

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**DOKTORLARA UYGULANAN ŞİDDETİN
MESLEK BAĞLILIĞINA ETKİSİ: KOCAELİ ÖRNEĞİ**

DOKTORA TEZİ

Tülin BAYRAKTAR

Enstitü Anabilim Dalı: Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Yılmaz ÖZKAN

TEMMUZ-2017

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

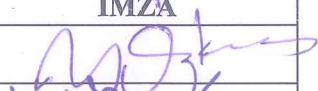
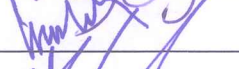
**DOKTORLARA UYGULANAN ŞİDDETİN
MESLEK BAĞLILIĞINA ETKİSİ: KOCAELİ ÖRNEĞİ**

DOKTORA TEZİ

Tülin BAYRAKTAR

Enstitü Anabilim Dalı: Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri

“Bu tez 17/07/2017 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA
Prof. Dr. Yılmaz ÖZKAN	Olumlu	
Prof. Dr. Abdülkadir ŞENKAL	Olumlu	
Prof. Dr. Adem UĞUR	Olumlu	
Prof. Dr. Cihangir AKIN	Olumlu	
Doç. Dr. Feriye YILMAZ	Olumlu	



SAKARYA
ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA İNTİHAL YAZILIM RAPORU BEYAN BELGESİ

Tez Başlığı: DOKTORLARA UYGULANAN ŞİDDETİN MESLEK BAĞLILIĞINA ETKİSİ:
KOCAELİ ÖRNEĞİ

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmamın toplam 151 sayfalık kısmına ilişkin *Sakarya Üniversitesi Lisansüstü Yönetmeliği Madde 28* uyarınca aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan ve 20/06/2017 tarihinde Sosyal Bilimler Enstitüsü tarafından şahsıma iletilen *Turnitin* intihal tespit programı raporuna göre tezimin benzerlik oranı % 19'tır.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1) Kaynakça hariç
- 2) Alıntılar dahil
- 3) 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Bu bilgiler doğrultusunda tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Öğrenci
Tülin BAYRAKTAR

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı – Soyadı
Öğrenci Numarası
Ana Bilim Dalı
Programı
Statüsü

: Tülin BAYRAKTAR
: 1160D05011
: Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri
: Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri
: ☐ Y. Lisans ☒ Doktora ☐ Bütünleşik Doktora

Danışman
Prof. Dr. Yılmaz ÖZKAN

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın yapılmasında emeği geçen ve desteğini benden esirgemeyen değerli danışman hocam Prof. Dr. Yılmaz Özkan'a, katkıları için saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Adem Uğur ve Doç. Dr. Tuncay Yılmaz'a, görüşleri ve destekleri için sayın hocalarım Prof. Dr. Cihangir Akın ve Prof. Dr. Abdülkadir Şenkal'a, her daim yanımda olan arkadaşım Arş. Gör. Elif Alp'e, desteği için Yemliha Durmaz'a, ismini sayamadığım tüm arkadaş ve dostlarıma teşekkürü bir borç bilirim.

Ve son olarak, çalışmam boyunca benden sabrını ve desteğini esirgemeyen sevgili aileme, değerli eşim Serkan Bayraktar'a ve canım kızım Duru'ya sonsuz sevgi ve şükranlarımı sunarım.

Tülin Bayraktar

17.07.2017

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iv
TABLolar LİSTESİ.....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	x
SUMMARY	xi

GİRİŞ	1
-------------	---

BÖLÜM 1: DOKTORLARA YÖNELİK ŞİDDET KAVRAMI VE ETKİLERİ ...	11
--	----

1.1. Şiddet Kavramı.....	11
1.1.1. Şiddet Nedir?	11
1.1.2. Şiddet ve Saldırganlık	13
1.1.3. Şiddet Türleri	13
1.1.3.1. Fiziksel Şiddet	14
1.1.3.2. Psikolojik (Duygusal) Şiddet.....	15
1.1.3.3. Ekonomik Şiddet	16
1.1.3.4. Cinsel Şiddet.....	16
1.1.3.5. Sözel Şiddet.....	16
1.2. Doktorlara Yönelik Şiddet	17
1.3. Doktorlara Yönelik Şiddetin Türleri	20
1.4. Doktorlara Yönelik Şiddetin Boyutu	21
1.5. Doktorlara Yönelik Şiddet Nedenleri.....	23
1.5.1. Tarafların Özellikleri, Taraflar Arasındaki Etkileşim ve İletişim.....	25
1.5.2. Örgütsel/Kurumsal Faktörler	26
1.5.3. Çevresel Faktörler	29
1.5.4. Toplumsal Faktörler	30
1.6. Doktorlara Yönelik Şiddetin Muhtemel Etkileri.....	32
1.6.1. Şiddetin Doktorlar Açısından Etkileri.....	32
1.6.2. Şiddetin Hasta/Hasta Yakınları Açısından Etkileri.....	33
1.6.3. Şiddetin Sağlık Kurum ve Kuruluşları Açısından Etkileri.....	33
1.7. Doktorlara Yönelik Şiddetin Yönetimi	34
1.7.1. Türkiye’de Doktorlara Yönelik Şiddetin Yönetimi.....	35

1.7.1.1. Mevzuat, Düzenleme ve Uygulamalar	35
--	----

BÖLÜM 2: MESLEKİ BAĞLILIK KAVRAMI VE ETKİLEYEN

FAKTÖRLER	37
2.1. Meslek Kavramı	37
2.2. Bağlılık Kavramı	38
2.3. Mesleki Bağlılık Kavramı	40
2.4. Mesleki Bağlılık Türleri	44
2.4.1. Duygusal Bağlılık	45
2.4.2. Devam Bağlılığı	47
2.4.3. Normatif Bağlılık	50
2.5. Mesleki Bağlılığı Etkileyen Faktörler	52
2.5.1. Kişisel-Demografik Faktörler	52
2.5.2. Örgütsel-Görevsel Faktörler	55
2.5.3. Durumsal Faktörler	57
2.6. Doktorların Şiddete Maruz Kalma Durumunun Mesleki Bağlılık Üzerine Etkileri.....	58

BÖLÜM 3: DOKTORLARA UYGULANAN ŞİDDETİN MESLEK

BAĞLILILIĞINA ETKİSİ: KOCAELİ ÖRNEĞİ.....	61
3.1. Araştırmanın Hipotezleri.....	61
3.2. Araştırmanın Yeri, Etik Boyutu ve Sınırlılıkları.....	64
3.2.1. Araştırmanın Yapıldığı Kocaeli'nin Sosyo-Ekonomik Yapısı	64
3.2.2. Araştırmanın Etik Boyutu	64
3.2.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	65
3.3. Araştırmanın Metodolojisi	65
3.3.1. Ana Kütle ve Örneklemenin Belirlenmesi.....	66
3.3.2. Kullanılan Veri Toplama Teknikleri.....	68
3.3.3. Verilerin Analizi	69
3.4. Araştırma Bulguları.....	69
3.4.1. Güvenilirlik Analizi	69
3.4.2. Normallik Analizi	71

3.4.3. Faktör Analizi Sonuçları	72
3.4.4. Demografik Bulgular	78
3.4.5. İşyerinde Şiddete Dair Bulgular.....	86
3.4.6. Mesleki Bağlılık ile İlgili Bulgular	106
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	117
EKLER.....	145
ÖZGEÇMİŞ.....	151



KISALTMALAR

AFA	: Açımlayıcı Faktör Analizi
KMO	: Kaiser- Meyer- Olkin
ICN	: International Council of Nurses
ILO	: International Labour Organization
PSI	: Public Services International
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TDK	: Türk Dil Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1 : Doktorların İllere Göre Dağılımı	6
Tablo 2 : Doktor Sayısı, Doktor Başına Düşen Kişi Sayısı ve Doktor Başına Düşen Hasta Müracaat Sayısı	7
Tablo 3 : Araştırmada Kullanılan Şiddet Kavramı İle İlgili Ulusal Literatürde Bulunan Tez Çalışmaları	8
Tablo 4 : Şiddet Tanımları	12
Tablo 5 : Şiddet ile İlgili Yapılan Araştırmalar	22
Tablo 6 : Sağlık İşyeri Şiddeti'ne Karşı Uygulanan Mevzuat ve Uygulamalar	35
Tablo 7 : Mesleki Bağlılık Tanımları	40
Tablo 8 : Kocaeli İlinde Görev Yapan Doktorların Branşa Göre Dağılımı	67
Tablo 9 : Mesleki Bağlılık - Güvenilirlik Analizi Sonuçları	70
Tablo 10 : Mesleki Bağlılık - Güvenilirlik Analizi Sonuçları	71
Tablo 11 : Mesleki Bağlılık Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi Sonuçları	72
Tablo 12 : KMO ve Barlett Küresellik Testi Sonuçları	75
Tablo 13 : Toplam Varyansın Açıklama Oranı	76
Tablo 14 : Döndürme Sonucu Oluşan Komponentler Matrisi	76
Tablo 15 : Faktör 1:Normatif Bağlılık	77
Tablo 16 : Faktör 2: Devam Bağlılığı	77
Tablo 17 : Faktör 3: Duygusal Bağlılık	78
Tablo 18 : Yaşa Göre Dağılım	79
Tablo 19 : Cinsiyete Göre Dağılım	79
Tablo 20 : Medeni Duruma Göre Dağılım	79
Tablo 21 : Doktor Olarak Çalışma Süresine Göre Dağılım	80
Tablo 22 : Şu An Çalışılan Yere Göre Dağılım	80
Tablo 23 : Kurumdaki Çalışma Süresine Göre Dağılım	81
Tablo 24 : Çalışılan Birimlere Göre Dağılım	81
Tablo 25 : Görev Türüne Göre Dağılım	82
Tablo 26 : Çalışma Saatlerine Göre Dağılım	82
Tablo 27 : Hasta /Tetkik Sayısına Göre Dağılım	82
Tablo 28 : Nöbet Durumuna Göre Dağılım	83
Tablo 29 : Nöbet Sayısına Göre Dağılım	83

Tablo 30 : Hastanın Cinsiyetine Göre Dağılım.....	84
Tablo 31 : Kurumda Şiddete Maruz Kalma Endişesine Göre Dağılım.....	84
Tablo 32 : Kurumda Yaşanan Şiddetin Rapor Edileceği Sistemin Varlığına Göre Dağılım.....	85
Tablo 33 : Kurumda Şiddeti Gerekli Yerlere Bildirme Konusunda Destekleyen Kişi/Kişilerin Varlığına Göre Dağılım.....	85
Tablo 34 : Kurum İçi Destekleyen Kişi/Kişiler Varlığına Göre Dağılım	86
Tablo 35 : Kurum Dışı Destekleyen Kişi/Kişiler Varlığına Göre Dağılım.....	86
Tablo 36 : Sağlık Sektöründe Çalışma Yaşamı Boyunca Şiddete Maruz Kalma Durumuna Göre Dağılım.....	87
Tablo 37 : Maruz Kalınan Şiddet Türü ve Sayısına Göre Dağılım	87
Tablo 38 : Son 12 Ayda Herhangi Bir Şiddet Olayına Maruz Kalma Durumuna Göre Dağılım.....	88
Tablo 39 : Şiddet Türünün Şiddet Uygulayana Göre Dağılımı.....	89
Tablo 40 : Son Şiddet Olayındaki Şiddet Uygulayana Göre Dağılım.....	90
Tablo 41 : Son Şiddet Olayındaki Şiddet Uygulayanın Cinsiyetine Göre Dağılım	91
Tablo 42 : Son Şiddet Olayının Gerçekleştiği Yere Göre Dağılım.....	91
Tablo 43 : Son Şiddet Olayının Gerçekleştiği Güne Göre Dağılım.....	91
Tablo 44 : Son Şiddet Olayının Gerçekleştiği Saate Göre Dağılım	92
Tablo 45 : Son Şiddet Olayı Anındaki Tepkilere Göre Dağılım.....	92
Tablo 46 : Son Şiddet Olayından Sonraki Tepkilere Göre Dağılım	93
Tablo 47 : Son Şiddet Olayından Başkasına Bahsetmemeye Göre Dağılım.....	93
Tablo 48 : Son Şiddet Olayının Engellenebilir Olması Durumuna Göre Dağılım.....	93
Tablo 49 : Son Şiddet Olayında Yaralanma Durumuna Göre Dağılım	94
Tablo 50 : Son Şiddet Olayından Sonra Çalışmaya Ara Verilmesi Durumuna Göre Dağılım.....	94
Tablo 51 : Son Şiddet Olayından Sonra Çalışmaya Ara Verenlerin Ara Verdikleri Süre Durumuna Göre Dağılımı	94
Tablo 52 : Şiddet Olayının Sebebini İncelemek İçin Bir Girişim Olması Durumuna Göre Dağılım.....	95
Tablo 53 : Şiddet Olayının Sebebini İnceleyen Kişiye Göre Dağılım	95
Tablo 54 : Şiddetten Sonra Şiddet Uygulayanın Akıbetine Göre Dağılım	95

Tablo 55 : Şiddetten Sonra İş Veren veya Yöneticilerin Önerisine Göre Dağılım	96
Tablo 56 : Kurumun Şiddeti Ele Alış Şeklinden Duyulan Memnuniyete Göre Dağılım.....	96
Tablo 57 : Son 12 Ayda İş Yerinde Fiziksel Şiddete Şahit Olmaya Göre Dağılım	96
Tablo 58 : Son 12 Ayda İş Yerinde Fiziksel Şiddete Şahit Olma Sıklığına Göre Dağılım.....	97
Tablo 59 : Şiddeti İhbar Etme Durumuna Göre Dağılım	97
Tablo 60 : Şiddeti İhbar Ettiği İçin Disipline Sevk Edilme Durumu	97
Tablo 61 : Cinsiyet ile Psikolojik Şiddet Ki-Kare Analizi Sonuçları	98
Tablo 62 : Görev (Branş) ile Fiziksel Şiddete Uğrama Ki-Kare Analizi Sonuçları.....	99
Tablo 63 : Görev (Branş) ile Psikolojik Şiddete Uğrama Ki-Kare Analizi Sonuçları.....	99
Tablo 64 : Görev (Branş) ile Fiziksel Şiddeti Uygulayan Ki-Kare Analizi Sonuçları.....	99
Tablo 65 : Görev (Branş) ile Psikolojik Şiddeti Uygulayan Ki-Kare Analizi Sonuçları.....	100
Tablo 66 : Görev (Branş) ile Sözel Şiddeti Uygulayan Ki-Kare Analizi Sonuçları	100
Tablo 67 : Çalışma Saatleri ile Sektördeki Yaşam Boyunca Şiddete Uğrama Ki-Kare Analizi Sonuçları.....	101
Tablo 68 : Çalışma Saatleri ile Son 12 Ayda Şiddete Uğrama Ki-Kare Analizi Sonuçları.....	101
Tablo 69 : Hasta/Tetkik Sayısı ile Sözel Şiddete Uğrama Ki-Kare Analizi Sonuçları.....	101
Tablo 70 : Hasta/Tetkik Sayısı ile Şiddetin Yaşandığı Yer Ki-Kare Analizi Sonuçları.....	102
Tablo 71 : Çalışma Saatleri ile Sözel Şiddete Uğrama Ki-Kare Analizi Sonuçları	102
Tablo 72 : Hasta Tetkik Sayısı ile Psikolojik Şiddete Uğrama Ki-Kare Analizi Sonuçları.....	103
Tablo 73 : Hasta Tetkik Sayısı ile Cinsel Şiddete Uğrama Ki-Kare Analizi Sonuçları.....	103
Tablo 74 : Nöbeti Olma İle Sözel Şiddete Uğrama Ki-Kare Analizi Sonuçları	104
Tablo 75 : Nöbet Sayısı ile Fiziksel Şiddete Uğrama Ki-Kare Analizi Sonuçları	104

Tablo 76 : Nöbet Sayısı ile Psikolojik Şiddete Uğrama Ki-Kare Analizi Sonuçları.....	105
Tablo 77 : Nöbet Sayısı ile Sözel Şiddete Uğrama Ki-Kare Analizi Sonuçları.....	105
Tablo 78 : Şiddetin Yaşandığı Kuruma Göre Dağılım.....	106
Tablo 79 : Şiddeti Raporlayabilme ile Normatif Bağlılık T-testi Sonuçları	106
Tablo 80 : Şiddeti Raporlayabilme ile Devam Bağlılığı T-testi Sonuçları	107
Tablo 81 : Şiddeti Resmi Olarak Bildirme Önerisi ile Normatif Bağlılık t-Testi Sonuçları.....	108
Tablo 82 : Şiddeti Resmi Olarak Bildirme Önerisi ile Devam Bağlılığı t-Testi Sonuçları.....	108
Tablo 83 : Şiddeti Resmi Olarak Bildirme Önerisi ile Duygusal Bağlılık t-Testi Sonuçları.....	109
Tablo 84 : Fiziksel Şiddete Şahitlik ile Normatif Bağlılık T-testi Sonuçları.....	109
Tablo 85 : Fiziksel Şiddete Şahitlik ile Devam Bağlılığı T-testi Sonuçları.....	110
Tablo 86 : Fiziksel Şiddete Şahitlik ile Duygusal Bağlılık T-testi Sonuçları	110
Tablo 87 : Fiziksel Şiddet ile Normatif Bağlılık Anova Testi Sonuçları	111
Tablo 88 : Fiziksel Şiddet ile Devam Bağlılığı Anova Testi Sonuçları	112
Tablo 89 : Fiziksel Şiddet ile Duygusal Bağlılık Anova Testi Sonuçları	113
Tablo 90 : Fiziksel Şiddeti İhbar ile Devam Bağlılığı t-Testi Sonuçları.....	113
Tablo 91 : Fiziksel Şiddeti İhbar ile Duygusal Bağlılık t-Testi Sonuçları.....	114
Tablo 92 : Disiplin/Baskı Görme ile Normatif Bağlılık T-testi Sonuçları.....	115
Tablo 93 : Disiplin/Baskı Görme ile Devam Bağlılığı T-testi Sonuçları.....	115
Tablo 94 : Disiplin/Baskı Görme ile Duygusal Bağlılık T-testi Sonuçları	116

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1	: Mesleki Bağlılıkla İlişkili Kavramlar.....	43
Şekil 2	: Şiddet ve Mesleki Bağlılık Topolojisi.....	62
Şekil 3	: Araştırmanın Akış Şeması.....	66
Şekil 4	: Şiddet Türünün Yoğunluğuna Göre Yüzdesel Dağılım	88
Şekil 5	: Şiddet Uygulayan Dağılımı	89
Şekil 6	: Şiddetin Hangi Türüne Kim Tarafından Maruz Kaldığını Gösteren Kümülatif Durum	90
Şekil 7	: Psikolojik Şiddet Mağdurlarının Cinsiyete Göre Dağılımı	98



Tezin Başlığı: Doktorlara Uygulanan Şiddetin Meslek Bağlılığına Etkisi: Kocaeli Örneği	
Tezin Yazarı: Tülin BAYRAKTAR	Danışman: Prof. Dr. Yılmaz Özkan
Kabul Tarihi: 17/07/2017	Sayfa Sayısı: xi(ön kısım) + 144(metin) + 6 (ek)
Anabilimdalı: Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri	
Sağlık sektörü, işyeri şiddetinin yaygın olarak var olduğu bir alandır. Şiddet, başta doktorlar olmak üzere tüm sağlık çalışanlarını olumsuz etkilemektedir. Türkiye’de 135 616 adet doktor bulunmaktadır. Doktor başına düşen hasta sayısının 573 olduğu düşünülürse, şiddetin sadece sağlık çalışanlarını değil toplumun tamamını kuşatan ne denli büyük boyutta bir tehdit olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca doktorlara uygulanan şiddetin çok az bir kısmı bildirilmekte ve raporlanmaktadır. Yani bu konudaki mevcut istatistiki veriler, şiddetin tamamını temsil etmemektedir. Mesleki bağlılık ise, kişinin mesleğine olan ilgisini ve duygusal tutum ve davranışlarını ifade eder. Mesleki bağlılık, bireyin mesleğini devam ettirmesi açısından önemli bir kavramdır. Bu yüzden birçok dış etken tarafından etkilenmektedir. Bu çalışmanın amacı, doktorların maruz kaldığı şiddetin onların mesleklerine olan bağlılıklarını etkileyip etkilemediğini belirlemektir. Temel hipotez bu olmakla birlikte, 5 grup ana hipotez ve 15 alt hipotez test edilmiştir. Bu kapsamda çalışma Kocaeli ili sınırlarında uygulanmıştır. Sağlık sektörünün seçilme sebebi ise, sağlık çalışanlarının diğer tüm sektör çalışanlarına göre 16 kat daha fazla işyeri şiddetine maruz kalmasıdır (Kingma, 2001:129). Araştırmanın evrenini 2011 doktor, örneklemini ise 200 doktor oluşturmaktadır. Araştırmada araştırma tekniği olarak “Doktorlara Yönelik Şiddet Anket Formu” ve Meyer ile diğerleri tarafından geliştirilmiş olan (Meyer ve diğ., 1993) “Mesleki Bağlılık Ölçeği” kullanılmıştır. Sonuç olarak, doktorların şiddete yüksek oranda maruz kaldığı ve maruz kalma endişesi yaşadığı, bunun da mesleklerine olan bağlılıklarını olumsuz etkilediği belirlenmiştir.	
Anahtar Kelimeler: Şiddet, İşyeri şiddeti, Mesleki bağlılık, Doktorlar.	

Title of the Thesis: The Effect of Violence Against Doctors on Professional Commitment: The Example of Kocaeli	
Author: Tülin BAYRAKTAR	Supervisor: Prof. Yılmaz ÖZKAN
Date: 17/07/2017	Nu. of pages: xi(pre.) + 144 (main body) + 6 (app.)
Department: Labour Economics and Industrial Relations	
Health sector is a field in which workplace violence is prevalent. Violence effect all healthcare staff notably doctors in negative way. There are 135 616 doctors in Turkey. If it is thought as 573 patients per doctor, it can be understood how big threat is the violence that surrounds not only healthcare staff but the whole society. Also, only a few of violence applied to doctors are notified and reported. So actual statistical datas regarding this subject, do not represent the total of violence. Occupational commitment expresses the interest, emotional attitude and behaviours of a person towards his occupation. Occupational commitment is an important concept in terms of continuity of person to his occupation. The aim of this study is to identify if the violence that doctors are exposed, affects their commitment to their occupation or not. Although the basic hypothesis is this, 5 main group hypotheses and 15 sub hypotheses were tested. In this scope, the study was applied within the borders of Kocaeli province. The reason of choosing health sector is healthcare staff is exposed to violence 16 times more than the other sector staff (Kingma, 2001: 129). 2011 doctors form the population and 200 doctors form the sampling of study. “Violence Towards Doctors Questionnaire Form” and “Occupational Commitment Scale” developed by Meyer et. al (1993) were used as a research technique. As a result, it was obtained that doctors are exposed to high incidence of violence and they suffer from exposition anxiety so this affects their commitment to their occupation in negative way.	
Keywords: Violence, Workplace violence, Occupational commitment, Doctors.	

GİRİŞ

Günümüzde şiddet sıklıkla karşılaşılan bir kavram olmakla birlikte, insanlık tarihi ile birlikte her daim varolmuş ve karmaşık bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Şiddet kavramının birden fazla çeşidi ve boyutu olduğu için karmaşık bir yapı sergilemektedir.

Şiddet kelimesi, Arapça kökenli bir kelimedir. Şiddetin sözlük anlamı; “kaba güç, karşıt görüşte olanlara kaba kuvvet kullanma, duygu veya davranışta aşırılık” tır (www.tdk.gov.tr, 2015). Dünya Sağlık Örgütü’ne göre şiddet, bir başka insana onu yaralayacak şekilde sahip olunan kaba kuvvetin uygulanmasıdır (WHO 1996; WHO 2002). Buna göre şiddet; fiziki saldırı, cinsel taciz, ırk ayrımcılığı, sözel saldırı ve cinayet olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2005).

Şiddetin bilim dallarına, felsefi akımlara, kuramlara ve kişilere göre çeşitlilik gösteren pek çok tanımı vardır. Şiddet psikoanalitik kurama göre, “doğuştan gelen, bütün canlılarda ortak olan, öğrenmeyle değişmeyen evrensel bir içgüdü”, etiyolojistlere göre “türün içindeki kavga”, siyaset bilimcilere göre, “çoğunluğun azınlığa baskısı”dır. Karmaşık bir ilişkiler bütünü yansıtan şiddet; biyolojik, psikolojik ve sosyolojik olarak farklı yaklaşımlarla ele alınmıştır. Şiddet, fiziksel ve psikolojik zarara sebep olan eylemleri kapsayan çok geniş kapsamlı bir terimdir. Şiddet, kişilerarası ya da kendi kendine olabilir. Şiddet; yaş, sosyo-ekonomik durum, eğitim, din, cinsiyet ve işyerinin sınırlarını kesiştiren bir kavramdır.

Sağlık sektöründe şiddet ise; doktora, hasta, hasta yakını ya da iş arkadaşı tarafından uygulanan sözel, psikolojik, fiziksel veya cinsel her türlü saldırdır.

Şiddet olayları, dünya çapında son 10 yılda çok ciddi artış göstermiştir. Şiddet hem sağlık hizmeti alan hem de sağlık hizmeti veren için toplumsal bir sorun olmuştur. Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından işyeri şiddeti, küresel, sınırları aşan, iş ve meslek gruplarını içeren bir rapor hazırlanmıştır. Rapora göre, sağlık çalışanları, şiddete uğrayan kurban sıralamasında hep ilk sıradadır.

Sağlık kurumları, çok fazla çalışanı olduğu için işyeri şiddetinin en çok yaşandığı sektördür. Yapılan bir araştırma sağlık çalışanlarının diğer tüm çalışanlara göre 16 kat daha fazla şiddete maruz kaldığını tespit etmiştir (Kingma,2001:129). Ülkemizde de 14

Mayıs 2012-1 Ekim 2012 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık işyerlerinde 3084 şiddet olayı bildirilmiştir. Bu şiddetin %56'sı doktorlara, %30'u sağlık personeline, %5'i diş hekimlerine, %3'ü idari personele ve %6'sı taşeron şirket çalışanlarına yöneliktir. Görüldüğü gibi şiddetin yarıdan fazlası doktorlara uygulanmaktadır.

Literatür taramasında, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan araştırma görevlisi doktorlar üzerinde yapmış olduğu çalışmada 226 asistan doktorun %53,5'inin sözel şiddete, %1,8'inin fiziksel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (Aydın ve diğerleri, 2007). Yine bir araştırmada Türkiye'deki 1712 asistan doktorun %67'sinin sözel şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir (Açık ve diğerleri, 2008). Son olarak, bir başka çalışmada pratisyen hekimlerle ilgili yapmış olduğu çalışmada 522 pratisyen hekimin %89,3'ünün sözel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (Aydın ve diğerleri, 2009). Bu çalışmalarda görülmektedir ki; doktorlara yönelik yapılan araştırmalar hem çok az hem de yıllar geçtikçe doktorların şiddete maruz kalma oranı artmıştır.

Ülkemizde son yıllarda doktorlara uygulanan şiddetin sayısında giderek bir artış olduğu tespit edilmiştir. Bu artışın sebepleri sadece güvenlik yetersizliği ile açıklanamaz. Doktorların şiddet hedefi haline gelmesinin en önemli nedenleri, hastane içerisinde yeterli derecede güvenli bir çalışma ortamı olmayışı hem doktorların hem hastaların kendi hakları konusunda yeterli bilgi sahibi olmaması ilaveten hastaların ekonomik sorunlarını şiddet olarak dışa vurması ve sağlıktaki aksaklıkların tek sebebi olarak doktorların görülmesidir.

Sağlıkta yaşanan şiddet olayları, doktorların işyerlerinde güvenlik açısından kaygı düzeylerini arttırmakta bu durum onları depresyona ve mutsuzluğa sevk etmektedir. Sağlıktaki tüm iyileştirme çalışmalarına rağmen hasta ve hasta yakınlarınca doktora uygulanan şiddet devam etmektedir. Yaşanan bu şiddet tablosu büyük bir önem arz etmektedir çünkü halen birçok hastanede yaşanan şiddet olaylarına anında müdahale edecek bir polis noktası yoktur. İlaveten hastanelerdeki güvenlik elemanları genellikle taşeron firmalarca istihdam edilen insanlar oldukları için örgüt kültürü ve bağlılığı bulunmayan kişilerdir dolayısıyla bunlar da şiddete müdahalede çok etkin değildir. Ayrıca doktor, şiddetin sosyal toleransı sebebiyle mağdur olmaktadır. Hukuk sisteminde; saldırgan tazminat ödeyerek ceza almaktan kurtulmaktadır.

Kaliteli ve huzurlu bir şekilde sağlık hizmetlerinin sağlanması, toplum sağlığının geliştirilmesinde vazgeçilmez bir unsurdur. Doktorlar saldırıya uğradığında yeterli sağlık hizmeti veremeyeceği için, bu durum sağlıktaki kaliteyi de olumsuz etkileyecektir. Doktorların şiddet nedeniyle verimsiz bir ortamda çalışması, toplum sağlığı ile birlikte ÷lke ekonomisinde de ciddi kayıplara neden olacaktır.

Günümüzde doktora yönelik şiddet, doktorun ölümüyle sonuçlanmaya kadar varmıştır. Bunun sebebi, hastanın ölümüyle hasta yakınlarının bu durumdan doktoru sorumlu görmesi ve ona ağır fiziki şiddet uygulamasıdır. Tüm bu nedenler ışığında, doktorlar ağır tehdit ve risk altında olduklarını ve bu sebeplerle işlerini yapamadıklarını sıkça dile getirmektedir.

İşyeri şiddeti, uluslararası alanda birçok şirket ve işveren için önemli bir mesleki tehlike olarak kabul edilir. Özellikle, sağlık işyerinde bu tehlike daha fazladır (Beech&Leather, 2006; Ryan&Maguire, 2006). İngiliz Ulusal Denetim Şirketi anketine göre; şiddet ve saldırganlık olaylarının %40'ı sağlık çalışanlarına yöneliktir.

Sağlık işyerlerinde uygulanan şiddetler toplumsal bir aynadır. Toplum profilinin adeta bir yansıması olarak karşımıza çıkmaktadır. Hiçbir birey mensubu olduğu toplumun sosyal davranış kalıplarına aykırı hareket etmez. Bu nedenle, şiddet ile ilgili nedenler incelenip çözümler üretilirken bu husus da göz önünde bulundurulmalıdır. Şiddetin iki tarafı olan doktorlar ve hasta/hasta yakınlarının sahip oldukları toplumsal ve ekonomik koşullar ile sosyal ve psikolojik durumlar nedeniyle aralarındaki iletişimsel eksikliklerin şiddete dönüşmesi normaldir. Medya da şiddet içerikli yayınları ile şiddeti toplumsal bir davranış biçimi haline getirmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, çeşitli ÷lkelerdeki sağlık işyerlerindeki işyeri şiddet oranlarını raporlamıştır. Rapora göre; %75,8 Bulgaristan'da, %67,2 Avustralya'da ve %46,7 Brezilya'da işyeri şiddeti uygulanmaktadır (Di Martino, 2002). Amerika'da, Bureau Çalışma İstatistikleri raporuna göre; 2010 yılında 11 370 sağlık çalışanı şiddete maruz kalmıştır.

Mesleki bağlılık kavramı da meslek-örgüt-birey üçlüsünün ilişkisinde en kritik bağ olma niteliği taşır. Mesleki bağlılık, en yalın ifadeyle bireyin mesleğine olan sevgisi ve

sadakatini gösteren bir olgudur. Bu bağ ne kadar güçlü olursa bireyin mesleğine olan ilgisi ve sevgisi de o kadar güçlü olacaktır.

Mesleki bağlılığın varlığının zedelenmesi ve önemini yitirmesi hem bireyler hem de örgütler ve meslek grupları için zararlı sonuçlar doğurabilir. Her ne kadar makineleşen bir dünyada yaşıyor da olsak temelinde insan olan sağlık sektörü için mesleki bağlılığın varlığı ayrı bir önem taşımaktadır. Özellikle mesleğinin özünde insan ve insan sağlığı olan doktorlarımız için mesleklerine olan bağlılıkları kuvvetlendirmek, onların işlerini daha kolay ve verimli yapabilir hale getirmek sadece yalın olarak bireyin kendisine değil tüm topluma fayda sağlayacaktır. Çünkü mesleki bağlılık, meslek amaçlarını benimsemek ve mesleğin gerektirdiğini yapmaktan daha öte, kendisinden beklenenin de fazlasını severek ve isteyerek yapmayı gerektirir. Kavram yapısı itibari ile, salt bir pasif itaatten daha fazlasıdır. Bireyler, mesleklerini daha iyi icra edebilmek için kendisi ile ilgili bazı fedakarlıkları yapmaya razı ve hazırdır.

Yapılan bazı çalışmalarda, birey ve meslek arasındaki ilişkinin bazı faktörlere göre zedenlendiği tespit edilmiştir. Bu faktörlerin içerisinde en fazla önem arzedeni güven duygusudur. Güven duygusu, mesleki bağlılığın temelini oluşturmaktadır. Güven duygusu olmazsa mesleki bağlılığın gelişmesi de o kadar imkansız hale gelir. Şiddet, güven duygusunu zedeleyen en temel etkenlerden birisidir.

Doktorların yaşanan şiddet olayları sebebi ile oluşan psikolojik veya fiziksel hasar sonucu mesleki bağlılık duygusunun zedelenmesi mesleklerini terk etmeleri, mevcut çalıştıkları kurumdaki işlerini bırakmaları veya göç etmelerine neden olur. Bu da genel sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve veriminin düşmesi ve sağlığa yapılan yatırımların boşa gitmesi ve maliyetlerin artması sonuçlarını doğuracaktır. Kısacası, şiddetin olumsuz sonuçları toplumun tamamını kuşatacaktır.

Araştırmanın Amacı

Yapılan çalışmalar, şiddetin her sektörde görünen yaygın bir toplumsal sorun olduğunu göstermektedir. Araştırmalar, şiddetin en fazla görüldüğü yerin sağlık işyeri olduğunu belirlemiştir. Literatürde sağlık işyeri şiddeti konusundaki çalışmaların çoğunlukla hemşireler ya da sağlık çalışanlarının tamamına yönelik olduğu görülmektedir. Oysaki 1.

basamakta hizmet veren doktorlar da şiddete yoğun olarak maruz kalmakta, bu durum mesleklerine olan ilgi ve bağlılıklarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Etkili sağlık politikaları ile sağlık işyerinde doktorların daha güvenilir bir ortamda hizmet vermesi ve şiddet olaylarının sayıca ve etkilerinin de azaltılmasının mümkün olabileceği bilinmektedir.

Doktorların huzurlu bir ortamda çalışması sadece onlara değil, tüm topluma fayda sağlamaktadır. İş insanı olan herkes gibi doktorlar da doğrudan toplumsal sağlığı etkileyen bir mekanizmanın parçalarıdır. Bu nedenle onların işlerini verimli yapabilmesi, toplumun da daha etkin ve verimli sağlık hizmeti almasına olanak sağlayacaktır.

Güvenilir ve sağlıklı bir işyeri ortamında görevini icra eden doktorlar daha etkin ve daha nitelikli olarak mesleklerini icra edeceklerdir. Bu da onların mesleklerine olan bağlılığı arttıracaktır.

Bu bilgiler doğrultusunda; bu çalışma ile doktorlara uygulanan şiddetin boyutunu ve türlerini tespit etmek, doktorların sağlıkta artan şiddete bakış açılarını, şiddetin nedenlerini ve sonuçlarını, şiddetin mesleki bağlılıklarını etkileyip etkilemediklerini belirlemek amaçlanmıştır.

Çalışmada sadece mesleki bağlılığın şiddetten nasıl etkilendiği ile ilgili değil aynı zamanda doktora uygulanan şiddetin de ne ölçekte büyük olduğunu vurgulamak ve mevcut durum tespiti yapmak amacıyla şiddet ile ilgili sorulara da genişçe yer verilmiştir.

Araştırmanın Önemi

Sağlık çalışanlarının sayısının Türkiye’de işgücü içerisinde önemli bir paya sahip olduğunu belirtmiştik. TÜİK’ in 2014 yılı verilerine göre Türkiye’de şu an 135 616 doktor görev yapmaktadır. Bu sayının illere göre dağılımında nüfusu fazla olan iller başı çekmektedir.

Aşağıda il bazında hizmet veren doktor sayısını gösteren bir tablo verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi ilk sırada İstanbul 27 118 doktor sayısı ile yerini alırken, 2. sırada 16114 doktor ile Ankara, 3. sırada 9 780 doktor ile İzmir, 4. sırada 4 379 doktor ile Antalya ve 5. sırada 4 316 doktor ile Bursa bulunmaktadır. Araştırmamıza konu olan Kocaeli ili ise 2 768 doktor sayısı ile 88 il içerisinde 8. Sırada yer almaktadır.

Tablo 1
Doktorların İllere Göre Dağılımı

Sıra No	İl Adı	Toplam doktor	Uzman doktor	Pratisyen doktor	Asistan doktor
1	İstanbul	27 118	16 438	5 210	5 470
2	Ankara	16 114	9 703	2 247	4 164
3	İzmir	9 870	5 772	2 268	1 830
4	Antalya	4 379	2 534	1 302	543
5	Bursa	4 316	2 487	1 311	518
6	Adana	3 818	2 119	1 180	519
7	Konya	3 811	1 894	1 126	791
8	Kocaeli	2 768	1 598	818	352

Kaynak. 2014 TÜİK Sağlık İstatistikleri

Doktorların meslekleri gereği zor bir iş icra ettikleri bir gerçektir. Özellikle ülkemizde yeterli sağlık alt yapısının bulunmayışı onların işlerini daha da zorlaştırmaktadır. Ayrıca ülkemizdeki yetersiz doktor sayısı da doktorların iş yükünü arttırmakta bu da onları aşırı yorgunluk, bitkinlik, depresyon v.b. rahatsızlıklara sürüklemektedir.

Şiddetin sadece doktorlara yönelik değil, pek çok alanda olumsuz sonuçları olmaktadır. Sağlık işyeri şiddetinin yaygın etkileri şunlardır:

1. Sağlık hizmet kalitesinin bozulması,
2. İş ortamının bozulması,
3. İşyerinin profesyoneller tarafından terk edilmesi, böylece halkın sağlık hizmeti alamaması,
4. Sağlık profesyonelinin işe alımında negatif etki,
5. Kabul edilemez toplumsal davranışların emaneti,
6. Sağlık maliyetlerinin artışı,
7. Sağlık personelinin sağlığının bozulması.

