in çalışmalarının hepsinde mevcuttur. Durumun tüm katılımcılar için standart ve güvenilir bir şekilde ölçülmesi hiçbir çalışmada belirgin değildir. Tüm çalışmalarda uygun istatistiksel analiz yapılmıştır. Lu ve diğerleri (2018), Deng ve diğerleri (2018), Pinar ve diğerlerinin (2017) çalışmalarında yanıtlama oranı yeterli iken, Zhan ve diğerlerinin (2019) çalışmasında yeterli değildir, Ahmed ve diğerleri (2018), Yaşar ve diğerlerinin (2017) çalışmalarında ise belirsizdir.

Tablo 3 JBI Kesitsel Çalışmalar için Kritik Değerlendirme Kontrol Listesi

Maddeler	Kumar ve diğerleri (2019)	Zeng ve diğerleri (2018)
1. Örnekleme dahil edilme kriterleri açıkça tanımlanmış mı?	✓	✓
2. Çalışmanın katılımcıları ve ortamı detaylı olarak anlatılmış mı?	✓	✓
3. Maruziyet geçerli ve güvenilir bir yöntemle ölçülmüş mü?	✓	✓
4. Durumun/koşulların ölçümü için objektif ve standart kriterler kullanılmış mı?	x	✓
5. Karıştırıcı/katkıda bulunucu faktörler tanımlanmış mı?	?	✓
6. Karıştırıcı faktörleri yönetmek için stratejiler belirtilmiş mi?	?	✓
7. Sonuçlar geçerli ve güvenilir bir yöntemle ölçülmüş mü?	✓	✓
8. Uygun istatistiksel analizler kullanılmış mı?	✓	✓

Kumar ve diğerleri (2019)'un kesitsel çalışmasında örnekleme dahil edilme kriterleri açık bir biçimde tanımlanmıştır. Çalışmanın katılımcıları ve ortamı detaylı olarak anlatılmıştır. Maruziyet geçerli ve güvenilir bir yöntemle ölçülmüştür. Durumun/koşulların ölçümü için objektif ve standart kriterler kullanılmamıştır. Karıştırıcı/katkıda bulunucu faktörlerin tanımlanıp tanımlanmadığı belirtilmemiştir. Karıştırıcı faktörleri yönetmek için stratejilerin olup olmadığı belli değildir. Sonuçlar geçerli ve güvenilir bir yöntemle ölçülmüştür. Uygun istatistiksel analizler kullanılmıştır. Zeng ve diğerleri (2018)'nin makalesinde kontrol listesinde bulunan sekiz madde de bulunmaktadır.

Liu ve diğerleri (2017), Singh (2017), Ganguly (2020)'nin çalışmaları derleme niteliğinde olduğundan dolayı hiçbir değerlendirme kontrol listesine dahil edilmemiştir. Nitel ve nicel çalışmalar yapıldığında kontrol listesinden geçirilmesi uygundur. Bu üç derleme çalışması bu makalenin literatürü

ile örtüştüğünden dolayı ve araştırmancın çıktılarına katkı sağlayacağı düşünüldüğü için araştırmancın örnekleme de dahil etme gereği duyulmuştur.

Tablo 4 Araştırmaya Dahil Edilen Çalışmaların Özellikleri (PICOS)

Çalışma (Ülke/ bölge, çalışma süresi/varsakuramı)	Katılımcılar (P)	Müdahale		Çıktılar (O)	Çalışmanın deseni (S)
		Müdahale grubu(I)	Kontrol Grubu(C)		
Zhan ve diğerleri (2019) Çin Hastane 2016 (yaz dönemi) 2 araştırma ağızdan ağıza iletişim	199 Çinli doktor ve hemşire	Fiziksel olan ve fiziksel olmayan şiddet		Sağlık profesyonellerinin fiziksel olmayan şiddeti ayda 1 ya da 2 kere deneyimlemesi	Anket çalışması
Kumar ve diğerleri (2019) Hindistan 6 aylık periyod	120 Doktor, 240 hemşire, 180 sağlık çalışanı (hasta bakıcı vb.), 127 hasta	Doktorlara ve hemşirelere yönelik saldırı		Sağlık çalışanları işyerinde şiddet olarak en çok bağırma, küfre maruz kalmaktadır. Sağlıkta şiddetin azalmasına yönelik hastanede verilen kişilerarası iletişim eğitim programları	Kesitsel çalışma
Ahmed ve diğerleri (2018) Pakistan Yazılı Anket formu	Erkek ve kadın doktor personeller	Sözlü istismar		Hekimlerin (% 85) hafif olaylarla karşılaştığı, % 62'sinin orta dereceli olaylarla	Anket çalışması

				karşılaştığı ve şiddetli derecede olaylara % 38'inin maruz kalması	
Yaşar ve diğerleri (2017) Türkiye/ Ankara Araştırma Ocak-Şubat 2015 tarihinde üniversite hastanesinde yapılmıştır.	192 hasta ve hasta yakınları	Fiziksel şiddet (tokat-yumruk-tekme)		Hastaların yaklaşık%88'i şiddetin yasal yollara başvurmak için bir yöntem olmadığına inanmaktadır.	Anket çalışması
Zhang ve diğerleri (2019) Çin, 2017 Heilongjiang, 24 ayrı hastaneden personel çalışmaya dahil edilmiştir	400 Doktor	DDPR(Difficult Doctor-Patient Relationship), Özerklik		DDPR(Difficult Doctor-Patient Relationship)'lerin olumlu ve olumsuz çıktılarının hastane yöneticileri için rehber oluşturması	Yapısal denklem modeli
Pinar ve diğerleri (2017)	Kurumda en az 12 ay çalışan sağlık personeli	Psikolojik şiddet [sözlü taciz, mobbing / zorbalık ve cinsel taciz] ve fiziksel şiddet)		Sağlık çalışanlarının neredeyse yarısı (%44,7) şiddet yaşamıştır	Anket çalışması
Leung ve diğerleri (2018) Yarı-yapılandırılmış görüşme& tematik analiz	19 Doktor (11 kadın ve 8 erkek)	Doktorların hazırbulunuşluk ve uygunluk kavramlarını nasıl tanımladığı		Doktorların IPA(Intimate Patner Abuse)'yı tanımlamaya ve yanıtlamaya	Tematik analiz

