



Online Adres <http://www.hemarge.org.tr/>  
Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği-HEMAR-G  
yayın organıdır

ISSN:1307- 9557 (Basılı), ISSN: 1307- 9549 (Online)  
Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2014; 16(2): 41-53

Hemşirelikte  
Araştırma  
Geliştirme  
Dergisi

## Hekim davranışlarının hemşirelerin stresle baş etme durumları üzerine etkisi\*

### The effect of physician behaviors on the coping with stress mechanisms of the nurses

Serpil İNCE<sup>a1</sup>

<sup>a</sup>Öğr. Gör. Dr. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya

Özgün Araştırma

#### Özet

**Amaç:** Hekim ve hemşireler arasındaki etkin olmayan kişiler arası etkileşimler; küfürlü konuşma, bağırma/sesini yükseltme, saygısızlık, aşağılama gibi davranışlar yıkıcı davranış olarak tanımlanmaktadır. Yıkıcı davranışlar, hemşirelerin, iş veriminin düşmesine, konsantrasyonlarının azalmasına, hata yapma oranlarında artışa neden olarak hasta güvenliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu çalışma hemşirelerin, hekim hemşire ilişkisini nasıl değerlendirdiklerini, yıkıcı hekim davranışına maruz kalma durumlarını ve hemşirelerin stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırmanın örneklemini, Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde çalışan 156 hemşire oluşturmuştur. Veriler, hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin kişisel bilgi formu, Hekim/hemşire ilişkisi, yıkıcı hekim davranışı ve destek/çözüm başlıklarını içeren anket formu ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ile toplanmıştır.

**Bulgular:** Hemşirelerin % 61,5'i 21-30 yaş grubunda ve % 55,8'i Hemşirelik Yüksekokulu mezunudur. Hemşirelerin deneyimledikleri yıkıcı hekim davranış şekillerinin sırasıyla; %67,9 bağırma/sesini yükseltme, %48,7 saygısızlık, %37,2 hastaların/ diğerlerinin yanında azarlama, %29,5 meslektaşlarının önünde azarlama aşağılama olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %82,7'si yıkıcı hekim davranışını deneyimlemiştir. Yıkıcı hekim davranışının yüksek oranda görüldüğü birim yoğun bakım üniteleri olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin çalıştıkları birim ile stresle başa çıkma tarzları ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ( $p<0,05$ ).

**Sonuç:** Hemşirelerin baş etme yöntemlerinden "kendine güvenli yaklaşımı" kullandıkları saptanmıştır. Yıkıcı hekim davranışlarının hemşirelerin stresle baş etmeleri üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır.

<sup>1</sup>E-mail adres: [incesperil07@gmail.com](mailto:incesperil07@gmail.com)

\*Bu çalışma 14. Ulusal Hemşirelik Kongresi'nde, Bodrum / Muğla, 25-27 Ekim 2013 tarihinde, poster bildiri olarak sunulmuştur.

Geliş Tarihi: 14 Kasım 2013

Kabul Tarihi: 1 Kasım 2014

**Anahtar Sözcükler:** Hemşire, yıkıcı hekim davranışı, stres

## Abstract

**Objective:** The ineffective interactions between the physicians and nurses including swearing, shouting/raising the voice, disrespect and humiliation are defined as destructive behaviors lead to decrease in nurse's working efficiency and concentration and negatively affects on patient safety due to increased rate of mistakes. This study was made to determine how nurses evaluate the relationship between the physicians and nurses, how often they face with such destructive behaviors and how their coping mechanisms work.

**Method:** The sample of the study was comprised of 156 nurses working at the Akdeniz University Hospital. Data were collected with personal information survey which included questions related to the socio-demographical features of the nurses, the survey including the physician/nurse relationship, disruptive physician behavior and support/solution topics, and the Mechanisms of Coping With Stress Scale.

**Result:** Among the nurses, 61.5% were in the 21-30 age group and 55.8% were graduates of Nursing School. Disruptive physician behavior that nurses experienced were as follows in order; shouting/raising the voice (67.9%), disrespect (48.7%), humiliation in front of patients/others (37.2%) and humiliation in front of co-workers (29.5%). 82.7% of nurses experienced a disruptive physicians behavior. Intensive care units were determined to be the place where this kind of destructive physician behavior existed the most. There has been statistically significant difference between nurses' work units and the mean scores of stress coping styles scale ( $p<0.05$ ).

**Conclusion:** It was determined that nurses were using "self-confidence approach" as a coping mechanism. It was found that disruptive physician behaviors did not have an impact on nurses' coping with the stress.

**Keywords:** Nurse, disruptive physician behavior, stress

---

## Giriş

Sağlık hizmetlerinin çok boyutlu ve multidisipliner bir ortamda verilmesi, sağlık sektöründe ekip yaklaşımını gerektirmektedir. <sup>1</sup> Sağlık ekibinin amaç ve hedefleri; gereksinimi olanlara en iyi bakımın verilmesinde, her düzeyden sağlık bakım elemanının kapasitesinden sonuna kadar yararlanmaktır.<sup>2</sup> Sağlık ekibini oluşturan bireylerin birbirlerinin görev ve sorumluluklarını bilmesi, bireylerin yeteneklerinden en üst düzeyde yararlanılması ve mesleki doyumun yaşanması bakımından oldukça önem taşımaktadır. <sup>3</sup>

Ekip üyeleri arasındaki uyum hasta bakımını olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Sağlık ekibi içinde en çok etkileşim halinde bulunan üyeler hemşireler ve hekimlerdir. Hekim hemşire işbirliği; hemşirenin bilgisini, görüşlerini ve yeteneklerini hekim ile paylaşarak, etkin bir hasta bakımını sağlaması açısından önemli bir konudur.<sup>2</sup> Hekim hemşire ilişkisini etkileyen faktörler, kişisel güçler, geçmiş deneyim, bireysel ve mesleki değerler, bilgi, bakım, beklentiler, sosyal destek, toplum kurumları, yasal yaptırımlar ve çevresel etkenlerdir.<sup>4</sup> Hekim hemşire arasındaki görevlerin açık ve kesin olarak belirlenmemesi, statü anlayışındaki ve birbirlerinin rollerini algılamadaki farklılıklar zaman zaman çatışmalara neden olmaktadır. Aynı zamanda, sağlık kurumlarında meydana gelen yeniden yapılanmalar; çalışan hemşire sayısının azalmasına ve bununla birlikte iş yükünün artmasına, daha uzun süreli çalışmalarına; bunun sonucunda da hemşirelerin kendilerini yorgun, stresli, yıpranmış hissetmelerine ve moral bozukluğu yaşamalarına neden olmaktadır.<sup>5</sup> Son zamanlarda yapılan çalışmalar, yaşanan bu mesleki problemlerin kaynağı olarak hekim-hemşire ilişkisini göstermekte, yıkıcı hekim davranışlarına dikkat çekilmektedir.<sup>6</sup> Küfürlü konuşma, bağırma / sesini yükseltme, saygısızlık, aşağılayıcı sözler söyleyerek incitme şeklinde ya da baskı yaratıcı, tehdit edici