2014 yılı TÜİK Sağlık İstatistikleri verilerine göre doktor sayısı, doktor başına düşen kişi sayısı ve doktor başına düşen hasta mürakat sayısı Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2
Doktor Sayısı, Doktor Başına Düşen Kişi Sayısı ve Doktor Başına Düşen Hasta Müracaat Sayısı

Yıllar	Doktor sayısı	Doktor Başına Düşen Kişi Sayısı	Doktor Başına Düşen Hasta Müracaat Sayısı
2009	118 641	612	4 447
2010	123 447	597	4 367
2011	126 029	593	4 850
2012	129 772	583	4 791
2013	133 775	573	4 712
2014	135 616	573	4 648

Kaynak. 2014 TÜİK Sağlık İstatistikleri

Tabloda da görüldüğü gibi ülkemizde 2014 yılı verilerine göre doktor başına düşen hasta sayısı 573 olması gerekirken, doktor başına düşen hasta müracaat sayısı 4 648’dir. Yıllara göre bakıldığında doktor başına düşen kişi sayısında azalma olurken, müracaat sayısında artışlar olmuştur. Bu durumun sebebi yeni açılan üniversiteler sayesinde mezun doktor sayısı yıllara göre artmıştır. Bu nedenle doktor başına düşen kişi sayısı azalmıştır ancak doktor sayısındaki artışa paralel olarak hastaların hastane hizmetlerine erişimin kolaylaştığı, acil servis ve ambulans hizmetleri ücretsiz hale getirildiği için hastaların müracaat sayısı da artmıştır. Doktor sayısını arttırmak, doktor başına düşen hasta sayısını azaltmak için bir çözüm olmamıştır.

Literatürü incelersek sağlıkta şiddet ile ilgili çok sayıda alan çalışması olmakla birlikte bu çalışmaların büyük bir bölümünün sağlık çalışanlarının tamamına ya da hemşirelere yönelik olduğu görülecektir. Bu çalışmalarda; şiddetin varlığı, türü, sıklığı ve toplumun ve sağlık çalışanlarının kendisinin şiddete bakış açısı incelenmiştir. Ayrıca yerli ve yabancı literatürde şiddet ve mesleki bağlılığı ilişkilendiren hiçbir çalışma bulunmamıştır.

Literatürdeki sağlıkta şiddet ile ilgi yapılmış tüm tez çalışmaları Tablo 3’te görülmektedir:

Tablo 3**Araştırmada Kullanılan Şiddet Kavramı İle İlgili Ulusal Literatürde Bulunan Tez****Çalışmaları**

Referanslar*	Çalışmanın Konusu ve Amacı	Tez Türü
Çiçeklioğlu (2016)	Mobbing ve fiziksel şiddetin çalışanlar üzerine etkileri: Sağlık kurumlarında bir alan araştırması	Yüksek Lisans
Üzümcü (2016)	Hekim ve hemşirelere yönelik şiddet: Bir üniversite hastanesinde uygulama	Yüksek Lisans
Günay (2015)	Kadın hemşirelere uygulanan şiddet faktörleri ve bir araştırma	Yüksek Lisans
Yeşilbaş (2015)	Hemşirelerin hasta ve hasta yakınlarından şiddet görme durumları	Yüksek Lisans
Ünvanlı (2015)	Hekime yönelik şiddetin Türk basınına yansımaları	Yüksek Lisans
Duğan (2015)	Sağlıkta şiddet haberlerinin basına yansımaları	Doktora
Pehlivan (2015)	Hastanelerde çalışanlara yönelik şiddet ve önlenmesi	Yüksek Lisans
Çatel (2015)	Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusunun bir üniversite hastanesi ölçeğinde incelenmesi	Yüksek Lisans
Balcı (2014)	Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışanların tükenmişlik düzeyleri ile maruz kaldıkları şiddet arasındaki ilişkinin tespitine yönelik bir araştırma	Yüksek Lisans
Ayakdaş (2014)	Hemşireler arası psikolojik şiddet ve ilişkili faktörler	Yüksek Lisans
Aktaş (2014)	Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının Beyaz Kod uygulamasına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi	Yüksek Lisans
Karaca (2014)	Samsun ilinde hekimlerin şiddete uğrama sıklığı, uğradıkları şiddetin özellikleri ve şiddet konusundaki düşünceleri.	Tıpta Uzmanlık
Aydın (2014)	Şiddet açısından güvenli ortamda çalışılması için alınan önlemlerin sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmesi	Yüksek Lisans
Yavuz (2014)	Sağlık işletmelerinde iş sağlığı ve güvenliği kapsamında çalışanlara yönelik şiddet (Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi örneği)	Yüksek Lisans
Türkmenoğlu (2014)	Sivas il merkezi sağlık çalışanlarında şiddete maruziyet sıklığı ve şiddetin tükenmişlik düzeyine etkisi	Yüksek Lisans
Özdemir (2013)	Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin kadına yönelik şiddete ilişkin algılama durumlarının değerlendirilmesi	Yüksek Lisans
Uzun (2013)	Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hasta ve hasta yakınlarından gördükleri şiddetin tükenmişlik, aleksitimi ve iş doyumuna etkisi.	Yüksek Lisans
Duru (2013)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp fakültesi çalışanlarında psikolojik şiddet (mobbing) algısı ve kısa semptom envanterinin değerlendirilmesi	Yüksek Lisans
Sarcan (2013)	Toplumsal sağlık çalışanlarına yönelik şiddete bakış açısı	Tıpta Uzmanlık
Ayhan (2012)	Hemşirelerde psikolojik şiddet (Mobbing) ile atılabilirlik düzeyi ilişkisi	Yüksek Lisans
Sarıbıyık (2012)	Malatya merkez sağlık ocaklarında çalışan hekim, hemşire ve ebelerin şiddet deneyimleri ve kadına yönelik şiddetle ilgili tutum ve davranış düzeyleri	Yüksek Lisans
Gürkan (2010)	Şanlıurfa ilinde çalışan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının psikolojik şiddet (mobbing) maruz kalma durumları ve ilişkili faktörler	Yüksek Lisans

Tablo 3'ün devamı.

Çamcı (2010)	Sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi	Yüksek Lisans
Beyazpınar (2010)	Hemşire/ebelerin kadına yönelik şiddetin tanılmasında görüş ve önerilerinin belirlenmesi	Yüksek Lisans
Şenyurt (2008)	Psikiyatri kliniklerinde yaşanan şiddet olaylarının kayıtlara yansımalarının ve ele alınışının incelenmesi	Yüksek Lisans
Dinçer (2010)	Hemşirelerin işyeri şiddetine maruz kalma durumları ile iş doyumları ve işten ayrılma eğilimleri	Doktora
Kocadağ (2009)	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'ndeki sağlık çalışanlarında işyeri şiddeti ve ilişkili etmenler	Tıpta Uzmanlık
Yayla (2009)	Hekim ve hemşirelerin kadına yönelik şiddet ile ilgili bilgi, tutum ve davranış düzeyleri	Yüksek Lisans
Akbaş (2009)	İşyerinde psikolojik şiddet (mobbing) ve iş tatmini ilişkisi: Sağlık çalışanları üzerine bir uygulama	Yüksek Lisans
Beder (2009)	Erzurum ilinde bulunan yataklı tedavi kurumlarında sağlık çalışanlarına yönelik hasta veya yakınları tarafından uygulanan şiddetin araştırılması	Tıpta Uzmanlık
Kıyak (2008)	Sağlık ocağında çalışan hemşire ve ebelerin ailede kadına yönelik şiddet konusunda bilgi ve tutumları	Yüksek Lisans
Aksoy (2008)	Psikolojik şiddetin (mobbing) sağlık çalışanlarına etkisi	Doktora
Altıntaş (2006)	Sağlık kurumlarında çalışan hemşirelere yönelik şiddetin belirlenmesi	Yüksek Lisans
Sürücü (2004)	Acil çalışanlarının şiddetle karşılaşma durumlarının belirlenmesi	Yüksek Lisans
Yıldız (2003)	Acil hemşirelerinin şiddete uğramış kadınları tanılamada eğitim öncesi ve sonrası bilgi durumlarının değerlendirilmesine yönelik bir çalışma	Yüksek Lisans
Baysan (2003)	Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin ölçek geliştirme	Yüksek Lisans

Kaynak. YÖK Tez Merkezi verilerinden faydalanarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

*Referanslar, tarih esasına göre verilmiştir.

Araştırmamızda tüm bu faktörlerin şiddet ile ilişkilendirilip ilişkilendirilemeyeceği yanıtı aranacak, toplumun tamamına hizmet veren böylesi önemli ve değerli işgücüne sahip doktorların iş yüküne dikkat çekilerek toplumun gözünde gerekli itibarı kazanmalarına çalışılacaktır. Çalışmamız, literatüre şiddet ve mesleki bağlılık arasında bir ilişkilendirme olup olmadığı konusunda kazanım sağlayacaktır.

Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada öncelikle konuya uygun teorik çerçeveyi oluşturabilmek için yerli ve yabancı literatür taraması yapılmıştır. Araştırmada nicel veri toplama tekniğine uygun olarak anket yönteminden faydalanılmıştır. Anket soruları; demografik bilgiler, işyeri şiddeti bilgileri ve mesleki bağlılık soruları olmak üzere 3 bölümden oluşmaktadır.

Demografik bilgiler ve şiddet soruları, literatürdeki ölçekler incelenerek oluşturulmuş, mesleki bağlılık ölçeği olarak ise Meyer ile diğerleri tarafından geliştirilmiş olan (Meyer ve diğ., 1993) “Mesleki Bağlılık Ölçeği” kullanılmıştır.

Doktorlara yönelik şiddet anket formu, demografik bilgilerden oluşan 15 soru ve işyeri şiddeti bilgilerinden oluşan 22 soru olmak üzere toplam 37 soru ile 2 bölümden oluşmuş, Mesleki bağlılık ölçeği de Likert ölçek tipi olarak 18 sorudan oluşmaktadır.



BÖLÜM 1: DOKTORLARA YÖNELİK ŞİDDET KAVRAMI VE ETKİLERİ

Ülkemizde son yıllarda doktorlara yönelik şiddet davranışlarında artış olmuştur. Artan bu şiddet, sağlık çalışanlarını olumsuz etkilemektedir. Literatürde doktorlara yönelik şiddet ile ilgili pek fazla çalışma bulunmamaktadır. Bunun nedeni de doktorlara uygulanan şiddet hakkında (türü, etkileri, boyutları, nedenleri ve çözüm önerileri) fazla bilgi sahibi olunulmamasıdır. Bu bölümde, şiddet kavramı, türleri ve Türkiye’de doktorlara yönelik şiddetin boyutu, nedenleri ve şiddetin yönetimi ile ilgili bilgiler verilecektir.

1.1. Şiddet Kavramı

Şiddet, insanlık tarihi kadar eski bir olgudur. Hem bireysel hem de toplumsal bir öge olduğu için karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu karmaşıklıktan dolayı şiddeti tanımlamak zordur. Çünkü şiddet çok farklı şekillerde görülmektedir. Şiddet eziyet etme, baskı, öldürme, tehdit etme, hakaret etme şeklinde uygulanabilmektedir. Şiddet her toplumda farklı türlerde ortaya çıkmakla birlikte, sürekli olarak gündelik yaşamda yer almaktadır (Kocacık, 1996. Erişim Tarihi: 08.04.2014). Şiddetin gündelik hayat içerisinde sürekli yaşanması da onun kanıksanmasına yol açmaktadır. Şiddet günümüzde sorun çözme aracı olarak kullanıldığı için farklı türlerde ve boyutlarda ortaya çıkabilmektedir.

Günümüzde şiddet kavramı pek çok farklı disiplin tarafından incelenmekte ve analiz edilmektedir. Bu disiplinler; biyoloji, psikoloji, psikiyatri ve sosyoloji v.s.dir. Şiddet olgusu; çok kapsamlı ve komplike bir bünyeye sahip olduğu için bu disiplinler tarafından ayrı ayrı ele alınmak zorunda kalınmaktadır (Kızmaz, 2006. Erişim Tarihi: 08.04.2014).

1.1.1. Şiddet Nedir?

Şiddet ile ilgili hiçbir ülkede tutarlı, ulusal ve geniş kapsamlı bir tanımlama mevcut değildir. Tanımlamalarda görüş ayrılıkları olması konuya yaklaşımı da etkilemektedir. Araştırmalarda halen şiddeti tanımlama bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Şiddet kavramı: “1. Hız. 2. Yeğlilik, bir hareketin, bir gücün derecesi, sertlik 3. Bir hareketten doğan güç: Rüzgarın Şiddeti. 4.Mec. Kaba güç. 5. Karşıt görüşte olanlara kaba kuvvet kullanma. 6. Mec. Davranışta aşırılık ve duygu.” olarak tanımlanmaktadır (TDK, Türkçe Sözlük, TDK Yayınları, Ankara, 2005: 1866.).

Şiddetin geniş kapsamlı bir anlamı vardır. Bu nedenle de tanımlanması güç bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun nedeni de şiddetin sadece fiziki zarar içeren davranışlar olmayıp duygusal olarak da zarar veren eylemleri kapsamasıdır.

Literatürde sıklıkla kullanılan şiddet tanımları Tablo 4'deki gibidir:

Tablo 4
Şiddet Tanımları

No	Referans	Tanım
1	Demiray ve Alaylıoğlu (1995)	Şiddet; güç ve sert ya da acımasız kişilik demektir.
2	WHO (1998)	Şiddet; kişinin kendisine ya da bir başkasına yönelik olarak öldürme, yaralama, ruhsal açıdan zarar verme, fiziksel zorlama gibi tehditkar faaliyetler içinde bulunmasıdır.
3	Michaud (1991)	Bir ortamda, bir bireyin bedensel bütünlüğüne ya da ahlakına ve manevi bütünlüğüne yönelik zarar verecek şekilde davranılmasına şiddet denir.
4	Erten ve Ardali (1996)	Şiddet ile ilgili tutumlar, kanuna aykırı hareket etmek, başkalarına zarar verici davranışlarda bulunmak, başkalarına hakaret içeren kelimeler sarf etmek, onur kırıcı davranışlar, başkasının hakkını çiğnemek şeklinde kendini gösterir.
5	Köknel (1996)	Şiddet, aşırı yoğunlaşmış duygu halini, kabalığı ve sert tutumu belirtirken, özellikle saldırgan hali, fiziksel kuvvet kullanmayı, fiziki gücün kötüye kullanımını, yıkıcı ve yok edici tutum ve davranışları, taşlı, sopalı saldırıları, bireye ve topluma zarar vermeye yönelik faaliyetleri nitelendirir.
6	ILO/ICN/WHO/PSI (2002)	Şiddet; bireye yönelik fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki ve sosyal gelişimini kötü etkileyebilecek biçimde fiziksel güç kullanımınıdır. Kötü söylem ve taciz de bu kapsamda değerlendirilir
7	Öngören ve diğ. (2011)	Bireye, hayvana ya da topluma zarar vermek amacıyla fiziksel ya da psikolojik güç kullanımını ifade eder
8	Işker (2011)	Şiddet; öfke, kızgınlık, kin ve nefret gibi duyguların sonucunda ortaya çıkan bir saldırganlık biçimi olarak da tanımlanabilir.
9	Kingma (2001)	Şiddet, kişiye fiziksel ve psikolojik zarar veren tüm eylemleri içeren geniş kapsamlı bir terimdir.

Kaynak. Literatürden faydalanılarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

Şiddetin geniş kapsamlı bir anlamı vardır. Bu nedenle de tanımlanması güç bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun nedeni de şiddetin sadece fiziki zarar içeren davranışlar olmayıp duygusal olarak da zarar veren eylemleri kapsamasıdır.

Şiddet, yaşandığı zamana ve içinde bulunduğu topluma göre farklılık gösteren bir kavramdır. Bir şiddet olayı bir toplumda farklı algılanabileceği gibi, aynı şiddet olayı bir başka toplum tarafından daha farklı algılanabilir. Toplumlar birbirinden farklılık gösterdiği gibi toplumlara ait olan gelenek, görenek ve normlar da farklılık gösterir. Şiddet tek bir nedene dayanmayan çok boyutlu bir olgudur. Şiddetin tek bir nedene bağlanması, sorunun anlaşılmasında ve bu soruna çözüm bulunmasında büyük bir yanılgıya neden olacaktır.

1.1.2. Şiddet ve Saldırganlık

Şiddet, fiziksel saldırı tutumunun en uç noktasıdır. Bireye, hayvana ya da topluma zarar vermek amacıyla fiziksel ya da psikolojik güç kullanımını ifade eder (Öngören ve diğ., 2011: 7). Şiddet, zarar verme amacı taşıyan bir saldırganlık türüdür. Her şiddet bir saldırganlıktır. Saldırganlık ve şiddet çoğu zaman birbiri yerine kullanılır ancak anlamları farklıdır. Şiddet içeriğinde kin, nefret ve öfke gibi duyguları barındıran nitelikli bir saldırganlık halidir. Şiddeti de içine alan ve bu nedenle daha geniş bir kavram ise saldırganlıktır (Işıker, 2011: 7).

Bireysel şiddet ve toplumsal şiddet arasındaki ilişkinin pek çok nedeni vardır. Bunlar doğal, bedensel, ruhsal ve toplumsal nedenlerdir. Şiddet içerikli davranışlar ve hareketler çoğunlukla öfke, anksiyete ve korku duyguları sonucunda ortaya çıkmaktadır. Şiddet; öfke, kızgınlık, kin ve nefret gibi duyguların sonucunda ortaya çıkan bir saldırganlık biçimi olarak da tanımlanabilir (Işıker, 2011: 7).

1.1.3. Şiddet Türleri

Şiddet çok yönlü bir kavram olduğu için farklı türlerde sınıflandırılabilir:

- 1) *Şiddeti uygulayanın tipine göre*; bireysel şiddet ya da grup şiddetinden söz edilebilir. Grup şiddeti; etnik gruplar, çeteler, toplumsal hiyerarşi ve devlete kadar uzanabilen geniş çaplı bir olgudur.
- 2) *Şiddetin amacına göre*; şiddete yol açan sebeplere kan davası v.s. örnek verilebilir.
- 3) *Suç sayılan ve sayılmayan şiddet*; suça yönelik şiddet: soygun, cinayet, hırsızlık ve tecavüz gibi. Suça yönelik olmayan şiddet: trafik kazaları, yoksulluk, eğitimsizlik ve çevre tahribi gibi (Kaya, 1996: 107).

- 4) *Kapsamına göre; dar anlamıyla şiddet*; genellikle fiziksel şiddettir. Çünkü şiddet denilince akla ilk gelen şiddet türü fiziksel şiddettir. Fiziksel şiddet, sahip olunan fiziksel gücün bir başkasına yönelik kötüye kullanımıdır. Dövme, tokatlama, yumruklama, bıçaklama, silahla vurma ve ısırma v.s. gibi her türlü kaba kuvvet kullanımı fiziksel şiddetin içeriğine girer. *Geniş anlamıyla şiddet ise*; insan üzerindeki tahribatı ölçülemeyen, etkisi somut ya da soyut bir şekilde hissedilen şiddettir. Ekonominin insan üzerindeki olumsuz etkileri, medyadaki terör, enflasyon, işsizlik, çarpık kentleşme v.s. örnek verilebilir (Kaya, 1996: 107).

Şiddet toplumsal bir sorundur ve tek bir nedenle ortaya çıkmaz. Şiddeti bireysel ve toplumsal boyutuyla düşünürsek bunların pek çok sebebi vardır. Bu sebepler, doğal, ruhsal, fiziksel ve toplumsal olabilir. Bunların arasında sonsuz bir bağ ve etkileşim mevcuttur (Köknel, 1996: 15-20).

Şiddet tek bir nedene indirgenerek anlaşılamaz çünkü içeriğinde hem psikolojik unsurlar hem de fiziksel unsurları beraber barındırmaktadır.

Şiddet türlerine ilişkin bir başka sınıflandırma da aşağıdaki gibidir:

1.1.3.1. Fiziksel Şiddet

Günümüzde şiddet kavramı denildiğinde akla ilk gelen fiziksel şiddettir. Fiziksel şiddet, en sık karşılaşılan şiddet türüdür.

Literatürde fiziksel şiddet en dar anlamıyla bir kimsenin beden bütünlüğüne yöneltilen fiziksel gücün kötü amaçla kullanımıdır. Bireyin sadece başkasına değil kendisine zarar verecek davranışlar da fiziksel şiddet sayılmaktadır. İntihar buna örnek verilebilir (Köknel, 1996: 31).

Günümüzde şiddet vakaları cinsiyete, yaşa, eğitim düzeyine veya mesleğe göre değişse de en sık karşılaşılan şiddet türü yine fiziksel şiddettir. Fiziksel şiddet, “güçlüden” “güçsüze” yönelik olmaktadır. Örnek verirsek, aile içi şiddette çoğunlukla erkekten kadına; anne-babadan çocuklara yönelmektedir (www.athgm.gov.tr, Erişim tarihi: 06.07.2015).

Dövme, yumruklama, itme, çimdikleme gibi eylemler fiziksel şiddetin unsurlarını oluşturmaktadır. Bununla birlikte her ne kadar şiddet bireyin cinsiyetine, yaşına,

eğitimine veya mesleğine göre farklılaşsa da eğitilmiş, kariyer sahibi kişilerin de şiddetin mağduru ya da faili olabileceği unutulmamalıdır.

1.1.3.2. Psikolojik (Duygusal) Şiddet

Bireyin ruhsal sağlığını bozan, kişiye ruhi, manevi ve sosyal gelişimi açısından zarar veren her türlü davranış psikolojik şiddet olarak adlandırılmaktadır. Bu davranışlar; hakaret etme, kabadayılık, ayrımcılık, küçük düşürme, mobbing (yıldıрма), taciz ve tehditleri kapsar (ILO/ICN/WHO/PSI, 2003).

Psikolojik şiddet, mağdurun benliğine, kendisine olan saygısına kasıtlı olarak zarar vermeyi amaçlayan; mağdurun kendisini güçsüz ve aciz hissettiren bir şiddet çeşididir.

Günümüzde, psikolojik şiddet olağan bir durum olarak görülmekte hatta bazen mağdur tarafından bile yaşanan olay şiddet olarak algılanmamaktadır. Psikolojik şiddetin temelinde duygusal sınırlamalar, psikolojik yıpratmalar ve mağdur üzerinde görünürde olmayan bir ‘kontrol’ mekanizması vardır.

Psikolojik şiddet, yıllar geçse de toplum üzerindeki baskıcı etkisini sürdürür. Nesilden nesile geçerek süreklilik kazanır. Bu, öyle bir şiddet türüdür ki; mağdur durumu kanıksar, şiddete uğramayı “kendi suçu” olarak algılamaya başlar. Bazen de şiddete uğradığının farkına bile varmaz. Bu nedenle de yardım istemez. Bazı durumlarda da yardım istese bile durumu ‘normal’ kabul eden toplumsal değerlerle karşılaşabilir (Şiddeti Önleme Platformu, Erişim Tarihi: 07.06.2015)

Psikolojik şiddetin bir diğer çeşidi “mobbing”dir. Mobbing, bir iş yerinde bir bireye yönelik olarak, bilinçli ve sistematik bir biçimde düşmanca ve insan onuru ile bağdaşmayan davranışlarda bulunulmasıdır. Bir davranışın mobbing olarak sayılması için o davranışın en az yedi günde bir tekrarlanması ve en az yüz seksen gün sürmüş olması gerekmektedir (Leymann, 1990: 168).

Mobbing, genel olarak çalışma hayatında üstlerin, meslektaşların ya da astların mağdura karşı dışlama, faaliyetlerini kısıtlama, sürekli eleştirme, hakkında dedikodu yapma veya bağırma gibi tutum ve davranışlarda bulunmasıdır.

1.1.3.3. Ekonomik Şiddet

Enflasyon oranlarındaki artış, işsizlik ve düşük ücretler insanlar üzerinde olumsuz bir etki ve gerilim yarattığı için ekonomik şiddet olarak değerlendirilir. Çünkü bu durum insanların saldırganlaşmasına neden olur (Işıker, 2011).

Ekonomik şiddete maruz kalmış yoksul kişilerin fiziksel şiddet uygulaması daha olası bir durumdur. Kişi, beslenme ve barınma gibi en temel ihtiyaçlarını dahi karşılayamıyorsa saldırgan davranışlarda bulunabilir ve problemlerinin çözümünde şiddete başvurabilir.

Yoksulluk ve şiddet birbirleri ile ilişkili konulardır. Literatürde yoksulluğun şiddete ne zaman ve nasıl dönüştüğü ve şiddet eğilimli yoksulların karakteristik özellikleri ile ilgili çalışmalar mevcuttur. İşsizlik, göç ve 1980 yılı sonrasındaki yoksulluğun şeklindeki farklılıklar yoksulluk çalışmalarındaki ana ve ortak unsurlardır. Yoksulluk 1980’lerden sonra sadece “temel ihtiyaçlara sahip olamama” özelliği ile değil, aynı zamanda “sosyal dışlanma” ve “alt sınıf” durumları ile de incelenmektedir (Kaya, 1996: 111).

1.1.3.4. Cinsel Şiddet

Kadın ve çocuk başta olmak üzere bireylere uygulanan sözel veya fiziki saldırılardan tecavüze varan cinsel içerikli taciz ve saldırılardır. Sözel veya fiziksel olarak taciz etmek, laf atmak, cinsel içerikli konuşmalar yapmak, rıza olmadan ellemek, dokunmak ve sarılmak cinsel şiddet örnekleridir. Cinsel şiddet fiziksel şiddet davranışlarını da kapsamaktadır (Işıker, 2011: 15).

1.1.3.5. Sözel Şiddet

Kötü söz söyleme, argo konuşma, hakaret etme, bağırma, aşağılama ve azarlama sözel şiddete örnek verilebilecek davranışlardır. Sözel şiddet, temelinde korkutma amacı olan davranışlar bütünüdür. Söylenen sözler ve davranışların amacı korkutarak sindirmek ve istediğini yaptırmaktır. Sözel şiddet çoğunlukla sosyal hayatımızda terbiye etmek ya da disiplin sağlamak amacıyla kullanılır ancak bireylerde şiddete eğilimi arttırmakla birlikte onlarda ruhsal zararlara sebep olur (Işıker, 2011: 15-16).

Şiddet türleri birbirleri ile yakın ilişki içerisindedir. Sözel şiddet, psikolojik şiddet ve fiziksel şiddet için uyarıcı niteliğindedir.

1.2. Doktorlara Yönelik Şiddet

Son yıllarda sağlık çalışanlarına yönelik uygulanan şiddet artış göstermektedir. Yapılan araştırmalar sağlık çalışanlarında özellikle doktorların ve hemşirelerin bu şiddetten birinci derece etkilenen gruplar olduğunu göstermektedir. Özellikle hasta ve hasta yakınlarıyla daha çok muhatap olan doktorlar yoğun olarak şiddete maruz kalmaktadırlar.

Hastanelerde görülen işyeri şiddeti mesleki bir tehlikedir (DHHS Publication, 2002). Mesleki araştırmalar, yavaş yavaş şiddetin odak noktasını fiziksel veya biyolojik sorunlar gibi gözle görülen tehlikelerden, psikolojik zararlar gibi gözle görülmeyen ancak işyerinde var olan risk faktörlerine kaydırmıştır (Chen ve diğerleri, 2009). İşyeri şiddeti, stresin olası bir nedenidir. Bu da doktorları etkisi altına alarak onların sıkıntı yaşamasına ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesine neden olur (ILO/ICN/WHO/PSI, 2002).

İşyerinde şiddet, bir veya birden çok çalışana, bilinçli bir şekilde psikolojik ve fiziksel zarar veren davranışların genel adıdır (Lewis, 2005). Çalışanın, işiyle ilgili olduğu durumda bir veya birden fazla kişi tarafından ruhsal zedeleme, ölüm, yaralama, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek şekilde fiziki veya sözlü olarak güç kullanımına ya da saldırıya maruz kalmasıdır.

Birey, çalışırken şiddetin birçok çeşidine maruz kalabilir. Bunlar; fiziksel şiddet (saldırı) ve psikolojik şiddet (suistimal, yıldırma, taciz, cinsel taciz, ırksal taciz ve tehdit) tir (ILO/ICN/WHO/PSI, 2002). Şiddet; çalışanları, onların hizmet verdiği alanları, ziyaretçileri etki alanına alabilir. İşyeri şiddeti, bu saldırılardan cinayet işlemeye kadar varabilir (OSHA, 2013).

Sağlık işyeri şiddetinin boyutu son yıllarda giderek artmış, bu nedenle de pek çok araştırmaya konu olmuştur. Yapılan çalışmalardaki ortak nokta, sağlık sektörünün bireylerin yoğun olarak bir arada olduğu örgütsel bir ortam olması ve bu sebeple, yapısı itibarıyla işyeri şiddetinin sıklıkla yaşanmasıdır (Yıldırım, 2012).

Sağlık işyeri şiddeti, çeşitli tanımlamalara sahip bir olgudur (Cooper, 2002). En genel tanımıyla sağlık işyeri şiddeti; sağlık çalışanları ile hastalar, hasta yakınları veya diğer sağlık çalışanları arasında yaşanan şiddet olaylarıdır (Sadullah, 2009). Bir başka tanıma göre; sağlık işyeri şiddeti, sağlık çalışanı ile hasta/hasta yakını ya da bir başka birey

(başka sağlık çalışanı ya da üçüncü şahıs) arasında yaşanan şiddetin tarafları için olumsuz durum teşkil eden her türlü fiziki, sözel tehdit ve saldırıdır (Saines, 1999).

Doktorlar, hastaların gereksinim duyduğu bakımı verirken çeşitli şekillerde ve çeşitli düzeylerde şiddete maruz kalmaktadırlar. Sağlık sektöründe doktorlara yönelik uygulanan fiziksel şiddet bilinen bir problem olmakla birlikte, psikolojik şiddete yönelik yapılan araştırmalar daha yenidir.

Hastanelerde tıbbi olanakların yetersizliği, hasta sayısının yoğunluğundan kaynaklı çalışma temposunun yoğunluğu, devlet kurumlarında alınan ücretin yetersizliği, terfilerde yaşanan kayırmacılık, yoğun çalışma şartlarının aile yaşantısına olumsuz etkisi, çok fazla sayıda hastaya hizmet verme sebebiyle doktorluğun gereklerini bazen eksiklikle yerine getirme şiddete maruz kalmasındaki temel nedenleri etkileyen alt etmenlerdir (Çobanoğlu, 2005).

Sağlık sektöründe hastalarla yakın temas halinde bulunan doktorlar “bakım veren” konumunda ve hastalar da “bakımın alıcısı” konumundadır. Bu iki grup bu sebep ile yakın ilişki içerisinde. Genel olarak hastanelerde doktorlara karşı uygulanan şiddetin ana kaynağı hasta ve hasta yakınlarıdır. Özellikle fiziksel şiddet ve tehditlerin büyük bir bölümü hasta ve yakınlarından gelmektedir (Lin ve Liu, 2005).

Doktorlara uygulanan sağlık işyeri şiddeti ile ilgili incelenmesi gereken konulardan birisi de hasta ile doktor haklarının çatışması durumudur. Modern sağlık hizmet sisteminde hasta hakları çok önemli bir unsurdur. Müşteri her zaman haklıdır anlayışının temel felsefesi gereği hastalar haklarına sahip çıkarken, doktorlar kendi haklarına tam anlamıyla sahip olamadıkları için bu bir çatışmaya yol açmakta ve mevcut hak çatışması, hizmet almak hakkını kullanmak isteyen hastalarla, hizmet vermek hakkını kullanabilmek için ihtiyacı olanları isteyemeyen doktorlar arasında yaşanan çatışmadır.

Hasta ve hasta yakınlarının sağlık hizmeti alırken şiddete başvurmasının pek çok sebebi vardır. Bunlar; hizmetini güç kullanarak alabilecekleri inancı, dikkat çekme isteği, medyadaki olumsuz haberlerin etkisi, psikolojik sorunlar, uygulanan sağlık politikalarından alınan cesaret ve sağlık çalışanlarından kaynaklanan nedenlerdir. Hastanelerde hasta ve yakınlarına kötü haberi veren kişilerin de şiddete maruz kalabilecek çalışanlar olduğu belirtilmektedir. Sağlık kuruluşlarında şiddet uygulayanların %50 ‘si

bir yakınına hastanede kaybetmiş kişilerdir. Hasta ve yakınlarında sakatlık veya ölüm sonucu oluşan kızgınlık ve hiddet genellikle bu haberleri getirenlere yöneltilmektedir (Bronner ve diğerleri, 2003).

Doktorların da işleri gereği uzun süre hasta ile birlikte olması ve bakım sırasında onlarla doğrudan fiziksel temasta bulunması, öfkelerini kontrol edemeyen hastalar tarafından onları şiddet mağduru çalışanlar haline getirmektedir.

Sağlık işyeri şiddeti ile ilgili çalışmalarda, Türkiye’de şiddetin %79’unun acil servislerde yaşandığı ve %91’inin hasta yakınları tarafınca uygulandığı belirtilmiştir (Tosun ve AHEF, 2012). Türkiye’de sağlık işyeri şiddeti en çok sözel şiddet türünde uygulanmakta, diğer şiddet türleri ile daha az karşılaşmaktadır. Erkek doktorlar çoğunlukla fiziksel şiddete, kadın doktorlar çoğunlukla sözel şiddete maruz kalmaktadır.

Literatürde yapılan araştırmaların bulunduğu ortak nokta şiddeti uygulayanların çoğunlukla hasta ya da hasta yakını ve erkek olduğudur. Araştırmaların bir diğer ortak bulgusu, şiddeti uygulayanların daha çok alkol, madde bağımlıları ve psikiyatrik bozukluğu olan kişiler olduğudur (Tosun, 2012; Canbaz, 2008). Yine şiddet uygulayıcılar en çok 30 yaş altı, işsiz ve gelir düzeyi düşük kişilerdir (İlhan, 2012).

Türkiye’de yapılan sağlık işyeri şiddeti araştırmalarına göre; doktorlar en çok tedavi ve pansuman gibi sağlık hizmetlerini verirken şiddete maruz kalmaktadır. Bu şiddet, sağlık hizmetinin aksamasına da sebep olmaktadır (İlhan, 2009). Yine araştırmalara göre, yaşanan şiddet olayından sonra doktorların büyük bir çoğunluğu sağlık hizmetini vermeye devam etmekte ve şiddeti ilgili mercilere bildirmemektedir. Buna karşın fiziksel saldırının bildirilme oranı sözel saldırının bildirilme oranından daha yüksektir. Fiziksel şiddet, sözel şiddete kıyasla mağdura daha fazla zarar verdiği için bildirilme oranının daha yüksek olduğu, sözel şiddetin kanıksanan bir durum olduğu için veya bildirilse dahi sonuç alınamayacağı düşünüldüğü için bildirilmekten kaçınıldığı belirtilmiştir (Özcan ve Bilgin, 2011).

Bir başka şiddet türü psikolojik şiddet yani mobbingdir. Türkiye’de doktorlara yönelik mobbing konusunda yapılmış olan araştırmalar yok denecek kadar azdır. Yapılan araştırmalarda mobbingin genellikle üst pozisyonadaki yönetici tarafından ya da yatay pozisyonadaki meslektaştan uygulandığı ve genellikle doktorun hizmet sunumu sırasında

mobbinge maruz kaldığı ve Türkiye’de mobbingin görülme oranının %38-40 olduğu tespit edilmiştir (Mobbingder, 2012 ve İlhan, 2009).

Şiddet ve saldırganlığın ortaya çıkışında biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin tamamının dikkate alınması gerekir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı, sağlık işyerinde yaşanan şiddetin boyutunu ve sebeplerini tespit etmek ve şiddeti önlemek amacıyla politikalar geliştirmeyi planlamakta ve bu doğrultuda pek çok çalışma yapılmaktadır. Şiddetin sebeplerini tespit edebilmek için biyolojik, sosyolojik ve psikolojik faktörlerin belirlenip çok yönlü araştırmaların yapılması gerekir.

1.3. Doktorlara Yönelik Şiddetin Türleri

Şiddet, doğuştan gelen veya sonradan kazanılan bir iç dürtü duygusu olarak bilinir (Aslan ve diğerleri, 2005). Şiddet, fiziksel ve fiziksel olmayan (psikolojik) şiddet olmak üzere ikiye ayrılır (Cooper, 2002). İş yeri şiddeti denildiğinde genellikle ilk akla gelen, kolay tanımlandığı ve gözlemlenebilir olduğundan dolayı fiziki güç kullanmayı ve saldırmayı kapsayan fiziksel şiddet olsa dahi, işyeri şiddeti fiziksel şiddet ile birlikte psikolojik şiddeti de kapsamaktadır. Fiziksel şiddet, bir kişiye ya da bir gruba yapılan; fiziksel, cinsel veya psikolojik zararlar neticelenen fiziksel güç kullanımınıdır (Chappell ve Martino, 2006). Başka bir deyişle fiziksel şiddet; yaralama, dayak, itme, ısırma, ateş etme, yumruk, cinsel saldırı, cinayet, ölümcül saldırı ve filleri içermektedir (Cooper, 2002 ve Aslan ve diğerleri, 2005).

İşyeri ortamında psikolojik şiddet kapsamında yer alan başlıca tutum ve davranışlar şunlardır: Kabadayılık, tehdit, hakaret, cinsel taciz, korkutma, bağırma, gözdağı, küfür v.s. (Aslan ve diğerleri, 2005). Psikolojik şiddetin; ölçülmesindeki, tanımlanmasındaki ve anlaşılmasındaki zorluk nedeniyle fiziksel şiddetten daha çok ortaya çıktığı tahmin edilmektedir (Yıldırım, 2012).

Eğer bu psikolojik şiddet veya taciz bir işyerinde sistemli bir şekilde belli bir kişiye yönelik uygulanırsa buna ilgili yazında mobbing denmektedir. Mobbingder’in tanımına göre bir iş yerinde belli çoğunlukla üst yöneticilerce olmak üzere, çalışanlar (meslektaş ve ast) tarafından sürekli tekrarlanan eylemlere mobbing denir (Mobbingder, 2012).

WISKOW’ a göre şiddet 3’e ayrılır (Wiskow, 2003):

- İçsel Şiddet: İçsel şiddette saldırıyı yapan kişi, o işyerinde çalışanlardan birisidir (hastane yöneticisi, doktor, hemşire gibi).
- Hizmet Alandan Kaynaklanan Şiddet: Hizmet alandan kaynaklanan şiddete göre, saldırıyı yapan kişi o işyeri tarafından verilen hizmetin alıcısıdır (hasta/hasta yakınları gibi).
- Dışsal Şiddet: Dışsal şiddete göre saldırıyı yapan kişinin işyeri ile hiçbir ilişkisi yoktur. Temel amaç, hırsızlık v.s. gibi bir suç teşkil eden eylemdir.

Doktora yönelik şiddet, tarafların kimliğine göre yedi biçimde ortaya çıkmaktadır. Yani, doktora uygulanan sağlık işyeri şiddetinin tarafları dört farklı biçimde tasnif edilebilir. Bunlar (Yıldırım, 2012);

- 1) Doktorlar – sağlık çalışanları,
- 2) Doktorlar – hasta ve hasta yakınları,
- 3) Doktorlar – üçüncü kişiler,
- 4) Doktorlar – hasta ve hasta yakınları – üçüncü kişiler

Bu sınıflandırma kapsamında, birinci sıradaki doktor ile diğer sağlık çalışanı arasında ortaya çıkan şiddet içerikli, sistemli ve belirgin bir zaman süresince uygulanıyorsa mobbing kapsamında değerlendirilir (Yıldırım, 2012).