				hazır olup olmadıkları, duygusal kaygılar	
Nilsen & Malterud (2017) Norveç Yarı-yapılandırılmış görüşme	40-63 yaş arası kişiler	Doktorların hastalarının isteklerini reddetmesi		Hastanın talebi olduğunda anlaşmazlık konusu soruşturma	(STC) Sistematik Metin Yoğunlaştırma Modeli
Friedlander ve diğerleri (2019) SOMA modeli	23 tıp uzmanı (doktorlar, hemşireler ve diş hekimleri)	Sağlık psikolojisindeki literatüre dayanma, tıp ve psikoterapötik ittifak, SOMA (System for Observing Medical Alliances)		Hastalığın uygunluğunu değerlendirmek	SOMA modeli
Lu ve diğerleri (2018) Çin Meta-analiz	Çin'de sağlık profesyonelleri	İşyerindeki şiddeti PubMed, PsycINFO ve Embase veri tabanlarından metatematik analiz yoluyla araştırma		Şiddet yönetimini uygulamak için personele yeterli eğitim, öğretim ve destek sağlanmalıdır. İşyerinde güvenliği sağlamak için politikalar uygulanmalıdır.	Anket çalışması
Deng ve diğerleri (2018) Çin'in Beşinci Bölgesi'nin bir parçası olan Hubei eyaleti	Doktorlar	Doktorların iş memnuniyeti		İş-aile çatışmasının doktorların iş tatmini üzerinde olumsuz etkisi olduğu ve iyi doktor-hasta ilişkisinin doktorların iş	Anket çalışması

				doyumlarını olumlu etkilediği görülmüştür.	
Zeng ve diğerleri (2018) Çin Xiamen şehri 17 hastane 2012-2014	Doktorlar ve hastalar	Doktor-hasta ilişkisi		Doktor ve hasta arasında iletişim eksikliğine dayalı hastanın yeterli bilgi alamaması	Kesitsel anket çalışması
Brophy ve diğerleri (2018) Ontario/Kanada 2016 Ocak Tanımlayıcı Nitel araştırma	44 Sağlık çalışanı	Zayıf iletişim, yetersiz psikolojik ve finansal destek		Tolerans yokluğu	Tanımlayıcı nitel araştırma çalışması (açık uçlu sorular)
Liu ve diğerleri (2017) Çin	Doktorlar ve tıp öğrencileri	İletişim becerileri eğitimi		Tıp eğitiminde iletişime yönelik önerilen pratik stratejiler ve karma türler	Derleme
Singh (2017)	Doktorlar	Doktorların fiziki ve sözlü tacize uğraması		Hastane yönetiminin müdahalesi ve devletin sağlıkta şiddete yönelik yasalar koyması	Derleme
Ganguly (2020) Hindistan	Doktorlar	Doktorların şiddet görmesi		Hükümetin sağlık hizmetlerindeki maddi manevi eksikliklerin giderilmesi için müdahalesi	Derleme

Yapılmış olan sistematik derleme sonucunda kabul edilen/incelemeğe dahil edilen çalışmaların özelliklerine bakıldığında (PICOS) (Katılımcılar, Müdahale, Karşılaştırma (Kontrol Grubu), Sonuç, Araştırma Deseni) en fazla çalışmanın Çin'de yapıldığı görülmektedir. En çok kullanılan araştırma metodu nicel yöntem ve anket araştırma aracıdır. Örneklem genişliği araştırmacının anket çalışması yapmayı tercih etmesine sebep olabilir. Bazı çalışmalar kesitsel analiz, tematik analiz ve model oluşturma yöntemi şeklinde oluşturulmuştur. Yapılan anket çalışmalarında hasta-sağlık personeli temelinde yaşanan iletişim çatışmasının, dinlememe, yeterli cevap vermeme, uygunsuz beden dili, iletişim becerilerinden yoksun olma gibi sebeplerden dolayı ortaya çıktığı görülmektedir. Araştırmanın bulgularında bu çalışmaların özelliklerinin ortaya çıkardığı sonuçlar detaylı bir biçimde verilmektedir.

Yukarıdaki tabloda araştırmaların özellikleri her makalede ayrı ayrı olduğundan bazı makalelerin özellikleri daha detaylı bazı makalelerin (PICOS) özellikleri daha az verildiğinden farklı yoğunlukta bilgi işlenmiştir.

ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Fiziksel – Sözel ve Ruhsal Şiddet

Seçilmiş olan makalelerde yapılmış olan çeşitli araştırmalar incelenmiş olup fiziksel-sözel ve ruhsal şiddet bağlamında ortaya çıkan veriler aşağıdaki gibidir:

Zhan ve diğerleri (2019)'a göre katılımcılara uygulanan anket çalışmasında görülmektedir ki fiziksel olmayan şiddet en yüksek olarak ölçülen şiddet değeri olarak ortaya çıkmaktadır. Mevcut örneklemden sağlık hizmeti personelleri, fiziksel olmayan şiddeti ayda bir veya iki kez yaşamaktadır. Katılımcıların çoğunluğu (199 kişide 130 kişi; %65,33) fiziksel olmayan şiddete daha fazla maruz kalmaktadır. Katılımcıların geri kalanı (%34,67) fiziksel olmayan şiddet için haftada bir veya iki kez yanıtı vermişlerdir. Hekimlerle karşılaştırıldığında, hemşireler hastalardan ve / veya akrabalarından / arkadaşlarından biraz daha fazla fiziksel olmayan şiddet görmektedirler. Hastalardan ve / veya hasta yakınlarından fiziksel şiddetin sıklığı fiziksel olmayan şiddetten düşük olarak görülmektedir. Hekimler ve hemşireler arasında bildirilen fiziksel şiddet konusunda önemli bir farklılık olmadığını belirtmişlerdir. Fiziksel olmayan şiddet ile sağlık personellerinin öfkesi ve hayal kırıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Şiddet faktörü herhangi bir sonuç değişkeni ile korelasyonlu değildir.

Kumar ve diğerlerine (2019) göre fiziksel olmayan şiddet çoğunlukla hastaya yetersiz yanıt veren sağlık personeli nedeniyle ve tedaviye dayalı olarak hastanede kalış süresinin uzaması sonucu ortaya çıkmaktadır. Bir hasta, ziyaretçilerden veya hastalardan diğer hastanelerin hastaları hızla taburcu ettiği konusunda haberdar olduğunda öfkelenmekte ve tedaviden memnun kalmamaktadır, bu sebeple sağlık personeline yüksek sesle konuşmaya başlamakta ve hakaret etmektedir. Bu noktada hasta memnuniyetinin, hastaya doğru zamanda ve uygun tedavinin başlanması, gerekli bilgilerin verilmesi ve doktora ve hastaneye olan güven ve aidiyetinin sağlanması ile mümkün olacağı aksi takdirde sözel ve ruhsal açıdan kışkırtıcı, yıpratıcı ve saldırgan bir üslup kullanabildiği görülmektedir.

Ahmed ve diğerlerinin (2018) çalışması doktorların 12 ay içinde en az bir şiddet olayıyla karşı karşıya kaldığını göstermektedir. Japonya'da 2007'den bu yana yapılan bir çalışma doktorların %84,8'inin uygulamaları sonucunda şiddete maruz kaldığını göstermektedir. Doktorların yaklaşık %72,1'i sözlü tacize uğramakta ve %51,8'i de hasta ya da hasta yakını tarafından alkole bağlı tacizine maruz kalmaktadır (Nagata-Kobayashi, Maeno, Yoshizu, & Shimbo, 2009, s. 630).

Liu ve diğerlerine (2017) göre tıbbi iletişim eğitimindeki gelişmeler farklı ülkelerde dengeli değildir. Batılı gelişmiş ülkeler tıbbi iletişim eğitimine erken başlamıştır ancak yenilikçi reformlara dayanan değerli deneyim geliştirmekte olan ülkelere yeterince ulaşmamaktadır. Çin gibi geliştirmekte olan ülkeler ve bölgeler hem araştırma hem de eğitimde hala ilk aşamada, sürekli uygulanabilir bir planın araştırılması aşamasında kalmıştır. Asya yoğun bir nüfusa ve sağlık hizmetlerine sahiptir. Sistemi düzgün bir şekilde oluşturulmuş olmaktan çok uzaktır. İnsan kaynakları ve sağlık profesyonelleri eksikliği olumsuz sonuç doğurmaktadır. Bu olumsuz sonuçlar dikkate alınmadığı takdirde yakın gelecekte bu eksikliği kapatılmak için daha büyük uğraşlara ve maliyetlere ihtiyaç olacaktır. Üçüncü nesil tıp eğitimi reformu hasta ve popülasyon merkezliliğini vurgulamakta ve gerektirmektedir.

Yaşar ve diğerleri (2017)'ne göre hastaların / hasta yakınlarının %6,8'inin sağlık uzmanlarına yönelik şiddete başvurmuştur. Bu konuda yapılan çalışmalarda Türkiye'de (%53,5 -% 80), İngiltere'de (% 68), ABD'de (% 74,9) oranında şiddet ve özellikle sözlü şiddetin oldukça yaygın olduğu görülmektedir. Bulgular, eğitim seviyesinde azalma oldukça şiddet olaylarının arttığını göstermektedir.

Bu bulgular literatürü de destekler niteliktedir. Çalışmanın başında da ifade edilen, hastaların eğitim seviyesi, sosyo-ekonomik durumu, cinsiyet, iletişim becerileri, empati vb. seviyeleri şiddet olaylarının artması ya da azalmasında önemli bir unsur olarak ortaya çıkmaktadır.

Friedlander ve diğerleri (2019)'ne göre SOMA*, özellikle fiziki sağlık hizmetlerinde, hasta-sağlık personeli ilişkileri için ilk gözlemsel ölçüdür. Hastaların bakımını artırmak için psikoterapötik süreçler araştırma, danışma ve eğitim önemli hale gelmektedir. SOMA'nın gelişimi, hasta-sağlık personeli ilişkilerinin birleşik olarak finanse edilen geniş bir çalışması olarak sunulmaktadır. Makalenin ikincil amacı, psikolojik danışmanları teşvik etmektir. Hibe destekli araştırma yapmak için doktorlarla iş birliği yapmanın, uzmanlıkla örtüşen alanlar açmak, güçlü kişilerarası ilişkiler geliştirmek ve sürdürmek gibi önemli yol kat edeceği düşünülmektedir.