ve suçlayıcı konuşma tarzı ile sözel olarak yapılan sözlü taciz<sup>7</sup>, fiziksel istismar gibi davranışlar yıkıcı davranış olarak tanımlanmaktadır.<sup>6,8</sup> Literatürde yıkıcı hekim davranışlarına yönelik birkaç tanım bulunmaktadır. Wilhelm ve Lapsley<sup>9</sup> yıkıcı davranışlı bir hekimi, cinsel taciz, telefonda sözlü taciz gibi davranışları sergileyen biri olarak tanımlarken, Pfifferling<sup>10</sup>, yıkıcı davranışlı bir hekimi, özellikle daha az güce sahip olanlar üzerinde sürekli saygısızlık gösteren biri olarak tanımlamaktadır. Piper<sup>11</sup> ise, yıkıcı hekim davranışını, hasta bakımı ve kurum misyonunu olumsuz etkileyebilecek kişilerarası bir etkileşim şeklinde tanımlı genişletmiştir.

Sağlık ekip üyeleri arasındaki yıkıcı davranışların hemşirelerde, iş veriminde düşme, konsantrasyonda azalma<sup>12</sup>, hatalarda artış<sup>13</sup>, hoşgöründe azalma, kişilerarası ilişkilerde çatışma ve duyarsızlık, sık rapor alma ve işe geç gelme gibi sonuçlara neden olmaktadır.<sup>14-18</sup> Hemşirelerin işten ayrılma eğilimlerinin yüksek olması, hasta bakımının niteliğini, sürekliliğini ve maliyetini etkileyerek, genel olarak kurumun verimliliğini ve etkinliğini azaltan önemli bir unsurdur.<sup>19</sup>

Yıkıcı hekim davranışlarına maruz kalmanın yaratmış olduğu gerginlik hemşireler açısından başa çıkılmaz bir olgu olarak belirtilmektedir.<sup>14,20</sup> Yaşanan bu stres, üretime ve çalışanların sağlığına olumsuz etki yapmakla birlikte olumsuz klinik sonuçları da beraberinde getirmekte hasta güvenliğini olumsuz etkilemektedir.<sup>20-22</sup> Sofield ve Salmond (2003) çalışmasında,<sup>12</sup> hemşirelerin %51,0'i yıkıcı hekim davranışlarının bakım hizmetlerinde hatalarda artışa neden olduğunu ifade etmişlerdir. Pejic (2005) çalışmasında da hemşirelerin %66,7'si işe odaklanamama ve %57,6'sı ise kritik düşünmede azalma bildirmiştir.<sup>13</sup> Stres yaratabilen tüm faktörleri tamamıyla ortadan kaldırabilmek mümkün değildir. Çünkü bireyin kişiliği, stresten etkilenme düzeyinin farklılığına yol açabilmekte ve herkesin aynı stres faktöründen aynı şekilde etkilenmesi söz konusu olmamaktadır.<sup>23</sup>

Sonuç olarak, hekim-hemşire ilişkisini anlamak; meslekler arası anlaşmazlığın kaynağını araştırmak, daha etkin ve daha güvenli hasta bakımını sürdürmek ve anlaşmazlıkları çözmek için etkin yöntemler geliştirmek hastalar, hastaneler ve diğer sağlık meslekleri için büyük önem taşımaktadır.<sup>3</sup> Türkiye'de yıkıcı hekim davranışlarını inceleyen araştırmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Bu bağlamda; bu çalışma hemşirelerin, hekim hemşire ilişkisini nasıl değerlendirdiklerini, yıkıcı hekim davranışına maruz kalma durumlarını ve hemşirelerin stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

#### **Araştırma Soruları:**

- 1- Hemşirelerin yıkıcı hekim davranışına maruz kalma ya da deneyimleme düzeyleri nedir?
- 2- Hemşirelerin stresle başa çıkma tarzları nedir?
- 3- Yıkıcı hekim davranışları hemşirelerin stresle baş etmelerinde etkili midir?

#### **Yöntem**

##### ***Araştırmanın Tipi***

Araştırma kesitsel ve tanımlayıcı niteliktedir.

##### ***Araştırmanın Yapıldığı Yer***

Araştırmaya, Haziran- Eylül 2007 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan hemşireler dahil edilmiştir.

### **Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın yapıldığı hastanede çalışmanın yürütüldüğü tarihlerde toplam 350 hemşire çalışmaktaydı. Kan merkezinde çalışan 15, rapor ya da yıllık izin kullanan 45 hemşire çalışma kapsamına alınmamıştır. Çalışmanın evrenini 290 hemşire oluşturmuş olup, örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmaya katılmayı kabul eden 156 hemşire çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya katılım oranı %53,79'dur.

### **Verilerin Toplanması**

Veriler 3 form ile toplanmıştır.

**Kişisel Bilgi Formu:** Bu formda hemşirelerin yaş, eğitim durumu, toplam çalışma süresi, çalıştığı birim, birimdeki çalışma yılı ve görevini içeren altı soru yer almıştır.

**Anket Formu:** Alan H. Rosenstein<sup>14</sup> (2002) tarafından geliştirilen anket formu, hekim/hemşire ilişkisi, yıkıcı hekim davranışı ve destek/çözüm olmak üzere üç başlık içermektedir.

"Hekim-hemşire ilişkisi" başlığı altında, 10'un en güçlü ifadeyi veya en olumlu yanıtı gösteren 10'lü vizüel analog skala üzerinde yanıtlanması istenen 4 soru yer almaktadır. "Yıkıcı hekim davranışı" başlığı altında, hemşirelerin bu davranışa maruz kalma ya da deneyimleme durumunu belirlemeye yönelik evet/hayır, açık uçlu ve 10'lü vizüel analog skala üzerinde yanıtlanması istenen 10 soru, "Destek/Çözüm" başlığı altında ise hemşirelerin yönetim tarafından desteklenme düzeylerini belirlemeye yönelik; evet/hayır, açık uçlu ve 10'lü vizüel analog skala üzerinde yanıtlanması istenen 12 soru yer almaktadır.