1.4. Doktorlara Yönelik Şiddetin Boyutu

Günümüzde, doktorlara uygulanan işyeri şiddeti yaygın bir sorun haline gelmiştir. Bununla birlikte, sağlık sektöründeki şiddet sorununun ne derece büyük olduğu bilinmemekte ve mevcut verilerin gerçek sorunun çok az bir kısmını içerdiği belirtilmektedir (Cooper, 2002). İşyeri şiddeti, tüm sektörlerde görünen ortak bir sorundur. Ancak, araştırmalar bu sorunun hizmet alanında daha çok ve daha fazla mevcut olduğunu göstermektedir. En çok da kamusal hizmetlerde ve beşeri iş alanlarında sıklıkla yaşandığını belirtmektedir (Özen Çöl, 2007).

Sağlık işyeri şiddeti şiddetin en yoğun yaşandığı işyeri şiddetidir (Cooper, 2002, Ünal Ayrancı ve diğerleri, 2002). Sağlık işyerinde yaşanan şiddet, hizmetin kendisinden kaynaklı farklılığı sebebi ile diğer işyeri şiddet türlerinden farklılık gösterir (Feldmann TB, Holt J. ve Hellard S., 1997). Kingma, araştırmasında sağlık işyerinde şiddete uğrama riskinin 16 kat daha fazla olduğunu tespit etmiştir (Kingma, 2001: 129).

Araştırmalar, sağlık işyeri şiddetinin tüm personeli cinsiyet ayırmaksızın tehdit ettiğini göstermektedir. Şiddet yoğunlukla doktorlara, hemşirelere ve ambulans çalışanlarına yöneliktir. Sağlık kurumlarının tamamında şiddet olaylarının görülmesi ile birlikte; uzak noktalardaki sağlık merkezleri, suç oranının fazla olduğu yerlerdeki sağlık işyerlerinde şiddet olaylarının görülme riski daha fazladır. Ayrıca fiziksel şiddet uygulayıcılarının çoğunlukla hasta ve hasta yakınları olduğu tespit edilmiştir. Bir diğer tespit de psikolojik şiddetin fiziksel şiddetten daha fazla uygulandığı ve çoğunlukla işyerindeki çalışanlar arasında meydana geldiğidir. Taciz, kabadayılık, zorbalık ve rahatsız etme şeklindeki şiddet türleri de daha çok az gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlarda görülmektedir.

Fiziksel ve psikolojik şiddet çoğunlukla aynı anda görülür. Şiddet ile ilgili yapılan araştırmalar fiziksel şiddetin günümüzde özellikle sağlık sektöründe ne derece tehlikeli boyutlara ulaştığını hatta bazen doktorun ölümü ile sonuçlandığını bizlere göstermektedir.

Tablo 5

Şiddet ile İlgili Yapılan Araştırmalar

Referanslar	Şehir	Kapsamı	Sonuç
Aslan (1999)	İstanbul	808 Sağlık çalışanı	Doktorların şiddete uğrama oranı %76,1' dir.
Ergör, Kılıç ve Gürpınar (2003)	İzmir	143 Sağlık çalışanı	Doktorların %80,9'u sözel şiddete, %20,5'i fiziksel şiddete uğramıştır.
Ayrancı (2005)	Afyon, Ankara, Eskişehir, Bilecik ve Kütahya	242 Sağlık çalışanı	Doktorların %100'ü sözel şiddete, %22,2'si fiziksel şiddete uğramıştır.
Erkol ve diğerleri (2007)	Bolu	124 Sağlık çalışanı	Doktorların %96,7'si sözel şiddete uğramıştır.
Aydın ve diğerleri (2007)	Gaziantep	226 Doktor	Doktorların %53,5'i sözel şiddete, %1,8'i de fiziksel şiddete uğramıştır.
Piyal, Kaya ve Çelen (2007)	Ankara	200 Sağlık çalışanı	Doktorların %46,6'sının sözel şiddete uğramıştır.
Açık, Deveci, Güneş ve diğerleri (2008)	Türkiye geneli	1712 Asistan doktor	Doktorların %67'si sözel şiddete, %6'sı fiziksel şiddete ve %3'ü cinsel şiddete maruz kalmıştır.
Canbaz ve diğerleri (2008)	Samsun	280 Sağlık çalışanı	Doktorların %72,3'ü sözel şiddete ve %17,6'sı fiziksel şiddete maruz kalmıştır.
Çöl (2008)	Muğla	272 Sağlık çalışanı	Doktorların %35,9'u psikolojik şiddete uğradığı tespit edilmiştir.
Aydın, Kartal, Midik ve diğerleri (2009)	Türkiye geneli	522 Pratisyen doktor	Doktorların %89,3'ü sözel şiddete, %7,9'u fiziksel şiddete ve %1,1'i cinsel şiddete uğramıştır.

Kaynak. Özcan ve Bilgin (2011)' den faydalanılarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

Yapılan araştırmalarda, tüm Türkiye’yi kapsayan çalışma sayısının yetersiz olduğu görülmüştür. Türkiye’de şiddet ile ilgili araştırmalar çoğunlukla yataklı tedavi kurumlarında yapılmıştır ancak kamu hastaneleri, acil servis ve poliklinikler şiddetin yoğun yaşandığı yerler olmasına rağmen araştırmalarda pek dahil edilmemiştir. Bu birimlerin ortak özelliği hasta ve hasta yakınlarının acil olarak hizmet almak istediği bu sebeple de çatışmaların yoğun yaşandığı bir başka sağlık hizmet birimidir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında da poliklinik hizmetinde şiddet yoğun yaşanmaktadır.

Araştırmalarda Türkiye’de yaşanan şiddet vakalarının %79’unun acil hizmet birimlerinde ve %91’inin hasta yakınlarınca gerçekleştirildiği tespit edilmiştir (Tosun, 2012). Ülkemizde çoğunlukla sözel şiddet uygulanmakta, fiziksel şiddete daha az rastlanmaktadır. Erkekler daha çok fiziksel şiddete, kadınlar ise sözel şiddete maruz kalmaktadır.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında yaşanan şiddet olayları sağlıklı bir şekilde rapor edilememektedir. Örneğin yapılan bir araştırma çalışmasında, doktorların %40’ının yaşanılan şiddet olayının kişisel olduğunu ileri sürerek bildirmek istemedikleri belirlenmiştir (Bechman, 1994). Sebebi de yalnızca fiziki yaralanma gibi olaylar şiddet olarak algılanmakta bu nedenle diğer şiddet olayları rapor edilmeye değer görülmemektedir (Barrett, 1997).

Ayrıca farklı işletmeler tarafından zmsenen işyeri şiddeti tanımları mevcuttur. şiddet çeşitlerinin farklılığı veri toplamada kullanılan sistemleri de farklılaştırmaktadır. Bu nedenle ulusal ve uluslararası literatürde şiddet ile ilgili yapılmış detaylı çalışma sayısı çok azdır.

1.5. Doktorlara Yönelik şiddet Nedenleri

Doktorlara yönelik şiddetin nedenlerine değinmeden önce bir konuyu açığa kavuşturmak gerekir. Doktora uygulanan şiddeti tespit etmek çok zordur. Bunun nedenleri şunlardır (Curbow, 2002):

- 1) Karmaşık rgtsel yapı
- 2) Saldırının çeşitli birimlerden gelmesi
- 3) şiddetin farklı türlerde ortaya çıkması

Doktorlara yönelik şiddetin nedenlerini CURBOW, 4 temel kategoride gruplamıştır (Curbow, 2002);

- 1) Taraflar arasındaki etkileşim,
- 2) Örgütsel faktörler,
- 3) Çevresel faktörler,
- 4) Toplumsal faktörler,

Yani doktorlara uygulanan şiddet yukarıda sayılan 4 temel nedenin karmaşık bir etkileşiminin sonucunda ortaya çıkar (Yıldırım, 2012).

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün araştırmasına katılanların cevaplamalarına göre şiddetin nedenlerinin başında ülkenin sosyo-ekonomik durumu ve işyerinin teşkilat yapısı ve çalışma şartları gelmektedir. Kişisel, toplumsal ve kurumsal nedenlerinin hepsi de aynı derecede önemli olduğu ancak kurumsal nedenlerin anahtar rolü olduğu tespit edilmiştir (ILO, 2003).

Doktorlara uygulanan şiddetin önlenmesi için, şiddetin nedenlerinin tespit edilip ona uygun çözüm önerileri geliştirmek gerekmektedir. Literatürdeki tüm araştırmalarda doktorlara uygulanan şiddetin toplumsal bir sorun olarak algılanması gerektiği belirtilmiştir. Bahsi geçen araştırmalardan edinilen bilgiye göre doktorlara yönelik şiddetin nedenleri şunlardır (Özcan ve Bilgin, 2011):

- Mental bozukluk ve davranış bozukluğu,
- Eğitim seviyesinin düşük olması ve kurallara uymama,
- Yapılan test ve muayenelerin sayıca fazla olması,
- Hasta yakınlarının sinirli ve stresli olması, bulunan ortamın kalabalık ve gürültülü oluşu,
- Aşırı talepkar hasta ve hasta yakınları,
- Poliklinik hizmeti alabilmek için uzun bekleme süreleri,
- Sağlık çalışanı sayısı noksanlığı,
- İletişimsel ve kişisel sorunlar.

1.5.1. Tarafların Özellikleri, Taraflar Arasındaki Etkileşim ve İletişim

Hasta ve hasta yakınları ile doktorların iletişimsel süreçlerindeki ilişkileri karmaşık bir yapı sergiler. Bu yapıyı karmaşıklıktan kurtarmak ve sağlıklı bir iletişimi sağlamak için kaynakların yani hasta ve hasta yakını ile doktorların bilgi alışverişinde bulunmaları gerekmektedir. Ancak, doktorlar ile hasta ve hasta yakınları arasında çoğunlukla sağlıklı bir iletişimin kurulamadığı da bilinen bir gerçektir. Bu iletişimsel problemlerin dört ana sebebi şunlardır:

- Bulunulan ortamdan kaynaklanan sorunlar (gürültü v.b.).
- Tarafların karakter özellikleri (şiddet içerikli suç işlemiş, ruhsal hastalık geçirmiş, alkol veya uyuşturucu bağımlılığı olan hasta ve hasta yakınları ve/veya sağlık çalışanları, toplumsal cinsiyet, buyurucu davranış, iletişimsel eksiklikler, acelecilik, empati kuramama, aktif dinleme yetisi eksikliği).
- Maruz kalınan hastalık nedeniyle içinde bulunulan psikolojik durum (kederli, kaygılı, isyankar, gergin, bitkin halde olma).
- Doktorlar tarafından kullanılan tıbbi dilin hasta ve hasta yakınları tarafından anlaşılamamasının vermiş olduğu sıkıntı ve kaygı (Cooper and Swanson, 2002).
- Doktorlar, mesleklerini icra ederken kaygı, beklenti ve endişe düzeyi çok farklı olan kişi ve kişi grupları ile (hasta ve hasta yakınları, iş arkadaşları, meslektaşları v.b.) ile etkileşim ve iletişim içerisinde olurlar. İletişimin türü ve sıklığı açısından bu etkileşimin hasta ve hasta yakınları ile olan kısmı önemli farklara sahiptir. Doktorlar meslekleri gereği sağlık hizmeti verirken hastanın mahrem alanına girmek ve yüz yüze iletişim kurmak durumundadır. Bu mahrem alanı birey için duygusal alanıdır. Bu sebeple, bireylerin mahrem alanlarını tedavi amacıyla bile olsa bir yabancıya açması zor olduğundan haliyle iletişim süreci de zora girecektir (Şahin, 2013).
- Doktorlar mesleklerinin yapısı gereği iletişimsel açıdan zor ortamlarda bulunmaktadır. Örneğin doktorlar hasta yakınlarına acılı haber verme, hasta/hasta yakınlarına bilgi aktarırken tıp terminolojisini karşı tarafın anlayabileceği şekilde tercüme etmek ve doğru olarak aktarabilmek gibi problemlerle gün içinde sıklıkla karşılaşmaktadır.
- Sağlık çalışanlarının rekabet veya çıkar amaçlı olarak birbirleri hakkındaki

olumsuz söylemleri de hasta ve hasta yakınlarını şiddet uygulamaya sevkdebilmektedir.

1.5.2. Örgütsel/Kurumsal Faktörler

Doktorlara uygulanan şiddet, sağlık işyerindeki örgütsel faktörler tarafından etkilenebilmektedir. Bu faktörler; sağlık işyerinin fiziksel çevresi ve altyapısı, sağlık işyerindeki insan kaynakları organizasyonu, işyeri kültürü ve sağlık işyerinin sahip olduğu örgüt iklimidir (Curbow, 2002). Sağlık işyerlerinde bazı örgütsel etkenler de şiddete zemin hazırlayabilmektedir. Bu etkenler; sağlık işyerlerindeki altyapısal ve donanımsal eksiklikler, çalışan sayısındaki yetersizlik, yönetsel eksiklikten kaynaklanan bürokraside zaman aşımı, hizmet almak için beklerken oluşan kuyruklar, randevuların gecikmesi, iş yükündeki aşırı artış, kötü çalışma koşulları, hastalara yeteri kadar zaman ayıramama, yatarak tedavi hizmetlerindeki aşırı doluluk ve sağlık işyerinde boş yatak bulamama, sağlık işyerindeki güvenlik zafiyeti, hizmetlerde iltimas ve ayrımcılık yapma (Aydın, 2008), hastalar için gerekli olan minimum konfor ve güvenliğin bile sağlanamaması v.b.dir.

Kurumsal Eksiklikler ve Kurum Kültürü

Sağlık işyerleri, çok çeşitli hizmetlerin sunulduğu yerler oldukları için çok karmaşık bir yapıya sahiptirler. Hizmet alan kişiler (hasta, hasta yakınları, hasta olduğunu düşünenler) kaygı düzeyi yüksek bireylerdir. İlaveten, sağlık işyerindeki bekleme alanlarının yetersizliği, havasız ve uygunsuz ışıklandırma, hizmet alınırken eksik bilgilendirilme ve alt yapı yetersizlikleri de hasta ve hasta yakınlarının stres düzeyini artırabilmekte bu da şiddet davranışı ile sonuçlanabilmektedir.

Doktorların sağlık hizmeti verirken zorluk yaşamalarının bir diğer nedeni de, sağlık hizmet işini icra ederken diğer sağlık çalışanları ile koordineli çalışmamaları, ast üst ilişki dengesi kuramamalarıdır. Bu da zaten zor olan işlerini daha da stresli hale getirmektedir.

Sağlık işyerlerinde mobbing (psikolojik taciz) davranışlarının bulunması, doktorların zaten zor olan çalışma koşullarını daha da zorlaştırmaktadır. Şiddeti arttıran nedenlerden birisi de astların ve üstlerin mobbing hakkında yeteri kadar bilgi sahibi olmamasıdır. Mobbing bir suçtur ve cezası vardır ancak bu hem çalışanlar hem de yöneticiler tarafından bilinmemektedir (TBMM, 2013).

Bilgi/Bilgilendirme ve İletişim Eksikliği

Doktorların şiddete uğramasındaki etkenlerden bir diğeri de sağlık mevzuatı hakkında yeterince bilgi sahibi olmamalarıdır (TBMM, 2013).

Hasta ve hasta yakınlarının sağlık hizmetleri ile yeterince bilgilendirilmeyişi, yeniliklerden ya da rutin uygulamalardan haberdar olmamaları hizmeti alanda aşırı beklentiye neden olmakta, bu beklenti karşılanmadığında da bireyler şiddete başvurmaktadırlar.

Sağlık işyerlerinde doktorların, hastalara yönelik süreçleri yeterince takip etmemeleri ve yönetsel eksiklikler de hizmet alanlarındaki stres ve kaygıyı yükselterek şiddet olayının görülme riskini arttırmaktadır. Sağlık işyerindeki şiddetin nedenlerinden birisi de bürokrasinin uzaması ve karmaşık bir hal almasıdır.

Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan SABİM uygulaması hakkında yeterli bilgilendirme yapılmayışı da şiddeti arttıran nedenlerden sayılabilir. Hasta ve hasta yakınları bu hattı amaç dışı ve gereksiz yere kullanabilmektedir. Doktorlar ise SABİM uygulamasını şikayet hattı olarak görmekte, yersiz yere yapılan şikayetlere savunma yazmak durumunda kalmakta bu da onları hem mesleklerinden soğutmaya hem de mesleklerinde zaman kaybına neden olmaktadır.

Hasta ve hasta yakınlarının Sağlık Bakanlığı'nın uygulamaya koyduğu SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi)'i doktorları şikayet hattı olarak algılaması olmuştur. SABİM hakkında yeterli bilgilendirme yapılmamış ve çalışan hakları hasta hakları kadar maalesef bilinmemektedir. Bu nedenle şiddeti ortaya çıkaran nedenler arasında hasta ve hasta yakınlarının yapmış olduğu asıl amacını aşan başvurular da vardır. Birçok asılsız başvuru sebebi ile doktorlar görevlerini icra etmekten çok bu başvuruların soruşturma süreçleriyle uğraşmak zorunda kalmakta bu da hizmet sunan mesleğinden soğutma noktasına getirmektedir.

Şiddet nedenleri arasında gösterilebilecek bir diğer sebep de iletişimsel aksaklıklardır. Doktorlar eğitimleri boyunca genellikle teknik konularda eğitim almakta, iletişim becerileri konusunda eğitimler almamaktadırlar. Hizmet kitlesi insan olduğu için doktorların eğitimleri süresince kriz ve öfke yönetimi gibi eğitimler almayışı iletişimsel sorunlara neden olabilmekte bu da hizmet alanların şiddet uygulamasına neden

olmaktadır. Sağlıkta şiddetin en temel nedeni, doktorların hasta ve yakınlarını yetersiz bilgilendirmesidir. Doktorların özellikle ölüm gibi kötü haberi verirken kullandıkları dil ve iletişim teknikleri çok önem arz etmektedir. Doktorların hastalarla iletişim problemi yaşamadaki diğer nedenler; çalışma sürelerinin uzunluğu, hastaların hastalıklarından kaynaklanan psikososyal riskler ve doktorların iletişimsel eksiklikleri sayılabilir.

şiddete neden olan en önemli etkenlerden birisi de doktorların hasta ve hasta yakınları ile yeterince ilgilenmediği düşüncesidir. Halbuki sağlık hizmetlerinin sunumu profesyonellik gerektirir. Doktorlar ile hastaların arasında bilgi asimetrisi mevcuttur. Teknolojinin gelişmesi ile her türlü bilgi ve ulaşım kolaylaşmıştır ancak bu durumun olumsuz sonuçları olabilmektedir. Hastalığı ile ilgili kendince edindiği bilgilerle sağlık hizmeti almaya çalışan hasta ve hasta yakınlarının kaygıları da şiddete neden olabilmektedir.

Sağlık Sisteminden Kaynaklanan Sorunlar

Güncel sorunlardan birisi de hastalardan tahsil edilen katılım paylarıdır. Geri ödeme kurumu tarafından yürürlüğe konulmuş bu düzenleme hasta ve hasta yakınlarının şiddete başvurmalarına neden olabilmektedir.

Performansa Dayalı Ücret Sistemi ve Oluşan İş Yüğü

Doktorların performansa dayalı ücretlendirme sistemine dahil olması gün içinde çok fazla sayıda hasta bakmak zorunda kalmalarına bu da hasta başına düşen muayene süresinin kısalmasına dolayısıyla hastaların da kendileri ile yeterince ilgilenilmediğini düşünerek şiddete daha fazla başvurmalarına neden olabilmektedir. Olası şiddet sebeplerinden birisi de doktorların iş yükündeki artış sebebi ile poliklinik hizmet sürelerinin azalmasıdır.

Ülkemizde doktorların büyük çoğunluğu tükenmişlik sendromu yaşamaktadır çünkü bölgelerdeki doktor sayısının yetersiz oluşu, onların uzun süreli ve ağır koşullarda çalışmasına neden olmuştur. Ayrıca doktorlara birden fazla misyon yüklenmesi (gündüz aile hekimliği yapmak gece acil servis hizmeti sunma gibi) verimli hizmet sunulamamasına neden olmakta, çalışma ortamının yoğun ve stresli oluşu da öfke kontrolü ve iletişimi zorlaştırmaktadır. Bu durumun doğal sonucu olarak da şiddet uygulamalarında artış meydana gelmektedir.

Güvenlik Eksikliği

Sağlık Bakanlığı, sağlık çalışanlarına uygulanan işyeri şiddeti ile ilgili olarak günümüze kadar yeterli tedbir alamaması nedeniyle doktorlar kendilerince bu sorunu çözmeye çalışmış ancak bu da şiddetle mücadelede sistematik bir çözüm modeli olmamasına sebep olmuştur. Bu durum da şiddet uygulayıcılarının avantajına olmuştur. Hizmet alanlar şiddet uygulama konusunda kendilerini rahat hissetmişlerdir.

Günümüzde silah ve delici-kesici aletlere erişme kolaylığı ve bunları kolaylıkla edinebilme silahlanmayı arttırmış ve bu da şiddet uygulayıcıların sözel şiddetle bitebilecek bir davranışın fiziksel şiddete dönüşmesine neden olmuştur. Bazı şiddet olayları da ölümle sonuçlanmaktadır.

Hasta/Hasta Yakınlarından Kaynaklı Sorunlar

Günümüzde hızla gelişen teknoloji ile zamanın değeri ve önemi daha da artmıştır. Bu sebeple hasta ve hasta yakınları beklemeden hızlı bir şekilde sağlık hizmetlerini almayı istemektedir. Bu beklenti karşılanamayınca da şiddet kaçınılmaz olmaktadır (TBMM, 2013). Halbuki, sağlık hizmetinin odak noktası insandır. Kişiler aynı hastalığa sahip olsalar bile; sağlık hizmetinin sunumu hastanın yaşına, cinsiyetine, başka hastalığına bağlı olarak farklılık göstermektedir. Ancak hastalar yine de sağlık hizmetini acele almak istemektedir.

Sağlık hizmet sunumunda temel amaç hastayı herhangi bir yan etki oluşturmaksızın iyileştirmektir. Tüm doktorların ve sağlık çalışanlarının arzusu budur. Ancak amaç her ne kadar bu olsa da zaman zaman oluşan komplikasyonlar ölümle sonuçlanabilmektedir. Yaşanan bu durumu hasta ve hasta yakınlarının kabullenememesi sebebi ile de şiddet kaçınılmaz olabilmektedir.

1.5.3. Çevresel Faktörler

Çevrenin değişmesi ile birlikte oluşan sosyal değişimin sonucunda suç ve şiddet oluşur. Çevre ile şiddet arasındaki ilişkiyi inceleyen sosyologlar kriminolojiyi kullanmışlardır. Kriminoloji, harita yöntemi ile suç ve şiddetin yer olarak dağılımını inceler, şiddet uygulayanın içinde yaşadığı çevrenin suça yönelmesindeki etki analizini yapar. Buna kriminolojide suçluluk bölgeleri görüşü de denmektedir. Çevre ile ilgili çalışan bilimciler,

şiddeti, çevredeki değişikliklerle meydana gelen sosyal değişme olarak nitelendirir. Sosyal çevre bilimcileri; yoksulluk, nüfus artışı, yerleşim yerinin özellikleri, sosyal adaletsizlik gibi değişkenlerle ilgilenir (Gümüş, 2006: 60).

Sağlık kuruluşunun bulunduğu çevre de sağlık hizmetinin işlerliği açısından önemlidir (Yıldırım, 2012). Suç ve yoksulluğun yüksek, şiddetin yoğun yaşandığı çok nüfuslu bir bölgede bulunan sağlık işyerindeki doktorların sağlık hizmet sunumu (Curbow, 2002), bu örgütsel yapının içinde yaşayan olumsuz davranışlara sahip bireyleri tarafından olumsuz etkilenebilmektedir (Yıldırım, 2012).

Yerleşik ve gezici sağlık hizmetinin verildiği ülkemizde, içinde bulunulan çevreye ait yoksulluk düzeyi, uyuşturucunun kullanım düzeyi, suç düzeyi ve çete olayları gibi olumsuz yaşam koşulları hasta ve hasta yakınlarını şiddete eğilimli hale getirmektedir.

1.5.4. Toplumsal Faktörler

Şiddet, toplumsal kültürün bir yansımasıdır. Bu nedenle, toplumsal faktörlerle birlikte değerlendirilmelidir (Aydın, 2008). Doktorlara uygulanan şiddet, toplumsal yaşamda giderek artan genel şiddetin bir yansımasıdır (Cooper, 2002). Doktorlar ile hastaların olumsuz diyaloglara girmesi ve bu olumsuz iletişimin şiddete dönüşmesinin temelinde içinde yaşadığımız toplumsal koşulların ve ekonomik zorlukların rolü büyüktür (Adaş, Elbek ve Bakır, 2008). Toplumu şiddete sürükleyen bir diğer etmen de, içinde yaşadığımız toplumun medya kültürü ve medyanın sağlık konusundaki haberleri işleyiş biçimidir (Yıldırım, 2012).

Şiddete neden olan etmenler araştırılırken, mensubu olduğumuz toplumun şiddet kültürünü de incelemek gerekir. Bireyin ve toplumun şiddet ve saldırganlık eğilimindeki artış, günlük yaşamın her alanında (trafikte, sporda, kadına yönelik ve sağlıkta) şiddetin artması, şiddetin toplum tarafından kanıksanması ve sorunların çözümü olarak görülmesi sağlık alanına da yansımıştır. Şiddetin en temel nedeni iletişimdeki eksiklik ve aksaklıklar ile toplumun içinde özellikle sorun çözümünde bireylerin dinleme ve empati kurma alışkanlığının olmamasıdır.

Şiddete sebep olan diğer bir neden de bireylerin sağlıklı iletişim kuramamaları ve kendilerini düzgün ifade edememeleridir. Bireylerin içinde bulundukları durumu başkalarına düzgün aktarabilmesi ve başkaları tarafından söylenenleri doğru

anlayabilmesi, sağlıklı bir iletişim için önemli bir etkidir. Sağlık hizmeti alırken, sağlıklı iletişim kuramayan ve kendisini ifade edemeyen bireyler, doktorlar tarafından da anlaşılammakta, bu yüzden iletişimsel eksikliklerden kaynaklı problemler yaşanabilmektedir. Hatta bireyler (hastalar) sağlık hizmeti esnasında doktorun kendisini bilinçli olarak anlamadığını düşünüp, problemin çözümünde de yukarıda belirtilen toplumsal şiddet kültürü sebebi ile de hemen şiddete yönelebilmektedir.

Günümüzde toplumsal bilinç giderek artmakta buna bağlı olarak da bireylerde hakkını arama davranışı yaygınlaşmaktadır. Bu durum, modern toplumlar da arzu edilen bir davranış biçimidir ancak hakkını arama davranışı şiddete başvurularda yapılırsa, bu istenmeyen bir davranış biçimidir. Bunun temel nedeni de, bireyin küçük yaştan itibaren aile içi ve toplum içi eğitim aracı olarak şiddete maruz kalmasıdır.

Bireyler, sorunlarını çözme yöntemlerini bilmedikleri ve haklarını aramak için şiddete yönelirler. Bunda medyanın da etkisi büyüktür. Medyada sıkça verilen şiddet haberleri, şiddetin bir yaşam şekli olarak kanıksanmasına ve bireylerin şiddeti bir sorun çözme mekanizması olarak görmesine neden olmaktadır.

Basında yer alan sağlık çalışanlarına yönelik olumsuz haberler bireyleri şiddete sevk etmektedir. Gerçekliği net bir biçimde araştırılmamış kulaktan dolma haberlerle insanlarda doktorlara ve sağlık çalışanlarına karşı bir önyargı oluşturulmaktadır. Örnek verilirse, “Ambulans Yine Geç Kaldı” gibi sürekli haberler yapılması vatandaşları “ambulanslar hep geç kalır” gibi bir önyargıya yöneltmekte bu da vatandaşlarda sağlık hizmeti alırken en ufak bir olumsuzlukta şiddete başvurmaya neden olmaktadır. Reyting kaygısı uğruna basında doktorlarla ilgili yanlış ve eksik haberler mevcuttur. Son dönemde televizyonda ekrana gelen dizilerde de doktorların imajını zedeleyecek haberlere yer verilmektedir. Bu haberler ve şiddet içerikli yapımlar önemli bir şiddet unsurudur. Basında, dizi olarak, haber olarak hatta bazı belgesel kanallarında dahi doktorlara ve sağlık işyerlerine yönelik olumsuz haberler yapılmakta, bunlar da toplumu şiddete sevk edebilmektedir. Diğer taraftan, basında doktorlarla ilgili çıkan bu haberlerin çoğunluğu aslında gerçeği yansıtmamaktadır. Amaç, bu yapımlarında sadece reytingini ve tirajını arttırmaktır. Özellikle bazı dizilerde kullanılan “bu hasta ölürse, sen de ölürsün doktor” gibi replikler veya haberlerde çıkan “yine yanlış tedavi, yine ölüm” gibi başlıklar

bireylere subliminal mesajlar vererek bilinçaltından toplumu etkilemekte, tüm bu sebepler de hasta ve hasta yakınlarınca doktorlara uygulanan şiddeti körüklemektedir.

Şiddetin diğer bir nedeni de ülkemizde bireylerin “Acil Sağlık Hizmeti” konusunda yeterli bilgiye sahip olmamasıdır. Bireyler gerekli-gereksiz acil servislere ve 112 sağlık hizmetlerine başvurmakta ve biran evvel hizmet almak istemektedir. Acil servislere kapasitesinden daha fazla başvuru olması doktorların işini zorlaştırmakta, gerekli müdahaleyi hızlı bir şekilde yapamamasına neden olmaktadır. Her hasta kendi talebinin acil olduğunu düşündüğü için de bir an önce sağlık hizmeti alabilmek için sözel ve fiziksel saldırılara başvurabilmektedir.

Teknolojinin hızla gelişmesi ile bilgiye ulaşmak kolaylaşmıştır. Bu durumun olumlu sonuçları olduğu gibi, olumsuz sonuçları da olmaktadır. Her türlü bilgiye kolaylıkla ulaşan hasta, doktorluk mesleğini de sorgulamaya başlamıştır (Okay, 2012).

1.6. Doktorlara Yönelik Şiddetin Muhtemel Etkileri

Doktorlara uygulanan fiziki ve sözel saldırıların birey, işyeri ve toplum açısından maliyeti ve olumsuz etkileri giderek artmakta ve bu nedenle şiddet konusu da giderek daha önem kazanmaya başlamaktadır (Cooper, 2002). Doktorlara uygulanan sağlık işyeri şiddeti; doktorlara, diğer sağlık çalışanlarına, sağlık hizmetlerinin sunumuna, sağlık işyerine, sağlık sektörüne hatta toplumun tümüne ciddi sosyo-ekonomik etkileri olmaktadır (Yıldırım, 2012).

1.6.1. Şiddetin Doktorlar Açısından Etkileri

Şiddet, sağlık sektöründe önemli bir güvenlik ve meslek sorunudur (Chappell and Martino, 2006; Çöl, 2008). Bu açıdan şiddet, doktorlar üzerinde psikolojik, fiziki, kariyer ve fiziksel açıdan çok etkilidir (Stanko, 2002). Örneğin, İngiltere’de doktorlara uygulanan şiddetin yaklaşık yarısı morluk, kemik kırıkları gibi fiziksel yaralanmalarla sonuçlanmıştır. Şiddete maruz kalan çoğu doktor aynı zamanda şiddetin duygusal olarak da kendilerini olumsuz etkilediklerini beyan etmiştir. Hem fiziki hem de duygusal şiddete maruz kalan doktorlarda; şaşkınlık, depresyon, tükenmişlik, anksiyete, asosyalleşme ve uyku bozukluğu gibi ruhsal rahatsızlıklar yaşanabilmektedir. Ayrıca; işyeri şiddeti, doktorların kariyerini de olumsuz etkilemekte, işyerinde şiddete maruz kalan doktor çalıştığı kurumu ve mesleğini terkedebilmektedir (Cooper ve diğerleri, 2002). Örneğin;

Kanada’da yapılan bir çalışmada acil serviste şiddete maruz kalan doktorların %38’inin mesleklerini bırakmak istediği, yaklaşık %18’inin acil servis biriminde hizmet vermek istemediği, bir kısmının da işyerinden ayrıldığı tespit edilmiştir (Cooper ve Swanson, 2002).

şiddetin doktorlar üzerindeki etkilerini; fiziki yaralanma, çok, öfke, stres, kaygı, özgüven kaybı, işe devamsızlık, sosyal ilişkilerin bozulması, iş ve meslek bağlılığının azalması ve iş tatmininde azalma olarak özetlenebilir (www.ena.org, Erişim Tarihi:07.07.2015). Yine kayıtlardaki şiddet olaylarında doktorların %40’ı ile %70’inin kronik tükenmişlik sendromu yaşadığı, olay hakkında konuşmaktan ve olayı hatırlamaktan rahatsızlık duydukları belirlenmiştir. Avusturalya’da yapılan araştırmada ise stres ile şiddet arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu tespit edilmiş, stres arttıkça şiddetin boyutunun da arttığı belirlenmiştir (ILO, 2003).

1.6.2. şiddetin Hasta/Hasta Yakınları Açısından Etkileri

şiddet olayı, sadece doktorları değil hasta ve hasta yakınlarını da olumsuz etkilemektedir (Aktuğlu ve Hancı, 1999). şiddete maruz kalan doktorun hizmet kalitesinde düşüşler olmakta, bu da hastaların tedavi sürecini sıkıntıya sokmakta, hastaların hastalık durumu kötüleşirken tedavileri yarım kalabilmektedir (Fernandes ve diğ., 1999). Literatürde uzun süre sağlık hizmeti alan agresif hastalar kaba kuvvet kullanılarak tedavi edilebilmekte ya da istismara maruz kalabilmektedir (Cooper ve Swanson, 2002).

1.6.3. şiddetin Sağlık Kurum ve Kuruluşları Açısından Etkileri

şiddetin, sağlık kurum ve kuruluşlarına finansal olarak etkileri vardır. Bu etkiler, doğrudan ve dolaylı maliyetler olarak 2’ye ayrılır: *Doğrudan maliyetler*; iş veriminin azalması, ekip veriminin azalması (Kısa ve Dziegilewski, 1996), personel devir hızının artması, fiziki şiddet sebebi ile personelin işe gelememesi, sağlık işyerindeki güvenlik personelinin ücret maliyeti, güvenliği sağlamada kullanılan teknolojik ekipmanın maliyeti, şiddetten korunma amacıyla alınan eğitimlerin maliyetleri (Stanko, 2002) şeklinde ortaya çıkmaktadır. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri’nde yaşanan şiddet olaylarının işgücü ve verim kaybı sebebiyle 1987 yılı itibariyle 267 milyon dolar maliyeti olmuştur. *Dolaylı maliyetler de*, yaşanan şiddet olayı sebebiyle açılan tazminat

davalarıdır. Bu tazminat davaları, sağlık işyerine finansal açıdan maliyettir (Kısa ve Dziegilewski, 1996).

Şiddet olayı hasta ve hasta yakınları içinde problemdir çünkü alınan sağlık hizmeti şiddet olayından olumsuz etkilenmektedir (Aktuğlu ve Hancı, 1999). Çünkü şiddete maruz kalan doktorun sunduğu sağlık hizmetinin kalitesinde ister istemez düşüş meydana gelmektedir (Fernandes, 1999).

Sağlık işyeri şiddeti sebebiyle, sağlık hizmet kalitesinde azalma, doktorların iş ve meslek bağlılığının azalması, işyerinden ve meslekten ayrılmaya hatta göç etmelerine neden olabilmektedir. Tüm bu şiddet olayları genel sağlık hizmetinde daralmaya ve genel maliyetlerin artmasına neden olmaktadır. Böylece sağlık sektörünün verimliliği ve etkililiği de olumsuz etkilenmektedir (Cooper, 2002).

1.7. Doktorlara Yönelik Şiddetin Yönetimi

Doktorlara uygulanan şiddeti tümüyle ortadan kaldırmak mümkün değildir. Ancak, bu şiddetin meydana gelmesini mümkün olduğunca engellemek, önlemeye çalışmak ya da önlenemiyorsa da etkilerini hafifletmeye çalışmak gereklidir (Yıldırım, 2012). Doktora yönelik şiddeti yönetmek için komisyon, işveren, hükümet, çalışan, meslek kurumları ve halk olan paydaşların katılımını etkili yönetmek önemlidir. Şiddeti yönetirken tüm bu paydaşların sorumlulukları aşağıdaki gibidir:

Hükümet ve yetkili makamları sağlık alanındaki şiddeti azaltmak ve ortadan kaldırmak için gerekli altyapıyı sağlamalıdır. İşveren ve işveren kuruluşları, şiddet içermeyen bir çalışma ortamı sağlamalı ve diğer işverenleri buna teşvik etmelidir. Çalışanlar, işyerinde şiddetle ilişkili riskleri azaltmak ve ortadan kaldırmak için gerekli makul disiplini göstermelidir. Sendikalar ve dernekler, işyerinde şiddetle ilişkili riskleri azaltmak ve ortadan kaldırmak için girişimler başlatmalı, bunlara katılmalı ve katkıda bulunmalıdır. Medya, araştırma ve eğitim kurumları, işyerinde şiddet uzmanları, tüketici / hasta destek grupları, polis ve diğer ceza ve adalet uzmanları, işyerinde şiddet, işyerinde sağlık ve güvenlik, insan hakları alanlarında faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşları bu girişimlere aktif olarak katılmalı ve destek vermelidir (ILO/ICN/WHO/PSI, 2002).

1.7.1. Türkiye’de Doktorlara Yönelik Şiddetin Yönetimi

Türkiye’de sağlıkta şiddetin nedenlerini anlamak ve çözüm üretmek için gerek Sağlık Bakanlığı, gerekse çeşitli meslek örgütleri ve sendikalar konu üzerinde çeşitli çalışmalar yapmaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın bu amaca yönelik politikalarının (mevzuat ve uygulamalar) amaçları genel olarak sağlık alanında güvenli hizmetler sunmak, hak ve sorumlulukları geliştirmek, doktorların motivasyonunu artırmak ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmaktır (Tosun, 2012).