Zhang ve diğerleri (2019)'ne göre JD-R* modeli ve COR* teorisi, DDP* (Difficult Doctor-Patient Relationship)'lerin ve sosyal motivasyon ve sorun çözmenin dolaylı etkileri Çin'de hekimlerin çalışma motivasyonlarını artırma amaçlı doğrudan etkiyi ölçmektedir. Mevcut çalışmanın sonuçları hekimlerin nasıl çalışma motivasyonlarını geliştirebileceğine yeni bir ışık tutmaktadır. Bu sonuçlar, hastane yöneticileri için açık rehberlik sağlamaktadır. Politikacılar, DDP* (Difficult Doctor-Patient Relationship)'lerin olumsuz sonuçlarının nasıl en aza indirileceği konusunda hekimlerin iş performansını ve refahını en üst düzeye çıkarmayı hedeflemektedirler.

Deng ve diğerleri (2018)'ne göre doktorların iş doyumunu düzeyi Çin Hubei Eyaleti'nde diğer ülkelere oranla düşüktür. Buna rağmen iyileştirilmek için yeterli alana sahiptir. İş-aile arasındaki denge kurma çatışmasının iş tatmini üzerinde olumsuz etkisi olduğu tespit edilmiştir. Bulgular ayrıca doktor-hasta ilişkisinin olumlu etkisini de göstermektedir. Doktorların iş doyumunu, hastaları ile olan ilişki performansını da arttırmaktadır. Hastane yöneticileri ve politika yapıcıları iç yönetimi güçlendirebilir ve stratejileri formüle edebilir ve uygulayabilir. Doktor-hasta ilişkisi, doktorların çalışmaları ve doktorların işlerini daha da iyileştirmek için iş doyumunu memnuniyeti önem arz etmektedir.

* Tıbbi anlaşmaları gözlemlene sistemleri

* İş verimini ve çalışan doyumunu arttırmaya yönelik iş talep ve kaynakları modeli

* İş yerinde herhangi bir stres faktörü ile karşı karşıya kalındığında kişinin sahip olduklarını koruması, savunması ve sahip olduklarını kaybetmekten kaçınmasına yönelik oluşturulan kuram

* Zorlu doktor-hasta ilişkileri

Pinar ve diğerleri (2017)'ne göre sağlık hizmetlerini hedef alan işyerinde şiddet, Türkiye'de önemli bir halk sağlığı sorunudur. Çalışma sonuçları, gelecekteki analitik çalışmaların yapılması ve sağlıkta şiddeti önleme ve kontrol çabalarının geliştirilmesi açısından önemlidir. Her ne kadar işyerinde şiddeti tamamen yok etmek mümkün olmasa da bu konuyu kapsamlı ve çok boyutlu olarak ele almak için analitik önleyici programlar, sosyal, kültürel, çevresel, politik, kurumsal, örgütsel ve bireysel önlemler alınması şiddetin sayısını azaltabilir ve olayların ciddi boyutlara ulaşmasını engelleyebilir.

Brophy ve diğerleri (2018)'nin çalışması, sağlık hizmetlerine yönelik şiddet konusuna bilgi katmaktadır. Bu konuda çok az sayıda kalitatif çalışma yapılmıştır. Sağlık çalışmaları genellikle doğrudan hastayı değil, hasta bakım personelinin, aynı zamanda sağlık işçilerini de hedef almaktadır. İşbirlikçi bir çalışma olarak, sağlık çalışanları ve sendikalarıyla iletişim kurulabilen, fikirlerin paylaşılabilirdiği ortamlar yaratmak önem arz etmektedir. Bu ancak eğitilmiş bir ortamda sağlanabilmektedir.

Lu ve diğerleri (2018) çalışmalarında psikolojik şiddetin fiziksel şiddetten daha yaygın olduğunu ortaya koymuşlardır. Şiddetin diğer alt türlerinden farklı olarak, fiziksel şiddet ciddi yaralanmalara ve hatta ölüme neden olmaktadır. Güvenlik personeli gibi gelişmiş güvenlik önlemleri almış olan sağlık profesyonelleri ve bu önlemleri uygulamış ülkeler bu sorundan kurtulmuş olmaktadır.

Leung ve diğerleri (2018)'ne göre IPA* (Intimate Partner Abuse) dört temadan oluşmaktadır (öz-yeterlik, duygusal hazır olma, motivasyona hazır olma ve tutumsal hazır olma). Yaş, cinsiyet ve önceki IPA (Intimate Partner Abuse) eğitimi katılımcıların yanıtlarını etkilemektedir. Bu çalışmada doktorlar, algılanan 'öz-yeterlik' hissinden, IPA (Intimate Partner Abuse)'nın tanımlanmasına, güvenlikle ilgili klinik kararların verilmesine ve güvenlikle ilgili sorunlara kadar her konuda meslektaşlarından ve diğer sağlık hizmetlerinden destek almak zorundadır.

Ganguly (2020)'ye göre iletişim sağlık iletişiminin önemli bir parçası olmasına rağmen iletişim becerisi mesleğin yumuşak bir noktası olmaya devam etmektedir. Bunun nedeni kısmen farklı sosyal geçmişe, olası dil engeline ve sürekli artan hasta yüküne bağlıdır. Şiddet olayı iletişim boşluğundan doğmaktadır. Hastalarla olan diyalogda şeffaflık ve iletişim sağlanarak iletişim çatışması ortadan kaldırılabılır.