"Hekim-hemşire ilişkisi", "Yıkıcı hekim davranışı" ve "Destek/Çözüm" başlıklarına ait toplam puanlar, 10'lü vizüel analog skala üzerinde yanıtlanması istenen sorulara verilen puanlar toplanarak hesaplanmıştır. Anketin Türkçe formunun geçerliliğini değerlendirmek için dil geçerliliği çalışmaları Akyürek ve arkadaşları<sup>24</sup> tarafından 2003'de yapılmıştır. Yazarlardan gerekli izin alındıktan sonra form kullanılmıştır.

**Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ):** Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Şahin ve Durak<sup>25</sup> tarafından yapılmıştır ( $\alpha = 0,68$ ). "Kendine Güvenli Yaklaşım", "İyimser Yaklaşım", "Boyun Eğici Yaklaşım", "Çaresiz/Kendini Suçlayıcı Yaklaşım", "Sosyal Desteğe Başvurma" 5 alt ölçeği bulunmaktadır. Alt ölçeklerde yer alan madde sayısı ise Kendine güvenli yaklaşım için 7, Çaresiz/Kendini suçlayıcı yaklaşım için 8, İyimser yaklaşım için 5, Boyun eğici yaklaşım için 6 ve Sosyal destek arama için ise 4'tür. Puanların 0'la 3 arasında değiştiği dördümlü Likert tipi bir derecelendirmenin kullanıldığı SBTÖ'de alt ölçek puanları her bir alt ölçekten alınan puanların ilgili alt ölçekteki madde sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Bu durumda alt ölçeklerden alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar 0 ile 3 arasında değişmektedir. Alt ölçeklerden alınan puanların yüksek olması kişinin ilgili başa çıkma tarzını daha fazla kullandığı şeklinde yorumlanmaktadır. Şahin ve Durak (1995)'in çalışmasında alt ölçeklere ilişkin iç tutarlık katsayılarının ise: Kendine güvenli yaklaşım için .62 ile .80, Çaresiz yaklaşım için .64 ile .73, İyimser yaklaşım için .49 ile .68, Boyun eğici yaklaşım için .47 ile .72 ve Sosyal destek arama için .45 ile .47 arasında değiştiği belirlenmiştir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,76; alt gruplarda; iyimser yaklaşım 0,63, kendine güvenli yaklaşım 0,79, çaresiz yaklaşım 0,59, boyun eğici yaklaşım 0,61 ve sosyal destek arama yaklaşımı 0,33 olarak saptanmıştır.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerinin değerlendirilmesinde SPSS paket programının 13,0 versiyonu kullanılmıştır. Hemşirelerin demografik verileri ile stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin alt ölçeklerinden alınan puan ortalamalarının karşılaştırılması için Independent Samples test (Bağımsız örneklerde örneklem testi), Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis tek yönlü varyans analizi testi kullanılmıştır. Kategorik veri analizi Ki-Kare testi ile değerlendirilmiştir.

İstatistiksel anlamlılık sınırı 0,05 olarak alınmıştır.

### Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nden yazılı izin ve araştırmaya katılan hemşirelerden yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

### Bulgular

Çalışmaya katılan hemşirelerin, % 61,5'i 21-30 yaş grubunda yer almaktadır. Hemşirelerin % 55,8'i Hemşirelik Yüksekokulu mezunu, % 30,8'inin toplam çalışma süresi 1 ila 4 yıl arasındadır. Hemşirelerin % 21,8'i cerrahi kliniklerde ve % 25,6'sı dahili kliniklerde, %21,2'si yoğun bakım, %14,1'i poliklinik, %10,3'ü ameliyathanede çalışmaktadır (Tablo 1).

**Tablo 1: Hemşirelerin Demografik Özellikleri (n=156)**

Yaş	S	%
21 - 30 yaş	96	61,5
31 – 40 yaş	48	30,8
41 ve üzeri	12	7,7
<b>Mezun Olunan Okul</b>		
Sağlık Meslek Lisesi	3	1,9
Ön Lisans	61	39,1
Hemşirelik Yüksek Okulu	87	55,8
Yüksek Lisans	5	3,2
<b>Toplam Çalışma Süresi</b>		
1- 4 yıl	48	30,8
5 – 9 yıl	39	25,0
10 – 14 yıl	43	27,6
15 yıl ve üzeri	26	16,7
<b>Çalışılan Klinik</b>		
Poliklinik	22	14,1
Cerrahi Klinikler	34	21,8
Dahili Klinikler	40	25,6
Ameliyathane	16	10,3
Yoğun Bakım	33	21,2
Acil Servis	11	7,1

Hemşirelerin anket formunda yer alan ifadelere, 10'un çok iyiyi belirttiği skala üzerinden yaptıkları değerlendirmeler incelendiğinde; hemşireler klinikteki genel havayı 10'un çok iyiyi

gösterdiği skala üzerinde en fazla oranla yedi rakamını işaretlemişler ve verilen yanıtların ortalaması  $6,32\pm 2,24$  olarak bulunmuştur. Hemşireler, kliniklerinde hemşire-hekim ilişkisini 10'un çok önemliyi gösterdiği skala üzerinde en fazla oranla on olarak belirtmiştir ( $8,33\pm 2,28$ ). Hekimlerin, hemşire-hekim ilişkilerinin hemşire memnuniyeti üzerinde etkili olduğundan ne kadar haberdar olduğunu, hemşireler en fazla oranda beş olarak puan vermiştir ( $4,50\pm 2,85$ ). Hekimlerin sağlık ekibinin bir parçası olan hemşirenin katkı ve işbirliğine verdiği değer ve saygıyı nasıl değerlendirirsiniz sorusunu hemşireler 10'un çok olumluğu gösterdiği skala üzerinde en fazla oranla beş olarak yanıtlamışlardır. Bu soruya verilen yanıtlara göre elde edilen ortalama  $5,29\pm 2,71$ 'dir.

Hemşirelerin yaklaşık yarısından fazlası hekimlerin yıkıcı davranışlarının ciddi bir konu olduğunu ( $X= 8,55\pm 1,99$ ) ve hemşirenin mesleki doyum ve morali üzerinde etkili bir faktör ( $X= 8,75\pm 1,9$ ) olduğunu 10'un çok önemliyi gösterdiği skala üzerinde 10 olarak değerlendirmişlerdir.

Hemşire-hekim çatışmasında hemşirelerin yönetim tarafından desteklenme oranını hemşireler en fazla oranla "sıfır" işaretlemişlerdir. Yanıtlardan elde edilen ortalama  $2,78\pm 2,53$ 'dir. Hemşire-hekim çatışmasında hemşirelere hekim desteği oranını 10'un çok güçlü desteği gösterdiği skala üzerinde hemşireler en fazla "iki" olarak belirtmişlerdir.