1.7.1.1. Mevzuat, Düzenleme ve Uygulamalar

Ülkemizde sağlık işyerlerinde yaşanan şiddet olaylarının nedenlerini tespit etmek ve bu şiddeti önlemeye yönelik çözüm önerileri geliştirebilmek için başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere, bazı meslek grupları ve sendikalar çeşitli çalışmalar yapmıştır. Çalışan güvenliğini sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı’nın mevzuat ile ilgili düzenlemelerinden sıklıkla kullanılanları Tablo 6’da yer almaktadır:

Tablo 6

Sağlık İşyeri Şiddeti’ne Karşı Uygulanan Mevzuat ve Uygulamalar

Uygulama adı	Kabul Tarihi	İçeriği
Yataklı Sağlık Tesisleri’nde Acil Servis Hizmetleri’nin Uygulanması Usul ve Esasları Hakkında Tebliği	16.10.2009	Bu tebliğde; sağlık kurumlarının giriş-çıkışlarının kontrolü, güvenlik görevli sayısının yeterliliği ve kamera sistemi kurularak ortak kullanım alanlarının izlenmesi ve bununla ilgili önlemlerin alınması bildirilmiştir.
Hasta ve Çalışan Güvenliği’nin Sağlanmasına Dair Yönetmelik	06.04.2011	Bu yönetmelikte; doktorların güvenliğini sağlamaya yönelik programların hazırlanması, doktorlara sağlık taraması yapılması, engelli sağlık çalışanları ile ilgili düzenlemeler, doktorların bireysel olarak kendini koruma ile ilgili önlemlerini almalarının sağlanması ile doktorlara uygulanan fiziksel şiddeti önlemek üzere gerekli önlemleri alma konusu düzenlenmiştir.
Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik	28.04.2012	Bu yönetmelikte, hem doktorlara hem de diğer tüm sağlık çalışanlarına sağlık hizmeti esnasında oluşabilecek her türlü suç ve şiddet olayına karşı sağlık çalışanına verilecek hukuki desteğin kapsamı ve içeriği hakkında bilgi verilmektedir.

Tablo 6'nın devamı.

Çalışan Güvenliği Genelgesi	14.05.2012	Bu genelgede ilk kez “hizmetten çekilme” kavramı açıklanmıştır. Buna göre, doktorlar sağlık hizmeti sunarken herhangi bir şiddete maruz kalma durumunda acil müdahaleler hariç sağlık hizmetinden çekilebilecektir.
Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması	26.04.2012	Bu genelge ile kamu hastanelerindeki doktorlara, sağlık hizmeti verirken “Yaralama (TCK Madde 86-87)”, “Tehdit (TCK Madde 106)” ve “Hakaret (TCK Madde 125)” suçlarının işlenmesi halinde, doktorun şikayeti olmaksızın dahi, ilgili sağlık işyerindeki güvenlik personelinin ve kolluk kuvvetlerinin doğrudan müdahalesi, olayın ilgili Cumhuriyet savcılığına bildirilmesi ve konuyla ilgili soruşturmanın başlatılması gerekliliği belirtilmiştir.
Sağlıkta Kalite Standartları	2005	Bu standartlar; 2007, 2009 ve 2011 yıllarında Sağlık Bakanlığınca revize edilmiştir. Buna göre; sağlık işyerlerinde doktorların güvenliğinin sağlanması için kamu, özel ve üniversite hastanelerinde alınan önlemler kamuda yılda 2 defa, özel ve üniversite hastanelerinde yılda 1 defa olmak üzere denetlenecektir (Çinal ve Demir, 2011).
Beyaz Kod Yönetimi (113 Beyaz Kod Hattı)	28.04.2012	Buna göre; Beyaz Kod Yönetimi'nde bulunmak üzere yine tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden bir temsilci, bir psikolog veya bir sosyal hizmet uzmanı ve bir güvenlik amiri belirlenmesi zorunluluğu bulunmaktadır. Beyaz Kod'a iletmek üzere tutulan kayıtlarda şu hususların belirtilmesi kararlaştırılmıştır; olay tarihi ve saati, olay yeri, olay anında verilen hizmet, olay sebebi, olay oluş şekli, olayda varsa kullanılan nesne, olay esnasında çevreye verilen zarar, olaydaki ilgili kişilerin yaşı, cinsiyeti ve varsa kişisel bilgileridir (Çinal ve Demir, 2011).
183 Alo Şiddet Hattı	04.07.2006	Bu hat; Başbakanlık tarafından oluşturulmuş, şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının bir telefonla şiddet olayını bildirdiği uygulamadır.

Sağlık Bakanlığınca uygulanan bu mevzuat ve uygulamaların temel amacı; başta doktorlar olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının güvenli bir ortamda hizmet vermesini sağlamak, çalışanların hakları ve sorumlulukları bilincini geliştirme, sağlık personelinin motivasyonunu sağlamak ve sağlık hizmet sunumunda kaliteyi maksimize etmektir.

BÖLÜM 2: MESLEKİ BAĞLILIK KAVRAMI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Mesleki bağlılık, çalışanlarına yatırım yapan her kurum için önemli bir kavramdır. Personel devri, devamsızlık ve performans düşüklüğü gibi olumsuz sonuçlar nedeniyle mesleki bağlılık kavramı günümüzde giderek artan bir öneme sahip olmuştur. Bu olumsuz sonuçlar, her kurum için birey başına maliyet demektir. Bu nedenle kurumlar ve örgütler son yıllarda mesleki bağlılık kavramını anlamak, oluşması için zemin hazırlamak ve örgüt içerisindeki yerini korumak amacıyla daha fazla incelemeye ve uygulamaya karar vermiştir.

Birey ile mesleki bağlılık arasındaki ilişki mesleğin kendisi için ve toplumsal açılarından çok önemlidir. Çünkü mesleki bağlılık bireyin mesleğine duyduğu bağın ifadesidir. Meslek-Kurum-Birey üçgeninde bu bağ çok önem arz etmektedir.

Bağlılık tek taraflı bir ilişki değildir. “Karşılıklılık” ilkesi bağlılığın özünde olan bir durumdur. Meslek, bireye karşı bağlılık ile ilgili gerekli taahhütleri sunarsa, çalışan da mesleğe karşı bağlılık duygusu barındıracaktır. Burada meslek gruplarına ve kurumlara önemli roller düşmektedir. Bireyler, mesleklerine yaptıkları fedakarlığın karşılığını almak isterler. Meslek ve birey arasında kuvvetli bir ilişkinin varolması için, bireyin ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanması ve bireyin örgütte ve meslekte mutlu olması gerekir.

2.1. Meslek Kavramı

Meslek, benzer işle meşgul olan bir grup insan anlamına gelmektedir (Blau, 2001:281). Bu bir grup insanın sahip olduğu meslekler, yüksek düzeyde uzmanlık, otonomi, işe bağlılık, profesyonel bağlılık, profesyonel özdeşleşme, etik, mesleki standartlar gibi kavramları içine alan yerlerdir (Blau ve Lunz, 1998: 261). Meslek, bireyin kimliğini ortaya koyar (Lee vd., 2000: 800; Kim ve Mueller, 2011: 6). Meslek, bireylerin yaşamlarını sürdürebilmek ve maddi kazanç elde edebilmek için bir işte belli süre çalışmayı gerektirir (Tak ve Çiftçioğlu, 2008: 156; Lee vd., 2000: 800; Çetin vd., 2010: 125). Meydan Larousse'de meslek, bir bireyin hayatını kazanmak ve yaşamak için bir iş olarak görülmektedir. "Tarihsel İlkeler Üzerine The Shorte Oxford İngilizce Sözlüğü"nde, 'kişinin yeteneklerini ortaya koyduğu ve gözlemlediği bilginin uygulanmasıyla ya da belirli bir alandan edindiği bilginin başkalarını etkileyecek biçimde uygulanması ile

oluşmuş bir iş' diye bahsedilmektedir. Bir başka sözlükte (A Dictionary of The Social Sciences) mesleğin tanımı, 'ustalık ve bilgi gerektiren entelektüel teknik, gönüllü dernek ve davranış kuralları ile karakterize edilecek iş' olarak yapılmaktadır (Çolaklar, 2004: 9). Meslek, işin özel türlerini içeren belirlenmiş bazı özellikleri içermektedir (Blau ve Lunz, 1998: 261). Bu özellikler aşağıdaki gibidir (Cohen, 2007: 5);

- 1) İş ünvanı ve bu ünvanla ilişkili ideolojinin varlığı,
- 2) Mesleki bağlılığı,
- 3) Özel kuruluşlar veya kurumsal pozisyonlara bağlılığı,
- 4) Toplumdaki önemi, konumu gibi özelliklerin varlığını gerekli kılmaktadır.

Mesleğin toplum açısından yeri ve önemi de üzerinde durulması gereken bir konudur (Cohen, 2007: 5). Çünkü, meslekler, toplum yaşamında bireylerin gereksinimlerini karşılamak amacıyla ortaya çıkmaktadır. Meslekler bulundukları toplumun gelişimine bağlı olarak değişir. Mesleğe yeni girenlere, bilgi ve deneyim aktararak ve onların da bu kazanımlara katkı sunması sağlanarak mesleğin devamlılığı ve geliştirilmesi sağlanır (Çolaklar, 2004: 14). Örneğin, doktorluk mesleği çağdaş anlamda bilgili, araştıran, sorgulayan, plan yapan, karar veren ve uygulayanların sahip olduğu bir meslek olarak görülmektedir. Doktorluk, meslek olarak ele alındığında mesleğe severek ve isteyerek bağlılık duyulması mesleğin gelişimi için toplumsal açıdan önem arz eden konular arasında yer almaktadır.

2.2. Bağlılık Kavramı

Bağlılık kavramına verilen önem son yıllarda artış eğilimi göstermiştir. Sadece bağlılığın gelişimi ve sonuçları ile ilgili çalışma sayısında kayda değer bir artış olmakla kalmamış, aynı zamanda bağlılığın ana araştırma konusu olmadığı, bir nevi değişken olarak konu içine dahil edildiği çalışmaların sayısında da önemli bir artış yaşanmıştır. Aslında bu anlamda bağlılık kavramı iş tatmini olgusuna rakip haline gelmiştir demek mümkündür. Ayrıca bağlılık teorisi ve araştırması da son yıllarda birçok eleştirel incelemenin konusu haline gelmiştir (Meyer, Allen ve Smith, 1993: 538).

Bağlılığa verilen önemin artışı ile birlikte teori ve araştırma alanlarındaki gelişmelerde de bir artış meydana gelmiştir. Bunlardan iki tanesi bu çalışma için önemlidir. Birincisi bağlılığın karmaşık ve çok katmanlı bir yapı olduğunun gittikçe daha net bir şekilde

gözler önüne serilmesidir. Yıllar boyunca teorisyenler ve araştırmacılar bağlılığı farklı yollarla tanımlamakta ve işlevselleştirmektedir, dolayısıyla bunun doğal bir sonucu olarak elde edilen çalışmaların sonuçlarını sentezlemek son derece zordur. Günümüzde ise artık bağlılığın farklı formlar alabileceği bilinmektedir ve bu sayede araştırmacılar bağlılığın hangi türü ile ilgilendiklerini açık bir şekilde ortaya koyabilmekte ve kullanım amaçları için hangi ölçütlerin uygun olduğunu daha kolay bir şekilde tanımlayabilmektedir. İkinci olarak ise yine son yıllarda bağlılığın üzerinde çalışıldığı ve kavramın kullanıldığı bilgi alanında genişleme yaşanmıştır. Kurumsal davranış literatüründeki ilk ve en önemlilerinden olan bazı çalışmalar (Meyer, Allen ve Smith, 1993: 538) çalışanların işverenlerine olan bağlılığını genellikle *kurumsal bağlılık* olarak tanımlamıştır. Daha günümüze yakın çalışmalarda ise dernek/sendikalara (Fullagar&Barling 1989; Gordon, Philpot, Burt, Thompson &Spiller 1980) işe (Jackson, Stafford, Banks&Warr 1983), meslek alanına (Aranya, Pollock&Amernic 1981; Morrow&Wirth 1989) kariyerlere (Arnold 1990; Blau 1985, 1988, 1989) ve benzer alanlara bağlılık üzerine yapılan araştırmalarda artış yaşanmıştır.

Maalesef bu iki gelişme bir anlamda birbirinden bağımsız bir şekilde yaşanmıştır. Bunun sonucu olarak ise işveren kurumlara değil de sendika/işletmelere olan bağlılığı inceleyen araştırmacılar bağlılığı tekboyutlu bir yapı olarak görmüşlerdir (Aranya ve diğ. 1981; Blau 1985; Jackson ve diğ. 1983). Bağlılığın çok boyutlu olarak kabul edildiği durumlarda bu boyutlar alana özel olmaya meyillidir. Örneğin Gordon ve diğ. (1980) tarafından geliştirilen sendika/işletme bağlılığı ölçeği dört temel boyutu yansıtmaktaydı: sendikaya sadakat, sendikaya karşı sorumluluk, sendika için çalışmaya isteklilik ve sendikacılığa olan inanç. Alanlar boyunca uygulanabilecek birçok boyutlu bağlılık kavramsallaştırılması ile ilgili sistematik bir çalışmanın yapıldığını söylemek mümkün değildir. Böyle bir kavramsallaştırmanın gelişimi bu çeşitli bağlılık alanları üzerine çalışma yapan araştırmacılar arasında iletişimin hızlanıp güçlenmesine olanak sağlayacaktır. Çift yönlü veya çoklu bağlılıkların etkisi üzerine odaklanma arttığından dolayı bu nokta özellikle önemlidir (Meyer, Allen ve Smith, 1993: 538).

Bağlılık, toplumun her yerinde bulunur ve sosyal sezgi duygusal ifadenin bir biçimidir (Balay, 2000: 15). Bağlılık eski söyleyiş biçimiyle sadakat, sadık olma durumu anlamına gelmektedir.

Bağlılık kavramını tanımlamak gerekirse “bireyi belirli bir amaca hizmet etmeye yönelten güç”tür. Yani bağlılık, değerli bir ilişkiyi, uzun süre koruma isteğidir (Çermik vd., 2010: 202).

2.3. Mesleki Bağlılık Kavramı

Örgütler için önemli etkileri olduğu düşünülen mesleki bağlılık kavramı birçok araştırmanın konusu olmuştur ancak bu konseptin tüm disiplinlerini kapsayacak açık bir tanımı yoktur. Sebebi, mesleki bağlılık kavramının hem disiplinler arası bir kavram olması hem de örgütsel bağlılık ve işe bağlılık gibi kavramlarla iç içe geçen bir kavram olmasıdır. Bu nedenle, literatür incelendiğinde, mesleki bağlılıkla ilgili birçok farklı tanım bulmak mümkündür.

Literatürde yaygın olarak kullanılan mesleki bağlılık kavramı tanımları Tablo 7’deki gibidir:

Tablo 7
Mesleki Bağlılık Tanımları

No	Referans	Tanım
1	TDK (2005)	Mesleki bağlılık, bireyin mesleğine olan ilgisini ifade eder. Yani birey, mesleğine karşı ilgi duyuyorsa bağlılık duygusuna sahiptir, ilgisiz ve vurdumduymaz ise bağlılık duygusundan mahrumdur.
2	Gouldner (1957)	Mesleki bağlılık, özel bir alana yönelik bireysel sadakattir.
3	Lee v.d. (2000)	Mesleki bağlılık, bireyin mesleği konusunda verdiği duygusal tepkileridir.
4	Güney (2004)	Mesleki bağlılık, kişinin mesleği ile özdeşleşmesidir.
5	Blau (1985)	Mesleki bağlılık, çalışanın mesleğine yönelik tutum ve davranışlardır.
6	Carson ve Bedeian (1994)	Mesleki bağlılık, bireyin seçmiş olduğu bir meslekte çalışma isteği olarak tanımlamaktadır.
7	Çakır (2001)	Mesleki bağlılık, kişilerin mesleğini daha iyi yerine getirebilmek amacıyla kendilerini geliştirmeleri için harcadığı zaman ve emektir.
8	Baysal ve Paksoy (1999)	Mesleki bağlılık, bir kişinin kendisine belirli bir konuda beceri ve uzmanlık kazandırmak için yaptığı çalışmanın sonucu olarak hayatında mesleğini değerlendirdiği derecedir.
9	Aranya v.d. (1981) Aranya ve Ferris (1984) Brierley (1998) Brierley v Turley (1995) Blau (2003)	Mesleki bağlılık profesyonel kişiler ile bu kişilerin çalıştıkları kuruluşlar arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda bu ilişkiyi etkileyen en önemli faktörler olarak belirtilmiştir.
10	Çöl (2004) Morrow (1983)	Mesleki bağlılık, işçinin mesleğine sadakatinin gücünü ifade eder.

Kaynak. Literatürden faydalanılarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

Bu bağlamda; mesleki bağlılık, meslek ve iş üzerinde olumlu etkiler olarak değerlendirildiğinde önem artmaktadır. İş performansının artması; işe geç kalınması, devamsızlık ve işten ayrılma gibi organizasyon için olumsuz durumları azalttığından üzerinde önemle durulması gereken bir konudur (Shore ve Martin, 1989; Meyer ve diğ., 1989; Meyer ve diğ., 1993; Meyer ve diğ., 2002; Siders ve diğ., 2001; Jaramillo ve diğ., 2005).

Mesleki bağlılık, bir kişinin belirli bir mesleğe ne derece ilgi gösterdiği ve bu mesleğe göre kendisini nasıl tanımladığı şeklinde tanımlanmaktadır (Güney, 2004). Bu tanım dahilinde, mesleki bağlılık kavramı aşağıdaki üç unsuru içerir (Vanderberg ve Scarpello, 1994: 536):

- a) Mesleki amaç ve değerlere olan inanç ve bu amaç ve değerlerin kabulü,
- b) Mesleki amaçların başarılmaması yönünde güç sarf etmeye istekli olma,
- c) Mesleki üyeliği devam ettirmek için güçlü bir isteğin varlığı.

Yüksek mesleki bağlılığı olan işgücü, rekabet koşulları altında mesleğin gelişimine önemli katkıda bulunur. Mesleki bağlılık, içeriğinde iki önemli temaya sahiptir. Bunlar sadakat ve mesleğe devam etme eğilimidir. Mesleğine bağlılık duygusana sahip işgücü, mesleğin değer ve amaçlarını içselleştirmiş, mesleki amaç ve değerler doğrultusunda herhangi bir mesleki role katılmış, mesleğin amaç ve değerlerine hizmet etmek için uzun bir süre meslekte kalma isteği olan ve mesleki amaç ve değerlere ulaşmada, beklenenin de ötesinde çaba sarf etme isteği duyan ve mesleklerine bağlı bireylerdir (Jans, 1989: 247).

Mesleki bağlılık, bireylerin mesleklerine ilişkin eğitim almaları süreci ile başlar ve meslek hayatı boyunca artarak devam eder (Tak vd., 2009: 92). İşgörenin mesleki bağlılığı, mesleğin değerleri, amaçları ve inançlarının paylaşılması ile karakterize olmakta (Seruya ve Hinojosa, 2010: 125) mesleğin bireyin yaşamında önemli hale gelmesi olarak tanımlanmaktadır (Morrow, 1983: 489). Mesleğe karşı güçlü bir bağlılık duyan işgörenler, seçtiği meslekle ilgili niteliklere sahip olanlardır. Mesleğini benimseyen, bu mesleğin bir üyesi olmaktan gurur duyan ve meslek ahlakına saygılı olan kişiler de mesleğin gerektirdiği temel nitelikleri taşırlar (Kaya ve Zerenler, 2014: 53). Bu nitelikler bireyin meslek algısı ile doğrudan ilgilidir. Mesleğe ilişkin olumlu algılamalar bu niteliklerin varlığını ortaya koymakta ve olumsuz algılamalar bu niteliklerin

eksikliğini ortaya koymaktadır (Şişman ve Acat, 2003: 239). Dolayısıyla mesleki gelişimin sağlanmasında, hizmet anlayışı kalitesinin artmasında, toplumun refahının artmasında mesleki bağlılık kavramı önem kazanmaktadır.

Literatürde mesleki bağlılığı konu edinen çalışmalarda, bağlılık kavramı ile iç içe geçmiş bazı kavramlar bulunmaktadır. Yani occupation (meslek), profession (diploma gerektiren meslek) ve career (kariyer) kavramlarının sıklıkla kullanıldığı ve bu konuda bir tartışmanın da var olduğu görülmektedir (akt. Kaya ve Zerenler, 2014: 53).

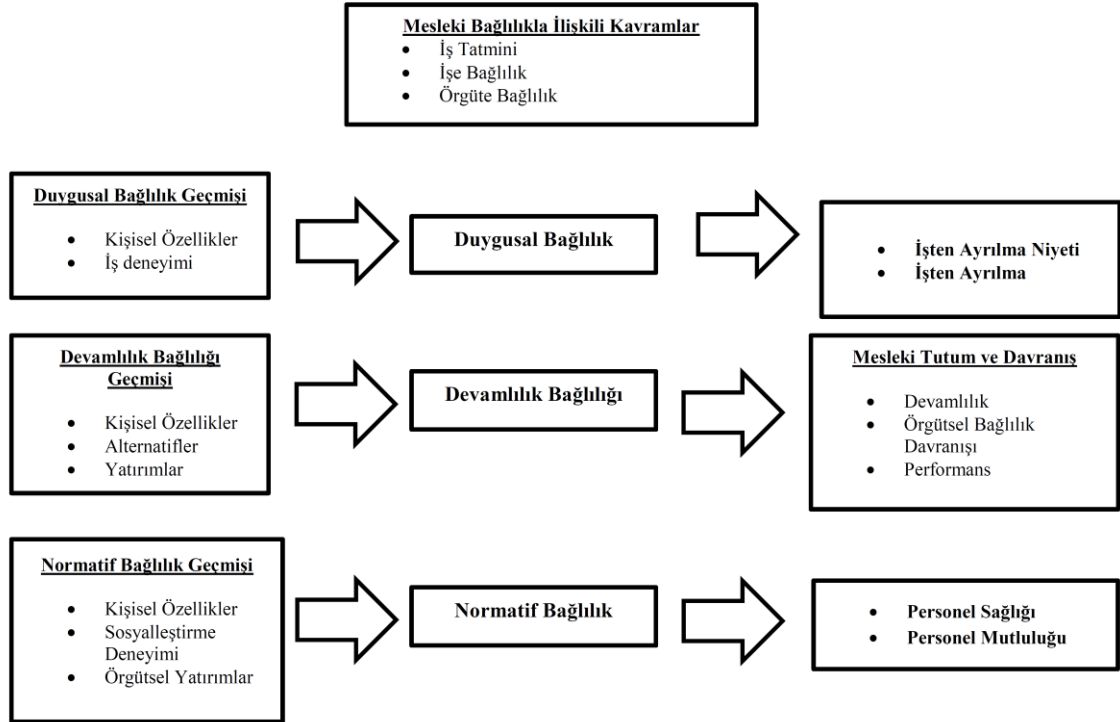
Mesleki bağlılık kavramı ile ilişkilendirilen bazı kavramlar da mevcuttur. Bu kavramlardan birisi kariyer bağlılığı kavramıdır. Kariyer bağlılığı kavramına ilk kez Greenhaus (1971) tarafından Morrow'un İş Bağlılığı Modeli'nde kariyere dikkat çekilmesi gerektiği söylenerek değinilmiştir. Greenhaus, bu bağlılık türünü kariyer bağlılığı olarak adlandırmakta ve 'total yaşamlarında bireylerin bir işe ya da bir kariyere önem vermeleri' olarak tanımlamaktadır (Morrow, 1983: 487). London ise kariyer bağlılığını, 'işgörenin mesleki seçimindeki psikolojik bağlılığı' şeklinde tanımlamaktadır (Carson vd. 1995: 303). Kariyer bağlılığı kavramı incelendiğinde bu kavramın iki farklı biçimde kullanıldığı görülmektedir. Birincisi, işgörenin kariyerini iş ile ilgili aktivitelerinde ve eğitimsel/mesleğe ilişkin kararlarında hayat boyu kullanmasıdır. İkincisi ise, spesifik iş çizgisi ve seçmiş olduğu kariyeri ile özdeşleşmesidir (Kim ve Mueller, 2011: 6).

Mesleki bağlılık kavramı ile anlamsal olarak iç içe geçen bir diğer kavram profesyonel bağlılık kavramıdır (Özdevecioğlu ve Aktaş, 2007: 3-4). Mesleki bağlılık kavramı ile ilgili önemli araştırmalara sahip Aranya vd., profesyonel bağlılık ifadesini tercih etmektedir (Akt. Tak ve Çiftçioğlu, 2008: 157). Blau ise profesyonelliğin mesleğin bir alt kolu olduğunu söyleyerek (Blau, 1985: 278; Blau, 2001: 281) profesyonel bağlılık kavramını eleştirmiştir.

Allen, Meyer ve Smith (1993) ise, profesyonel ve kariyer bağlılığı ifadelerinin kullanımına karşıdır. Bu araştırmacılara göre, profesyonel olan ve olmayan tüm bireyler, çalışma hayatları boyunca mesleki bağlılık deneyimlerine sahip olabilirler. Bu nedenle, bireylerin farklı işleri, mesleki tercihleri ve çalışma hayatında yaptıkları işlerle ilgili diğer faaliyetleri içerdiği için kariyer farklı bir anlam taşır. Dolayısıyla

araştırmacılar, diğer iki kavram yerine mesleki bağlılık ifadesinin kullanılmasını savunmaktadır (Akt. Tak ve Çiftçioğlu, 2008: 157).

Mesleki bağlılık ile ilgili kavramlara bakıldığında örgütsel bağlılık, işe bağlılık ve özdeşleşme gibi kavramların da varlığından söz edilmektedir. Mesleki bağlılıkla ilişkili kavramlar Şekil 1’de görülmektedir. Mesleki bağlılık ile örgütsel bağlılık incelendiğinde, mesleki bağlılıkla örgütsel bağlılık kavramının birbirinin zıttı olduğu ileri sürülmektedir. Örgütsel bağlılık, örgütte kalmak ve bunun için gayret arzusu ile mesleğin amaç ve değerlerinin benimsenmesidir (Morrow, 1983: 491, Randall ve Cote, 1991: 198). Bireyin mesleki bağlılığı arttıkça örgüte duyduğu bağlılığı azalabilmektedir. Buna göre, genellikle önceden bir mesleğe bağlı olanlar açısından örgütlere bağlılığın, son derece zor olduğu ve bu tür çalışanların mesleki bağlılıklarının örgütsel bağlılıklarından daha fazla ve daha kalıcı olduğu vurgulanmaktadır (Perçin, 2008: 19). Bazı araştırmacılar, bireylerin örgütlerden ziyade mesleklerine daha fazla bağlı olma eğiliminde olduklarını ileri sürmektedir (Morrow, 1993: 33; Pai vd., 2012: 18).



Şekil 1. Mesleki Bağlılıkla İlişkili Kavramlar

Kaynak. Meyer, Stanley v.d., 2002: 22’den faydalanarak yazar tarafından Türkçe’ye çevirilmiştir.

Mesleki bağıllık ve işe bağıllık kavramlarına bakıldığında, bu kavramların her ne kadar benzer görünse ve birbirinin yerine kullanılsa da farklılıkları bulunduğu belirtilmektedir. Mesleki bağıllık kavramı, işle bütünleşmenin aidiyet boyutu ile benzerlik göstermektedir (Kaya ve Zerenler, 2014: 64). Ancak mesleki bağıllık, işle bütünleşmenin diğer boyutları olan enerji ve yeterliliği içermemektedir. Buradan, işle bütünleşme kavramının bireyin işi ile olan ilişkisine, örgütsel psikoloji içerisinde yer alan diğer kavramlara göre daha bütüncül bir açıdan baktığı sonu çıkarılabilir (Ardıç ve Polatçı, 2009: 37). Ayrıca, mesleki bağıllık, işe bağıllıktan farklı olarak mesleğin kariyer derecesine ve belirli bir alanda beceri ve uzmanlık kazanmak için bireysel çalışmaların ne derece merkezi bir yere sahip olduğu ile ilgilidir (Baysal ve Paksoy, 1999: 7).

Mesleki bağıllık ile özdeşleşme arasındaki farklılığa bakıldığında ise, özdeşleşmenin bağıllıktan farklı bir kavram olduğuna dair bulgular yer almaktadır. Bu bireyin özdeşleşme derecesinin ölçülmesindeki farklılıktır. Sosyal kimlik teorisine göre; özdeşleşme boyutları duygusal, kognitif, değerleyici boyut olmak üzere (Gautam vd., 2004: 302) ele alınmaktadır. Daha sonra sosyal kimlik teorisine dördüncü boyut ilave edilmektedir. Bunlar; duygusal, değerleyici, kognitif ve davranışsal boyuttur. Mesleki bağıllığın boyutları ise; duygusal, devamlılık ve normatif bağıllıktır (Allen ve Meyer, 1990: 3).

2.4. Mesleki Bağıllık Türleri

Mesleki bağıllık literatürü incelemelerinde Meyer ve Allen (1991) bağıllığın tanımında üç farklı ana fikir tespit etti; kuruma duygusal bir yakınlık olarak bağıllık, kurumu bırakma ile algılanan maliyet ile ilgili bağıllık ve kurumda kalma zorunluluğu anlamında bağıllık. Bu üç farklı bağıllık formuna araştırmacılar sırasıyla duygusal, devamlı ve normatif bağıllık adını vermiştir. Bu üç yaklaşımın ortak noktasını ise (a) çalışanların kurum ile ilişkisini karakterize eden ve (b) kuruma üye olmaya devam etme veya etmemeye karar vermek için önemli olan bağıllığın psikolojik durumu görüşü oluşturmaktadır. Fakat bununla birlikte her tür psikolojik bağıllık durumunun doğası birbirinden oldukça farklıdır. Güçlü duygusal bir bağıllık yaşayan çalışanlar kurum içinde kalırlar çünkü bunu isterler; güçlü devamlı bağıllık yaşayanlar kurum içinde kalırlar çünkü buna ihtiyaçları vardır; güçlü normatif bağıllık yaşayanlarsa bunun daha iyi olduğunu düşündüklerinden kurum içinde kalırlar. Meyer ve Allen bu üç bağıllık

çeşidinin bir arada düşünölüp ele alındığında bir çalışanın kurumla olan ilişkisinin daha iyi anlaşılabilirliğini öne sürmüşlerdir. Sonuç olarak kurumsal bağlılığın üç-bileşenli bir modelini oluşturmuşlardır. Modele göre çalışanlar üç farklı formu da farklı derecede deneyimleyebilir, yaşayabilir. Meyer ve Allen her bir bileşenin farklı deneyimler sonucu ortaya çıktığını ve görev-esnasındaki davranışı etkilemeleri açısından farklı özelliklere sahip olduklarını hipotezlemiştir.

2.4.1. Duygusal Bağlılık

Duygusal bağlılık, bazı araştırmacılara göre değer bağlılığı adı altında incelenmektedir.

Duygusal mesleki bağlılık, bireylerin duygusal bağlılığı anlamına gelmektedir ve (Gül vd., 2008: 3) meslekte kalmayı istemeleri (Meyer vd., 1993: 539; Blau, 2001: 285), mesleği severek yapma, onunla özdeşleşmiş olmayı ifade etmektedir (Baysal ve Paksoy, 1999: 8). Duygusal bağlılık, özdeşleşme, duygusal adanmışlık, bağlanma kavramlarını içermektedir (Sharma ve Irwing, 2005: 16). Bu bağlılığı taşıyan birey, kendini mesleğin bir parçası olarak görmekte ve meslek onun için çok önemli bir anlam ifade etmektedir (Johns ve Saks, 2005: O'Driscoll ve Randall, 1999).

Duygusal bağlılık konusunda birçok tanımlama yapılmaktadır. Chang (1999), duygusal bağlılığı; sadakat, sevgi ve aidiyet gibi duygulara duygusal bağlanma olarak tanımlamıştır. Duygusal bağlılık, mesleğine güçlü bir şekilde duygusal olarak bağlanma ya da kendini mesleğine adanma şeklinde mesleği ile özdeşleşme (Shore ve Wayne, 1993: 774) ve mesleki üyeliğini sürdürmekten mutlu olduğu duygusal bir yönelme durumudur (Shore ve Wayne, 1993: 774; Allen ve Meyer, 1990: 2). Duygusal bağlılık, çalışanların mesleki hedef ve değerleri kabul etmesini ve mesleğe fayda sağlamak için olağanüstü çabalar sarfetmesini içeren bir kavramdır (Allen ve Meyer, 1990: 3). Duygusal bağlılık, işgörenlerin kendi tercihlerine göre meslekte kalma konusundaki duygusal istekleri olarak tanımlanır (Zerenler ve Ögüt, 2007: 582). Duygusal bağlılık, bireylerin yüksek duygusal bağlılığının oluşması, bireyin mesleği ile özdeşleşmesi ve bireyin psikolojik bağının düşük olmamasına karşı pozitif deneyimlerin olması gerekliliğidir (Tsoumbri ve Xenikou, 2010: 402). Bu tanımlardan da anlaşıldığı gibi, duygusal mesleki bağlılığı güçlü olan işgören, istediği için mesleğinde kalmakta (Blau, 2001: 285; Arbak ve Özmen, 2009: 54) ve örgütün çıkarları için büyük çaba göstermeye istekli olmaktadır (Allen ve Meyer, 1990: 3).

Becker, mesleki bağıllık için duygusal temellerin olmadığını iddia eden rasyonel boyutla ilgileniyordu. Bazı araştırmacılar, bu görüşün aksine, çalışanın ekonomik çıkarlar ve beklentiler olmaksızın yalnızca mesleğin menfaati için meslekte çalışmaya devam ettiğini savunmaktadır (Porter ve ark., 1974; Steers, 1977).

Duygusal bağıllık, çalışanın meslekle birlik içinde ve uyumlu olduğunu vurgular ve mesleki olarak bazı değerler paylaşır. Duygusal bağıllık bireysel özelliklerden, iş özelliklerinden ve iş deneyiminden etkilenir. Performansı, iş yerinde kalma / ayrılma niyetini, işe devamsızlığı ve işgören devir hızını etkiler (Eisenberger ve diğ., 1990).

Duygusal bağıllıkta, işgörenler kendilerini mesleğin bir parçası olarak görürler ve mesleğin işgören için büyük bir anlamı ve önlemi vardır. Yani, bireylerin mesleğe olan duygusal bağıllıkları, ihtiyaç duymaları nedeniyle değil, profesyonel ilişkilerinde profesyonel katılımlarını sürdürmelerinden ötürüdür (Boylu vd., 2007: 58). Dolayısıyla, duygusal taahhüt, mesleğe ilişkin faktörler hakkında bireysel özelliklere ve doğrusal bir gerçekliğe dayanmaktadır ve mesleki hedefleri destekleme çabalarının istekliliğine dayanmaktadır (Zerenler ve Ögüt, 2007: 582). Bu çerçevede, mesleklerde gerçekleşmesi en çok istenilen ve işgörenlere aşılacak istenen bağıllık türüdür (Meyer vd., 1993: 540).

İş tecrübesi duygusal bağıllığın geliştirilmesinde en önemli olgulardan biridir. Beklentilerini yerine getiren ve temel ihtiyaçlarını karşılayan deneyimli işgücü, deneyimsiz işgücüne oranla daha güçlü bir duygusal bağıllığa sahiptir. Çünkü tecrübesiz işgücü, çalışmaya başlarken mesleğin maddi kaynağına dayalı beklentilere sahip olma olasılıkları daha yüksektir (Uygur, 2004). Ayrıca mesleki seçim güncel tecrübeye dayalı değişimlerle olmaktadır (Weng ve McElroy, 2012: 257) ve işgörenin iş deneyimleri sonucunda gelişmektedir (Meyer ve Allen, 1991: 64). Mesleğine duygusal bağıllığı yüksek olan çalışanın, işe devamsızlığı daha az ve mesleğini yapmak için motivasyonu daha yüksek olur (Çetin, 2004: 91). Mesleği ile çalıştığı yerde daha pozitif bir davranış içerisinde yer alır (Shore ve Wayne, 1993: 774). Özellikle performans ve duygusal bağıllık arasında güçlü bir korelasyon vardır (Kaya ve Selçuk, 2007: 181). Bu bağlamda mesleklerde ve örgütlerde gerçekleşmesi en çok istenilen bağıllık türüdür.

Yapılan bir araştırmada tespit edilen duygusal bağlılık faktörleri özetle aşağıdaki gibidir (Allen ve Meyer, 1990: 17):

- İş güclüğü: Mesleğin güç, meydan okuma ve heyecan gerektiren bir çalışma olması gerekir.
- Açık rol: Bireyin meslekteki rolünün ne olduğu ve kendisinden neler beklendiğinin açık ve anlaşılır bir şekilde ifade edilmesi gerekir.
- Açık amaç: Çalışan bireyin, mesleği neden yaptığını net bir şekilde bilmesidir.
- Güç amaç: Çalışan bireyin iş gereksinimlerinin, meslekte özellikle aranmaması veya talep edilmemesidir.
- Arkadaş bağlılığı: Meslekte çalışanlar arasında yakınlık olmasıdır.
- Eşitlik: Meslekte çalışanların hak ettikleri neyse onu almaları gerekir.
- Kişisel önem: Mesleğin büyük hedeflerine önemli katkılar sağlayan bireyin yaptığı işin güçlendirilmesini teşvik etmek.
- Dönüş: Çalışanı mesleki performansı konusunda bilgilendirmek.
- Katılım: Çalışanların iş yükü ve performans standartlarına ilişkin kararlara katılımlarının sağlanması.

2.4.2. Devam Bağlılığı

Devam bağlılığı, temelinde ekonomik kaygılar varolan bir bağlılık çeşididir. Literatürde rasyonel bağlılık, devamlılık bağlılığı ve tasarlanmış bağlılık gibi isimlerle de kullanılmaktadır.

Devam bağlılığı, iki ana unsura dayanmaktadır. Bunlar, mesleğe yapılan yatırımların sayısı ya da miktarı ile çalışanın algıladığı seçenek yokluğudur (Allen ve Meyer, 1990: 4). Devam bağlılığı, özellikle ileri yaştaki çalışanların mesleğinden vazgeçemeyecek kadar yatırım yapmış olması ve meslekten ayrılmanın maliyetinin yüksek olacağını düşünmesi (O'Driscoll ve Randall, 1999) nedeniyle, meslek üyeliğini devam ettirmesidir (Balay, 2000: 21, Boylu vd., 2007: 58). Yani, devam bağlılığı güçlü olan birey bu mesleğe ihtiyacı olduğu için mesleğini devam ettirmektedir (Blau, 2001: 285).

Carson vd. devam bağlılığı faktörünü 'mesleki siper' olarak adlandırmaktadır. Bu durumu üç alt boyut ile değerlendirmektedirler. Bunlar; mesleğe yapılan yatırım, meslekten ayrılmanın duygusal maliyeti ve alternatif seçenek sınırlılığıdır (Carson vd., 1995: 304).

Bireyin mesleğinden ayrılmasının bazı maliyetleri ve zorlukları vardır. Bunlar; işsiz kalmak, yeni mesleğe uyum sağlayamamak ve başka bir şehre taşınmak v.s.dir (Allen ve Meyer, 1990: 4). Bu zorluklar nedeniyle birey istese de mesleğini terk edememektedir. Duygusal maliyet, bu maliyetleri göze alamamayı anlatmaktadır (Balay, 2000: 22). Alternatif seçenek sınırlılığı, bireye yeni bir meslek seçmek için uygun bir alternatif bulunmamasıdır. Bu durumda birey, mesleği için yaptığı yatırımları korumak ve mesleğinden ayrılmaktan kaynaklanacak duygusal değerleri azaltmak için yeni iş alternatifleri araştırmayı bırakmaktadır (Çetin vd., 2010: 126).