* Yakın ilişkilerde eşlerin istismarı

Zeng ve diğerleri (2018) tıbbi anlaşmazlıkların üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde daha yoğun yaşandığına dikkat çekmektedir. Bunun sebebi olarak da yanlış iletişim kurulması (%24) ve hastanın tıbbi bilgi eksikliği (%22.1) olarak görülmektedir. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde ise anlaşmazlıkların nedeni esas olarak doktorun düşük tıbbi muayeneler yapması (%43.7) olarak gözlemlenmektedir. Son güncelleme, üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde ve daha sıklıkla ayakta hasta muayenesi yapanlarda görülmektedir. Anlaşmazlığın sebebi, ortalama tedavi zamanının kısa olmasına işaret etmektedir. Doktorlar büyük bir çalışma baskısına sahiptir. Bu durum doktorlar ve hastalar arasında zayıf iletişim ile sonuçlanmaktadır. Daha az poliklinik hizmeti, daha kısa tedavi süresi ve daha az tıbbi hizmet ortamı sonucunda zayıf iletişim nedeniyle tıbbi anlaşmazlıklar oranı %10.4 idi. Bunun yanı sıra, tıbbi bilgi eksikliği hastalar ve aileleri arasında gittikçe artan bir şekilde temel tıbbi anlaşmazlıklara sebep olmaktadır.

Singh (2017)' ye göre hekimler hastalarına daha fazla şefkat göstermeli, daha çok empati kurmalıdır. Bunun yanı sıra iyi iletişim becerilerine sahip olmalı, samimiyet ve hassasiyet yaklaşımlarında bulunmalıdır. Sosyal medya ve gazeteciler sağlık hizmetlerine ve sağlık çalışanlarına yönelik azalan imajın iyileştirilmesi için farkındalık yaratmalıdır. Tıbbi Koruma Yasası birçok devlet tarafından kabul edilmiştir ancak uygulanması için siyasi irade eksikliği vardır. Bunu sağlamak için ulusal bir yasa çıkarılması gerekmektedir. Sağlık hizmeti sağlayıcılarına koruma sunulmalıdır. Önerilen yasa daha katı hükümlere sahip olmalıdır.

Nilsen ve Malterud (2017) hasta özerkliğinin, hasta-doktor etkileşimi için ahlaki kurallar taşıması gerektiğini vurgulamaktadır. Hekimin özerkliği de dikkate alınmalıdır. Hekimin kişi olarak özerkliği, mesleki özerkliği vb. vurgulanmalıdır.

Bu çalışmaların ortak sonucu olarak hekimler yeterli zamanlarının olması durumunda hastalarına daha şefkatle, daha empati kurarak, daha az yönlendirme kaygısı yaşayarak mesleklerini icra etmelerini sağlayabilmektedir.

İletişim Becerilerine Yönelik Bulgular

Liu ve diğerleri (2017) tıp derslerine entegre iletişim becerileri eğitiminde bazı derslerin etkili olacağını önermiştir (Etkili mülakat teknikleri vb. gibi.). Zhang ve diğerleri (2019) hekim ve hasta arasındaki anlaşmazlık ve çatışma durumlarını tespit edip pro-sosyal motivasyonları arttırmaya yönelik olarak arabuluculuk işlevi gören bir programı sunmaktadır.

Leung ve diğerleri (2018) yapmış oldukları çalışmada, yakın partnerleri tarafından fiziksel, psikolojik ve ruhsal istismara uğrayan kişilerin aile hekimleri tarafından uygulanan hazır bulunuşluk ve uygunluk iletişim davranışlarının bu kişiler üzerindeki etkilerini araştırmıştır. Hekimlerin “hastasına yardımcı olabilmek için orada olduğu” mesajını vermesi ve “statüsünden çok, hazır bulunuşluğunun ve tedavi etmek için istekliliğinin” görülmesini takdir edilir bir tutum olabilir. Buna örnek olarak bir hastanın: “Soru sorarken kendini güvende ve rahat hissetmek çok önemlidir” sözü verilebilir. Hekimin öz yeterliliği hassas konular ve kişinin mahremini ilgilendiren hastanın kendisini güvende hissetmesi gerektiği konular üzerinde klinik yorumlar yapabilmesini sağlamaktadır. Bunun üzerine hekim yakın ilişki partnerlerinin istismarının ne demek olduğunu bilir ve açıkça tanımlayabilir. Hekim sahip olduğu sosyal ağlar aracılığı ile tek bir koldan değil, bütünsel bir şekilde hastasına yardım ve destek sağlayabilir. Hekimin duygusal olarak hazır bulunuşluğu, hastanın kişisel sınırlarını bilmesini sağlamaktadır. Hekimin duygusal olarak hazır bulunuşluk gösterebilmesi, istismara uğradığı için hastanın kendisini dışlanmış ve çaresiz hissetmemesini sağlamaktadır. Bu durumda hasta istismar konusunda soru sormaktan çekinmemektedir. Davranışsal hazır bulunuşluk, hekimin açık oluşunu ve yargılayıcı olmamasını sağlamaktadır. Tüm bu hazır bulunuşluğun psikolojik ve iletişimsel getirilerinin farkında olan hekimler bu durumu: “Her şeyi, tüm düşüncelerini ve kendi şahsi duygularını bir kenara bırakıp o an orada hastanın sana anlatacaklarına odaklanmalısın ve bunun ilk ve son fırsatın olabileceğini bilmelisin” şeklinde açıklamaktadır. Hekimin yakın ilişki partner istismarı yaşayan hastalarına ilişki istismarını tanımlaması ve buna cevap verebilmek için kullandığı iletişim becerileri hastayı anladığına ve güvendiğine dair geribildirimde bulunması, aktif bir empatik dinleme davranışı sergilemesi, hastanın deneyimini ve duygularını doğrulaması hastanın kendisini güvende ve rahat hissetmesini sağlayacaktır.