Davranışı nedeniyle sorgulandığını bildiğiniz bir hekim varsa, bu sürecin başarı oranı nedir sorusuna hemşireler en fazla "sıfır" rakamını işaretlemişlerdir. Yanıtlardan elde edilen ortalama  $2,77\pm 2,31$ 'dir (Tablo 2).

**Tablo 2: Hemşirelerin "Hekim/hemşire İlişkisi", "Yıkıcı hekim davranışı", "Destek/Çözüm" Başlıkları Altında Yer Alan İfadelere Verdikleri Yanıtlara İlişkin Tanımlayıcı Değerler**

İFADELER	n	X	SS
<b>Hekim/hemşire İlişkisi</b>			
Kliniğinizde hemşire-hekim ilişkisi açısından genel havayı nasıl değerlendirirsiniz	156	6,32	2,24
Kliniğinizde hemşire-hekim ilişkisi ne kadar önemlidir	156	8,33	2,28
Kliniğinizde hekimler, hemşire-hekim ilişkilerinin hemşire memnuniyeti üzerinde etkili olduğundan ne kadar haberdardır	156	4,50	2,85
Kliniğinizdeki hekimlerin sağlık ekibinin bir parçası olan hemşirenin katkı ve işbirliğine verdiği değer ve saygıyı nasıl değerlendirirsiniz	156	5,29	2,71
<b>Yıkıcı hekim davranışı</b>			
Hekimlerin yıkıcı davranışları ne kadar ciddi bir konudur	156	8,55	1,99
Hemşirenin mesleki doyum ve morali üzerinde etkili bir faktör olan yıkıcı hekim davranışı ne kadar önemlidir	156	8,75	1,90
<b>Destek/Çözüm</b>			
Hemşire-hekim çatışmasında hemşirelerin yönetim tarafından desteklenme oranı sizce ne kadardır	156	2,78	2,53
Hemşire-hekim çatışmasında hemşirelere hekim desteği oranı sizce ne kadardır	156	3,10	2,51
Davranışı nedeniyle sorgulandığını bildiğiniz bir hekim varsa, bu sürecin başarı oranı nedir	44*	2,77	2,31

\*Davranışı nedeniyle sorgulanan hekim olduğunu belirten hemşireler yanıt vermiştir.

Yıkıcı hekim davranışı nedeniyle hastaneden ayrılan hemşirenin olup olmadığı sorulduğunda; hemşirelerin %9,0'u evet olarak yanıtlarken, %54,5'i bilgilerinin olmadığını belirtmiştir. Hemşirelerin %92,9'u kliniklerinde yıkıcı davranışı olan hekimlere uygulanan bir yönetim politikasının olmadığını belirtirken, %75,0'i hekimin yıkıcı davranışına tanık olan/ deneyimleyen hemşireler için rapor edici bir ortamın olmadığını belirtmiştir. Yıkıcı davranışı olan hekimlerin belirtilmesinde herhangi bir engel ya da baskı var mı? sorusuna hemşirelerin %86,5'i olmadığını belirtmiştir.

Hemşirelerin yaş, eğitim durumları, meslekteki çalışma süresi ve birimdeki çalışma süresi ile hemşirelerin, Hekim/Hemşire ilişkisi, Yıkıcı Hekim Davranışı ve Destek/Çözüm başlıklarının yer aldığı anketten aldıkları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerin görevleri ile anket formunda yer alan "Hekim/Hemşire ilişkisi" bölümünden aldıkları toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Hemşirelerin görevleri ikiye ayrılarak karşılaştırıldığında yoğun bakım hemşireleri-poliklinik hemşireleri ( $p=0,002$ , MWU=305), ameliyathane hemşireleri-poliklinik hemşireleri ( $p=0,001$ , MWU=395) arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0,05$ ), diğerleri arasında fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

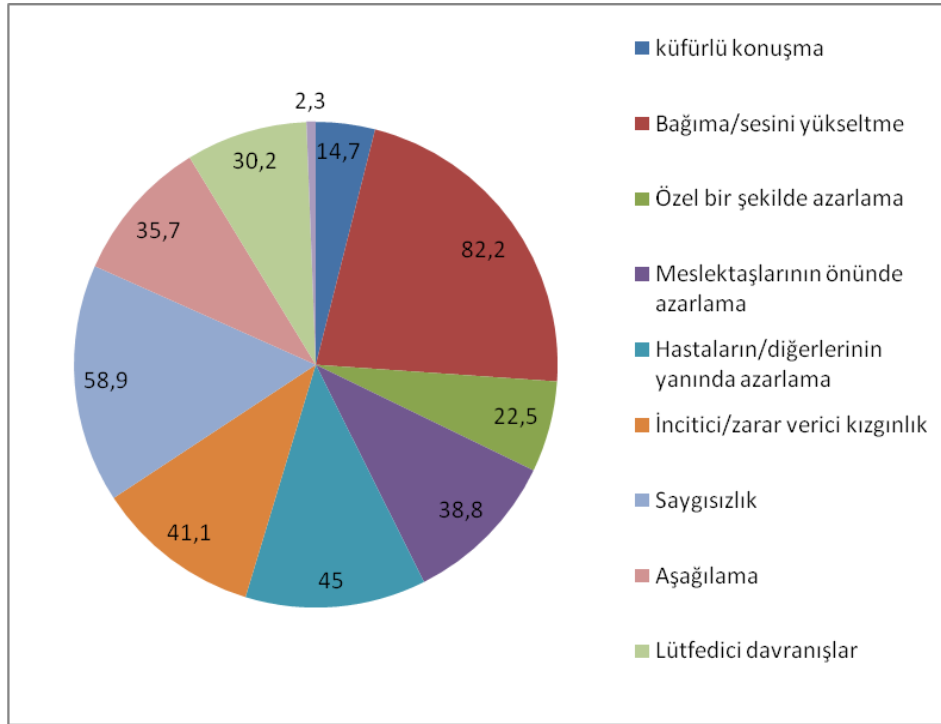
Hemşirelerin görevleri ile Destek/Çözüm toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup ( $p<0,05$ ), farkın hangi görevle çalışan hemşirelerden kaynaklandığını belirlemeye yönelik karşılaştırmada, servis hemşireleri-ameliyathane hemşireleri arasında istatistiksel açıdan fark anlamlı bulunmuştur ( $p=0,046$ , MWU=385).