Devamlılık bağlılığına göre, bireyi meslekte tutan maddi kayıplardır (Çetin, 2004: 95). Bireyin mesleğinde zaman ve çaba harcayarak yaptığı yatırımın farkında olması sonucu gelişmektedir (Arbak ve Özmen, 2009: 54). Çalışanın, çalıştığı meslekteki yatırımları artmakta ve alternatif iş olanakları azalmakta ve dolayısıyla devam bağlılığı artmaktadır (Meyer ve Allen, 1991: 72). Yani, biri mesleği için uzun yıllar harcadıysa ve onun için mesleği gittikçe önem kazanmışsa, bu kişi mesleğin değer ve ideolojisini içselleştirmeye başlamıştır (İnce ve Gül, 2005: 9). Birey meslekten ayrılması durumunda çok az seçeneği olacağı fikrine sahip olmakta (Çetin, 2004: 95) ve mesleğinde kalma ihtiyacı duymaktadır (Blau, 2001: 280) ve mesleki üyeliğin zorunluluk olduğunu düşündüğü için mesleğini sürdürmektedir (Arbak ve Özmen, 2009: 54).

Literatürde, mesleki bağlılık; yaş, mesleki hizmet süresi, meslekte terfi imkânları, ücretle sağlanacak tatmin, mesleği bırakma arzusu ve meslek değişikliği duygusal olmaktan ziyade devam bağlılığı ile ilişkilidir. Bu bulgu, meslekte daha uzun süre çalışan daha yaşlı bireylerin geleceğe "daha fazla" yatırım yapacakları ve dolayısıyla mesleğe daha fazla bağlı olacağı fikrine dayanmaktadır. Gerçekten işgörenler, ilerleme olanakları ve ödemedi bir dereceye kadar doyum sağlarlar. Ayrıca meslekten ayrılma durumunda bu doyumun kişiye maliyeti de yüksektir. Diğer taraftan, yatırımların duygusal öğelerden çok, iş devrine ilişkin süreçler üzerinde daha büyük etki yaratacağı söylenebilir (Mathieu ve Zajac, 1990: 176).

Literatürde her ne kadar yaş unsuru duygusal bağlılıkla ilişkili gösterilse de yapılan araştırmaların çoğunda yaş ile devam bağlılığı arasında bir ilişki olduğu belirlenmiştir. İş imkanlarının sınırlı oluşu ve yıllar geçtikçe bireyin mesleğe yaptığı yatırımın artması bu durumun temel nedenleridir (Mathieu ve Zajac, 1990: 177). Meyer ve Allen (1984)'e göre

yaşlı çalışanlar, mesleklerinde yılların vermiş olduğu deneyim ve tecrübe ile daha iyi yerlere gelmeleri ve kendilerine adil davranılması sebebiyle mesleklerine duygusal anlamda bağlılık duymaktadırlar (Mathieu ve Zajac, 1990: 177).

Öte yandan, kadınların cinsiyet farklılığı nedeniyle erkeklere oranla mesleğe daha fazla bağımlı olduğu saptanmıştır. Çünkü kadınlar, meslekteki üyelikleri için erkeklerinkinden daha fazla engeli aşmak zorundadırlar. Öte yandan eğitim, mesleki bağlılık ile ters orantılı olarak bulunmuştur. Mowday ve ark. (1982), bu ters orantının üst düzey eğitim gerektiren mesleklerde çalışanların daha yüksek beklentilere sahip olduğuna karar vermiştir ve daha eğitilmiş kişilerin daha fazla iş seçeneğine sahip olması gerçeğine dayandırmıştır (Mathieu ve Zajac, 1990: 177).

Devam bağlılığı çerçevesinde ayrıca evlilik statüsü de önemli bir faktördür. Çünkü evli işgörenler genel olarak daha fazla mali yük altına girdikleri için devam bağlılığı derecesi bunlarda daha yüksek düzeydedir.

Yeterlilik algısı da mesleğe bağlılıkla yüksek düzeyde olumlu ilişkili bulunmuştur. Bireyler, büyüme ve başarıma gereksinimlerini karşıladığı için bir dereceye kadar mesleğe bağlılık duyarlar. Yetenek ya da becerinin bağlılıkla ilişkisine ilişkin bulgular henüz tam olgunlaşmamış olmasına karşın, bu konudaki sınırlı bulgular, yüksek beceriye sahip işgörenlerin örgüt için büyük değer taşıdığını; bunun, işgörenin kazandığı ödülleri arttırdığını ve sonuçta devam bağlılığı yarattığını ortaya koymuştur (Mathieu ve Zajac, 1990: 178).

Allen ve Meyer (1990: 18)'in yapmış olduğu araştırmada devam bağlılığı faktörleri özetle aşağıdaki gibidir:

- Beceriler: Bireyin, mesleki tecrübesinin ne kadarını farklı bir mesleğe aktarabileceğidir.
- Eğitim: Bireyin mesleği devam ettirmesi için aldığı eğitimin, başka meslekler için yararlı olmayacağı düşüncesidir.
- Kendine yatırım: Bireyin mesleği için büyük bir zaman ve çaba harcamış olmasıdır.
- Seçenekler: Birey, meslekten ayrılırsa sahip olduğu bilgi ve deneyimin bir başka meslekle uyuşmayacak olmasıdır.

Devam bağılılığının, örgütler ve meslek grupları tarafından arzu edilmeyen bir bağılılık türü olduğu da söylenebilmektedir (Solmuş, 2004: 224). Örneğin, devamlı olarak kıdeme bağlı sistemler çalışanların devam bağılılığını arttırmakla birlikte, iş tatmini gibi etkenler ihmal edilirse çalışanların niteliğinin şüpheli olması kaçınılmaz olmaktadır (Solmuş, 2004: 224). Devam bağılılığı, performans (Çetin, 2004: 91) ve örgütsel vatandaşlık ile negatif bir ilişki içerisinde (Shore ve Wayne, 1993: 774). Öyle ki, bireyler sadece kendinden bekleneni yapmaktadırlar. Mesleklerinde devamsızlıkları yüksek, motivasyonları düşüktür (Çetin, 2004: 92). Dolayısıyla yöneticilerin sadece devam bağılılığını arttıracak insan kaynakları politikalarını seçmemeleri önerilmektedir (Solmuş, 2004: 224).

2.4.3. Normatif Bağılılık

Mesleki bağılılığın diğer bir türü etik yaklaşım temelli normatif bağılıktır (Aslan, 2008: 165). Bireyin bağılılığın ahlaki olarak doğru olduğuna inandığı bağılılık türüdür (Meyer ve Allen, 1991: 66). Mesleki normatif bağılılık, meslekte kalma yükümlülüğünü içerir (Meyer ve diğerleri, 1993: 539). Bir meslekte görev duygusu, sadakati veya manevi zorunluluğu temel alarak mesleğin içinde kalmak isteğini içerir. Normatif bağılılıkta, birey kendini mesleğe karşı sorumlu görür ve sonuç olarak mesleğinde kalır. Bu yükümlülük, devam bağılılığında olduğu gibi mesleki menfaatlere dayanmaz. Bireyin ailesi, yaşadığı toplum ve mesleği, ona sadakatin bir erdem olduğunu vurgular. Normatif bağılılığın oluşumuna neden olan faktör, bireyin ailesinin, yaşadığı toplumun ve mesleğindeki işgörenlerin kendisine sadakat göstermesini beklemesidir. Dolayısıyla, birey sadakatin doğru ve ahlaki olduğuna inanmak zorundadır (İlsev, 1997). Buna ek olarak, amaç ve rollerin netliği de normatif olarak bağılılık yaratmada önemlidir (İlsev, 1997).

Normatif bağılılıkta kişi, kuruluşun kendisinden beklediği davranışları ve ona uymayı arzu ettiği kuralları gerçek ve ahlaki açıdan uygun bulmaktadır ve aynı zamanda bu kurallar kendi değerlerine de uymaktadır (Kanter, 1968: 501). Kişi otoriteye itaat etmek gerektiğini düşünmektedir. Kişi, kabul ettiği normatif güçler ışığında mesleğin amaç ve arzularını yerine getirecek davranışlar sergileyecektir. Üyeler ait oldukları gruba kendilerini bağlı hissettiklerinde daha fazla iş birliği içerisinde çalışmakta ve grup amaçlarını gerçekleştirme için daha fazla gayretli olmaktadır (Aytaç, 2015). Normatif mesleki bağılılık, bireyin mesleki üyeliği bir görev olarak görme durumudur. Normatif

bağlılığı yüksek çalışan mesleki üyeliğini doğru bir davranış olarak değerlendirerek (Arbak ve Özmen, 2009: 54) mesleğe devam etmenin bir zorunluluk olduğu hissi ile hareket ederek, meslekte kalmayı bir sorumluluk olarak görmektedirler (Baysal ve Paksoy, 1999: 8).

Normatif bağlılığın artırılmasında başta örgüt ve örgüt yöneticilerinin rolü çok daha fazla bulunmaktadır. Örgüt ve yöneticiler tarafından çalışanlara verilen eğitimler de bağlılık üzerine olumlu etki yapmaktadır. Örgütün, bireyin mesleği için yaptığı yatırımlar ve harcamalar (bireysel gelişim programları ile ilgili ödemeler, staj veya işe alım öncesinde alınan eğitim bursları ve diğer karşılıksız ödemeler) (Meyer ve Allen, 1991: 72) mesleğinin kendisine borçlu olarak hissetmesini sağlamaktadır (Meyer ve Allen, 1991: 72). Bir firmada üç yıllık eğitim gören bir çalışanın, üç günlük eğitimden sonra yeni işe başlayan bir işçiye göre daha yüksek bağlılık sergilediği görülmektedir (Aytaç, 2015). Bir başka etkilenme durumu da bireyin bireysel deneyimleridir. Birey önce ailesel ve kültürel sosyalizasyon içerisine girmekte, daha sonra da birey mesleği içerisine girdikten sonra mesleki sosyalizasyon gerçekleşmektedir (Allen ve Meyer, 1990: 4). Bu sosyalleşme sürecinde bireylerin, genel olarak, mesleğe veya çalışmaya karşı gösterdiği değer ve davranışlar oluşmaktadır (Zerenler ve Kaya, 2014: 71). Bu değer ve davranışlar toplum kültürünü yansıtmaktadır. Özellikle, Türkiye gibi toplulukçu kültürlerde meslek ve çalışmaya çok değer verilmektedir. “Mesleğe öncelik vermek, mesleği sevmek ve benimsemek, mesleği ciddiye almak, çalışan olmak, mesleki bağlılık göstermek ve özverili çalışmak” örgütlerin toplulukçu kültür özelliğini gösteren ve çalışanlarda yükümlülük oluşturan mesleğe yönelik davranışsal normlar ve değerlerdir (Uyguç ve Çımrın, 2004: 93).

Diğer yandan mesleğe yüksek düzeyde bağlılık gösteren işgörenlerin, mesleki çalışmalarına daha çok içten güdülendikleri, ancak bu güdülenmenin hem örgüt içindeki hem de dışındaki faktörlerin ortak etkisiyle oluşacağı söylenebilir. İş doyumunu da içsel ve dışsal faktörlerin birleşik etkisiyle mesleki bağlılıkla yüksek düzeyde ilişki içinde olmakla birlikte; özellikle denetimden, iş arkadaşlarından ve işin kendisinden elde edilen doyumun daha çok davranışsal bağlılıkla ilişki içinde olduğu ileri sürülmektedir.

Duygusal, devam ve normatif bağlılığın ortak yönü, birey ile meslek arasında meslekten ayrılma ihtimalini azaltan bir bağın oluşmasına sebep olmasıdır. Ancak bu bağın niteliği

anılan bağıllık türlerine göre değişiklik göstermektedir. Duygusal bağıllık, bireyler istedikleri için, devam bağıllığı çıkarlar bağlanmayı gerektirdiği için ve normatif bağıllık ise, ahlaki gerçeklerle ortaya çıkmaktadır (Allen ve Meyer, 1990: 3).

2.5. Mesleki Bağıllığı Etkileyen Faktörler

Mesleki bağıllık, çeşitli faktörler tarafından etkilenip, belirlenmektedir. Bazı araştırmacılar, geçmişteki iş yaşantıları, kişisel-demografik, örgütsel-görevsel ve durumsal nitelikte olanlar olarak bu faktörleri ayırırken (Schwenk, 1986: 299) bağıllığın hangi faktörler tarafından daha çok etkilendiği hususunda görüş birliğine varamamışlardır. Koch ve Steers (1978)'e göre demografik faktörler, Morris ve Sherman (1981)'e göre örgütsel faktörler mesleki bağıllığı daha çok etkilemektedir. Buchanan II (1974)' ye göre ise, her iki faktör mesleki bağıllığı eşit derecede etkilemektedir (Putti ve diğerleri, 1989: 276). Öte yandan Oliver (1990) araştırmasında, demografik faktörlerin mesleki bağıllık üzerinde nispeten daha az etkili olduğunu tespit etmiştir. Örgütsel ödüller ve iş değerleri, mesleki bağıllıkla büyük oranda ilişkilidir. Bu bağlamda, güçlü katılımcı değerlere sahip çalışanlar daha yüksek bir mesleki bağıllık düzeyine sahiptir. Araçsal değerleri daha güçlü olanlar nispeten daha düşük bir bağıllık yaşamaktadır (Oliver, 1990: 513).

Mesleki bağıllığı etkileyen faktörler kişisel-demografik faktörler (cinsiyet, yaş, kıdem, eğitim durumu vb.), örgütsel-görevsel faktörler ve durumsal faktörler olmak üzere üçe ayrılır:

2.5.1. Kişisel-Demografik Faktörler

Kişisel-demografik faktörler mesleki bağıllık üzerinde oldukça etkilidir. Bunlar; kişilik, yaş, kıdem, eğitim, cinsiyet ve medeni durumu kapsamaktadır Colombotos (1962), ailenin sosyo-ekonomik statüsü ile mesleki normlara bağıllık arasında doğrudan bir ilişki olduğunu vurgularken (Balay, 2000: 63), literatürde baba mesleğinin mesleki bağıllığı etkilediği belirtilmektedir.

Mesleki bağıllık ile kişisel faktörler arasında bir ilişki olup olmadığı tartışılırken en önce dikkate alınan bireylerin kişilik yapısıdır. Kişilik, birey açısından fizyolojik, zihinsel ve ruhsal özelliklerin bir bütünüdür. Diğerleri için, bireyin bu bütün sebebi ile belirli bir yere ve o yerin getirdiği toplumsal rolleri olmasıdır. Kişilik, bireylerin doğuştan gelen

özelliklerinin ve sosyalizasyon sürecinden sonra edinilen özelliklerin toplamıdır. Dubrin' in tanımında da değinildiği gibi bireyin yaşama biçimidir (Yücel ve Kaynak, 2007: 687). Bu nedenle de mesleki bağlılığın oluşmasında bireyin kişiliği ve karakteri çok önem taşımaktadır. Bu da çoğunlukla bireyin kişiliğine uygun olarak seçtiği mesleği ile arasındaki ilişkiye bağlı olmaktadır.

Yaş, mesleğe ilişkin planları tasarlayıp uygulayarak ilerleme fırsatı sağladığı için mesleki bağlılık üzerinde etkisi daha fazla olan bir faktördür. Kuruluş dışındaki diğer alternatifleri değerlendirmek için mevcut seçenekleri veya fırsatları değerlendirmeye yardım eder. Yaşlanmaya bağlı olarak bireyin meslekteki alternatiflerinin azalması da yaşın mesleki bağlılık üzerinde etkili olmasının bir başka nedenidir (Özmen vd., 2005: 5). Ayrıca yaş ilerledikçe yatırımlar dolayısıyla bağlılık da artar. Mesleğinde uzun yıllar çalışan ve yaşı ilerleyen işgörenin meslek değiştirme olasılığı azalır. Sebebi, bireyin yıllar geçtikçe mesleğinde elde ettiği bilgi ve becerinin mesleği ile özdeşleşmesi, zamanla bu mesleğe harcadığı değerler nedeniyle mesleğine olan alışkanlığının artmasıdır (Arbak ve Özmen, 2009: 54). Meyer vd. (1993)'e göre; yaş, duygusal ve normatif bağlılıkla ilişkilidir fakat devam bağlılığı ile ilişkili değildir. Ancak buna karşıt olarak, genç işgörenlerin meslekteki deneyimlerinin az olması, daha fazla mesleğe bağlılığa neden de olabilmektedir (Luthans ve diğ., 1987).

Mesleki bağlılığın belirleyicisi olan bir diğer faktör de eğitim düzeyidir (Kwon ve Banks, 2004; Popoola, 2006). Eğitim ve mesleki bağlılık arasında negatif yönlü bir ilişki vardır (Angle ve Perry, 1981; Koch ve Steers, 1978; Morris ve Scherman, 1981), çünkü eğitim düzeyi arttıkça alternatif iş olanakları da artacağı için örgüt bireyin beklentilerini karşılayamaz duruma gelebilir (Joiner ve Bakalis, 2006). Eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin mesleğe sağlayacağı katkıyı karşılamada bazı örgütler zorlanabilir. Eğitim düzeyi düşük bireyler daha fazla mesleki bağlılık içerisindedir çünkü alternatif iş imkanları daha azdır. Mathieu ve Zajac (1990) daha eğitilmiş bireylerin daha zor tatmin edilecek beklentilere sahip olma ihtimalinden ötürü eğitim ile mesleki bağlılık arasında negatif bir ilişki var olduğunu ileri sürmüştür. Gallie ve White (1993)'a göre ise, eğitim seviyesi ile mesleki bağlılık arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır çünkü daha fazla eğitim daha fazla iş olanacağı sağlayacağı için birey sevdiği işi yapma imkanı bulacağından mesleki bağlılığı da artacaktır.

Kıdem ile mesleki bağlılık arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır (Cohen, 1993; Mathieu ve Zajac, 1990; Popoola, 2006). Çalışma süresine bağlı olarak mesleki bağlılık artar ya da azalır (McCaul vd., 1995; İnce ve Gül, 2005). Kıdem arttıkça yapılmış olan yatırımlar da artacağı için dolayısıyla bağlılık da artacaktır. Cohen (1993)'e göre, kıdem ile mesleki bağlılık arasında doğru orantılı bir ilişki vardır çünkü meslekteki çalışma süresi arttıkça elde edilen kazançlar da artacağı için bağlılığın daha yüksek düzeyde olması beklenir. Uzun süre çalışmış olan bireylerin mesleğe harcamış oldukları emek ve zamanları fazla olduğundan bu bireyler belirli bir statü elde etmiş ve çeşitli terfi imkanları yakalamışlardır. Bu tür yatırımlar bireyin vazgeçemeyeceği türden yatırımlar olduğu için birey kendisini mesleğe bağımlı hissedecektir. Meyer ve Allen (1997), kıdem ile mesleki bağlılık arasındaki ilişkinin sebebi ile ilgili net bir şey söylemenin mümkün olmadığını belirtmiştir. Bunun sebeplerinden birisi; daha fazla kıdeme sahip olan işgörenlerin daha fazla tecrübe kazanmaları sonucunda mesleğe olan bağlılıklarının artmasıdır. Diğer bir sebep ise; güçlü mesleki bağlılığa sahip olmayan bireylerin kıdemlerinin henüz başındayken örgütten ayrıldıklarından, buna karşın mesleki bağlılığı güçlü olanların meslekte çalışmaya devam etmelerinden ötürü kıdem ile mesleki bağlılık arasında doğrusal bir ilişki vardır. Bir başka sebep de kıdem ile mesleki bağlılık arasındaki ilişki incelenirken çalışanın yaşı kontrol altına alındığında ilişkinin derecesinin zayıflamasıdır. Yani, kıdem ile mesleki bağlılık arasındaki pozitif ilişkiyi yaratan temel unsur bireyin yaşıdır (Meyer ve Allen, 1997).

Demografik değişkenlerden cinsiyet incelendiğinde, cinsiyetin mesleki bağlılıkla ilişkisi konusunda ortak fikir birliğine varılmış bir çalışma yoktur. Son yıllarda cinsiyetin mesleki bağlılıkla ilişkili olduğu çalışmaların sayısında artış gözlenmiştir. Bunun nedeni, işletmelerdeki kadın işgücünün artması ve kadın istihdamı ile ilgili literatürdeki çalışma sayısının az olmasıdır (Dick ve Metcalfe, 2007). Erkeklerin mi yoksa kadınların mı mesleki bağlılıklarının daha yüksek olduğu konusunda yapılan araştırmalarda farklı bulgulara rastlanılmıştır. Yapılan bir araştırmada, kadın işgörenlerin erkek işgörelere oranla daha fazla mesleki bağlılık yaşadığı saptanmıştır (Hrebiniak ve Alutto, 1972). Kadınlar mesleklerini daha az değiştirme eğilimine sahiptir. Çünkü kadınlar meslek değiştirmeyi zor bir faaliyet olarak görürler, mesleklerini edinmede erkeklere kıyasla daha fazla sayıda engel aşmak durumunda kaldıkları için mesleklerini de değiştirmekten hoşnut olmazlar (Angle ve Perry, 1981). Loscoco (1990) ve Gökmen (1996) ise

erkeklerin kadınlara kıyasla mesleki bağlılıklarının daha yüksek olduğunu savunmuştur. Bunun nedeni de, erkeklerin mesleklerine kadınların ise aile içerisindeki görev ve sorumluluklarına daha fazla önem vermeleridir. Kadınlar her zaman aile hayatlarına ve evle ilgili görev ve sorumluluklarına erkeklere oranla daha fazla önem verdiklerinden mesleklerine yeterince zaman ayıramamakta ve bu da onların mesleki bağlılığını erkeklere oranla daha azaltmaktadır (Gökmen, 1996; İnce ve Gül, 2005). Aven ve arkadaşları (1993), örgütlerde erkeklerin kadınlardan daha iyi görevlerde çalıştığını bunun sonucunda da aldıkları ücret ve duyduğu tatminin daha fazla olması sebebi ile kadınlardan daha fazla bir mesleki bağlılık yaşadığını belirtmiştir. Bütün bu görüşlere karşın Maier (1999) ise erkeklerle kadınların aynı düzeyde mesleki bağlılık sergilediğini belirtmiştir. Ancak bazı araştırmalarda da cinsiyet ile mesleki bağlılık arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ortaya çıkmıştır (Aven vd., 1993; Mathieu ve Zajac, 1990; Stevens vd., 1978; Bruning ve Snyder, 1983; Morris ve Steers, 1980).

Medeni durum, mesleki bağlılık üzerinde etkili önemli bir değişkendir (Popoola, 2006). Evli ya da boşanmış bireylerin mesleki bağlılıkları daha yüksek olur. Çünkü bu kişilere göre meslekten ayrılmak daha maliyetli ve zordur. Chiu ve Catherine, (1999)'e göre, bireysel mesleki bağlılığın artmasında evli olup bakmakla yükümlü olunan yaşlı birey ya da çocuk sahibi olunması önemli bir etkidir (İnce ve Gül, 2005). Buna karşın, bekar olan bireylerin mesleklerine daha az bağlanma ihtiyacı hissedeceği ve daha iyi bir iş fırsatı olduğunda kolaylıkla örgütten ayrılacağı görüşü savunulmaktadır (Hrebiniak ve Alutto, 1972).

2.5.2. Örgütsel-Görevsel Faktörler

Mesleki bağlılığı etkileyen örgütsel ve görevsel faktörler vardır. Bunlar; rol çatışması, rol belirsizliği, örgütsel iklim, örgüt kararlarına katılım, meslektaşına olan bağlılık, iş grupları ve işe sarılmadır.

Rol, bireyden işyeri ortamında beklenen süreç, faaliyet ve eylemlerdir. Aynı anda birden fazla rolü olan bireyin, bir role diğerine göre daha fazla uymasına ise rol çatışması denmektedir. Bunun nedeni işteki iki beklentinin tutarsızlığıdır. Rol çatışması, işgörenin rolünü ve bu role uygun davranış düzeyini kabul edememesi ile de ortaya çıkmaktadır. Rol çatışmasına ayrıca bireyin sahip olduğu yeteneklerin, işin kalitesi ile örtüşmemesi de neden olmaktadır (Uygur, 2004).

Rolle ilgili değişkenler, bireyler arasında mesleki bağlılığı belirlemede önemli faktörlerdendir. Mesleki bağlılığı olumsuz etkileyen rol çatışması bunlardan birisidir. Bu olumsuz etki, kişinin içine kapanmasına, gerginliğe ve strese neden olabilmektedir. Bu gibi durumlarda, yoğun rol çatışması ve düşük iş tatmini yaşanır. Bu durumda çalışan duygusal bir boşluğa düşer ve mesleğinden uzaklaşmaya başlar (Katz ve Kahn, 1977, 217). Mesleki bağlılık da, bireyin içindeki ve mesleğindeki sorumluluğun azalmasına bağlı olarak olumsuz etkilenmektedir (DeCotis ve Summers, 1987).

Mesleki bağlılığı olumsuz etkileyen bir diğer değişken de rol belirsizliğidir. Rol belirsizliği, eğitimin yetersiz olması, iletişim eksikliği, yanlış bilgi aktarımından kaynaklanmaktadır (Uygur, 2004). Rolün belirsiz olması, kişiyi iş doyumunu kaybetmesine neden olan gerginliğe ve isteksizliğe götürür. Mesleki bağlılık seviyesi, bireyin belirsiz rolü ile mesleki hedeflere ulaşma arasındaki ilişkinin azalmasına bağlı olarak düşer (DeCotis ve Summers, 1987).

Mesleki bağlılığı belirleyen faktörlerden bir diğeri de örgütsel iklimdir. Örgütsel iklim, bir organizasyon kültürüne bağlıdır ve bireyin deneyimlerinin kaynağıdır. Örgütün taleplerine uyma konusunda birey için önemli bir işarettir. Örgütsel iklim, bireyin algısını, mesleki ve bireysel hedefler arasındaki uygunluğu sağlamak için etkiler. Örneğin, amaçlarını gerçekteştirmek isteyen örgüt, bireyin tercihi ve hedefi ile uyumlu bir çalışma ortamı yaratır, bunun sonucunda da mesleki bağlılık düzeyi artar (DeCotis ve Summers, 1987).

Mesleki bağlılığı etkileyen bir diğer faktör örgüt kararlarına katılımdır. Örgüt kararlarına katılan bireyler hem mesleklerine hem de örgütlerine yüksek derecede bağlılık gösterirler. Bununla birlikte, bu tür mesleki kararlara katılmayan ve gerekli sorumlulukları almayan bireylerin mesleki bağlılığı düşük seviyededir. Bireyin işin niceliği ve niteliği üzerindeki kontrolü, grup faaliyetlerine katılması, sosyal faaliyetlerin içerisinde yer alması, iş tanımının açıklığı ve örgüte güven duyması ile mesleğine daha yüksek düzeyde bağlılık duyması sağlanır. Örgütün çevresindeki varlığını sürdürmesi için, bu faaliyetlerin yerine getirilmesi gerekir. Bireyin, işini ve mesleğini benimsemesinde örgütün güçlü ve etkin bir rolü vardır (Zeffane, 1994; DeCotis ve Summers, 1987; Luthans ve diğ. 1987; Guthrie, 2001).

Mesleki bağıllığı doğrudan ve olumlu etkileyen bir diğer faktör de meslektaşlara olan bağıllıktır. Her ne kadar meslektaşlara bağıllık mesleki bağıllığı yoğun bir şekilde etkilese de sosyal katılım da mesleki bağıllık üzerinde oldukça etkili bir faktördür. Sosyal bağların mesleki bağıllık üzerinde önemli çevresel etkileri vardır. Meslekten ayrılan birey, meslektaşından da ayrılacağı için sosyal bağlarını koparmamak adına mesleğinde kalmayı tercih etmektedir (Randall ve Cote, 1991: 199).

Mesleki bağıllığı etkileyen faktörlerden bir diğeri de iş gruplarıdır. İş grupları karşılıklı amaçları için uyumlu çalışırlarsa bu durum mesleki bağıllığı olumlu etkiler ancak rekabetçi bir anlayış benimserlerse bu durumda mesleki bağıllık olumsuz etkilenecektir. Bu doğrultuda mesleki bağıllık grup bağıllığı anlamına gelmez (Luthans ve diğ., 1987). İdeal olan, iş grubunun amaçları ile mesleki bağıllık amaçlarının örtüşmesidir. İş grubuna yüksek derecede bağıllık, mesleki bağıllığı artırır. İş grubunun amaçları ile mesleki amaçlar arasında uyum olmazsa, mesleki bağıllık bu durumdan olumsuz etkilenecektir (Randall ve Cote, 1991: 209).

Mesleki bağıllık araştırmalarından yola çıkarak, iş arkadaşları ile mesleki bağıllık ilişkisinin, işe sarılma faktörüne bağlı olduğunun düşünülebileceği savunulmuştur. Böylece, meslektaş bağıllık, mesleki bağıllığı, işe sarılma yolu ile etkileyebilir (Randall ve Cote, 1991: 209).

2.5.3. Durumsal Faktörler

İşgörenin örgüte girmeden önce yaşadığı deneyimler sonucu oluşan bir ön bağıllığı vardır. Ön bağıllığın yüksek olması genelde mesleki bağıllık açısından yararlı olmakla birlikte, bazı durumlarda mesleki bağıllığı düşürdüğü de söylenmektedir. Araştırmacılar, mesleki bağıllığın durumsal değişikliklerden etkilendiğini söylemektedir. Çalışanların, mesleki bağıllıklarının durumsal tepkilerinin ne olacağı ile ilgili üç yaklaşım vardır (Brockner ve diğerleri, 1992: 241-242).

- a) Araçsal Tahmin: Bu yaklaşıma göre, insanların mesleğe girmelerinin temel nedeni istedikleri sonuçları (ödeme, ilerleme, adaletli yönetim, insanca davranış v.b.) elde edecekleri yönündeki inançlarıdır. Bu durum, bireylerin mesleki bağıllık düzeyindeki değişimleri öncelikle karşılaşmanın uygunluğuna bağlıdır. Böylelikle bireysel bağıllıktaki değişme, genellikle ön karşılaşmanın açık ve

samimi oluşuna dayanmaktadır. Bireyin mesleki bağlılık hakkında daha önceki düşüncelerinin ya hiç etkisi yoktur ya da az etkisi vardır.

- b) Benzeyiş Tahmini: Bu yaklaşıma göre, bireylerin önceki tutumları kendilerini buna göre hareket ettirmektedir. Çalışanlar karşılaşma algılarını, önceki görüş açılarına uydurmaya çalışırlarsa, mesleki bağlılığın önceki düzeyi ile karşılaşmaya verdikleri tepkilerin uygunluğu arasında pozitif yönde bir etkileşim olur. Örnek olarak, önceden mesleki bağlılığı düşük olanlar, örgütte adaletli ve eşit olmayan durumlarla karşılaştıklarında daha olumsuz tepki verirken, önceden daha çok mesleki bağlılık gösteren bireyler, söz konusu durumlarda aynı tepkiyi gösterememektedir.
- c) Grup-Değer Tahmini: Buna göre, ön bağlılığı yüksek bireyler, örgütte oldukları süre boyunca eğer adaletsiz bir davranışla karşılaşılırsa buna anında tepki gösterirler. Tam tersi durumda; örgüt içinde adaletli, samimi ve içten davranışlar görürlerse de kimlik ve değerleri güçlenecektir. Ayrıca bu konuda işgörenler örgüt uygulamalarını takip ederek, örgütsel adalet konusunda yapılanlara dikkat etmektedirler. Bu noktada kaynakların adil dağıtımının, ücret tatmini etkisinin, karar alma sürecindeki adaletin etkisinden daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Kararların adil alınması da çalışanların örgütlerine yüksek düzeyde mesleki bağlılık duymasını sağlamaktadır. Kararların adil alınmasından kararların doğal, kanıtlara dayalı ve uygun otorite tarafından alınması anlaşılmalıdır (Brockner ve diğerleri, 1992: 243).

2.6. Doktorların Şiddete Maruz Kalma Durumunun Mesleki Bağlılık Üzerine Etkileri

Doktorlara uygulanan şiddetin, mesleki bağlılıkları üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Şiddete maruz kalan doktorlar hizmetten çekilmeden başlayarak mesleği bırakmaya kadar tepkiler verebilmektedir. Doktorların çeşitli sebeplerle hastaya poliklinik hizmeti vermeyi reddetmesine hizmetten çekilme hakkı denmektedir. Tabi bu hakkın kullanılması için güçlü sebepler mevcut olmalıdır. Her gerekçede hizmetten çekilme hakkı kullanılamaz. Hizmetten çekilme hakkının kullanılmasına ilişkin çeşitli ülke örnekleri bulunmaktadır. Bunlar;

Almanya’da doktorların sigortalı tüm hastalara poliklinik hizmeti sunması zorunludur. Ancak doktorlar sağlık hizmeti sunumu esnasında şiddete maruz kalırsa hizmetten çekilme hakkını kullanabilmektedir. Ancak acil durumlarda doktor şiddet sebebiyle de olsa sağlık hizmetinden çekilemez. Hizmetten çekilebilmek için ilgili sigorta şirketine konu ile ilgili gerekçesini sunmak durumundadır. Ayrıca sağlık işyerinin hizmetten çekilme ile ilgili gerekli önlemleri almış olması da gereklidir (www.ecprd.secure.europa.eu, Erişim tarihi: 25.07.2015).

Avusturya’da doktorlar tüm hastalara poliklinik hizmeti vermek zorunda değildir. Dolayısıyla hizmetten çekilme konusunda özgürdürler. Sadece acil vakalar bu durumun istisnasıdır. Acil durumlarda doktorlar hastaya bakmakla ve poliklinik hizmeti vermekle yükümlüdür. Avusturya’nın Federal Yasası sağlık haklarını düzenlemektedir (www.ecprd.secure.europa.eu, Erişim tarihi: 25.07.2015).

Estonya’da doktorlar sadece özel durumlarda hizmetten çekilme hakkını kullanmayabilir. Bu durum psikiyatri hastalarında geçerlidir. Bu hastalara polis gözetiminde müdahalede bulunulabilir. Estonya’da diğer ülkelerden farklı olarak doktorlar acil vakalarda dahi hizmetten çekilmek haklarını kullanabilmektedir.

Finlandiya’da ise doktorların hizmetten çekilme hakları yoktur. Bu durumun istisnası da söz konusu değildir. Doktorlar şiddete uğrasa dahi sağlık hizmetini vermeye devam etmekle yükümlüdür. şiddet olması halinde ya farklı bir doktor poliklinik hizmetini yürütür ya da gerekli güvenlik tedbirleri alınarak sağlık hizmetinin devamlılığı sağlanır.

Fransa İş Yasası gereğince tüm çalışanlar sağlıklarını ve yaşamlarını tehdit edecek bir durumla karşılaştıklarında işverenlerinin veya amirlerinin onayı olmaksızın hizmetten çekilme hakkına sahiptirler. Doktorlar da bu kapsamın içine dahildir dolayısıyla herhangi bir şiddet olayı ile karşı karşıya kalırlarsa sağlık hizmetinden çekilme hakları vardır.

Hırvatistan’da Tıbbi Uygulama Yasası’na göre, doktorların sağlık hizmetinden çekilme hakları vardır. Sadece acil vakalar bu durumun bir istisnasıdır. Acil durumlarda ise, polis koruması ya da gerekli güvenlik tedbirleri dahilinde sağlık hizmetine devam etmekle yükümlüdür. şiddete uğrayan doktorlar iş kazasına uğramış gibi kabul edilir, bu nedenle ücretli izne ayrılmış kabul edilir.

İngiltere 2001 yılında hükümetin yayınlamış olduğu Sağlık Hizmetleri Genelgesi ile sağlık durumu da düzenlenmiş ancak sağlık işyerlerine konu ile ilgili düzenlemeleri bağımsız bir şekilde yapabilmeleri için yetki de verilmiştir. Ayrıca hükümet şiddete uğrayan doktorlara sağlık hizmetinden çekilebilmeleri konusunda yetki vermek için gerekli düzenlemeleri yapmaya devam etmektedir.

İspanya’da şiddete uğramış doktorlarla ilgili dava sonuçlarına bakılırsa bu ülkede de sağlık hizmetinden çekilme hakkı olduğu görülmektedir.

İsrail’de doktorlar sağlık hizmetinden çekilme hakkına sahip değildir. Şiddet olayı bu durumun istisnasıdır. Doktorun şiddet olayı ile karşılaşması durumunda sağlık işyeri tarafından şiddet uygulayan hastaya ilk olarak yazılı bir uyarı verilir. Hastanın on iki ay içinde tekrar şiddet davranışında bulunması halinde de sağlık işyerinin bu kişiye acil durumlar hariç sağlık hizmeti vermeme yetkisi bulunmaktadır.

İsviçre’de de doktorların sağlık hizmetinden çekilme hakları vardır. Şiddete maruz kalan doktor hizmetten çekilir, yerine sağlık hizmetine kimin devam edeceğine sağlık kurumunun başhekimisi karar verir. İsviçre’de şiddeti uygulayan hasta ve hasta yakınlarına yönelik her sağlık işyerinin kendi yaptırımları vardır. Aşırı şiddet uygulamalarında kişilere ceza yaptırımlar bile uygulanabilmektedir.

Kanada’da da doktorlar hizmetten çekilme hakkına sahiptirler. Ancak sağlık işyerindeki diğer sağlık çalışanları doktorlarla aynı imtiyazlara sahip değildir. Doktorlar şiddet konusunda kendi kurallarını koyabilmekte daha özgürdürler. Ancak yine de uygulamaları sağlık işyerindeki doktorlardan oluşan bir heyet tarafından kontrol altındadır. Tüm sağlık çalışanları eyalet yasaları tarafından düzenlenen iş yeri güvenliği yasalarına tabidir.

Yunanistan’da ise Tıp Etiği Kuralları gereği doktorların hizmetten çekilmeyi reddetme hakkı geçerli bir gerekçe sunulmadığı sürece yoktur. Sadece doktorun sağlığı ya da hayatı risk altındayken hizmetten çekilmeyi talep edebilir.

BÖLÜM 3: DOKTORLARA UYGULANAN ŞİDDETİN MESLEK BAĞLILIĞINA ETKİSİ: KOCAELİ ÖRNEĞİ

Bu bölümde; araştırmanın hipotezleri, varsayımları, sınırlılıkları, metodolojisi, etik boyutu ve verilerin analizi gibi bilgiler yer almaktadır.