Hekimin ve sağlık personelinin hazır bulunuşluğu ve danışanına, hastaya ve yakınlarına, “tüm dikkatimle ve isteğimle sizi dinliyorum” mesajını verebilmesi gerek hastalığından gerek karakterinden kaynaklı zor durumda olan hastayı ve yakınlarını ilk aşamada rahatlatacaktır ve hekim-hasta ilişkisi ortaklığı kurma aşamasında sağlıklı bir yol çizecektir.

Nilsen ve Malterud (2017) hekimlere Sistemantik Metin Yoğunlaştırma* (STC) kullanan bir tematik çapraz vaka analizi yöntemi uygulamışlardır. Bu yöntem hastaların duygularını daha iyi anlayabilmeyi

* Tematik çapraz durum analizi metodu

sağlamakta ve doktorların iletişim becerilerini geliştirebilmeleri için fırsat yaratmaktadır. Bu çalışmada tedaviyi reddeden hastalara yönelik asistan hekimlerin yaklaşımları araştırılmıştır. Bu sebeple hastanın talebi özellikle doktorun tedavi ve klinik müdahalesine karşıt şekilde ise reddedilmiştir, şiddet, düşmanlık, öfke patlamaları gibi durumlarla karşılaşmıştır. Bir hasta başka bir hastanın aşırı bel ağrısı için X-ray ışın tedavisi almak için hekimi ne kadar zorladığına şahit olmuştur ve doktor bu tip iletişim güçlüklerinin kültürel farklılıklardan meydana geldiğini vurgulamıştır. Bu çalışmada bir hekim şu örneği vermiştir: "Bir hastam ultrason çekirme isteğini geri çevirdiğim için bana uygun bir sebep sunmadan haksızlık olduğunu savundu, şüpheli ve düşmanca yaklaştı ancak yıllarca benim hastam oldu ve zaman içinde bana güvendi az ya da çok verdiğim kararları kabul etti." Yine aynı araştırmada bir hasta, hastalığından sonra uzun bir istirahat izni isteğinin reddedilmesinden şu şekilde yakınmaktadır: "Hastaya ihtiyacı olan her şeyi vermenin ne zararı var? Hastalarınıza yardım edin, internet sizi suçlayan, duyarsız ve empatiden yoksun olduğunuzu şikâyet eden insanlarla dolu, doğru olduğuna inandığınız şeyi yapmak uygun tıbbi yargıdan öte değildir. Bu başka nasıl ele alınır bilemiyorum ancak bu sebeple çok yakın bir hekim-hasta ilişkisi bozulmuştur." Bu örnekte olduğu gibi birçok problemin ya da sağlıkta şiddetin, hastaların kendi taleplerinin yerine getirilmesi konusunda ısrarcı tavırlarından ortaya çıktığı düşünülmektedir. Dolayısıyla bu taleplerin nasıl bir iletişim ile mümkün olabileceği ya da olamayacağı izahı hekimlerin ve sağlık çalışanlarının iletişim ve ilişki becerisine ve hastalarının, kişiliğini, iletişim dilini iyi anlayabilme becerisine düşmektedir. Bununla ilgili yapılacak olan diğer çalışmalar sağlıkta iletişim becerileri ve iletişim modelleri konusunda sağlık çalışanlarına önemli rol model olabilir.

Friedlander ve diğerleri (2019)'ne göre SOMA üç tıbbi ittifak boyutu hastaya danışma sürecine katılım, sağlık personeline güven, hastalık inançları ve tedavisine uyum gibi özellikler kazandırmıştır.

Bu çalışmaların da ortak sonucu eğer hekimlerin tıp eğitimleri sırasında mesleği icra ederken iletişim becerilerini arttırmaya yönelik çeşitli, uygulamalar yapılırlar iletişim modelleri geliştirilir ise en azından çatışmanın çift değil tek taraflı olma ihtimali yaratılmış olabilir. Ayrıca her insan potansiyel hastadır düşüncesinden yola çıkarak gerek eğitim kurumlarında gerek halk eğitim merkezlerinde, sağlıkla iletişim, iletişim becerileri konularında insanlara bu konularda farkındalık kazandırılabilir.

SONUÇ

Bu çalışmada sağlık personeli ve hasta arasındaki şiddet ve buna yönelik iletişim becerileri çalışmaları yapan toplamda 16 makale analiz edilmiştir. Psikolojik ve sözel şiddet özellikle anket yapılan araştırmalarda daha çok rastlanmıştır. Kadın personeller kendilerini kendilerine yapılan psikolojik ve sözel şiddete rağmen güvende hissederken erkeklere yapılan fiziki saldırı erkek sağlık personelleri kendilerini güvende hissetmemelerine yol açmaktadır. Ayrıca güven konusunu hastane politikasının ve yönetiminin kendilerine destek olup olmamasına bağlamaktadır. Erkeklere yapılan fiziki şiddet kültürel ve eğitimsel faktörlere bağlı olarak ülkeye, bölgeye göre değişebilmektedir. Bunun yanı sıra her makale, iletişimin ve becerilerinin önemi üzerine vurgu yapmaktadır. Hasta hakkı olduğu kadar sağlık personelinin de hakkı olduğu ve yapılan çalışmaların sağlık personelinin iletişimini geliştirmesine yönelik olduğu kadar hastaya da ya da hasta olma potansiyeli olan bir insana da gerekli iletişim eğitimlerinin verilmesi uygun olabilir. Hastalar en çok kendilerinin değerli görülmediğinden, sağlık personelinin kendisine gerekli vakti ayırmamasından ya da hastalığı ile ilgili gerekli açıklama yapmamasından yakınmaktadır.