Hemşirelerin çalıştıkları kliniklerle Hekim/Hemşire ilişkisi ve Destek/Çözüm başlıklarının yer aldığı toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). İstatistiksel farkın hangi klinikler arasında olduğu incelendiğinde, dahili kliniklerle-ameliyathanede çalışan hemşirelerin "Hekim / Hemşire ilişkisi" puan ortalamaları arasında fark önemli ( $p=0,011$ ,  $t=2625$ ), diğerleri arasında fark önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ). "Destek/Çözüm" puan ortalamalarına ilişkin karşılaştırmada dahili klinikler-ameliyathane arasında fark önemli iken ( $p=0,014$ , MWU=185), diğer kliniklerde farkın önemsiz olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

**Tablo 3: Hemşirelerin Çalıştıkları Kliniklere Göre "Hekim/hemşire İlişkisi", "Yıkıcı hekim davranışı", "Destek/Çözüm" Puanları**

Çalışılan Klinik	n	İlişki puan		Yıkıcı hekim davranışı		Destek çözüm	
		$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
Dahili Klinikler	40	24,50	7,91	17,45	3,25	6,50	4,40
Yoğun Bakım	33	24,84	7,33	17,24	3,14	6,09	4,59
İstatistiksel Analiz		p=0,685 , t=0,408		p=0,483 , MWU=599		p=0,797 , MWU=637	
Dahili Klinikler	40	24,50	7,91	17,45	3,25	6,50	4,40
Cerrahi Klinikler	34	22,79	7,83	16,82	3,63	7,17	3,58
İstatistiksel Analiz		p=0,465 , t=0,734		p=0,291 , MWU=586		p=0,204 , MWU=563	
Dahili Klinikler	40	24,50	7,91	17,45	3,25	6,50	4,40
Ameliyathane	17	18,25	7,16	18,25	3,41	3,00	3,01
İstatistiksel Analiz		p=0,011 , t=2,625		p=0,171 , MWU=249		p=0,014 , MWU=185	
Dahili Klinikler	40	24,50	7,91	17,45	3,25	6,50	4,40
Acil	12	21,18	6,43	17,45	3,72	4,54	2,94
İstatistiksel Analiz		p=0,55 , t=0,600		p=0,396 , MWU=184		p=0,945 , MWU=217	

Hemşirelerin % 82,7'si hekimin yıkıcı davranışına tanık olduklarını ya da böyle bir davranışı deneyimlediklerini belirtmiştir. Çalışmada, hemşirelerin maruz kaldıkları yıkıcı hekim davranışları incelendiğinde (Grafik 1), maruz kaldıkları davranış şekilleri sırasıyla; %82,2 bağırma/sesini yükseltme, % 58,9 saygısızlık, %41,1 incitici/zarar verici kızgınlık olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %34,0'ü yoğun bakım ünitelerinde, %27,6'sı cerrahi kliniklerde yıkıcı davranışların daha fazla görüldüğünü belirtmişlerdir. Hemşirelerin %35,9'u yıkıcı davranışların yılda 1-5 kez görüldüğünü, %34,6'sı sağlık personelinin yıkıcı davranış sergileme oranını %10'dan fazla olduğunu belirtmişlerdir.



**Grafik 1: Hemşirelerin deneyimledikleri yıkıcı hekim davranışları**

Hemşirelerin yaş, eğitim durumu, meslekteki çalışma süresi, birimdeki çalışma süresi ve çalıştıkları klinikler ile yıkıcı hekim davranışına maruz kalma durumları arasında istatistiksel açıdan fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerin görevleri ile yıkıcı hekim davranışlarına maruz kalma durumları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak fark anlamlı çıkmıştır ( $p<0,05$ ). Gruplar arası yapılan ikili karşılaştırmada bu farkın servis hemşireleri-yoğun bakım hemşireleri ( $p=0,031$ ) ve yoğun bakım hemşireleri-poliklinik hemşireleri ( $p=0,036$ ) arasında olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre stresle baş etme alt grubu puanları; kendine güvenli yaklaşımı ( $2,14\pm0,51$ ), iyimser yaklaşımı ( $1,77\pm0,46$ ), sosyal destek arama ( $1,58\pm0,44$ ), kendine güvensiz yaklaşım ( $0,93\pm0,47$ ), boyun eğici yaklaşımı ( $0,64\pm0,47$ ) olarak saptanmıştır. Hemşirelerin tüm kliniklerde daha çok kendine güvenli yaklaşımı kullandıkları bunu iyimser yaklaşımın takip ettiği görülmektedir (Tablo 4).



**Tablo 4.** Hemşirelerin Çalıştıkları Kliniklere Göre Stresle Başa Çıkma Puanları

Çalışılan Klinik	Poliklinik n=22	Dahili Klinikler n=40	Cerrahi Klinikler n=34	Ameliyathane n=16	Yoğun Bakım n=33	Acil Servis n=11
	̄ ±SD					
Kendine güvenli	2,35 ± 0,43	2,14± 0,52	2,00±0,43	2,14± 0,57	2,00± 0,55	2,14±0,56
İyimser	1,90± 0,45	1,80± 0,42	1,80± 0,53	1,60± 0,44	1,80± 0,57	1,40± 0,80
Boyun eğici	0,66± 0,39	0,66± 0,50	0,66±0,43	0,33± 0,35	0,50± 0,54	0,50± 0,25
Çaresiz	0,75±0,40	1,06± 0,50	1,00±0,36	0,68± 0,35	0,87± 0,60	0,50± 0,30
Sosyal destek arama	1,50± 0,58	1,75± 0,41	1,75±0,34	1,50± 0,26	1,50± 0,47	1,25± 0,38

Hemşirelerin yıkıcı hekim davranışına maruz kalma durumları ile stresle başa çıkma tarzları alt ölçek puan ortalamaları arasında fark anlamlı çıkmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 5).

**Tablo 5:** Hemşirelerin Yıkıcı Davranışa Maruz Kalma Durumuna Göre Stresle Başa Çıkma Puanları

Yıkıcı Davranışa Maruz Kalma Durumları	Kullanılan Başetme Yöntemleri				
	Kendine Güvenli	İyimser	Boyun Eğici	Çaresiz	Sosyal Destek Arama
Evet (n=129)	2,13±0,51	1,74±0,54	0,65±0,47	0,94±0,49	1,56±0,44
Hayır (n=27)	2,22±0,51	1,88±0,40	0,61±0,42	0,89±0,38	1,68±0,41
İstatistiksel Analiz	*MWU=1534 p=0,329	<sup>†</sup> t=1,285 p=0,201	MWU=1724 p=0,936	MWU=1734 p=0,972	MWU=1418 p=0,123

\*MWU: Mann Whitney U Testi <sup>†</sup>t = student's t- test

Hemşirelerin yaş, eğitim durumu, meslekteki çalışma süresi ve birimdeki çalışma süresi ile stresle başa çıkma tarzları alt ölçek puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerin stresle baş etme alt grubu puanları ile "Hekim / Hemşire ilişkisi, Yıkıcı Hekim Davranışı ve Destek/Çözüm" puanları arasında; "kendine güvenli yaklaşım" ile "Yıkıcı Hekim Davranışı" başlığı puan ortalamaları arasında zayıf bir ilişki ( $p=0,004$ ,  $r= 0,228$ ) saptanmıştır. "Yıkıcı Hekim Davranışı" başlığından aldıkları puan ortalamaları ile "Destek/Çözüm" başlığından aldıkları puan ortalamaları arasında ters yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,001$ ,  $r=0,273$ ).