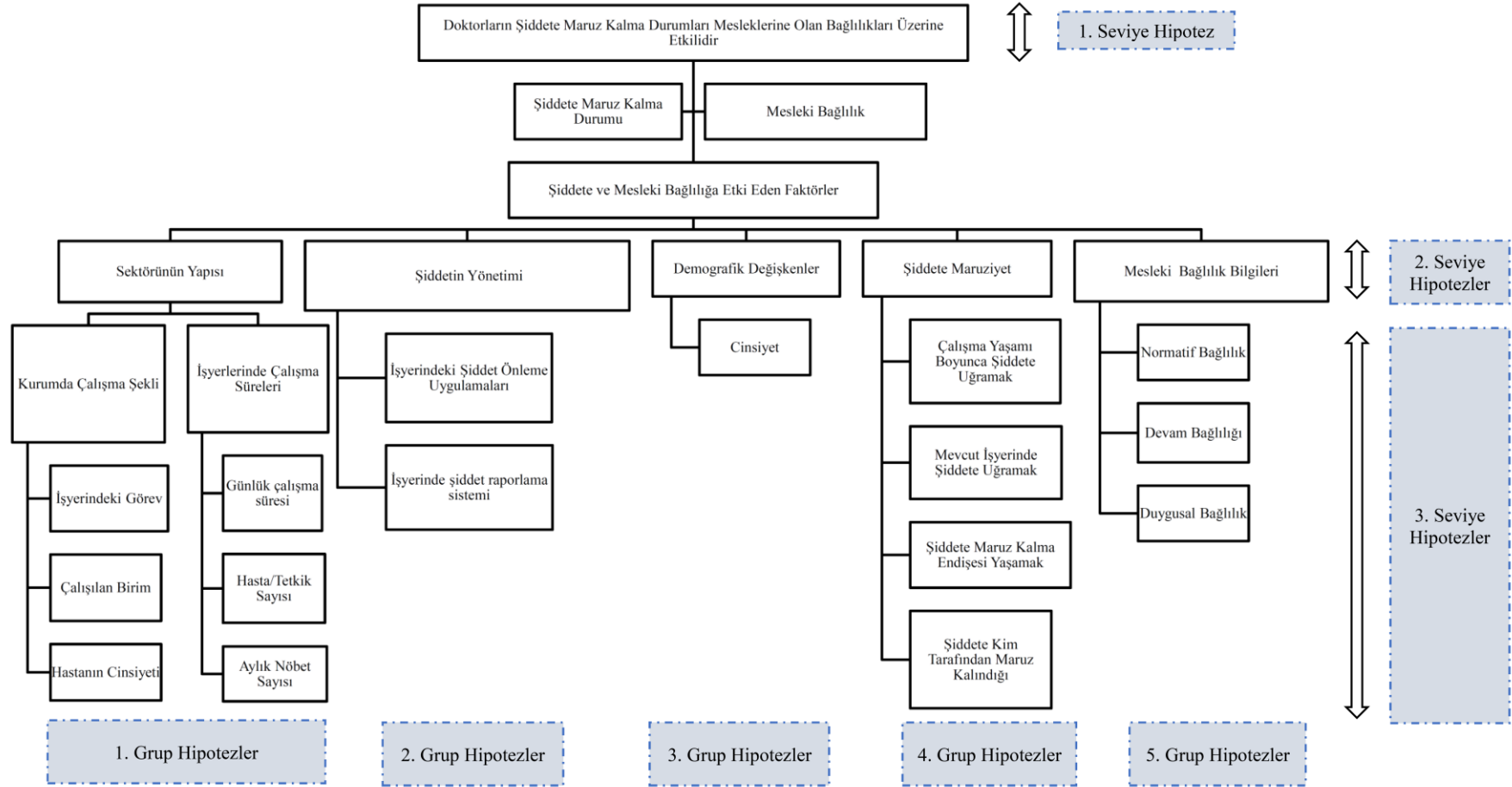
Araştırmanın amacı doktorlara uygulanan şiddetin onların mesleki bağlılığını etkileyip etkilemediğini belirlemektir. Bu çalışmada, öncelikle literatür taraması yapılarak veriler toplanmış, toplanan veriler ışığında araştırılacak konu ile ilgili ölçekler belirlenmiş ve verilerin elde edilmesinde nicel veri toplama yöntemi olan anket çalışmasından yararlanılmıştır.

Yukarıda belirtilen amaç doğrultusunda çalışmanın araştırma soruları şunlardır:

- 1) Doktorların çalıştıkları kurumda şiddete maruz kalma oranları nedir?
- 2) Doktorların mesleklerine bağlılık düzeyi nedir?
- 3) Doktorların şiddete maruz kalma durumu onların mesleklerine olan bağlılığını etkilemekte midir?
- 4) Doktorlar şiddetin hangi türüne ne sıklıkta maruz kalmaktadır?
- 5) Cinsiyet farkı ile şiddete maruz kalma durumu arasında ilişki var mıdır?
- 6) Şiddet uygulayanlar kimlerdir?

3.1. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın ana hipotezi (1.seviye); “Doktorların şiddete maruz kalması durumları mesleklerine olan bağlılıkları üzerine etkilidir” olarak belirlenmiştir. Bu ana hipotezi test eden 2. ve 3. Seviye hipotezler bulunmaktadır. 3. Seviye hipotezler içinde 5 grup alt hipotez yer almıştır. Çalışmanın hipotezlerine ait topoloji Şekil 2’de görülmektedir:



Şekil 2. Şiddet ve Mesleki Bağlılık Topolojisi

Araştırma kapsamında test edilen hipotezler aşağıdaki gibidir:

H1: İşyerinde çalışma biçimi ve süreleri, şiddete maruz kalma üzerinde etkilidir.

- H_{1.1}: Doktorların şiddete maruz kalma durumları, işyerindeki görevlerine göre farklılık gösterir.
- H_{1.2}: Doktorların şiddete maruz kalma durumları, çalıştıkları birime göre farklılık gösterir.
- H_{1.3}: Doktorların şiddete maruz kalma durumları, hastanın cinsiyetine göre farklılık gösterir.
- H_{1.4}: Doktorların şiddete maruz kalma durumları, günlük çalışma sürelerine göre farklılık gösterir.
- H_{1.5}: Doktorların şiddete maruz kalma durumları, hasta/tetkik sayılarına göre farklılık gösterir.
- H_{1.6}: Doktorların şiddete maruz kalma durumları, aylık nöbet sayılarına göre farklılık gösterir.

H2: Demografik değişkenler, şiddete maruz kalma üzerinde etkilidir.

- H_{2.1}: Doktorların şiddete maruz kalma durumları cinsiyete göre farklılık gösterir.

H3: Şiddetin yönetimi, şiddete maruz kalma üzerinde etkilidir.

- H_{3.1}: Doktorların şiddete maruz kalma durumları, işyerindeki şiddet önleme uygulamalarına göre farklılık gösterir.
- H_{3.2}: Doktorların şiddete maruz kalma durumları, işyerindeki şiddeti raporlama sistemine göre farklılık gösterir.

H4: İşyerinde şiddete maruz kalma durumu, mesleki bağlılık üzerinde etkilidir.

- H_{4.1}: Doktorların mesleki bağlılıkları, çalışma yaşamı boyunca şiddete maruz kalmasına göre farklılık gösterir.
- H_{4.2}: Doktorların mesleki bağlılıkları, mevcut işyerinde şiddete uğramasına göre farklılık gösterir.
- H_{4.3}: Doktorların mesleki bağlılıkları, şiddete maruz kalma endişesi yaşama durumlarına göre farklılık gösterir.

- H_{4.4}: Doktorların mesleki bağlılıkları, şiddete kim tarafından maruz kaldıklarına göre farklılık gösterir.

H5: Şiddetin yönetimi, mesleki bağlılık üzerinde etkilidir.

- H_{5.1}: Doktorların mesleki bağlılıkları, işyerindeki şiddet önleme uygulamalarına göre farklılık gösterir.
- H_{5.2}: Doktorların mesleki bağlılıkları, işyerindeki şiddeti raporlama sistemine göre farklılık gösterir.

3.2. Araştırmanın Yeri, Etik Boyutu ve Sınırlılıkları

3.2.1. Araştırmanın Yapıldığı Kocaeli'nin Sosyo-Ekonomik Yapısı

Kocaeli, Marmara Bölgesi'nin Çatalca-Kocaeli bölümünde yer alır. Doğu ve güneydoğuda Sakarya, güneyde Bursa illeri, batıda Yalova ili, İzmit Körfezi, Marmara Denizi ve İstanbul ili, kuzeyde de Karadeniz ile çevrilidir. Bu elverişli coğrafi konumu ve bir sanayi kenti olması sebebi ile çok fazla göç alır. 2017 yılı itibariyle nüfusu 1.830.772'dir. Kocaeli'nin yıllık nüfus artış hızı %27'dir. Km²'ye düşen nüfus miktarı 505 kişiye ulaşarak İstanbul'dan sonraki Türkiye'nin en kalabalık şehri olmuştur. Ayrıca çalışmanın giriş bölümünde de belirtildiği üzere il bazında hizmet veren doktor sıralamasında Türkiye'nin 8. büyük ilidir.

Km²'ye düşen nüfus miktarı en fazla olan 2. şehir Kocaeli, doktor başına düşen kişi sayısı yoğunluğu nedeniyle çalışmaya konu seçilmiştir.

3.2.2. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın uygulanabilmesi için ilk öncelikle Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü talebi doğrultusunda Sakarya Üniversitesi Etik Kurulu tarafından anketin uygulanabilirliğine dair izin raporu alınmıştır (Ek 2). Etik kurul raporuna istinaden alınmış olan gerekli izin belgesi Ek 3'te görülmektedir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayandırılmış ve bu konuda katılımcılara bilgilendirme yapılmıştır. Katılımcılara kendileri ile ilgili bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı (gizlilik ilkesine bağlı kalınacağı) belirtilerek anket formlarına isim yazmamaları istenmiştir.

3.2.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

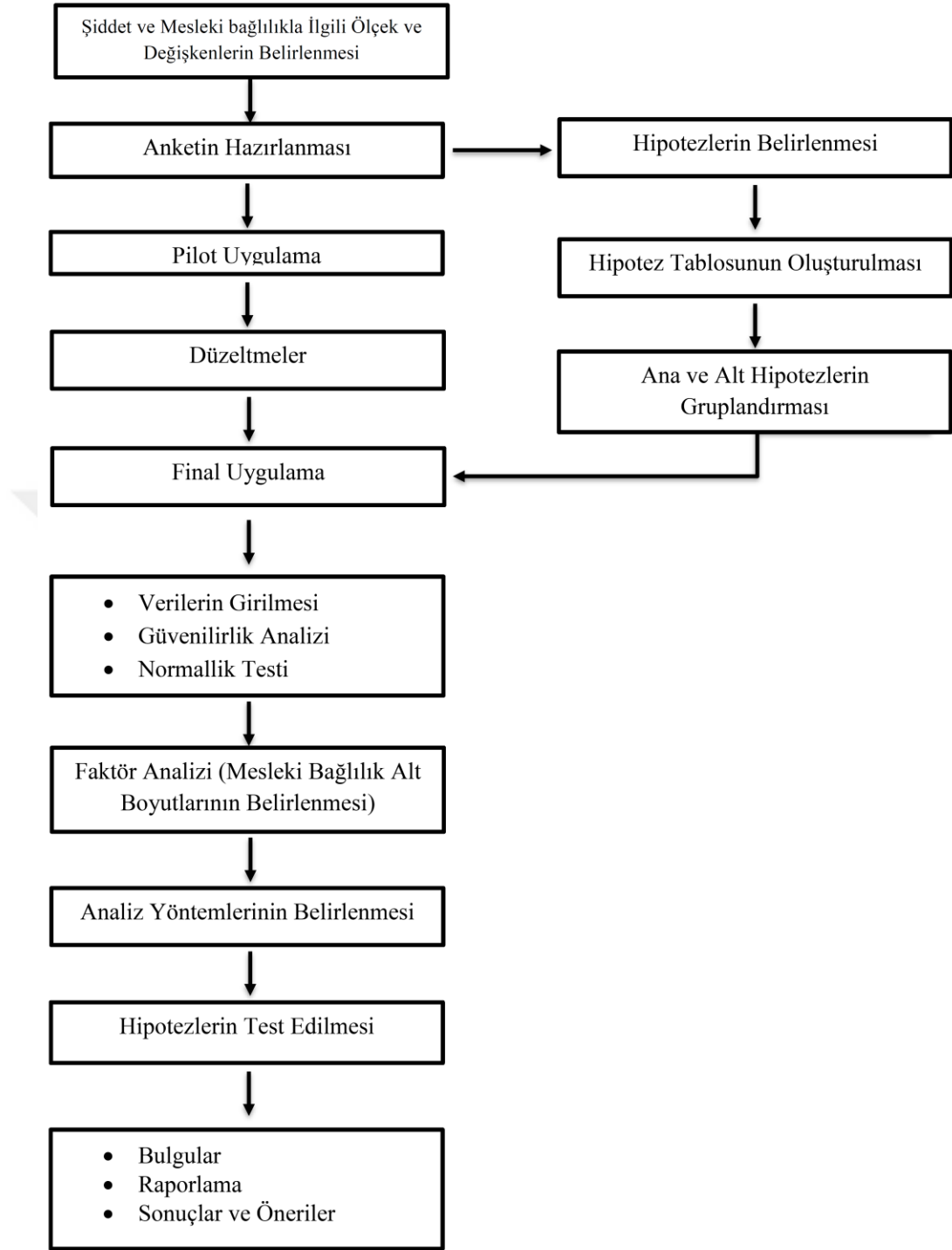
Bu çalışmada, sağlıklı sonuçlar elde edebilmek amacıyla bazı sınırlamalar mevcuttur. Bunlar;

- Araştırma Kocaeli ili ile sınırlıdır.
- Araştırmaya dış hekimleri tıp fakültesinde okumadıkları ve farklı bir eğitim aldıkları için dahil edilmemiştir.
- Araştırmaya özel muayenehanelerinde görev yapan doktorlar dahil edilmemiştir.

3.3. Araştırmanın Metodolojisi

Bu çalışmada, çalışmanın ana hatlarının ortaya çıkarılabilmesi için öncelikle literatür taraması yapılmış; sağlıkta şiddet ile ilgili çalışmalar (alan ile ilgili tezler, makaleler ve bildiriler) derlenmiştir. Böylelikle doktorlara uygulanan şiddetin mesleki bağlılıkla ilişkisinin kurulduğu bir çalışma olmadığı görülmüş, çalışmanın bu ana hipotez üzerine kurulmasına karar verilmiştir.

Doktorların mesleki bağlılıklarının şiddetten etkilenip etkilenmediğini belirleyen çalışma Şekil 3'deki topolojide modellenmiştir.



Şekil 3. Araştırmanın Akış Şeması

3.3.1. Ana Kütle ve Örneklemin Belirlenmesi

Araştırmanın evrenini, Kocaeli ilinde görev yapan 2011 doktor oluşturmaktadır. Evreni temsil eden doktorların branşlara göre ayrımı aşağıdaki Tablo 8’de görülmektedir.

Tablo 8

Kocaeli İlinde Görev Yapan Doktorların Branşa Göre Dağılımı

Branş/Görev	Doktor Sayısı	Branş/Görev	Doktor Sayısı
Acil Tıp	10	Genel Cerrahi	77
Adli Tıp	5	Göğüs Cerrahisi	14
Aile Hekimliği	426	Göğüs Hastalıkları	38
Algoloji	1	Göz Hastalıkları	72
Anatomi	5	Halk Sağlığı	4
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	74	Hematoloji	8
Beyin ve Sinir Cerrahisi	38	İç Hastalıkları	107
Biyofizik	1	Kadın Hastalıkları ve Doğum	113
Çocuk Alerjisi	2	Kalp ve Damar Cerrahisi	31
Çocuk Cerrahisi	11	Kardiyoloji	62
Çocuk Endokrinolojisi	4	Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	62
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları	2	Nefroloji	11
Çocuk Gastro., Hepatoloji ve Beslenme	1	Neonatoloji	11
Çocuk Göğüs Hastalıkları	1	Nöroloji	47
Çocuk Hematolojisi	4	Nükleer Tıp	6
Çocuk İmmünolojisi	1	Ortopedi ve Travmatoloji	64
Çocuk Kardiyolojisi	5	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	8
Çocuk Nefrolojisi	6	Pratisyen	165
Çocuk Nörolojisi	3	Psikiyatri	53
Çocuk Onkolojisi	3	Radyasyon Onkolojisi	14
Çocuk Psikiyatrisi	11	Radyoloji	45
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	93	Romatoloji	4
Dermatoloji	36	Tıbbi Biyokimya	12
El Cerrahisi (Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahisi)	1	Tıbbi Biyoloji	1
Embriyoloji ve Histoloji	5	Tıbbi Farmakoloji	6
Endrj ve Metabolizma Hast	10	Tıbbi Genetik	1
Enfeksiyon Hastalıkları	37	Tıbbi Mikrobiyoloji	21
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	55	Tıbbi Onkoloji	10
Fizyoloji	4	Tıbbi Parazitoloji	1
Gastroenteroloji	14	Tıbbi Patoloji	17
Gastroentroloji Cerrahisi	1	Üroloji	56
Toplam	870	Toplam	1141
Genel Toplam	2011		

Örneklem büyüklüğünü saptamak için kullanılan bazı formüller şunlardır:

N: Evren birim sayısı, n: Örneklem büyüklüğü

P: Evrendeki X'in gözlenme oranı, Q (1-P): X'in gözlenmeme oranı

Z α : α = 0.05, 0.01, 0.001 için 1.96, 2.58 ve 3.28 değerleri

d= Örneklem hatası

σ = Evren standart sapması

$t_{\alpha, sd}$ = sd serbestlik dereceli t dağılımı kritik değerleridir ($sd=n-1$). $t_{\alpha, sd}$ kritik değerleri $sd= n-1 \rightarrow 5000$ olduğunda Z_{α} değerlerine eşit alınabilir.

Evren standart sapması (σ) bilinmiyorsa Z_{σ} yerine t dağılımının kritik değerleri olan $t_{\sigma, sd}$ değerleri alınarak örneklem büyüklüğü;

$$\frac{N * Z_{\sigma}^2 * P * Q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\sigma}^2 * P * Q}$$

N: 2011, n: ?

P: 0.5, Q (1-P): 0.5

Z_{α} : $\alpha= 0.05, 0.01, 0.001$ için 1.96, 2.58 ve 3.28 değerleri

d= 0.05

Yukarıdaki değerler formülde yerine koyulduğu zaman, örneklem hacmi aşağıdaki gibi hesaplanmıştır.

$$n=2011*0.5*0.5*1.96^2/(2011-1)*0.05^2+1.96^2*0.5*0.5=323$$

Araştırmanın örneklem hacmi 323 olmakla birlikte çalışma gönüllülük esasına dayandığı için 219 doktor çalışmaya dahil olmuş, bunların içinde de hatalı olan 19 anket elenerek nihai olarak 200 doktorun anketi çalışma kapsamına alınmıştır.

3.3.2. Kullanılan Veri Toplama Teknikleri

Araştırmada veri toplama tekniği olarak anket yönteminden yararlanılmıştır. Çalışmada “Doktorlara Yönelik Şiddet Anket Formu” ve Meyer ve diğerleri tarafından geliştirilmiş olan (1993) “Mesleki Bağlılık Ölçeği” kullanılmıştır. Doktorlara yönelik şiddet anket formu, demografik bilgilerden oluşan 15 soru ve işyeri şiddet bilgilerinden oluşan 22 soru olmak üzere toplam 37 soru ile 2 bölümden oluşmaktadır. Mesleki bağlılık ölçeği de Likert skalasına bağlı 18 sorudan meydana gelmektedir.

3.3.3. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde SPSS 21 istatistik programından yararlanılmıştır. Elde edilen veriler veri giriş çizelgeleri ile bilgisayar ortamında programa aktarılmıştır. Girilen bilgilerde yanlışlık olmaması için 2 ayrı kişi tarafından tekrar kontrol edilmiştir. Verilerin analizinde istatistik uzmanından destek alınmıştır.

3.4. Araştırma Bulguları

Bu bölümde yapılan analizler iki ana kısımda ele alınmaktadır. Birinci kısımda araştırmaya katılan sağlık sektörü çalışanlarına ilişkin mesleki bağlılık anket analizleri yer almaktadır. Bu kısımda güvenilirlik analizi, normallik testi, faktör analizi, demografik verilerin analizi ile betimsel istatistikler, demografik değişkenlerin sosyo-demografik değişkenlerle ilişkisini inceleyen ile demografi ve iş yerindeki şiddet bilgi verilerinin mesleki bağlılık ile ilişkisini inceleyen vardamsal analizler yer almaktadır.

İkinci kısımda ise anket içeriğinde yer alan açık uçlu soruların analizi ve bulgularına yer verilecektir.

3.4.1. Güvenilirlik Analizi

Bir testin kullanılabilir olması için güvenilir olması gerekmektedir. Güvenilirlik, ölçümün kalitesidir. Güvenilirlik, bir ölçüm sürecinden elde edilen verilerin tutarlılığıdır. Başka bir deyişle; bir maddenin, ölçeğin veya anketin sayısal sonuçlarının güvenilirliğinin, tekrarlanabilirliğinin ve sabitliğinin ölçüsüdür. Hatalar ne kadar çok azalır, sonuçlar o kadar güvenilir olur.

Güvenilirlik katsayısını hesaplamak için farklı yöntemler kullanılır. Bu yöntemlerden biri, birbiriyle diğeri arasındaki ilişkiyi hesaplayan korelasyon ve kovaryans hesaplamasına dayanan tahmin yöntemidir. En sık kullanılan güvenilirlik katsayısı Cronbach Alfa katsayısıdır. Bu yöntem ölçekteki sorunun homojen bir yapıya sahip olup olmadığını gösterir (Kalaycı, 2010). Alfa katsayısı, ölçekteki k sorununun varyanslarının toplamının genel varyansa oranlanmasıyla hesaplanan ağırlıklı bir standart sapmadır. Cronbach Alfa katsayısı, 0 ile 1 arasında değişir. Hesaplanan Alfa katsayısı, birime ait olan toplam skorun ölçekteki her soruya ait puanların toplanması ile elde edilen ölçeklerde, soruların benzerliğini ya da yakınlığını ortaya koyan bir katsayıdır. Eğer

sorular standartlaştırılmış ise bu katsayı soruların ortalama korelasyonundan ya da kovaryansından elde edilir (Kalaycı, 2010).

Sorular arasında negatif korelasyon varsa Alfa katsayısı da negatif çıkar. Bu durum, güvenilirliğin bozulmasına neden olur. Çünkü, ölçeğin toplanabilirlik varsayımı bozulmuş ve ölçek toplanabilir olmaktan çıkmıştır.

Alfa (α) katsayısına bağlı olarak ölçeğin güvenilirliği aşağıdaki gibi yorumlanır:

- $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir,
- $0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçeğin güvenilirliği düşük,
- $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilir, ve
- $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Aşağıdaki Tablo 9'da mesleki bağlılığın Cronbach's Alpha güvenilirlik analizi sonuçları görülmektedir.

Tablo 9
Mesleki Bağlılık- Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Soru No	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.	0,16	0,71
2.	0,26	0,70
3.	0,45	0,68
4.	0,18	0,71
5.	-0,22	0,76
6.	0,65	0,66
7.	0,57	0,68
8.	0,25	0,70
9.	0,41	0,69
10.	0,10	0,71
11.	-0,08	0,73
12.	0,36	0,69
13.	0,46	0,68
14.	0,05	0,72
15.	0,47	0,68
16.	0,53	0,67
17.	0,43	0,68
18.	0,52	0,67
Cronbach's Alpha: 0,718		

Tabloya göre, anketin genel güvenilirliği 0.60-0.80 aralığında olduğundan, verilerin güvenilirliğinin "güvenilir" olduğu söylenebilir. Mesleki bağlılık ile ilgili tüm değişkenler tabloya göre incelendiğinde, bir maddenin toplam korelasyon üzerindeki etkileri incelendiğinde 0,30'un altında olan maddeler güvenilirliği olumsuz etkilediğinden en düşük maddeden başlayarak teker teker ölçekten 0,30'un altındaki maddelerin çıkarılmasına karar verilmiştir.

Tablo 10, mesleki bağlılık ölçeğinden soru çıkarılmasından sonra, ölçeğin Cronbach's Alpha güvenilirlik azanlizinin sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 10
Mesleki Bağlılık- Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Soru No	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
2.	0,41	0,81
3.	0,48	0,80
6.	0,67	0,80
7.	0,65	0,83
8.	0,31	0,82
9.	0,30	0,82
12.	0,36	0,81
13.	0,43	0,81
15.	0,55	0,81
16.	0,53	0,81
17.	0,55	0,80
18.	0,61	0,82
Cronbach's Alpha: 0,823		

Tabloya göre, anketin genel güvenilirliği 0,80-1,00 aralığında olduğundan verilerin güvenilirliğinin yüksek olduğu söylenebilir. Ayrıca madde çıkarımından sonra Cronbach's Alpha katsayısı 0,718'den 0,823'e yükselmiştir.

3.4.2. Normallik Analizi

Çok değişkenli parametrik istatistik tekniklerin çoğu, örneklerin çok değişkenli normal dağılımlı anakütlelerden geldiğini varsaymaktadır. Bu varsayım, bazı işlemleri ve sonuçları yorumlamayı kolaylaştırmanın ötesinde, dağılım teorisi açısından da gereklidir (Tatlıdil, 1996). Çok değişkenli tekniklerin en temel varsayımlarından biri olan normallik varsayımından sapmalar anlamlı ise, t ve F istatistiklerinin hesaplanmasında bu varsayım

gerekli olduğundan, elde edilen testler geçerliliğini yitirmektedir. Tek değişkenli ve çok değişkenli teknikler tek değişkenli normallik varsayımına; çok değişkenli teknikler ayrıca çoklu normallik varsayımına dayanmaktadır (Kalaycı, 2010).

Tek değişkenli normallik testi çeşitli yöntemler ile yapılabilmektedir. Ki-kare uygunluk, Kolmogorov-Smirnov (K-S) Z ve Shapiro-Wilks (W istatistiği) testleri normallik varsayımını değerlendirmede kullanılan analitik testlerden bazılarıdır. Ki-kare uygunluk testi herhangi bir örneğin dağılımından hareketle, bu örneğin belirli bir kuramsal olasılık dağılımı gösteren anakütleden gelip gelmediğinin araştırılmasında kullanılmaktadır. Ki-kare testinin uygulanabilmesi için gerekli olan sıklara ait frekansların en az 5 veya daha büyük olması koşulu aranmamaktadır.

Tek örneklem Kolmogorov-Smirnov testi de tesadüfi yöntemlerle elde edilen bir örneklem ile ilgili çalışılan bir değişkene ait verilerin belirli bir dağılıma (uniform, normal veya poisson) uyup uymadığını test etmek amacıyla kullanılır (Baştürk, 2010-226). Kolmogorov-Smirnov testinin tercih edilmesi için örneklem büyüklüğünün 50'den büyük olması tavsiye edilmektedir (Köklü vd., 2006). Araştırmanın örneklem büyüklüğü 50'den büyük olduğu için (200 kişi), tek örneklem Kolmogorov-Smirnov testi ile analiz yapılmıştır. Aşağıda Tablo 11'de Mesleki Bağlılık uygulamasının 12 değişkeni için Kolmogorov-Smirnov Testi sonuçları görülmektedir.

Tablo 11
Mesleki Bağlılık Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi Sonuçları

	Kolmogorov-Smirnov		
	İstatistik	n	p
Normatif Bağlılık	0,184	200	0,568
Devam Bağlılığı	0,105	200	0,255
Duygusal Bağlılık	0,197	200	0,143

Mesleki bağlılık ölçeğine ait normal dağılım analizi sonucunda örneklem hacmi 50'nin üzerinde olduğu için Kolmogorov-Smirnov analizi yapılmasına karar verilmiştir. Yapılan normallik analizi sonucu tüm alt boyutlarda verilerin dağılımının normal olduğu sonucuna ulaşılmıştır. ($p>0,05$). Verilerin dağılımı normal olduğundan parametrik analizler yapılmasına karar verilmiştir.

3.4.3. Faktör Analizi Sonuçları

Faktör analizi, en çok kullanılan çok değişkenli istatistiksel analiz yöntemlerinden biridir. $p \geq 2$ çok değişkenli veri yapılarını, aralarında yüksek korelasyon bulunan değişkenlerle birleştirerek yeni ve anlamlı faktörlü yapılar oluşturmak için kullanılan bir yöntemdir. Başka bir deyişle, çok sayıda değişken veri yapılarını anlamlı ve daha az faktör yapısına dönüştürmek ve orijinal değişkenlerle açıklanamayan yeni faktör yapıları oluşturmak için kullanılan bir yöntemdir.

Faktör analizinin iki amacı vardır. Bunlardan birincisi, değişken sayısını azaltmak; ikincisi de değişkenler arasındaki ilişkilerden yararlanarak yeni yapılar ortaya çıkarmaktır. İkinci amaçta hedeflenen, değişkenleri sınıflayarak tek bir faktör adı altında birleştirmek ve yeni, açıklayıcı, ortak faktör yapıları oluşturmaktır.

Faktör analizinde dört temel aşama vardır. Bunlar; veri kümesinin faktör analizi için uygunluğunun değerlendirilmesi, faktörlerin elde edilmesi, faktörlerin rotasyonu ve faktörlerin adlandırılmasıdır (Kalaycı, 2010).

Faktör analizi, değişkenlerin normal dağılıma sahip olduğunu varsaymaktadır. Buna göre, değişkenler normal olarak dağıtılsa, çözüm alternatifleri artar. Bununla birlikte, normal dağılım varsayımının karşılanamadığı durumlarda faydalı sonuçlar veri setinden elde edilebilir (Çokluk ve ark., 2010: 208; Okursoy ve Turan, 2014: 72). Veri setindeki faktör sayısını belirlemek ve değişkenler arasındaki ilişkileri özetlemek için faktör analizi kullanılıyorsa, değişkenlerin normal dağılım koşulu aranamayabilir (Tabachnick ve Fidell, 2007: 613).

Veri setinin faktör analizi için uygun olup olmadığını değerlendirmek amacıyla 3 yöntem kullanılır. Bunlar korelasyon matrisinin oluşturulması, Barlett testi ve Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testleridir (Kalaycı, 2010).

Analizde kullanılan tüm değişkenler için korelasyon matrisinin oluşturulması: Veri setinin faktör analizi için uygun olup olmadığını belirlemedeki ilk adım, değişkenler arasındaki korelasyon katsayılarını incelemektir. Değişkenler arasında korelasyonun yüksek olması arzu edile bir durumdur. Çünkü, değişkenler arasındaki korelasyonlar ne kadar yüksek olursa, değişkenlerin ortak faktörleri oluşturma olasılığı o kadar yüksek olur.

Barlett testi (Barlett test of Sphericity): Korelasyon matrisindeki değişkenlerin en azından bazıları arasında yüksek bir korelasyon oranı olduğu olasılığını test eder. Analize devam edebilmek için "Korelasyon matrisi birim matrisidir" sıfır hipotezi reddedilmelidir. Sıfır hipotezi reddedilirse, değişkenler arasında yüksek bir korelasyon bulunduğunu, yani veri setinin faktör analizi için uygun olduğunu gösterir (Hair vd., 1998).

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği ölçütü: Faktör analizi, örneklem büyüklüğünün uygunluğunu test etmek için kullanılır. KMO değeri 0.50'dan düşükse faktör analizi devam etmez. Bulunan KMO değerine bağlı olarak, örneklem büyüklüğü hakkında aşağıdaki yorumlar yapılır:

- 0.50-0.60 arası “kötü”,
- 0.60-0.70 arası “zayıf”,
- 0.70-0.80 arası “orta”,
- 0.80-0.90 arası “iyi”,
- 0.90 üzeri “mükemmel”.

KMO değeri 0.50'den düşükse, sürece daha fazla anket ekleyerek örneklem sayısını artırmak gerekir.

Açımlayıcı faktör analizini (AFA) başlatmadan önce, veri setinin uygunluğunu test etmek gereklidir. Bunun için önce örneklem büyüklüğü test edilmelidir. Örneklem büyüklüğü, verilerin faktör analizine uygunluğunu etkileyen en önemli faktörlerden biridir (Okursoy ve Turan, 2014: 71). Meyer ve ark. (2006: 467), örneklem büyüklüğü için 200 gözlemin altına düşülmemesi gerektiğini, ancak değişkenlerin sayısının fazla olduğu durumlarda farklı örnek genişliklerini önermişlerdir. Buna göre, 10 değişken için 200 gözlem, 25 değişken için 250 gözlem, 90 değişkene 400 gözlem ve 500 değişkene 750-1000 gözlem önerilmektedir. Velicer ve Fava (1998: 32), genel bir kural olarak, her değişken için 10 gözlem önerir. Comrey ve Lee (1992)'den aktaran MacCallum ve ark. (1999: 84)'e göre, 50 örneklem "çok düşük", 100 örneklem "düşük", 200 örneklem "uygun", 300 örneklem "iyi", 500 örneklem "çok iyi" ve 1000+ örneklem faktör analizi için "mükemmel" olarak kabul edilir. Doktorlar için mesleki bağlılık araştırmasından elde edilen 200 anketin, içeriğindeki 12 değişkenin on katı olan 120 gözlemin üzerinde olduğundan dolayı yeterli olduğu sonucuna varılmıştır.

Aşağıda Tablo 12'de, Mesleki Bağlılığa ait KMO ve Barlett Küresellik Testine ilişkin istatistikler verilmiştir.

Tablo 12
KMO ve Barlett Küresellik Testi Sonuçları

MESLEKİ BAĞLILIK KMO and Bartlett's Test		
KMO		0,710
Bartlett's Testi	Ki-kare	288,405
	sd	66
	p.	0,000

Mesleki Bağlılık için 0,710 olarak bulunan KMO örneklem yeterliliği oranı, veri setine AFA uygulaması için yeterli olarak değerlendirilmektedir. Barlett'in küresellik testinin sonucunda elde edilen 288,405 ki-kare ve $p=0,000$ manidarlık değerleri, değişkenler arası yüksek korelasyon olduğunu göstermektedir.

12 değişkenden oluşan ölçeğin faktör desenini ortaya koymak amacıyla faktörleşme yöntemi olarak “Temel Bileşenler Analizi”, döndürme yöntemi olarak da dik döndürme yöntemlerinden maksimum değişkenlik yöntemi “Varimax” seçilmiştir.

Büyüköztürk (2002:473-474), faktör yük değerini değişkenlerin faktörlerle olan ilişkisini açıklayan bir katsayı olarak tanımlamaktadır. İşaretine bakılmaksızın 0,30-0,60arası yük değeri orta, 0,60 ve üstü yük değeri yüksek düzeyde büyüklükler olarak tanımlanabilir ve değişken çıkartmada dikkate alınır. Veri seti üzerinde yapılan uygulamada en düşük faktör yük değeri 0,643 olarak tespit edilmiş ve herhangi bir çıkartma yapılmamıştır.

Analiz sonucunda mesleki bağlılık ölçeğinin 3 faktörlü olduğu ve bu 3 faktör toplam varyansın açıklanma oranı %67,476 olarak elde edilmiştir. Birinci faktör toplam varyansın %36,541'ini ikinci faktör toplam varyansın %21,082'sini ve üçüncü faktörün toplam varyansın %9,853'ünü açıklamaktadır.

Aşağıda Tablo 13'de açıklanan varyans değerini temsil eden bileşenler görülmektedir.

Tablo 13
Toplam Varyansın Açıklama Oranı

Komponent	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Toplam	% of Var.	Küm. %	Toplam	% of Var.	Küm. %
1	4,385	36,541	36,541	4,385	36,541	36,541
2	2,53	21,082	57,623	2,53	21,082	57,623
3	1,182	9,853	67,476	1,182	9,853	67,476

Aşağıda Tablo 14’de ise döndürme işlemi sonunda oluşan bileşenler ile bu bileşenlere bağlı olarak oluşan yük değerleri görülmektedir. Değişkenler sütunundaki parantez içinde verilen sayılar, madde (soru) numarasını ifade etmektedir.

Tablo 14
Döndürme Sonucu Oluşan Komponentler Matrisi

FAKTÖRLER	DEĞİŞKENLER	KOMPONENTLER		
		1	2	3
Faktör 1	Bana avantaj sağlayacak olsa bile doktorluk mesleğini bırakmayı doğru bulmam. (16)	0,900		
	Mesleğime duyduğum sadakatten dolayı doktorluk yapmaya devam ediyorum. (18)	0,863		
	Doktorluğu bırakırsam kendimi suçlu hissederim. (17)	0,844		
	Doktorluğa devam etmeyi, yerine getirmem gereken bir sorumluluk olarak görüyorum. (15)	0,692		
Faktör 2	Benim için mesleğimi değiştirmek şu anda çok zor olur. (8)		0,821	
	Bence mesleği değiştirmek, önemli ölçüde fedakarlık gerektirir. (12)		0,816	
	Belirli bir mesleğin eğitimini almış kişilerin, o mesleği makul bir süre yapma sorumluluğu taşımaları gerektiğine inanıyorum. (13)		0,710	
	Mesleğimi değiştirirsem hayatım alt üst olur (9)		0,699	
	Bu mesleğe o kadar çok emek verdim ki, şu anda değiştiremem. (7)		0,643	
Faktör 3	Doktor olduğuma pişmanım. (2)			0,821
	Doktor olduğum için gurur duyuyorum. (3)			0,753
	Mesleğimi yapmak için hevesli ve istekliyim. (6)			0,676

Mesleki Bağlılık ölçeğinin faktör analizi uygulamasında öz değeri birden büyük faktörlerin ele alınmasına, değişkenlerin faktör içerisindeki ağırlığını gösteren faktör yüklerinin yüksek olmasına ve aynı değişken için faktör yüklerinin birbirine yakın olmamasına özen gösterilmiştir. Analiz sonucu oluşan 3 faktör ile bu faktörler altında

toplanan ifadeler tüm faktörler için aşağıda başlıklar ve tablolar halinde gösterilmiş ve araştırma içerisinde bu başlıklardaki isimleri ile kullanılmışlardır.

Faktör 1:

1. faktör altında dört ifade toplanmış ve bu ifadeler ile yük değerleri ve diğer istatistiksel değerler Tablo 15'de gösterilmiştir. Bu faktör, “**Normatif Bağlılık**” olarak adlandırılmıştır.

Tablo 15

Faktör 1: Normatif Bağlılık

Soru No:	Cronbach's Alfa	Ortalama	Medyan	Standart Sapma	Faktör Yüğü
	0,665	3,05	3	1,084	
16	Bana avantaj sağlayacak olsa bile doktorluk mesleğini bırakmayı doğru bulmam.				0,900
18	Mesleğime duyduğum sadakatten dolayı doktorluk yapmaya devam ediyorum.				0,863
17	Doktorluğu bırakırsam kendimi suçlu hissederim				0,844
15	Doktorluğa devam etmeyi, yerine getirmem gereken bir sorumluluk olarak görüyorum.				0,692

Normatif bağlılık alt boyutuna ait güvenilirlik düzeyinin yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. ($0,60 < \text{cronbach's alfa} < 0,80$, cronbach's alfa= 0,665). Doktorların normatif bağlılık düzeylerinin orta seviyede olduğu belirlenmiştir. (ortalama=3,05)

Faktör 2:

2. faktör altında beş ifade toplanmış ve bu ifadeler ile yük değerleri ve diğer istatistiksel değerler Tablo 16'da gösterilmiştir. Bu faktör, “**Devam Bağlılığı**” olarak adlandırılmıştır.