Çalışmalar sonucunda görülmektedir ki bir hasta ortalama iki dakikada rahatsızlığını dile getirebilmektedir. Bu noktada hekim bu yeterli süreyi hastaya tanıyıp bu süre zarfında hastanın psiko-somatik ve duygusal ihtiyaçlarını da algılayıp uygun beden dili ile (sıcak bir gülümseme) hastayı sakinleştirerek empati ile geri bildirim vermesi güvenli bir doktor-hasta ilişkisinin zeminini hazırlayabilir. Hali hazırda pek çok ülkedeki tıp okullarında iletişim becerilerine yönelik teorik ve uygulamalı dersler verilmektedir. Gelişmiş ülkelerde bu eğitim daha ileri boyuta taşınıp model oluşturulmuş (SOMA, DDP, STC vb. gibi) iletişim becerileri kazandırılmaya çalışılmaktadır. Bu çalışmalar hasta ve sağlık personeli arasındaki ilişkiyi sağlamlaştırmakta ve olası iletişim çatışmalarını önlemektedir.

Bu çalışmada Türkiye’de ve dünyada hangi iletişim engellerinin hasta-hekim-sağlık çalışanının iletişim çalışması yaşamasına sebep olduğunun ve sağlıkta şiddet kavramının hangi koşullarda gündeme geldiğinin durum tespiti yapılmaya çalışılmış ve önlemek için kullanılan ve uygulanan iletişim modelleri belirlenmiştir. Kültüre dayalı ya da hekim-hasta ilişkisine yönelik (ataerkil, bilgilendirici, açıklayıcı ve görüşmeye dayalı) sağlık modelleri üzerinden ileriye dönük çalışmalar yapılabilir.

EXTENDED ABSTRACT

This article's objective is; violence in health is one of the current events that have increased much in recent days. The lack of communication skills experienced in the doctor-patient-health worker triangle and some demographic factors increase the formation of violence in health. This study aims to investigate the causes of increased health violence in recent years and to investigate the role of communication skills.

The modal of an article is systematic review. Data collection is like this; the keywords were made in three separate databases (Scopus, Web of Science and Sage) by searching the keywords between January 2017 and January 2020 in all accessible articles by searching advanced (e.g. doctor and violence).

The methodology of this article is: the two researchers independently selected potential articles and selected the articles that best fit the essence of the research by examining each article in detail. In the selection of the articles, the Briggs Institute Critical Evaluation Checklist was used for qualitative, cross-sectional and prevalence studies and the PRISMA Notification checklist was selected in the writing of the research report.

As a result, in the first scan with key words in the database, a total of 759 articles were reached. It was downloaded to 116 articles in the first elimination by looking only at the abstract and key words. The second analysis was eliminated by looking at the title, key words, summary and conclusion. As a result of this review, 16 articles suitable for the research topic were reached.

In this study, it was conducted a total of 6 questionnaires, 5 review studies, 5 qualitative studies using modeling, text analysis, etc. In total, 16 (but since the compilation studies were not included in the analysis, these studies were used to support the literature) Violence between healthcare professionals and patients and the article that made communication skills studies for this was analyzed. Psychological and verbal violence has been found more frequently, especially in surveys. While female staff feel safe despite this, male healthcare professionals do not feel safe or attribute trust to the support of the hospital policy and management, as physical attacks on men are more common on women. Physical violence against men may vary by country and region, depending on cultural and educational factors. In addition, each article emphasizes the importance of communication and skills. It emphasizes that the health personnel have the right as well as the patient's right, and that the work carried out is aimed at

improving the communication of the health personnel, as well as the necessary communication training should be given to the patient or a person with a potential to become sick. Patients mostly complain that the healthcare personnel do not spare the necessary time for them or do not make the necessary explanation about their illness, as they are not considered valuable.

As a result of studies, it is seen that a patient can express his discomfort in an average of two minutes. At this point, the doctor should give this sufficient time to the patient, perceive the psychosomatic and emotional needs of the patient, and calm the patient with appropriate body language (a warm smile) and give feedback with empathy.

In conclusion, it is seen that theoretical and practical courses are given at the medical schools in many countries. In developed countries, this education is carried to a higher level and a model (such as SOMA, DDPR (Difficult Doctor-Patient Relationship), STC etc.) is tried to be gained. These studies strengthen the relationship between the patient and healthcare professionals and prevent possible communication conflicts.

Limitations of the article are some limitations of this study can be summarized as follows: Only qualitative and quantitative studies in English were scanned from 3 databases. Although these three databases are the largest and the most used in the field of health and social sciences, perhaps it would be better to scan from other databases. Both qualitative and quantitative studies and studies conducted with different orientations (questionnaire, modeling, review) were selected in order to not be limited in terms of methodology. In addition to being the strength of the study, the result may have caused the researcher to present a subjective and biased transference since the measurement of the result could not be systematized. These limitations should be considered when evaluating and analyzing results.

Suggestions for the future the qualitative models created by evaluating the results in these articles can be systematically put as a course in medical education. In addition to medical education, it is thought that it will guide other studies in the triangle of health-violence and communication skills to be carried out in addition to this study.