## Tartışma

Hemşirelerin çalışma ortamlarında yıkıcı hekim davranışına maruz kalma durumlarını belirlemek ve stresle baş etmeleri üzerine etkisini saptamak amacıyla yapılan çalışmada, hemşirelerin çoğunluğunun yıkıcı hekim davranışına tanık oldukları ya da deneyimledikleri (%82,7) ve en fazla deneyimlenen yıkıcı hekim davranışının bağırma/sesini yükseltme (% 82,2 ) olduğu saptanmıştır (Grafik 1). Çalışma bulguları literatür bulgularıyla paralel olmakla beraber, en fazla deneyimlenen yıkıcı hekim davranışlarının bağırma/sesini yükseltme,<sup>24,26,27</sup> saygısızlık, lütfedici davranışlar,

meslektaşlarının önünde azarlama ve hastaların/diğerlerinin yanında azarlama olduğu belirtilmektedir.<sup>14,24</sup> Tüm çalışmalarda, maruz kalma sıklığı ve davranış şekli farklı olsa da yıkıcı davranışın varlığı bu çalışmada da doğrulanmıştır. Çalışma sonucuna benzer olarak, Semetzer ve Cohen<sup>28</sup> sindirme, tehdit, Pejic<sup>13</sup> ve Cook ve arkadaşları<sup>29</sup> çalışmalarında ise sözlü taciz ve küçümseyici davranış, en sık görülen yıkıcı davranış olarak belirtilmiştir. Çöl'ün<sup>30</sup> (2008) çalışmasında hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına göre daha çok yıldırma davranışına maruz kaldığı bulunmuştur.

Yıkıcı hekim davranışları; hemşirelerde verimliliğin düşmesine ve işten ayrılmalara neden olmaktadır. <sup>16-18,31</sup> Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin verdikleri yanıtlara göre 14 hemşire yıkıcı hekim davranışı nedeniyle işten ayrılan hemşirelerin olduğunu belirtmişlerdir. Hekim hemşire ilişkisini etkileyen dinamikleri inceleyen bir çalışmada hemşirelerin üçte birinden fazlasının olumsuz hekim davranışları nedeniyle istifa ettikleri belirlenmiştir.<sup>31</sup>

Pediatric hemşireleri arasında sözlü taciz deneyimini araştıran bir çalışmada, hemşirelerin % 84,9'unda iş tatmininde bir düşüş olduğunu, sözlü taciz nedeniyle işe gitmekte isteksiz olduklarını belirtmişlerdir<sup>13</sup>. Sofield ve Salmond<sup>12</sup> çalışmalarında hemşirelerin %91,0'i sözel tacizi deneyimlediklerini belirtmişlerdir ki burada hekimler en sık görülen kaynak olarak gösterilmiştir. Hemşireler sözlü tacizin işten ayrılma ve hemşire eksikliğine katkıda bulunduğunu ve %60'dan fazla bunun sorumlu olduğuna inandıklarını ifade etmişlerdir.<sup>12</sup>

Hemşire memnuniyeti ve işe devam etmede yıkıcı hekim davranışlarının etkisinin incelendiği bir çalışmada hekimler, hekim- hemşire ilişkisini hemşirelerden daha olumlu olarak değerlendirirken, hemşireler, hemşire memnuniyetsizliğinde yıkıcı davranışların önemli düzeyde etkili olduğunu ve yıkıcı hekim davranışı nedeniyle kendi çalışma programlarını değiştirdiklerini (%24,0) belirtmişlerdir. Ayrıca hemşirelerin %30,7'si yıkıcı hekim davranışı nedeniyle hastaneden ayrılan bir hemşireyi tanıdıklarını ifade etmişlerdir.<sup>32</sup> Bu sonuçlar bulgularımızı destekler niteliktedir.

İş yükünün ve ağır sorumluluğun olmasından dolayı yoğun bakım üniteleri ve ameliyathane gibi özellikli birimler hem iş hem de stres açısından yoğun çalışma ortamları olarak kabul edilmektedir.<sup>33</sup> Yapılan çalışmalar<sup>14,20</sup> yıkıcı hekim davranışlarının bu birimlerde daha yoğun olarak yaşandığını belirtmektedir. Çalışma bulguları literatürle paralellik göstermektedir. Çalışmada hemşireler, en fazla yoğun bakım ünitelerinde (%34,0) yıkıcı davranışların görüldüğünü bunu, cerrahi birimlerin (%27,6), ameliyathanelerin (%17,9), dahili kliniklerin (%13,5) izlediğini belirtmişlerdir. İş yükünün ve stresin yoğun olarak yaşandığı birimler olmasından dolayı bu oranın bu birimlerde yüksek olduğu söylenebilir. Hemşirelerin görevleri ile yıkıcı davranışları deneyimleme durumları arasında yapılan ikili karşılaştırmada da hem yoğun bakım ve hem de ameliyathane hemşireleri arasında istatistiksel olarak fark önemli bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Bu birimlerde çalışan hemşireler, genellikle konsantrasyonlarını zorlayan durumlarda çalışırlar. Ayrıca, bu birimlerde aralıksız ve uzun çalışma saatlerinin istismar açısından potansiyel yarattığı literatürde belirtilmektedir.<sup>33</sup> Rosenstein ve O'ÉDaniel (2006) çalışmalarında, perioperatif personelin %80'den fazlası konsantrasyon kaybı, azalan iletişim/işbirliği ve diğer ekip üyeleri ile bozulan ilişkileri yıkıcı hekim davranışının bir sonucu olarak bildirmişlerdir.<sup>21</sup>