Tablo 16

Faktör 2: Devam Bağlılığı

Soru No:	Cronbach's Alfa	Ortalama	Medyan	Standart Sapma	Faktör Yüğü
	0,795	3,60	4	0,664	
8	Benim için mesleğimi değiştirmek şu anda çok zor olur.				0,821
12	Bence mesleği değiştirmek, önemli ölçüde fedakarlık gerektirir.				0,816
13	Belirli bir mesleğin eğitimini almış kişilerin, o mesleği makul bir süre yapma sorumluluğu taşımaları gerektiğine inanıyorum.				0,710
9	Mesleğimi değiştirirsem hayatım alt üst olur				0,699
7	Bu mesleğe o kadar çok emek verdim ki, şu anda değiştiremem.				0,643

Mesleki bağıllık alt boyutuna ait güvenilirlik düzeyinin yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. ($0,60 < \text{cronbah's alfa} < 0,80$, cronbach's alfa= 0,795). Doktorların devam bağıllığı düzeylerinin yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. (ortalama=3,60)

Faktör 3:

3. faktör altında üç ifade toplanmış ve bu ifadeler ile yük değerleri ve diğer istatistiksel değerler Tablo 17'de gösterilmiştir. Bu faktör, “**Duygusal Bağıllık**” olarak adlandırılmıştır.

Tablo 17
Faktör 3: Duygusal Bağıllık

Soru No:	Cronbach's Alfa	Ortalama	Medyan	Standart Sapma	Faktör Yüğü
	0,819	3,16	3	0,546	
2	Doktor olduğuma pişmanım.				0,821
3	Doktor olduğum için gurur duyuyorum.				0,753
6	Mesleğimi yapmak için hevesli ve istekliyim.				0,676

Duygusal bağıllık alt boyutuna ait güvenilirlik düzeyinin çok yüksek düzeyde olduğu görülmektedir ($0,80 < \text{cronbah's alfa} < 1,0$; cronbach's alfa=0,819). Doktorların duygusal bağıllık düzeylerinin orta seviyede olduğu belirlenmiştir (ortalama=3,16).

3.4.4. Demografik Bulgular

Araştırmada uygulanan ankette katılımcılara yaş, cinsiyet, medeni durum, (mevcut) işyerinde çalışma süresi, çalıştığı yer, doktor olarak çalıştığı süre, çalıştığı bölüm, göreviniz gibi sorular yöneltilmiştir. Katılımcıların ayrıca çalışma saatleri, kurumdaki günlük ortalama hasta teknik sayısı, hastalarla yüz yüze etkileşimde olma durumları, genellikle hizmet verdikleri hasta cinsiyeti, kurumlarında şiddete maruz kalma endişesi yaşama gibi sorular da yöneltilmiştir.

Bu sorulara verilen yanıtlara ilişkin elde edilen dağılımlar aşağıda tablolar halinde sırasıyla verilmiştir.

Ankete katılanların yaşa göre dağılımları aşağıda Tablo 18'de görülmektedir.

Tablo 18
Yaş'a Göre Dağılım

Yaş	Frekans	%
30 yaş ve altı	21	10,5
31-35 yaş	28	14,0
36-40 Yaş	66	33,0
41-45 yaş	44	22,0
46 yaş ve üzeri	41	20,5
Toplam	200	100,0

Yaş Ortalaması: 40

Tablo 18'deki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğu 36-40 yaş grubundadır (%33,0). Bunu 41-45 yaş grubu (%22,0) ile 46 yaş ve üzeri (%20,5) izlemektedir. Katılımcıların yaş grup ortalamaları 40 olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların cinsiyete göre dağılımları aşağıda Tablo 19'da görülmektedir.

Tablo 19
Cinsiyete Göre Dağılım

Cinsiyet	Frekans	%
Kadın	91	45,5
Erkek	109	54,5
Toplam	200	100,0

Katılımcıların neredeyse kadın ve erkek dağılımı birbirine eşit düzeydedir. Araştırmanın %54,5'i erkek, %45,5'i ise kadın katılımcılar oluşturmaktadır.

Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımları aşağıda Tablo 20'de görülmektedir.

Tablo 20
Medeni Duruma Göre Dağılım

Medeni Durum	Frekans	%
Evli	122	61,0
Bekar	78	39,0
Toplam	200	100,0

Katılımcıların %61,0'ı evli, %39,0'ının ise bekaardır. Araştırmaya katılan katılımcıların medeni durumlarında eşi vefat etmiş veya boşanmış (diğer)katılımcı bulunmamaktadır.

Katılımcıların doktor olarak çalışma sürelerine göre dağılımları aşağıda Tablo 21’de görülmektedir.

Tablo 21
Doktor Olarak Çalışma Süresine Göre Dağılım

Doktor Olarak Çalışma Süresi	Frekans	%
1 yıldan az	17	8,5
1-5 yıl	36	18,0
6-10 yıl	43	21,5
11-15 yıl	45	22,5
16-20 yıl	24	12,0
20 yıl ve üzeri	35	17,5
Toplam	200	100,0

Tablo 21’deki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğu 11-15 yıldır (%22,5) sektörde çalışmaktadır. Bunu 6-10 yıl (%21,5) ile 1-5 yıl (%18,0) ve 20 yıl ve üzeri (%17,5) izlemektedir.

Katılımcıların şu anda çalıştıkları yere göre dağılımları aşağıda Tablo 22’de görülmektedir.

Tablo 22
Şu an Çalışılan Yere Göre Dağılım

Şu anda Çalıştıkları Yer	Frekans	%
Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastane	80	40,0
Üniversite Hastanesi	35	17,5
Özel Hastane	37	18,5
Diğer	48	24,0
Toplam	200	100,0

Tablo 22’deki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğu Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde çalışmaktadır (%40,0). Bunu diğer (%24,0) ile özel hastane (%18,5) ve üniversite hastanesi (%17,5) izlemektedir.

Katılımcıların çalıştıkları kurumdaki çalışma süresine göre dağılımları aşağıda Tablo 23’de görülmektedir.

Tablo 23
Kurumdaki Çalışma Süresine Göre Dağılım

Kurumda Çalışma Süresi	Frekans	%
1 yıldan az	35	17,5
1-5 yıl	59	29,5
6-10 yıl	37	18,5
11-15 yıl	28	14,0
16-20 yıl	25	12,5
20 yıl ve üzeri	16	8,0
Toplam	200	100,0

Tablo 23’deki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğu 1-5 yıldır kurumlarında çalışmaktadır (%29,5). Bunu 6-10 yıl (%18,5) ile 1 yıldan az (%17,5) izlemektedir.

Katılımcıların çalıştıkları birimlere göre dağılımları aşağıda Tablo 24’de görülmektedir.

Tablo 24
Çalışılan Birimlere Göre Dağılım

Çalışılan Birim Türü	Frekans	%
Kulak Burun Boğaz	11	5,5
Üroloji	12	6,0
Aile Sağlığı Merkezi	37	18,5
Dahiliye	33	16,5
Kardiyoloji	12	6,0
Radyasyon Onkolojisi	13	6,5
Ortopedi	14	7,0
Fizik Tedavi	15	7,5
Çocuk Hastalıkları	10	5,0
Nöroloji	11	5,5
Acil	11	5,5
Göz	21	10,5
Toplam	200	100,0

Tablo 24’deki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğu Aile Sağlığı Merkezinde çalışmaktadır (%18,5). Bunu dahiliye (%16,5) ile göz (%10,5) izlemektedir.

Katılımcıların görev türüne göre dağılımları aşağıda Tablo 25’de görülmektedir.

Tablo 25
Görev Türüne Göre Dağılım

Görev Türü	Frekans	%
Uzman Doktor	107	53,5
Ürolog	15	7,5
Aile Hekimi	68	34,0
Pediatrist	10	5,0
Toplam	200	100,0

Tablo 25'deki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğu uzman doktor olarak görev yapmaktadır (%53,5). Bunu aile hekimi (%34,0) izlemektedir.

Katılımcıların çalışma saatlerine göre dağılımları aşağıda Tablo 26'da görülmektedir.

Tablo 26
Çalışma Saatlerine Göre Dağılım

Çalışma Saatleri	Frekans	%
Sadece Gündüz	164	82,0
Sadece Gece	18	9,0
Gündüz ve Gece Dönüşümlü	18	9,0
Toplam	200	100,0

Tablo 26'daki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğu sadece gündüz saatlerinde görev yapmaktadır (%82,0).

Katılımcıların kurumlarındaki ortalama hasta/tetkik sayısına göre dağılımları aşağıda Tablo 27'de görülmektedir.

Tablo 27
Hasta /Tetkik Sayısına Göre Dağılım

Kurumlarındaki Ortalama Hasta /Tetkik Sayısı	Frekans	%
1-15	21	10,5
16-30	39	19,5
31-55	71	35,5
56 ve üzeri	69	34,5
Toplam	200	100,0

Tablo 27'deki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çalıştıkları kurumdaki ortalama aldıkları hasta/tetkik sayısının çoğunluğu 31-55'dir (%35,5). Bunu 56 ve üzeri takip etmektedir (%34,5).

Katılımcıların nöbetlerinin olup olmaması durumuna göre dağılımları aşağıda Tablo 28'de görülmektedir.

Tablo 28
Nöbet Durumuna Göre Dağılım

Nöbet	Frekans	%
Nöbetim yok	68	34,0
Nöbetim var	132	66,0
Toplam	200	100,0

Tablo 28'deki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğunun nöbeti olduğu görülmektedir (%66,0).

Katılımcıların nöbet sayısına göre dağılımları aşağıda Tablo 29'da görülmektedir.

Tablo 29
Nöbet Sayısına Göre Dağılım

Nöbet Sayısı	Frekans	%
1	40	30,3
2	22	16,7
3	19	14,4
4	25	18,9
5	14	10,6
8	12	9,1
Toplam	132	100,0

Tablo 29'daki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğunun nöbet sayısı 1'dir (%30,3). Bunu nöbet sayısı 4 (%18,9) ve nöbet sayısı 2 (%16,7) takip etmektedir.

Katılımcıların hizmet verilen hastanın cinsiyetine göre dağılımları aşağıda Tablo 30'da görülmektedir.

Tablo 30
Hastanın Cinsiyetine Göre Dağılım

Hizmet Verilen Hastanın Cinsiyeti	Frekans	%
Sadece Erkek	16	8,0
Sadece Kadın	25	12,5
Her ikisi de	159	79,5
Toplam	200	100,0

Tablo 30'daki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğunun hizmet verdikleri hasta cinsiyetinin karma yani hem kadın hem erkek olduğu belirlenmiştir (%79,5).

Katılımcıların çalışılan kurumda şiddete maruz kalma endişesine göre dağılımları aşağıda Tablo 31'de görülmektedir.

Tablo 31
Kurumda Şiddete Maruz Kalma Endişesine Göre Dağılım

Çalışılan Kurumda Şiddete Maruz Kalma Endişesi	Frekans	%
1 (Hiç endişem yok)	4	2,0
2	40	20,0
3	40	20,0
4	49	24,5
5 (Çok endişeliyim)	67	33,5
Toplam	200	100,0

Tablo 31'deki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğu çalıştıkları kurumda şiddete maruz kalma endişesini yüksek düzeyde yaşamaktadır (%33,5). Bunu şiddete maruz kalma endişesini "endişeli" düzeyde yaşayanlar takip etmektedir (%24,5).

Katılımcıların, kurumda yaşanan şiddet olaylarını rapor edeceği sistem olup olmaması durumuna göre dağılımları aşağıda Tablo 32'de görülmektedir.

Tablo 32

Kurumda Yaşanan Şiddetin Rapor Edileceği Sistemin Varlığına Göre Dağılım

Kurumda Yaşanan Şiddet Olaylarının Rapor Edileceği Sistem	Frekans	%
Evet	116	58,0
Hayır	84	42,0
Toplam	200	100,0

Tablo 32'deki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğunun çalıştıkları kurumda yaşanan şiddet olaylarını rapor edebilecekleri bir sisteme sahiptirler (%58,0).

Katılımcıların kurumda şiddet olayını gerekli yerlere bildirme konusunda kendilerini destekleyen kişi/kişilerin olması durumuna göre dağılımları aşağıda Tablo 33'de görülmektedir.

Tablo 33

Kurumda Şiddeti Gerekli Yerlere Bildirme Konusunda Destekleyen Kişi/Kişilerin Varlığına Göre Dağılım

Kurumda Şiddet Olayını Gerekli Yerlere Bildirme Konusunda Destekleyen Kişi/Kişiler	Frekans	%
Evet	132	66,0
Hayır	68	34,0
Toplam	200	100,0

Tablo 33'deki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğunun çalıştıkları kurumda şiddet olaylarını gerekli yerlere bildirme konusunda kendilerini destekleyen kişi veya kişilere sahiptirler (%66,0).

Katılımcıların, kendilerini kurum içi destekleyen kişi/kişiler olması durumuna göre dağılımları aşağıda Tablo 34'de görülmektedir.

Tablo 34
Kurum İçi Destekleyen Kişi/Kişiler Varlığına Göre Dağılım

Kurum İçi Destekleyen Kişi/Kişiler	Frekans	%
Halk Sağlığı Merkezi	56	42,4
Meslektaş	46	34,8
Yönetici	30	22,7
Toplam	200	100,0

Tablo 34'deki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğunun kurum içi destekçisi olan kişi/kişilerin halk sağlığı merkezinde çalışanlar olduğu görülmektedir (%42,4).

Katılımcıların, kendilerini kurum dışı destekleyen kişi/kişiler olması durumuna göre dağılımları aşağıda Tablo 35'de görülmektedir.

Tablo 35
Kurum Dışı Destekleyen Kişi/Kişiler Varlığına Göre Dağılım

Kurum Dışı Destekleyen Kişi/Kişiler	Frekans	%
Sivil Toplum Kuruluşları	56	42,4
Aile	43	32,6
Arkadaş	33	25,0
Toplam	200	100,0

Tablo 35'deki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğunun kurum dışı destekçisi olan kişi/kişilerin sivil toplum kuruluşlarının olduğu görülmektedir (%42,4).

3.4.5. İşyerinde Şiddete Dair Bulgular

Araştırmada uygulanan ankettin bu bölümünde katılımcılara sağlık sektöründe çalışma yaşamları boyunca şiddete maruz kalma durumları, uğradıkları şiddet olayının türü, son 12 ayda herhangi bir şiddete maruz kalma durumları, en son yaşadıkları şiddet olayının ne olduğunu, uygulanan şiddet uygulayıcısının cinsiyeti, şiddet olayının gerçekleştiği saat, mekan, haftanın hangi günü gibi sorular yöneltilmiştir.

Bu sorulara verilen yanıtlara ilişkin elde edilen dağılımlar aşağıda tablolar halinde sırasıyla verilmiştir.

Katılımcıların sağlık sektöründe çalışma boyunca şiddete maruz kalma durumuna göre dağılımları aşağıda Tablo 36'da görülmektedir.

Tablo 36
Sağlık Sektöründe Çalışma Yaşamı Boyunca Şiddete Maruz Kalma Durumuna
Göre Dağılım

Sağlık Sektöründe Çalışma Yaşamı Boyunca Şiddete Maruz Kalma	Frekans	%
Evet	193	96,5
Hayır	7	3,5
Toplam	200	100,0

Tablo 36'daki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğunun sağlık sektöründe çalışma yaşamı boyunca şiddete maruz kaldıkları görülmektedir (%96,5).

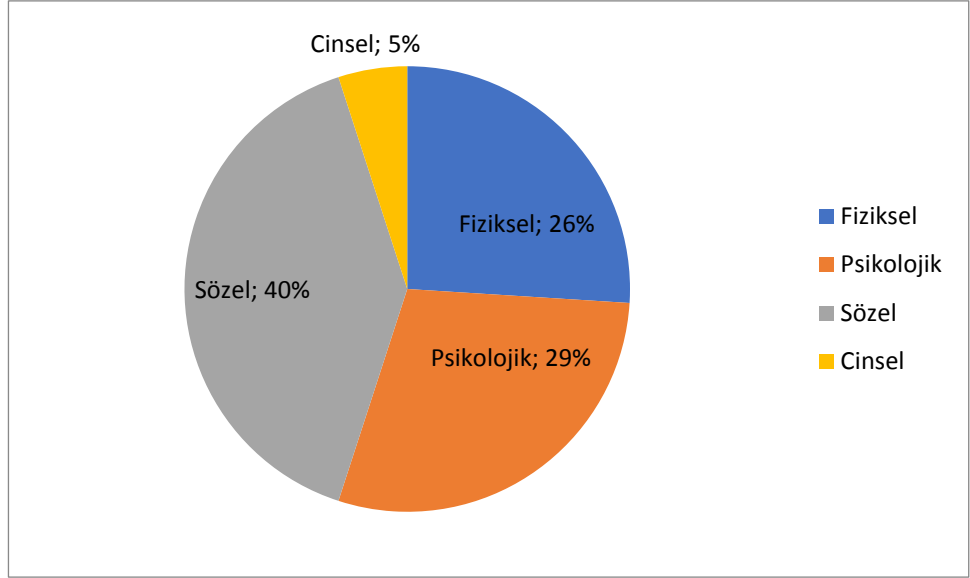
Katılımcıların maruz kaldıkları şiddet türü ve sayısına göre dağılımları aşağıda Tablo 37'de görülmektedir.

Tablo 37
Maruz Kalınan Şiddet Türü ve Sayısına Göre Dağılım

Maruz Kaldıkları Şiddet Türü ve Sayısına	Fiziksel		Psikolojik		Sözel		Cinsel	
	Frekans	%	Frekans	%	Frekans	%	Frekans	%
1	52	40,9	12	8,8	12	6,3	15	60,0
2-4	51	40,2	32	23,4	29	15,3	10	40,0
5-9	6	4,7	2	1,5	32	16,3	-	-
10 ve üzeri	17	13,4	91	66,4	116	61,4	-	-
Toplam	127	100,0	137	100,0	189	100,0	25	100,0

Tablo 37'deki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğunun 1 kez fiziksel şiddete maruz kaldıkları (%40,9), 10 ve üzeri psikolojik şiddete maruz kaldıkları (%66,4) ve 10 ve üzeri sayıda sözel şiddete maruz kaldıkları ve 1 defa cinsel şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir (%60,0).

Katılımcıların maruz kaldıkları şiddet türünün yoğunluğuna göre yüzdesel dağılımı aşağıdaki Şekil 4'deki grafikte görülmektedir:



Şekil 4. Şiddet Türünün Yoğunluğuna Göre Yüzdesel Dağılım

Buna göre en çok sözel şiddete maruz kalınmıştır (%40). Bunu psikolojik şiddet (%29), fiziksel şiddet (%26) ve cinsel şiddet (%5) izlemektedir.

Katılımcıların son 12 ayda herhangi bir şiddet olayına maruz kalmalarına göre dağılımları aşağıda Tablo 38'de görülmektedir.

Tablo 38

Son 12 Ayda Herhangi Bir Şiddet Olayına Maruz Kalma Durumuna Göre Dağılım

Son 12 Ayda Herhangi Bir Şiddet Olayına Maruz Kalma	Fiziksel	
	Frekans	%
Evet	158	79,0
Hayır	42	21,0
Toplam	200	100,0

Tablo 38'deki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğu son 12 ayda şiddete maruz kalmıştır (%79,0).

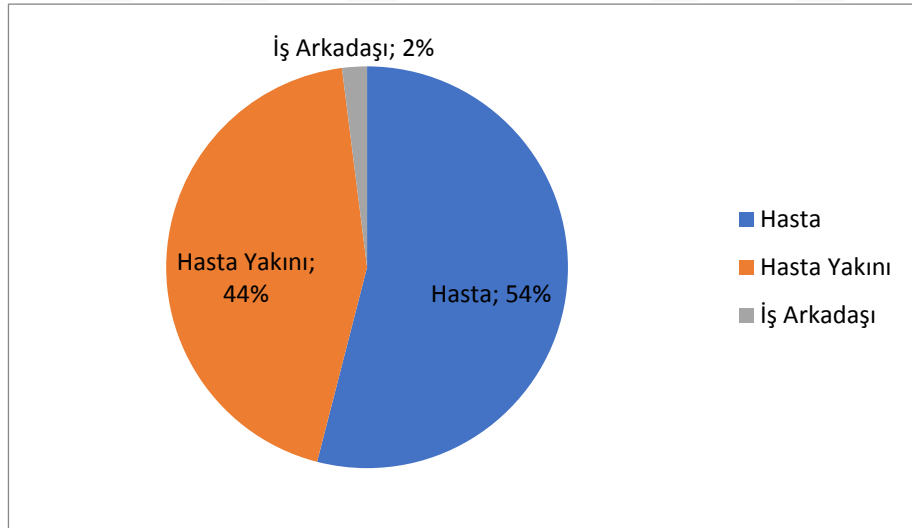
Katılımcıların son 12 ayda maruz kalınan şiddet türüne kim tarafından maruz kalma durumlarına göre dağılımları aşağıda Tablo 39'da görülmektedir.

Tablo 39
Şiddet Türünün Şiddet Uygulayana Göre Dağılımı

	Şiddet Türü							
Şiddet Uygulayan	Fiziksel		Psikolojik		Sözel		Cinsel	
	Frekans	%	Frekans	%	Frekans	%	Frekans	%
Hasta	46	45,1	8	10,7	115	85,5	12	54,5
Hasta Yakını	53	52,0	63	84,0	19	14,2	10	45,5
İş Arkadaşı	3	2,9	4	5,3	-	-	-	-
Toplam	102	100,0	75	100,0	134	100,0	22	100,0

Tablo 39'daki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğunun hasta yakını tarafından fiziksel şiddete maruz kaldığı (%52,0), yine çoğunluğunun hasta yakını tarafından psikolojik şiddete maruz kaldığı (%84,0), sözel şiddete ise en çok hasta tarafından maruz kaldığı (%85,5), yine çoğunluğunun hasta tarafından cinsel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (%54,5).

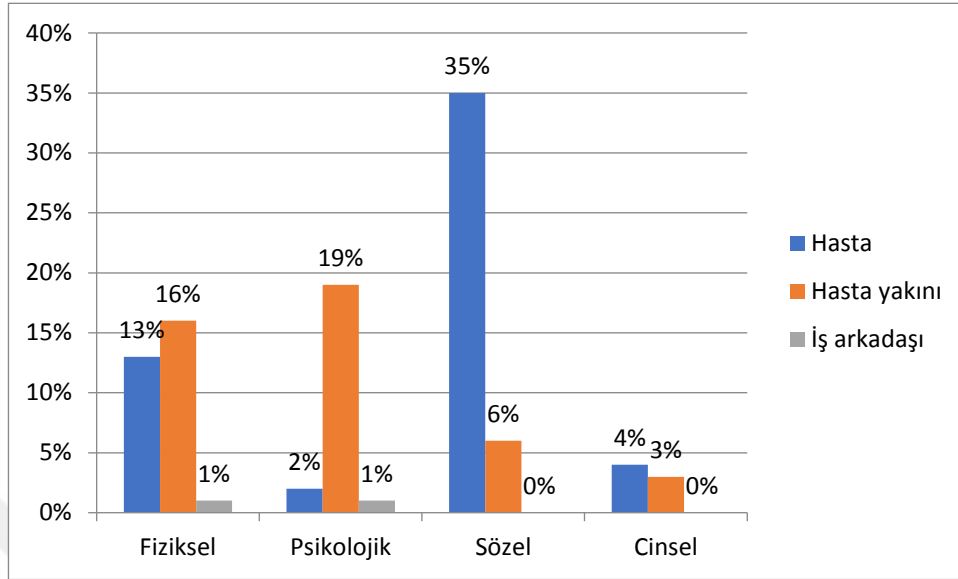
Katılımcıların şiddete en çok hangi grup tarafından maruz kaldığını gösteren durum aşağıdaki Şekil 5'teki grafikte gösterilmektedir:



Şekil 5. Şiddet Uygulayan Dağılımı

Grafiğe göre şiddet en çok hastadan gelmektedir (%54). Şiddetin kalan %44'ü hasta yakınınca ve %2'si de iş arkadaşlarınca uygulanmaktadır.

Katılımcıların şiddetin hangi türüne kim tarafından maruz kaldığını gösteren kümülatif durum aşağıda Şekil 6’da gösterilmektedir:



Şekil 6. Şiddetin Hangi Türüne Kim Tarafından Maruz Kaldığını Gösteren Kümülatif Durum

Buna göre, katılımcılar en çok sözel şiddete maruz kalmış (%41) ve şiddet en çok hasta yakınınca uygulanmıştır (%35). Şiddetin %19’u hasta yakını tarafından psikolojik şiddet olarak uygulanmış ve %16’sı hasta yakını tarafından fiziksel şiddet olarak uygulanmıştır.

Katılımcıların son yaşadıkları şiddet olayındaki saldırgan durumuna göre dağılımları aşağıda Tablo 40’da görülmektedir.

Tablo 40

Son Şiddet Olayındaki Şiddet Uygulayana Göre Dağılım

Şiddet Uygulayan	Frekans	%
Hasta	100	63,3
Hasta Yakını	54	34,2
Diğer	4	2,5
Toplam	158	100,0

Tablo 40’daki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğunun son yaşadıkları şiddet olayında şiddet uygulayanın “Hasta” olduğu belirlenmiştir (%63,3).

Katılımcıların son yaşadıkları şiddet olayındaki saldırganın cinsiyetine göre dağılımları aşağıda Tablo 41’de görülmektedir.

Tablo 41
Son Şiddet Olayındaki Şiddet Uygulayanın Cinsiyetine Göre Dağılım

Son Yaşanılan Şiddet Olayında Saldırgan	Frekans	%
Kadın	29	18,4
Erkek	129	81,6
Toplam	158	100,0

Tablo 41'deki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğunun son yaşadıkları şiddet olayında saldıranın erkek olduğu belirlenmiştir (%81,6).

Katılımcıların en son yaşanan şiddet olayının gerçekleştiği yere göre dağılımları aşağıda Tablo 42'de görülmektedir.

Tablo 42
Son Şiddet Olayının Gerçekleştiği Yere Göre Dağılım

Son Yaşanılan Şiddet Olayının Gerçekleştiği Yer	Frekans	%
Poliklinik	126	79,7
Acil Poliklinik	16	10,1
Hasta Odası	16	10,1
Toplam	158	100,0

Tablo 42'deki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğunun son yaşadıkları şiddet olayının poliklinikte olduğu belirlenmiştir (%79,7).

Katılımcıların en son yaşanan şiddet olayının gerçekleştiği güne göre dağılımları aşağıda Tablo 43'de görülmektedir.

Tablo 43
Son Şiddet Olayının Gerçekleştiği Güne Göre Dağılım

Son Yaşanılan Şiddet Olayının Gerçekleştiği Gün	Frekans	%
Pazartesi	12	7,6
Salı	10	6,3
Çarşamba	12	7,6
Perşembe	-	-
Cuma	8	5,1
Hatırlamıyorum	116	73,4
Toplam	158	100,0

Tablo 43'deki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğunun son yaşadıkları şiddet olay gününü hatırlamamaktadır (%73,4). Bununla birlikte şiddet olayı en çok pazartesi ve perşembe yaşanmıştır.

Katılımcıların en son yaşanan şiddet olayının gerçekleştiği saate göre dağılımları aşağıda Tablo 44'de görülmektedir.

Tablo 44
Son Şiddet Olayının Gerçekleştiği Saate Göre Dağılım

Son Yaşanılan Şiddet Olayının Gerçekleştiği Saat	Frekans	%
07:00-13:00	26	16,5
13:00-18:00	50	31,6
24:00-07:00	10	6,3
Hatırlamıyorum	72	45,6
Toplam	158	100,0

Tablo 44'deki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğunun son yaşadıkları şiddet olay saatini hatırlamamaktadır (%45,6). Bununla birlikte şiddet olayı en çok saat 13.00-18.00 arası gerçekleşmiştir.

Katılımcıların en son yaşanan şiddet olayı anında verdikleri tepkilere göre dağılımları aşağıda Tablo 45'de görülmektedir.

Tablo 45
Son Şiddet Olayı Anındaki Tepkilere Göre Dağılım

Son Yaşanılan Şiddet Olayı Anında Verilen Tepki	Frekans	%
Hiçbir şey yapmadım.	100	63,3
Kendimi fiziksel olarak savunmaya çalıştım.	8	5,1
Fiziksel şiddet kullanan kişi/kişilere durmasını söyledim.	18	11,4
Fiziksel şiddet kullanan kişi/kişilere fiziksel olarak karşılık verdim.	8	5,1
Diğer	24	15,2
Toplam	158	100,0

Tablo 45'deki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğunun son yaşadıkları şiddet olayında hiçbir tepki vermemişlerdir (%63,3).

Katılımcıların en son yaşanan şiddet olayından sonra verdikleri tepkilere göre dağılımları aşağıda Tablo 46'da görülmektedir.

Tablo 46

Son Şiddet Olayından Sonraki Tepkilere Göre Dağılımı

Son Yaşanılan Şiddet Olayından Sonra Verilen Tepki	Frekans	%
Hiçbir şey olmamış gibi davrandım.	37	23,4
Aileme arkadaşlarıma anlattım.	64	40,5
İş yerinden arkadaşlarıma anlattım.	34	21,5
Yöneticilere sözlü olarak anlattım.	9	5,7
Yasal yollara başvurdum.	8	5,1
Psikolojik destek aldım.	6	3,8
Toplam	158	100,0

Tablo 46'daki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğunun son yaşadıkları şiddet olayını aile ve arkadaşlarına anlattıkları belirlenmiştir (%40,5).

Katılımcıların yaşanılan şiddet olayından başkalarına bahsetmeme nedenine göre dağılımları aşağıda Tablo 47'de görülmektedir.

Tablo 47

Son Şiddet Olayından Başkasına Bahsetmemeye Göre Dağılım

Son Yaşanılan Şiddet Olayında Başkasına Bahsetmeme Nedeni	Frekans	%
İşe yaramazdı	18	48,6
Olumsuz sonuçlarından korktum	19	51,4
Toplam	37	100,0

Tablo 47'deki bulgulara göre araştırma kapsamındaki son yaşadıkları şiddet olayından sonra hiçbir şey olmamış gibi davranan doktorların çoğunluğunun bu şekilde davranmasının nedeni olarak olumsuz sonuçlar doğurmasından korkmak olduğunu belirtmişlerdir (%51,4).

Katılımcıların yaşanılan şiddetin engellenebilir olması durumuna göre dağılımları aşağıda Tablo 48'de görülmektedir.

Tablo 48

Son Şiddet Olayının Engellenebilir Olması Durumuna Göre Dağılım

Son Yaşanılan Şiddet Olayının Engellenebilir Olması	Frekans	%
Evet	75	47,5
Hayır	83	52,5
Toplam	158	100,0

Tablo 48'deki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğunun son yaşadıkları şiddet olayının engellenemez olduğunu düşünmektedirler (%52,5).

Katılımcıların en son yaşanan şiddet olayından dolayı yaralanma durumuna göre dağılımları aşağıda Tablo 49'da görülmektedir.

Tablo 49
Son Şiddet Olayında Yaralanma Durumuna Göre Dağılım

Son Yaşanılan Şiddet Olayından Dolayı Yaralanma	Frekans	%
Evet	10	6,3
Hayır	148	93,7
Toplam	158	100,0

Tablo 49'daki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğunun son yaşadıkları şiddet olayının herhangi bir yaralanma durumu olmamıştır (%93,7).

Katılımcıların en son yaşanan şiddet olayından sonra çalışmaya ara verme durumuna göre dağılımları aşağıda Tablo 50'de görülmektedir.

Tablo 50
Son Şiddet Olayından Sonra Çalışmaya Ara Verilmesi Durumuna Göre Dağılım

Şiddet Olayından Sonra Çalışmaya Ara Verilmesi	Frekans	%
Evet	44	27,8
Hayır	114	72,2
Toplam	158	100,0

Tablo 50'deki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğunun son yaşadıkları şiddet olayının sonra çalışmaya ara vermemişlerdir (%72,2).

Katılımcıların en son yaşanan şiddet olayından sonra ara verenlerin ara verdikleri süre durumuna göre dağılımları aşağıda Tablo 51'de görülmektedir.

Tablo 51
Son Şiddet Olayından Sonra Çalışmaya Ara Verenlerin Ara Verdikleri Süre Durumuna Göre Dağılımı

Ara verilen süre	Frekans	%
1 gün	24	54,5
2-3 gün	10	22,7
1 hafta	10	22,7
Toplam	44	100,0

Tablo 51'deki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğunun son yaşadıkları şiddet olayının sonra çalışmaya ara verenlerin 1 gün ara verdikleri belirlenmiştir (%54,5).

Katılımcıların en son yaşanan şiddet olayından sonra olayın sebebini incelemek üzere bir girişim olup olmamasına göre dağılımları aşağıda Tablo 52'de görülmektedir.

Tablo 52
Şiddet Olayının Sebebini İncelemek İçin Bir Girişim Olması
Durumuna Göre Dağılım

Olayın sebeplerini incelemek üzere bir girişim oldu mu?	Frekans	%
Evet	23	15,1
Hayır	81	53,3
Bilmiyorum	48	31,6
Toplam	152	100,0

Tablo 52'deki bulgulara göre araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğunun son yaşadıkları şiddet olayının sebebini incelenmediğini belirtmişlerdir (%53,3).

Katılımcıların en son yaşanan şiddet olayından sonra olayı inceleme girişiminde bulunan kişiye göre dağılımları aşağıda Tablo 53'de görülmektedir.

Tablo 53
Şiddet Olayının Sebebini İnceleyen Kişiye Göre Dağılım

Olayı İnceleme Girişiminde Bulunan Kişi	Frekans	%
Yönetici/işveren	13	56,5
Yakın çevre	10	43,5
Toplam	23	100,0

Tablo 53'deki bulgulara göre şiddet olayının sebebini inceleyenlerin büyük çoğunluğunun yönetici/işveren olduğu belirlenmiştir (%56,5).

Katılımcıların en son yaşanan şiddet olayından sonra saldırganların akıbetine göre dağılımları aşağıda Tablo 54'de görülmektedir.

Tablo 54
Şiddetten Sonra Şiddet Uygulayanın Akıbetine Göre Dağılım

Şiddet Olayından Sonra Saldırganların Akıbeti	Frekans	%
Polise bildirildi	7	41,2
Dava edildi	1	5,9
Görevden alındı	1	5,9
Bakımı kesildi	4	23,5
Hiçbir şey olmadı	4	23,5
Toplam	17	100,0

Tablo 54'deki bulgulara göre en son yaşanan şiddet olayından sonra saldırganların polise bildirilmiş olduğu belirlenmiştir (%41,2).

Katılımcıların en son yaşanan şiddet olayından sonra işveren veya yöneticilerin önerilerine göre dağılımları aşağıda Tablo 55'de görülmektedir.

Tablo 55
Şiddetten Sonra İş Veren veya Yöneticilerin Önerisine Göre Dağılım

İş Veren veya Yöneticilerin Önerisi	Danışma		Konuyu Resmi Olarak Taşıma		Diğer Destekler	
	Frekans	%	Frekans	%	Frekans	%
Evet	31	49,2	48	55,2	24	40,0
Hayır	32	50,8	39	44,8	36	60,0
Toplam	63	100,0	87	100,0	60	100,0

Tablo 55'deki bulgulara göre en son yaşanan şiddet olayından sonra yönetici/işveren büyük çoğunluğu konuyu resmi olarak taşıma önerisinde bulunmuştur (%55,2).

Tablo 56
Kurumun Şiddeti Ele Alış Şeklinden Duyulan Memnuniyete Göre Dağılım

İşyerinin Olayı Ele Alış Şekliden Hissedilen Tatmin Düzeyi	Frekans	%
1 (hiç tatmin olmadım)	65	44,2
2	32	21,8
3	38	25,9
4 (tatmin oldum)	12	8,2
Toplam	147	100,0

Tablo 56'daki bulgulara göre en son yaşanan şiddet olayını işyerinin ele alış şeklinden tatmin olamamışlardır (%44,2).

Katılımcıların son 12 ayda iş yerinde fiziksel şiddete şahit olma durumlarına göre dağılımları aşağıda Tablo 57'de görülmektedir.

Tablo 57
Son 12 Ayda İş Yerinde Fiziksel Şiddete Şahit Olmaya Göre Dağılım

Son 12 Ayda İş Yerinde Fiziksel Şiddete Şahit Olma Durumu	Frekans	%
Evet	83	41,5
Hayır	117	58,5
Toplam	200	100,0

Tablo 57'deki bulgulara göre katılımcıların büyük çoğunluğu son 12 ayda iş yerlerinde fiziksel şiddete şahit olmamıştır (%58,5).

Katılımcıların son 12 ayda iş yerinde fiziksel şiddete şahit olanların kaç kez şahit olduklarına göre dağılımları aşağıda Tablo 58'de görülmektedir.

Tablo 58
Son 12 Ayda İş Yerinde Fiziksel Şiddete Şahit Olma Sıklığına Göre Dağılım

Son 12 Ayda İş Yerinde Fiziksel Şiddete Şahit Olma Durumu	Frekans	%
1	8	9,6
2-4	36	43,4
5-10	10	12,0
Her ay birçok kez	23	27,7
Her hafta	4	4,8
Her gün	2	2,4
Toplam	83	100,0

Tablo 58'deki son 12 ayda iş yerlerinde fiziksel şiddete şahit olan katılımcıların büyük çoğunluğunun bu duruma her ay birçok kez şahit oldukları belirlenmiştir (%27,7).

Katılımcıların son 12 ayda şahit olunan şiddet olayını ihbar etme durumlarına göre dağılımları aşağıdaki Tablo 59'da verilmiştir.

Tablo 59
Şiddeti İhbar Etme Durumuna Göre Dağılım

Şahit Olunan Şiddet Olayını İhbar Etme Durumu	Frekans	%
Evet	53	63,9
Hayır	30	36,1
Toplam	83	100,0

Tablo 59'daki bulgulara göre katılımcıların büyük çoğunluğu şahit oldukları şiddet olayını ihbar ettikleri belirlenmiştir (%63,9).

Katılımcıların iş yerindeki şiddeti ihbar ettiği için disipline gönderilme durumlarına göre dağılımları aşağıdaki Tablo 60'da verilmiştir.

Tablo 60
Şiddeti İhbar Ettiği İçin Disipline Sevk Edilme Durumu

Şahit Olunan Şiddet Olayını İhbar Ettikleri İçin Disipline Sevk Edilme Durumu	Frekans	%
Evet	21	39,6
Hayır	32	60,4
Toplam	53	100,0

Tablo 60'daki bulgulara göre katılımcıların büyük çoğunluğu şahit oldukları şiddet olayını ihbar ettikleri için disipline sevk edilmediği belirlenmiştir (%60,4). Geri kalan %39,6'sının ise disipline sevk edildiği belirlenmiştir.