KAYNAKÇA

- Ahmed, F. ve Memon, M. K. (2018). Violence against doctors, a serious concern for healthcare organizations to ponder about. *Annals of Medicine and Surgery*, 25, 3-5. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2017.11.003>
- Bilişli, Y. (2018). *Sağlık iletişimi*. Ankara: Nobel Bilimsel Eserler Yayıncılık.
- Brophy, J., T., Keith, M. M. ve Hurley, M. (2018). Assaulted and unhear violence against healthcare staff new solutions. *A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, Vol. 27(4), 581–606. doi: 10.1177/1048291117732301.
- Cegala, D. J. ve Broz, L. (2005). Physician communication skills training: a review of theoretical backgrounds, objectives and skills. *Medical Education*, 36, 1004–1016.
- Deng, S. ve Ningxi, Y. (2018). Doctors' job satisfaction and its relationships with doctor-patient relationship and work-family conflict in China: A structural equation modeling, inquiry. *The Journal of Health Care Organization, Provision and Financing*, Vol. 55, 1–11. doi: 10.1177/0046958018790831
- Dutta, M. J. (2009). *Health communication: trends and future directions*, Parker, J. ve Thorson, E. (Ed.), Health communication in the new media landscape (s.59-92) içinde. New York: Springer Publishing Company.
- Ertekin, İ. (2017). *Sağlık iletişimi*. Ankara: Gece Kitaplığı.
- Friedlander, M. L., Kangos, K. A. ve Maestro, K. J. (2019). Introducing an observational rating system for studying concordance in patient–physician relationships, *The Counseling Psychologist*, Vol. 47(5), 796–819. doi: 10.1177/0011000019891434
- Ganguly, G. (2020). Violence against doctors: A multisystem failure. *Current Science*, Vol. 118(1), 10.
- Gordon, T. ve Edwards, S. (2014). *Hasta ve doktor iletişimi*. Profil Yayınları.
- İlhan, M. (2018). *Sağlık çalışanlarının iletişimi*, (2. Baskı), Beta Yayıncılık.
- Karaçam, Z. (2013). Sistemik derleme metodolojisi: Sistemik derleme hazırlamak için bir rehber, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Elektronik Dergisi*, 6 (1), 26-33.
- Kumar, N. P., Betadur, D. ve Chandermani (2019). Study on mitigation of workplace violence in hospitals. *Medical Journal Armed Forces India*. 76(3), 298-302. <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2019.09.003>
- Leung, T. P., Phillips, L., Bryant, C. ve Hegarty, K. (2018). How family doctors perceived their 'readiness' and 'preparedness' to identify and respond to intimate partner abuse: A qualitative study, *Family Practice*, Vol. 35, No. 4, 517–523. doi:10.1093/fampra/cmz109
- Liu, Y. Huang, Y. Gao, H. ve Cheng, X. (2017). Communication skills training: Adapting to the trends and moving forward, *Bioscience Trends*. 11(2), 142-147. doi: 10.5582/bst.2017.01095
- Lu, L., Dong, M., Wang, S., Zhang, L., Ng, C.H., Ungvari, G. S., Li, J. ve Xiang, Y.T. (2018). Prevalence of workplace violence against health-care professionals in china: A comprehensive meta-analysis of observational surveys. *Trauma, Violence, & Abuse*. 21 (3), 1-12. <https://doi.org/10.1177/1524838018774429>

- Nagata-Kobayashi, S., Maeno, T., Yoshizu, M. ve Shimbo, T. (2009). Universal problems during residency: abuse and harassment. *Medical Education* 2009; 43: 628–636. doi:10.1111/j.1365-2923.2009.03388.x
- Nilsen, S. ve Malterud, K. (2017). What happens when the doctor denies a patient's request? a qualitative interview study among general practitioners in Norway, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35 (2), 201-207. <https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1333309>
- Okay, A. (2012). *Sağlık iletişimi*, İstanbul: Derin Yayınları.
- Okay, A. (2020). *Sağlık iletişimi*, (4. Baskı), İstanbul: Derin Yayınları.
- Pinar, T. Acikel, C., Pinar, G., Cengiz, M. (2017). Workplace violence in the health sector in Turkey: A national study, *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 37(15) 2345–2365. doi: 10.1056/NEJMra1501998
- Schiavo, R. (2007). *Health communication from theory to practice*. Jossey Bass.
- Singh, M. (2017). Intolerance and violence against doctors, *Indian Journal of Pediatrics*, 84(10), 768–773. doi: 10.1007/s12098-017-2435-9
- WHO (1998). Health Promotion Glossary, WHO/HPR/HEP 98.1, <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1> Erişim tarihi: 12.04.2021.
- Yaşar, Z. F., Durukan E. ve Büken, E. (2017). A university hospital patients and their relatives' opinions on violence in health, *Romanian Journal of Legal Medicine*, 25, 65-69. doi: 10.4323/rjlm.2017.65
- Zeng, Y., Zhang, L., Yao, G. ve Fang, Y. (2018). Analysis of current situation and influencing factor of medicine disputes among different levels of medical institutions based on the game theory in xiamen of China, a cross-sectional survey, *Medicine*, 97, 38. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000012501>
- Zhan, Y. Kim, S. K., Zhou, L., Xie, B., Li, Y., Wen, B. ve Nie, L. (2019). Patient violence and health professionals' occupational outcomes in China: A time-lagged survey study, *International Journal of Nursing Studies*, 94, 120–130. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.11.010>
- Zhang, L., Qiu Y., Zhang, N. ve Li, S. (2019). How difficult doctor–patient relationships impair physicians' work engagement: the roles of prosocial motivation and problem-solving, *Psychological Reports*, 123(3), 885- 902. <http://dx.doi.org/10.1177/0033294119826887>