Çalışma ortamındaki olumsuz insan ilişkileri ve destek yoksunluğunun neden olduğu psikolojik gerilim, iş veriminde düşmeye ve tükenmişliğe neden olmaktadır. Hekim-hemşire çatışmasının vereceği zararı önlemede başarılı olmak, yönetim tarafından personelin tanınması ve personele duyarlı yaklaşımla mümkündür.<sup>34</sup> Çalışmada hemşirelerin büyük bir çoğunluğu (%21,8) hekim

hemşire çatışmasında yönetim desteğinin hiç olmadığını belirtmeleri dikkat çekicidir. Hastane yönetiminin genel olarak hekimlerden oluşmasının bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerin görevleri ile “Destek/Çözüm” toplam puan ortalamaları arasında farkın önemli olduğu belirlenmiştir. Servis hemşirelerinin “Destek/Çözüm” puan ortalamalarının, diğer hemşirelere göre daha yüksek olmasının ve hekim-hemşire çatışmasında hekimlerden gelen desteğin diğer kliniklere göre daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Sağlık bakım alanı, hem yoğun stres yaşayan bireylere hizmet verilmesi hem de çalışan personelin stres yaşantıları ile çok sık karşılaşması nedeniyle, diğer iş ortamlarından daha fazla iş stresinin yaşandığı bir ortam olarak değerlendirilmektedir.<sup>35</sup> Simmons ve Nelson<sup>36</sup> çalışma arkadaşları ile zayıf iletişimi, iş stresine neden olan önemli bir faktör olarak belirtmektedir. İş stresi çalışma yaşantısında kaçınılmaz bir deneyim olmakla birlikte, iş stresinin sıklığı ve süresi bireyin baş edebilme gücünden fazla olduğunda sorunlar ortaya çıkmaktadır. Çalışmaya katılan hemşirelerin başa çıkma tarzlarından ilk sırada kendine güvenli yaklaşımı kullandıkları belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarımız, sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki stres yaşantıları ile başetme durumlarının belirlenmesine yönelik yapılan bir çalışma ile paralellik göstermektedir. Söz konusu çalışmada, hemşirelerin kendine güvenli yaklaşımı (2,12 ±3,80) ilk sırada kullanırken, ikinci sırada sosyal destek arama (1,91 ± 4,59) kullandıkları belirtilmektedir.<sup>37</sup> Hemşirelerin iş ortamı ile ilgili stresörleri ve kullandıkları başetme yöntemlerinin incelendiği diğer bir çalışmada, hemşirelerin stresli olaylar karşısında en sık başvurdukları baş etme yöntemi “kendine güvenli yaklaşım”dır. Başvurulan diğer baş etme yöntemleri ise kullanım sıklığına göre “iyimser yaklaşım”, “sosyal destek arama yaklaşımı”, “kendine güvensiz yaklaşım” ve “boyun eğici yaklaşım” şeklinde sıralanmaktadır.<sup>23</sup> Kullanım bakımından ilk sıralarda yer alan kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı problem odaklı başetme, iyimser yaklaşım ise hem duygu hem problem odaklı başetme şeklindedir. Gerek lisans eğitimleri sırasında gerekse mesleki yaşantılarında hemşireler, problem çözme sürecini öğrenmekte ve klinik ortamda bu tür durumlarla sıklıkla karşılaşmaktadırlar. Çalışmamıza katılan hemşirelerin yarısından fazlasının lisans mezunu olduğundan, problem odaklı baş etme yöntemlerini kullanmaları beklenen bir sonuçtur.

Hekim hemşire çatışmaları, hemşirelerin stresinde son derece önemli olup<sup>17</sup> ve kanıta dayalı bakım sağlamada, uygun klinik karar vermede önemli bir engel oluşturmaktadır.<sup>38</sup> Çalışma kapsamında yer alan hemşirelerin yıkıcı hekim davranışına maruz kalma oranları oldukça yüksek olmasına rağmen, stresle başa çıkma tarzları alt ölçek puan ortalamaları arasında fark anlamlı çıkmamıştır (p>0,05) (Tablo 5). Bu bulgu, hemşirelerin etkin baş etme yöntemlerini kullanmasının bir sonucu olduğunu düşündürmüştür.

Hemşirelerin çalıştıkları klinik ile kullandıkları baş etme yöntemlerine ilişkin yapılan karşılaştırmada farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Poliklinikte çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının diğer birimlerde çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu birimlerde stres oranının daha düşük olmasından, aynı zamanda bu birimlerde çalışan hemşirelerin stresle başa çıkma yöntemlerinden kendine güvenli yaklaşımı kullanmalarının etkili olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin stresle baş etmede kullandıkları “kendine güvenli yaklaşım” ile “Yıkıcı Hekim Davranışı” puan ortalamaları arasında zayıf bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin stresle baş etmede soruna yönelik yaklaşım olarak kabul edilen “kendine güvenli yaklaşım” tarzını kullanmaları bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir. Soruna yönelik yaklaşımın problem çözme becerisini, bilgi

aramayı, eleştirel bakış açısı kullanmayı gerektiren davranışları içermektedir. Hemşireler yıkıcı hekim davranışlarının önemli olduğunu, aynı zamanda hekim davranışlarının hemşirenin morali ve doyumunu üzerinde etkili olduğu belirtmişlerdir. Bunun yanı sıra, “kendine güvenli yaklaşım” ile “Destek/Çözüm” başlığından alınan puan ortalamaları arasında ters yönlü bir ilişki belirlenmiştir. Hemşirelerin bu başlıkta yer alan ifadelere vermiş oldukları yanıtlar göz önüne alındığında, yönetim desteğinin düşük olmasına karşın hemşireler etkin baş etme yöntemlerini kullanmaktadırlar.

### ***Sonuç ve Öneriler***

Bu çalışmada, literatüre paralel olarak yıkıcı hekim davranışlarının varlığı doğrulanmıştır. Hemşirelerin yıkıcı hekim davranışına maruz kalma durumları ile yaş, eğitim durumu, meslekteki ve birimdeki çalışma süresi, çalıştıkları klinik arasında anlamlı bir fark olmadığı, ancak hemşirelerin görevleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmış olup yoğun bakım ve ameliyathane hemşirelerinin yıkıcı hekim davranışlarını daha fazla deneyimledikleri saptanmıştır. Ayrıca, hemşire-hekim çatışmasında yönetim desteğinin yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun baş etme yöntemlerinden daha çok kendine güvenli yaklaşımı kullandıkları ve stresle baş etmede kullanılan yöntemler ile yıkıcı hekim davranışları arasında bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Çalışma sonuçları doğrultusunda;

Özellikle yıkıcı hekim davranışlarının yoğun olarak yaşandığı birimlerde çalışan hekim- hemşire arasında etkin, sağlıklı bir iletişim sisteminin kurulmasını ve iletişim kanallarının artırılmasını, yaşanan sorunları ve bunlara yönelik çözüm önerilerinin paylaşımını sağlayan düzenli toplantıların yapılması,

Hekim- hemşire çatışmasında yönetim desteğini arttırmaya yönelik çalışmaların ve hemşirelerin yönetimde etkinliğini arttırmak için üst yönetimde yer almalarını sağlayacak düzenlemelerin yapılması,

Yıkıcı hekim davranışlarının beraberinde getireceği problemleri ortaya koymak, ayrıca tüm sağlık personelinin ve yöneticilerinin konuya dikkatini çekmek için bu tarz çalışmaların artırılması önerilmektedir.

### **Kaynaklar**

1. Doğan S, Güler H, Kelleci M. Hastaların öfkeli davranışları karşısında hemşirelerin yaklaşımları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001;5(1): 26-32.
2. Tosun N, Akbayrak N. Sağlık ekibi ve ekibin bir üyesi olarak hemşirenin rolü. Sendrom Dergisi 2002; 14(1):133-137.
3. Lin Y, Liu H. The Impact of workplace violence on nurses in South Taiwan. Int J Nurs Stud 2005;42(7):773-778.
4. Öz F. Sorgulanması gereken bir ilişki: hekim-hemşire ilişkisi. Türk Hemşireler Dergisi 2003;3-4(55): 9-14.
5. Aiken L, Clarke S, Sloane D. Nurse's reports on hospital care in five countries. Health Aff 2001; 20(3): 43-53.
6. Guidroz AM, Burnfield-Geimer JL, Clark O, Schwetschena HM, Jex, SM. The Nursing Incivility Scale: development and validation of an occupation-specific measure. J Nurs Meas 2010;18(3): 176-200.
8. Uzun Ö, Bağ B, Özer N. (2001) İş Ortamındaki Sözel Saldırıların Hemşireler Üzerine Etkileri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001; 4 (1): 41-47.
9. DI Martino V. Workplace Violence in the Health sector: Country Studies, Synthesis report May,2008[Online]. Available from: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf), (Accessed 2010 June 12).
10. Wilhelm KA, Lapsley H. Disruptive doctors: unprofessional interpersonal behavior in doctors. Med J Aust 2000;173(2): 384.
11. Pfifferling JH. The disruptive physician. Physician Exec 1999;25(2): 56.
12. Piper LE. Addressing the phenomenon of disruptive physician behavior. Health Care Manag 2003;22(4):335-339.
13. Sofield L, Salmond SW. A focus on verbal abuse and intent to leave the organization. Orthop Nurs 2003;22(4):274-283.

14. Pejic AR. Verbal abuse: a problem for pediatric nurses. *Pediatr Nurs* 2005; 31(4): 271-279.
15. Rosenstein AH. Nurse-physician relationships: Impact on nurse satisfaction and retention. *Am J Nurs* 2002;102(6):26-34.
16. Alvarez G, Coiera E. Interdisciplinary communication: An uncharted source of medical error? *J Crit Care* 2006;21(3):236-242.
17. Yazdan Panah S, Dianat M. A survey on work-related stressors in nursing and methods of their reduction: A focus group discussion. *Iran South Med J.* 2004;6(2):172-178.
18. Adib-Hajbaghery M, Khamechian M, Masoodi Alavi N. Nurses' perception of occupational stress and its influencing factors: A qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2012 Jul-Aug;17(5):352-359.
19. Manojlovich M, DeCicco B. Healthy work environments, nurse-physician communication, and patients' outcomes. *Am J Crit Care* 2007;16(6):536-543.
20. Abaan S, Duygulu S. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumdan Ayrılmalarına Yol Açabilecek Olası Nedenlerin ve Örgütteki Bağlılıklarının İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004; 11 (2):11-25.
21. Rosenstein AH, O'Edaniel M. Disruptive behavior and clinical outcomes: Perceptions of nurses and physicians. *Am J Nurs* 2005;105(1):54-64.
22. Rosenstein AH, O'Edaniel M. Impact and implications of disruptive behavior in the perioperative arena. *J Am Coll Surg.* 2006;203(1):96-105.
23. Veltman LL. Disruptive behavior in obstetrics: a hidden threat to patient safety. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196(6):587.e1-587.e5.
24. Kanbay Y, Üstün B. Kars ve Artvin illerinde hemşirelerin iş ortamı ile ilgili stresörleri ve kullandıkları başetme yöntemlerinin incelenmesi. *DEUHYO ED* 2009;2(4):155-161.
25. Akyürek B, Özer S, Argon G, Conk, Z. Hekim davranışlarının hemşire memnuniyeti ve hemşirelerin işine devam etme durumu üzerine etkisi. *Ege Tıp Dergisi* 2005;44(3): 167-172.
26. Şahin NH, Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1995;10(34): 56-73.
27. Kingma M. Workplace violence in the health sector: A problem of epidemic proportion. *Int Nurs Rev* 2001;48(3):129-130.
28. Bolişik B, Ak B, Sarıkaya Karabudak S. Pediatri Hemşireliğinde Sık Karşılaşılan Bir Sorun: Sözel İstismar. *Ege Pediatri Bülteni* 2008;15(2): 75-83.
29. Smetzer JL, Cohen MR. Intimidation: practitioners speak up about this unresolved problem. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2005;31(10): 594-599.
30. Cook JK, Green M, Topp RV. Exploring the impact of physician verbal abuse on perioperative nurses. *AORN Journal* 2001;74(3): 317-331.
31. Çöl S. İşyerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *Çalışma ve Toplum* 2008;4(19):107-134.
32. Wanzer MB, Wojtaszczyk AM, Kelly J. Nurses' perceptions of physicians' communication: the relationship among communication practices, satisfaction, and collaboration. *Health Communication* 2009;24(8):683-691.
33. Deans C. Nurses and occupational violence: the role of organizational support in moderating professional competence. *Aust J Adv Nurs* 2004;22(2): 14-18.
34. Piquette D, Reeves S, LeBlanc VR. Stressful intensive care unit medical crises: How individual responses impact on team performance. *Crit Care Med* 2009 Nisan;37(4):1251-1255.
35. Uyer G. Sürtüşmelerin Ele Alınması. *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı*, İstanbul: Birlik Ofset Ltd. Şti. 1996, 121-126.
36. Clegg A. Occupational Stress in Nursing: A Review of the Literature. *J Nurs Manag* 2001;9(2):101-106.
37. Simmons BL, Nelson L. Stress at work: The relationship between hope and health in hospital nurse. *Health Care Manage Rev.* 2001;26(4):7-18.
38. Tel H, Karadağ M, Tel H, Aydın Ş. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamındaki Stres Yaşantıları İle Başetme Durumlarının Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2003;5(2):13-23.
39. Robinson FP, Gorman G, Slimmer LW, Yudkowsky R. Perceptions of Effective and Ineffective Nurse-Physician Communication. *Nurs Forum* 2010;45(3):206-216.