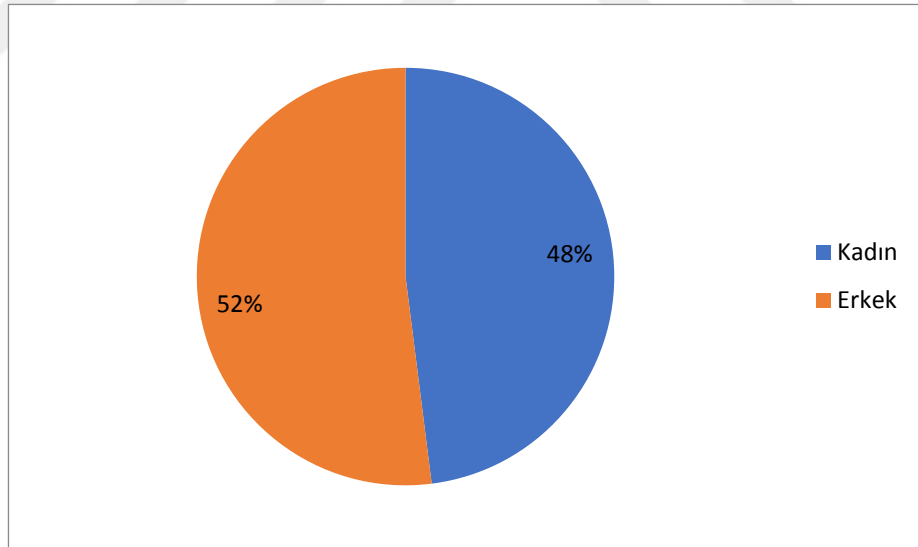
Tablo 61
Cinsiyet ile Psikolojik Şiddet Ki-Kare Analizi Sonuçları

			Psikolojik Şiddet Sıklığı				X ²	Sd	p
			1	2-4	5-9	10 ve üzeri			
Cinsiyet	Kadın	n	4	7	1	48	9,774	3	0,021*
		%	%6,7	%11,7	%1,7	%80,0			
	Erkek	n	8	25	1	43			
		%	%10,4	%32,5	%1,3	%55,8			

*p<0,05

Doktorların uğradıkları psikolojik şiddet olayı sıklığı ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare analizi sonucunda, gruplar arasındaki ilişki düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=9,774$; $p<0,05$).

Psikolojik şiddete en çok erkekler maruz kalmıştır (%52). Bunu %48 ile kadınlar izlemektedir (Şekil 7).



Şekil 7. Psikolojik Şiddet Mağdurlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 62**Görev (Branş) ile Fiziksel Şiddete Uğrama Ki-Kare Analizi Sonuçları**

			Görev (Branş)				X ²	Sd	p
			Uzman Doktor	Ürolog	Aile Hekimi	Pediatrist			
Fiziksel Şiddete Uğrama	Evet	n	61	14	46	6	8,262	3	0,041*
		%	%48	%11	%36	%5			
	Hayır	n	46	1	22	4			
		%	%63	%1	%30	%6			

*p<0,05

Doktorların görevleri ile fiziksel şiddete uğrama durumu arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare analizi sonucunda, gruplar arasındaki ilişki düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=8,262$; $p<0,05$).

Tablo 63**Görev (Branş) ile Psikolojik Şiddete Uğrama Ki-Kare Analizi Sonuçları**

			Görev (Branş)				X ²	Sd	p
			Uzman Doktor	Ürolog	Aile Hekimi	Pediatrist			
Psikolojik Şiddete Uğrama	Evet	n	75	13	40	9	7,513	3	0,047*
		%	%54,7	%9,5	%29,2	%6,6			
	Hayır	n	32	2	28	1			
		%	%50,8	%3,2	%44,4	%1,6			

*p<0,05

Doktorların görevleri ile psikolojik şiddete uğrama durumu arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare analizi sonucunda, gruplar arasındaki ilişki düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=7,513$; $p<0,05$).

Tablo 64**Görev (Branş) ile Fiziksel Şiddeti Uygulayan Ki-Kare Analizi Sonuçları**

			Görev (Branş)				X ²	Sd	p
			Uzman Doktor	Ürolog	Aile Hekimi	Pediatrist			
Fiziksel Şiddeti Uygulayan	Hasta	n	12	8	22	4	13,987	6	0,030*
		%	%25,5	%66,7	%59,5	%66,7			
	Hasta Yakını	n	33	4	14	2			
		%	%70,2	%33,3	%37,8	%33,3			
	İş Arkadaşı	n	2	0	1	0			
		%	%4,3	%0,0	%2,7	%0,0			

*p<0,05

Doktorların görevleri ile fiziksel şiddet görülen kişi arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare analizi sonucunda, gruplar arasındaki ilişki düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=13,987$; $p<0,05$).

Tablo 65

Görev (Branş) ile Psikolojik Şiddeti Uygulayan Ki-Kare Analizi Sonuçları

			Görev (Branş)				X^2	Sd	p
			Uzman Doktor	Ürolog	Aile Hekimi	Pediatrist			
Psikolojik Şiddeti Uygulayan	Hasta	n	4	0	4	0	21,996	6	0,001*
		%	%11,1	%0,0	%17,4	%0,0			
	Hasta Yakını	n	32	12	17	2			
		%	%88,9	%100,0	%73,9	%50,0			
	İş Arkadaşı	n	0	0	2	2			
		%	%0,0	%0,0	%8,7	%50,0			

* $p<0,05$

Doktorların görevleri ile psikolojik şiddet görülen kişi arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare analizi sonucunda, gruplar arasındaki ilişki düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=21,996$; $p<0,05$).

Tablo 66

Görev (Branş) ile Sözel Şiddeti Uygulayan Ki-Kare Analizi Sonuçları

			Görev (Branş)				X^2	Sd	p
			Uzman Doktor	Ürolog	Aile Hekimi	Pediatrist			
Sözel Şiddeti Uygulayan	Hasta	n	42	13	51	9	26,494	3	0,000*
		%	%68,9	%100,0	%31,1	%100,0			
	Hasta Yakını	n	19	0	0	0			
		%	%31,1	%0,0	%0,0	%0,0			
	İş Arkadaşı	n	0	0	0	0			
		%	%0,0	%0,0	%0,0	%0,0			

* $p<0,05$

Doktorların görevleri ile sözel şiddeti uygulayan kişi arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare analizi sonucunda, gruplar arasındaki ilişki düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=26,494$; $p<0,05$).

Tablo 67

Çalışma Saatleri ile Sektördeki Yaşam Boyunca Şiddete Uğrama

Ki-Kare Analizi Sonuçları

			Çalışma Saatleri			X ²	Sd	p
			Sadece Gündüz	Sadece Gece	Gündüz ve Gece Dönüşümlü			
Sektördeki Yaşam Boyunca Şiddete Uğrama	Evet	n	161	18	14	20,689	2	0,000*
		%	%83,4	%9,3	%7,3			
	Hayır	n	3	0	4			
		%	%42,9	%0,0	%57,1			

*p<0,05

Doktorların çalışma saatleri ile sektördeki yaşamı boyunca şiddete maruz kalma durumu arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare analizi sonucunda, gruplar arasındaki ilişki düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=20,689$; $p<0,05$).

Tablo 68

Çalışma Saatleri ile Son 12 Ayda Şiddete Uğrama Ki-Kare Analizi Sonuçları

			Çalışma Saatleri			X ²	Sd	p
			Sadece Gündüz	Sadece Gece	Gündüz ve Gece Dönüşümlü			
Son 12 Ayda Şiddete Uğrama	Evet	n	135	16	7	19,605	2	0,000*
		%	%85,4	%10,1	%4,4			
	Hayır	n	29	2	11			
		%	%69,0	%4,8	%26,2			

*p<0,05

Doktorların çalışma saatleri ile son 12 ayda şiddete maruz kalma durumu arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare analizi sonucunda, gruplar arasındaki ilişki düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=19,605$; $p<0,05$).

Tablo 69

Hasta/Tetkik Sayısı ile Sözel Şiddete Uğrama Ki-Kare Analizi Sonuçları

			Hasta/Tetkik Sayısı				X ²	Sd	p
			1-15	16-30	31-55	56 ve üzeri			
Sözel Şiddete Uğrama	Evet	n	17	39	71	62	16,682	3	0,001*
		%	%9,0	%20,6	%37,6	%32,8			
	Hayır	n	4	0	0	7			
		%	%36,4	%0,0	%0,0	%63,6			

*p<0,05

Doktorların günlük ortalama hasta/tetkik sayısı ile çalışanlarının sözel şiddete uğrama durumu arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığının belirlemek amacıyla yapılan ki-kare analizi sonucunda, gruplar arasındaki ilişki düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=16,682$; $p<0,05$).

Tablo 70

Hasta/Tetkik Sayısı ile Şiddetin Yaşandığı Yer Ki-Kare Analizi Sonuçları

			Hasta/Tetkik Sayısı				X^2	Sd	p
			1-15	16-30	31-55	56 ve üzeri			
Şiddetin Yaşandığı Yer	Poliklinik	n	11	29	45	41	16,827	6	0,010*
		%	%8,7	%23,0	%35,7	%32,5			
	Acil Poliklinik	n	0	0	6	10			
		%	%0,0	%0,0	%37,5	%62,5			
	Hasta Odası	n	4	0	5	7			
		%	%25,0	%0,0	%31,3	%43,8			

* $p<0,05$

Doktorların günlük ortalama hasta/tetkik sayısı ile en son yaşanan şiddet olayının mekânı arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare analizi sonucunda, gruplar arasındaki ilişki düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=16,827$; $p<0,05$).

Tablo 71

Çalışma Saatleri ile Sözel Şiddete Uğrama Ki-Kare Analizi Sonuçları

			Sözel Şiddet Sayısı				X^2	Sd	p
			1	2-4	5-9	10 ve üzeri			
Çalışma Saatleri	Sadece Gündüz	n	7	25	22	103	38,545	6	0,000*
		%	4,5	15,9	14,0	65,6			
	Sadece Gece	n	0	1	9	8			
		%	0,0	5,6	50,0	44,4			
	Gündüz ve Gece Dönüşümlü	n	5	3	1	5			
		%	35,7	21,4	7,1	35,7			

* $p<0,05$

Doktorların sözel şiddete uğraması ile çalışma saatleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare analizi sonucunda, gruplar arasındaki ilişki düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=38,545$; $p<0,05$).

Tablo 72**Hasta Tetkik Sayısı ile Psikolojik Şiddete Uğrama Ki-Kare Analizi Sonuçları**

			Psikolojik Şiddet Sayısı				X ²	Sd	p
			1	2-4	5-9	10 ve üzeri			
Hasta Tetkik Sayısı	1-15	n	6	3	0	4	32,384	9	0,000*
		%	46,2	23,1	0,0	30,8			
	16-30	n	0	8	0	24			
		%	0,0	25,0	0,0	75,0			
	31-55	n	4	8	0	32			
		%	9,1	18,2	0,0	72,7			
	56 ve üzeri	n	2	13	2	31			
		%	8,8	27,1	1,5	64,6			

*p<0,05

Doktorların psikolojik şiddete uğraması ile günlük ortalama hasta tetkik sayısı arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare analizi sonucunda, gruplar arasındaki ilişki düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=32,384$; $p<0,05$).

Tablo 73**Hasta Tetkik Sayısı ile Cinsel Şiddete Uğrama Ki-Kare Analizi Sonuçları**

			Cinsel Şiddet Sayısı		X ²	Sd	p
			1	2-4			
Hasta Tetkik Sayısı	1-15	n	0	4	9,135	3	0,028*
		%	0,0	100,0			
	16-30	n	2	0			
		%	100,0	0,0			
	31-55	n	10	3			
		%	76,9	23,1			
	56 ve üzeri	n	3	3			
		%	50,0	50,0			

*p<0,05

Doktorların cinsel tacize maruz kalması ile günlük ortalama hasta tetkik sayısı arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare analizi sonucunda, gruplar arasındaki ilişki düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=9,135$; $p<0,05$).

Tablo 74
Nöbeti Olma İle Sözel Şiddete Uğrama Ki-Kare sonuçları

			Nöbeti Olma Durumu		X ²	Sd	p
			Nöbetim Yok	Nöbetim Var			
Sözel Şiddet Sayısı	1	n	2	10	10,324	3	0,016*
		%	3,1	8,0			
	2-4	n	17	12			
		%	26,6	9,6			
	5-9	n	10	22			
		%	15,6	17,6			
	10 ve üzeri	n	35	81			
		%	54,7	64,8			

*p<0,05

Doktorların nöbeti olma durumu ile sözel şiddete uğraması arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare analizi sonucunda, gruplar arasındaki ilişki düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (X²=10,324; p<0,05).

Tablo 75
Nöbet Sayısı ile Fiziksel Şiddete Uğrama Ki-Kare Analizi Sonuçları

			Aylık Nöbet Sayısı						X ²	Sd	p
			1	2	3	4	5	8			
Fiziksel Şiddet Sayısı	1	n	9	0	8	12	1	4	26,099	10	0,004*
		%	29,1	0,0	57,1	60,0	50,0	50,0			
	2-4	n	13	7	6	8	1	4			
		%	41,8	100,0	42,9	40,0	50,0	50,0			
	10 ve üzeri	n	9	0	0	0	0	0			
		%	29,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			

*p<0,05

Doktorların aylık nöbet sayısı ile fiziksel şiddete uğraması arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare analizi sonucunda, gruplar arasındaki ilişki düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (X²=26,099; p<0,05).

Tablo 76**Nöbet Sayısı ile Psikolojik Şiddete Uğrama Ki-Kare Analizi Sonuçları**

			Aylık Nöbet Sayısı						X ²	Sd	p
			1	2	3	4	5	8			
Psikolojik Şiddet Sayısı	1	n	3	2	0	0	0	0	28,306	15	0,020*
		%	12,5	10,5	0,0	0,0	0,0	0,0			
	2-4	n	0	5	6	9	1	0			
		%	0,0	26,3	33,3	42,9	33,3	0,0			
	5-9	n	0	0	2	0	0	0			
		%	0,0	0,0	11,1	0,0	0,0	0,0			
	10 ve üzeri	n	21	12	10	12	2	6			
		%	87,5	63,2	55,6	57,1	66,7	100,0			

*p<0,05

Doktorların aylık nöbet sayısı ile psikolojik şiddete uğraması arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare analizi sonucunda, gruplar arasındaki ilişki düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=28,306$; $p<0,05$).

Tablo 77**Nöbet Sayısı ile Sözel Şiddete Uğrama Ki-Kare Analizi Sonuçları**

			Aylık Nöbet Sayısı						X ²	Sd	p
			1	2	3	4	5	8			
Sözel Şiddet Sayısı	1	n	5	0	0	0	5	0	58,808	15	0,000*
		%	12,5	0,0	0,0	0,0	41,7	0,0			
	2-4	n	0	1	2	5	4	0			
		%	0,0	5,0	11,1	20,0	33,3	0,0			
	5-9	n	5	8	0	4	1	4			
		%	12,5	40,0	0,0	16,0	8,3	40,0			
	10 ve üzeri	n	30	11	16	16	2	6			
		%	75,0	55,0	88,9	64,0	16,7	60,0			

*p<0,05

Doktorların aylık nöbet sayısı ile sözel şiddete uğraması arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare analizi sonucunda, gruplar arasındaki ilişki düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=58,808$; $p<0,05$).

Tablo 78
Şiddetin Yaşandığı Kuruma Göre Dağılım

Kurum	Şiddet Türü									
	Fiziksel		Psikolojik		Sözel		Cinsel		Toplam	
	Frekans	%	Frekans	%	Frekans	%	Frekans	%	Frekans	%
Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastane	2	50,0	8	34,79	52	40,32	1	50,0	63	39,87
Üniversite hastanesi	-	-	6	26,09	23	17,83	-	-	29	18,36
Özel hastane	1	25,0	4	17,39	18	13,95	1	50,0	24	15,19
Diğer	1	25,0	5	21,73	36	27,90	-	-	42	26,58
Toplam	4	100,0	23	100,0	129	100,0	2	100,0	158	100,0

Tablo 78'deki bulgulara göre, kurumlarda en çok sözel şiddet yaşandığı tespit edilmiştir. Sözl şiddet, en çok Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde yaşanmıştır (%40,32). Şiddet türlerine göre dağılım incelendiğinde tüm şiddet türleri en çok Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde yaşanmıştır (%39,87). En az şiddet özel hastanelerde uygulanmıştır (%15,19).

3.4.6. Mesleki Bağlılık ile İlgili Bulgular

Araştırmada uygulanan anketin bu bölümünde, Meyer ile diğerleri tarafından geliştirilmiş olan (Meyer ve diğ., 1993) "Mesleki Bağlılık Ölçeği" kullanılmıştır. Katılımcılara mesleklerine olan bağlılıkları ile ilgili sorular yöneltilmiştir.

Bu sorulara verilen yanıtlara ilişkin elde edilen bulgular ve şiddet ile ilişkileri aşağıda tablolar halinde verilmiştir.

Tablo 79
Şiddeti Raporlayabilme ile Normatif Bağlılık T-testi Sonuçları

Şiddeti Raporlayabilme		n	$\bar{X}$	ss	t	p
Normatif Bağlılık	Evet	116	3,17	1,12	1,857	0,049*
	Hayır	84	2,88	1,01		

*p<0,05

H₀: Doktorların normatif bağlılık düzeyleri şiddeti raporlayabilme durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H₁: Doktorların normatif bağlılık düzeyleri şiddeti raporlayabilme durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Doktorların normatif bağıllık düzeylerinin şiddeti raporlayabilme durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda, gruplar arasındaki fark normatif bağıllık düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=1,857$; $p<0,05$). Şiddeti raporlayabilenlerin ($\bar{X}=3,17$) normatif bağıllık düzeylerinin şiddeti raporlayamayanlara ($\bar{X}=2,89$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 80
Şiddeti Raporlayabilme ile Devam Bağlılığı T-testi Sonuçları

Şiddeti Raporlayabilme		n	$\bar{X}$	ss	t	p
Devam Bağlılığı	Evet	116	3,78	0,63	4,136	0,000*
	Hayır	84	3,40	0,63		

* $p<0,05$

H₀: Doktorların devam bağlılığı düzeyleri şiddeti raporlayabilme durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H₁: Doktorların devam bağlılığı düzeyleri şiddeti raporlayabilme durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Doktorların devam bağlılığı düzeylerinin şiddeti raporlayabilme durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda, gruplar arasındaki fark devam bağlılığı düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=4,136$; $p<0,05$). Şiddeti raporlayabilenlerin ($\bar{X}=3,78$) devam bağlılığı düzeylerinin şiddeti raporlayamayanlara ($\bar{X}=3,40$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 81**Şiddeti Resmi Olarak Bildirme Önerisi ile Normatif Bağlılık t-Testi Sonuçları**

Şiddeti Resmi Olarak Bildirme Önerisi		n	$\bar{X}$	ss	t	p
Normatif Bağlılık	Evet	48	3,29	0,93	4,308	0,000*
	Hayır	39	2,48	0,77		

*p<0,05

H₀: Doktorların normatif bağlılık düzeyleri işveren/yöneticinin konuyu resmi olarak bildirme öneri durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H₁: Doktorların normatif bağlılık düzeyleri işveren/yöneticinin konuyu resmi olarak bildirme öneri durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Doktorların normatif bağlılık düzeylerinin işveren/yöneticinin konuyu resmi olarak bildirme öneri durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda, gruplar arasındaki fark normatif bağlılık düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t=4,308; p<0,05). İşveren/yöneticisi konuyu resmi olarak bildirmeyi öneren doktorların ($\bar{X}=3,29$) normatif bağlılık düzeylerinin işveren/yöneticisinin konuyu resmi olarak bildirmeyi önermeyen doktorlara ($\bar{X}=2,48$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 82**Şiddeti Resmi Olarak Bildirme Önerisi ile Devam Bağlılığı t-Testi Sonuçları**

Şiddeti Resmi Olarak Bildirme Önerisi		n	$\bar{X}$	ss	t	p
Devam Bağlılığı	Evet	48	3,98	0,50	3,197	0,002*
	Hayır	39	3,61	0,59		

*p<0,05

H₀: Doktorların devam bağlılığı düzeyleri işveren/yöneticinin konuyu resmi olarak bildirme öneri durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H₁: Doktorların devam bağlılığı düzeyleri işveren/yöneticinin konuyu resmi olarak bildirme öneri durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Doktorların devam bağlılığı düzeylerinin işveren/yöneticinin konuyu resmi olarak bildirme öneri durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda, gruplar arasındaki fark devam bağlılığı düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t=3,197; p<0,05). İşveren/yöneticinin

konuyu resmi olarak bildirmeyi önerenlerin ($\bar{X}=3,98$) devam bağlılığı düzeylerinin işveren/yöneticinin konuyu resmi olarak bildirmeyi önermeyenlere ($\bar{X}=3,61$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 83

Şiddeti Resmi Olarak Bildirme Önerisi ile Duygusal Bağlılık t-Testi Sonuçları

Şiddeti Resmi Olarak Bildirme Önerisi		n	$\bar{X}$	ss	t	p
Duygusal Bağlılık	Evet	48	3,28	0,45	3,996	0,000*
	Hayır	39	2,90	0,41		

*p<0,05

H₀: Doktorların duygusal bağlılık düzeyleri işveren/yöneticinin konuyu resmi olarak bildirme öneri durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H₁: Doktorların duygusal bağlılık düzeyleri işveren/yöneticinin konuyu resmi olarak bildirme öneri durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Doktorların duygusal bağlılık düzeylerinin işveren/yöneticinin konuyu resmi olarak bildirme öneri durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda, gruplar arasındaki fark duygusal bağlılık düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t=3,996; p<0,05). İşveren/yöneticinin konuyu resmi olarak bildirmeyi önerenlerin ($\bar{X}=3,28$) duygusal bağlılık düzeylerinin işveren/yöneticinin konuyu resmi olarak bildirmeyi önermeyenlere ($\bar{X}=2,90$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 84

Fiziksel Şiddete Şahitlik ile Normatif Bağlılık T-testi Sonuçları

Fiziksel Şiddete Şahitlik		n	$\bar{X}$	ss	t	p
Normatif Bağlılık	Evet	83	2,60	0,88	-5,233	0,000*
	Hayır	117	3,37	1,10		

*p<0,05

H₀: Doktorların normatif bağlılık düzeyleri son 12 ay içinde fiziksel şiddete şahitlik durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H₁: Doktorların normatif bağlılık düzeyleri son 12 ay içinde fiziksel şiddete şahitlik durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Doktorların normatif bağıllık düzeylerinin son 12 ay içinde fiziksel şiddete şahitlik durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda, gruplar arasındaki fark normatif bağıllık düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-5,233$; $p<0,05$). Son 12 ay içinde fiziksel şiddete şahitlik etmeyenlerin ($\bar{X}=3,27$) normatif bağıllık düzeylerinin son 12 ay içinde fiziksel şiddete şahitlik edenlere ($\bar{X}=2,60$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 85

Fiziksel Şiddete Şahitlik ile Devam Bağıllığı T-testi Sonuçları

Fiziksel Şiddete Şahitlik		n	$\bar{X}$	ss	t	p
Devam Bağıllığı	Evet	83	3,45	0,52	-3,141	0,002*
	Hayır	117	3,74	0,72		

* $p<0,05$

H₀: Doktorların devam bağıllığı düzeyleri son 12 ay içinde fiziksel şiddete şahitlik durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H₁: Doktorların devam bağıllığı düzeyleri son 12 ay içinde fiziksel şiddete şahitlik durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Doktorların devam bağıllığı düzeylerinin son 12 ay içinde fiziksel şiddete şahitlik durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda, gruplar arasındaki fark mesleki bağıllık düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-3,141$; $p<0,05$). Son 12 ay içinde fiziksel şiddete şahitlik etmeyenlerin ($\bar{X}=3,74$) mesleki bağıllık düzeylerinin son 12 ay içinde fiziksel şiddete şahitlik edenlere ($\bar{X}=3,45$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 86

Fiziksel Şiddete Şahitlik ile Duygusal Bağıllık T-testi Sonuçları

Fiziksel Şiddete Şahitlik		n	$\bar{X}$	ss	t	p
Duygusal Bağıllık	Evet	83	3,02	0,61	-3,025	0,003*
	Hayır	117	3,25	0,47		

* $p<0,05$

H₀: Doktorların duygusal bağıllık düzeyleri son 12 ay içinde fiziksel şiddete şahitlik durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H₁: Doktorların duygusal bağıllık düzeyleri son 12 ay içinde fiziksel şiddete şahitlik durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterir

Doktorların duygusal bağıllık düzeylerinin son 12 ay içinde fiziksel şiddete şahitlik durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda, gruplar arasındaki fark duygusal bağıllık düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-3,025$; $p<0,05$). Son 12 ay içinde fiziksel şiddete şahitlik etmeyenlerin ($\bar{X}=3,25$) duygusal bağıllık düzeylerinin, son 12 ay içinde fiziksel şiddete şahitlik edenlere ($\bar{X}=3,02$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 87

Fiziksel Şiddet Sıklığı ile Normatif Bağıllık Anova Testi Sonuçları

Fiziksel Şiddet Sıklığı		n	$\bar{X}$	ss	F	p	Scheffe
Normatif Bağıllık	1 kez ⁽¹⁾	8	2,87	0,93	3,716	0,005*	(3-4)
	2-4 kez ⁽²⁾	36	2,70	0,86			
	5 -10 kez ⁽³⁾	10	3,35	0,75			
	Her ay birçok kez ⁽⁴⁾	23	2,19	0,81			
	Her hafta ⁽⁵⁾	4	2,00	0,00			
	Her gün ⁽⁶⁾	2	2,00	0,00			

* $p<0,05$

H₀: Doktorların normatif bağıllık düzeyleri son 12 ay içinde şahit olunan fiziksel şiddet sıklığı durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H₁: Doktorların normatif bağıllık düzeyleri son 12 ay içinde şahit olunan fiziksel şiddet sıklığı durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Doktorların normatif bağıllık düzeylerinin son 12 ay içinde şahit olunan fiziksel şiddet sıklığı durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek örneklem anova testi sonucunda, gruplar arasındaki fark normatif bağıllık düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=3,716$; $p<0,05$). Katılımcıların normatif bağıllık algılarına ilişkin varyansların homojenlik testi sonucunda varyanslar homojen bulunduğundan ($p>0,05$ $p=0,203$) farklılaşmanın kaynağının belirlenmesi amacıyla post hoc testlerinden Scheffe testi kullanılmıştır. Scheffe testi sonucunda 5-10 kez fiziksel şiddete şahit olanlar ile her ay birçok kez şahit olan doktorlar arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir. Son 12 ay içinde şahit olunan fiziksel şiddet sıklığı 5-10 kez ($\bar{X}=3,27$) olanların normatif bağıllık düzeylerinin son 12 ay içinde şahit

olunan fiziksel şiddet sıklığı her ay birçok kez ($\bar{X}=2,19$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 88

Fiziksel Şiddete Şahitlik ile Devam Bağlılığı Anova Testi Sonuçları

Fiziksel Şiddete Şahitlik		n	$\bar{X}$	ss	F	p	Scheffe
Devam Bağlılığı	1 kez ⁽¹⁾	8	3,60	0,00	4,587	0,001*	(2-4)
	2-4 kez ⁽²⁾	36	3,60	0,54			
	5 -10 kez ⁽³⁾	10	3,76	0,33			
	Her ay birçok kez ⁽⁴⁾	23	3,14	0,54			
	Her hafta ⁽⁵⁾	4	3,00	0,00			
	Her gün ⁽⁶⁾	2	3,00	0,00			

*p<0,05

H₀: Doktorların devam bağlılığı düzeyleri son 12 ay içinde fiziksel şiddete şahitlik durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H₁: Doktorların devam bağlılığı düzeyleri son 12 ay içinde fiziksel şiddete şahitlik durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Doktorların devam bağlılığı düzeylerinin son 12 ay içinde fiziksel şiddete şahitlik durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek örneklem anova testi sonucunda, gruplar arasındaki fark devam bağlılığı düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=4,587; p<0,05). Katılımcıların devam bağlılığı algılarına ilişkin varyansların homojenlik testi sonucunda varyanslar homojen bulunduğundan (p>0,05 p=0,369) farklılaşmanın kaynağının belirlenmesi amacıyla post hoc testlerinden Scheffetesti kullanılmıştır. Scheffe testi sonucunda 2-4 kez fiziksel şiddete şahit olanlar ile her ay birçok kez şahit olan doktorlar arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir. Son 12 ay içinde şahit olunan fiziksel şiddet sıklığı 2-4 kez ($\bar{X}=3,60$) olanların devam bağlılığı düzeylerinin son 12 ay içinde şahit olunan fiziksel şiddet sıklığı her ay birçok kez ($\bar{X}=3,14$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 89

Fiziksel Şiddete Şahitlik ile Duygusal Bağlılık Anova Testi Sonuçları

Fiziksel Şiddete Şahitlik		n	$\bar{X}$	ss	F	p	Scheffe
Duygusal Bağlılık	1 kez ⁽¹⁾	8	3,33	0,71	4,086	0,002*	(2-4)
	2-4 kez ⁽²⁾	36	3,24	0,73			
	5 -10 kez ⁽³⁾	10	3,06	0,34			
	Her ay birçok kez ⁽⁴⁾	23	2,65	0,15			
	Her hafta ⁽⁵⁾	4	2,66	0,00			
	Her gün ⁽⁶⁾	2	2,66	0,00			

*p<0,05

H₀: Doktorların duygusal bağlılık düzeyleri son 12 ay içinde fiziksel şiddete şahitlik durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H₁: Doktorların duygusal bağlılık düzeyleri son 12 ay içinde fiziksel şiddete şahitlik durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Doktorların duygusal bağlılık düzeylerinin son 12 ay içinde fiziksel şiddete şahitlik durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek örneklem anova testi sonucunda, gruplar arasındaki fark duygusal bağlılık düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=4,086; p<0,05). Katılımcıların duygusal bağlılık algılarına ilişkin varyansların homojenlik testi sonucunda varyanslar homojen bulunduğundan (p>0,05 p=0,691) farklılaşmanın kaynağının belirlenmesi amacıyla post hoc testlerinden Scheffetesti kullanılmıştır. Scheffe testi sonucunda 2-4 kez fiziksel şiddete şahit olanlar ile her ay birçok kez şahit olan doktorlar arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir. Son 12 ay içinde şahit olunan fiziksel şiddet sıklığı 2-4 kez ($\bar{X}=3,24$) olanların duygusal bağlılık düzeylerinin son 12 ay içinde şahit olunan fiziksel şiddet sıklığı her ay birçok kez ($\bar{X}=2,65$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 90

Fiziksel Şiddeti İhbar ile Devam Bağlılığı t-Testi Sonuçları

Fiziksel Şiddeti İhbar		n	$\bar{X}$	ss	t	p
Devam Bağlılığı	Evet	53	3,55	0,57	2,455	0,016*
	Hayır	30	3,26	0,36		

*p<0,05

H₀: Doktorların devam bağıllığı düzeyleri son 12 ay içinde fiziksel şiddeti ihbar etme durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H₁: Doktorların devam bağıllığı düzeyleri son 12 ay içinde fiziksel şiddeti ihbar etme durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Doktorların devam bağıllığı düzeylerinin son 12 ay içinde fiziksel şiddeti ihbar etme durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda, gruplar arasındaki fark mesleki bağıllık düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=2,455$; $p<0,05$). Son 12 ay içinde fiziksel şiddeti ihbar edenlerin ($\bar{X}=3,55$) devam bağıllığı düzeylerinin son 12 ay içinde fiziksel şiddeti ihbar etmeyenlere ($\bar{X}=3,26$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 91
Fiziksel Şiddeti İhbar ile Duygusal Bağıllık t-Testi Sonuçları

Fiziksel Şiddeti İhbar		n	$\bar{X}$	ss	t	p
Duygusal Bağıllık	Evet	53	3,16	0,64	3,165	0,002*
	Hayır	30	2,77	0,45		

* $p<0,05$

H₀: Doktorların duygusal bağıllık düzeyleri son 12 ay içinde fiziksel şiddeti ihbar etme durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H₁: Doktorların duygusal bağıllık düzeyleri son 12 ay içinde fiziksel şiddeti ihbar etme durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Doktorların duygusal bağıllık düzeylerinin son 12 ay içinde fiziksel şiddeti ihbar etme durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda, gruplar arasındaki fark duygusal bağıllık düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=2,45$; $p<0,05$). Son 12 ay içinde fiziksel şiddeti ihbar edenlerin ($\bar{X}=3,55$) duygusal bağıllık düzeylerinin son 12 ay içinde fiziksel şiddeti ihbar etmeyenlere ($\bar{X}=3,26$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 92**Disiplin/Baskı Görme ile Normatif Bağlılık T-testi Sonuçları**

Disiplin/Baskı Görme		n	$\bar{X}$	ss	t	p
Normatif Bağlılık	Evet	21	1,95	0,44	-7,120	0,000*
	Hayır	32	3,28	0,90		

*p<0,05

H₀: Doktorların normatif bağlılık düzeyleri fiziksel şiddeti ihbar edip baskı görme durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H₁: Doktorların normatif bağlılık düzeyleri fiziksel şiddeti ihbar edip baskı görme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Doktorların normatif bağlılık düzeylerinin fiziksel şiddeti ihbar edip baskı görme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda, gruplar arasındaki fark normatif bağlılık düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-7,120$; $p<0,05$). Fiziksel şiddeti ihbar edip baskı görenlerin ($\bar{X}=1,95$) normatif bağlılık düzeylerinin, fiziksel şiddeti ihbar edip baskı görmeyenlere ($\bar{X}=3,28$) göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 93**Disiplin/Baskı Görme ile Devam Bağlılığı T-testi Sonuçları**

Disiplin/Baskı Görme		n	$\bar{X}$	ss	t	p
Devam Bağlılığı	Evet	21	3,14	0,49	-5,113	0,000*
	Hayır	32	3,82	0,46		

*p<0,05

H₀: Doktorların devam bağlılığı düzeyleri fiziksel şiddeti ihbar edip baskı görme durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H₁: Doktorların devam bağlılığı düzeyleri fiziksel şiddeti ihbar edip baskı görme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Doktorların devam bağlılığı düzeylerinin fiziksel şiddeti ihbar edip baskı görme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda, gruplar arasındaki fark devam bağlılığı düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-5,113$; $p<0,05$). Fiziksel şiddeti ihbar edip baskı

görmeyenlerin ($\bar{X}=3,82$) devam bağlılığı düzeylerinin fiziksel şiddeti ihbar edip baskı görenlere ($\bar{X}=3,14$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 94

Disiplin/Baskı Görme ile Duygusal Bağlılık T-testi Sonuçları

Disiplin/Baskı Görme		n	$\bar{X}$	ss	t	p
Duygusal Bağlılık	Evet	21	2,61	0,11	-8,278	0,000*
	Hayır	32	3,52	0,59		

*p<0,05

H₀: Doktorların duygusal bağlılık düzeyleri fiziksel şiddeti ihbar edip baskı görme durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H₁: Doktorların duygusal bağlılık düzeyleri fiziksel şiddeti ihbar edip baskı görme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Doktorların duygusal bağlılık düzeylerinin fiziksel şiddeti ihbar edip baskı görme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda, gruplar arasındaki fark duygusal bağlılık düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t=-8,278; p<0,05). Fiziksel şiddeti ihbar edip baskı görmeyenlerin ($\bar{X}=3,52$) duygusal bağlılık düzeylerinin fiziksel şiddeti ihbar edip baskı görenlere ($\bar{X}=2,61$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

Araştırma, küresel bir konu olan şiddetin mesleki bağlılık üzerinde etkili olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bunun için de, en fazla şiddete maruz kalan işgücü olan doktorlar araştırma konusu olarak seçilmiştir. Bu amaçla da, Kocaeli il sınırı içerisinde görev yapan 2011 doktor çalışmanın ana kütlesi olarak belirlenmiş, bunlardan 200 kadarı ile görüşmeler yapılmış ve anketler uygulanmıştır. Anket sonuçlarına göre aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır.

Demografik Bulgular

Araştırmaya katılan doktorların %33'ü 36-40 yaş aralığındadır böylece katılımcıların yaş grup ortalamaları 40 olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan doktorların %54,5'i erkektir. Ayrıca katılımcıların %61'i evlidir. Araştırma kapsamındaki doktorların çoğunluğu (22,5'i) 11-15 yıl aralığında bu görevi icra etmektedir. Katılımcıların %40'ı kamu hastanelerinde çalışmaktadır.

Katılımcıların çoğunluğu (18,5'i) Aile Sağlığı Merkezi'nde görev yapmaktadır dolayısıyla katılımcı doktorların büyük bölümü (%68'i) aile hekimidir. Araştırmaya katılan doktorların %82'si sadece gündüz saatlerinde görev yapmaktadır. Katılımcıların %35,5'i günde ortalama 31-55 arası hastaya hizmet vermektedir. Katılımcıların %66'sının nöbeti vardır ve %30'unun ayda 1 nöbeti bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan doktorların %33,5'i çalıştığı kurumda şiddete maruz kalma endişesini yüksek düzeyde yaşamaktadır. Olası bir şiddet durumunda, doktorların %58'i çalıştıkları kurumda yaşanan şiddet olaylarını rapor edebilecekleri bir sisteme sahiptirler. Katılımcıların %66'sı, çalıştıkları kurumda şiddet olaylarını gerekli yerlere bildirme konusunda kendilerini destekleyen kişilere sahiptirler. Araştırma kapsamındaki doktorlar olası bir şiddet olayında kurum içi olarak en çok Halk Sağlığı Merkezi tarafından (%42,4), kurum dışı olarak da Sivil Toplum Kuruluşları'na (%42,4) desteklenmektedir.

İş Yerinde Şiddete Ait Bulgular

Araştırmaya katılan doktorların %96,5'i çalışma yaşamı boyunca şiddete maruz kalmıştır. Katılımcıların %94,5'i sözel şiddete, %68,5'i psikolojik şiddete, %63,5'i fiziksel şiddete

ve %12,5'i cinsel şiddete maruz kalmıştır. En çok uygulanan şiddet, sözel şiddet olurken katılımcıların neredeyse tamamına bu şiddet uygulanmıştır. Ayrıca, doktorların çoğunluğunun 1 defa fiziksel şiddete (%40,9), 10 ve üzeri sayıda psikolojik şiddete (%66,4), 10 ve üzeri sayıda sözel şiddete ve 1 defa da cinsel şiddete (%60,0) maruz kaldıkları belirlenmiştir.

Katılımcıların %52'si hasta yakını tarafından fiziksel şiddete, %84'ü hasta yakınına psikolojik şiddete, %85,5'i hasta tarafından sözel şiddete ve %54,5'i hasta tarafından cinsel şiddete maruz bırakılmıştır. Katılımcıların %79,7'si en son yaşadıkları şiddet olayına hizmet verdikleri poliklinikte maruz kalmıştır. Doktorlar şiddete çoğunlukla pazartesi günü ve öğleden sonraki saatlerde (13.00-18.00) maruz kalmıştır.

Katılımcıların %63,3'ü en son yaşadıkları şiddet olayında hiç tepki vermemiştir, %40,5'i şiddeti sadece aile ve arkadaşlarına anlatmış ve %51,4'ü de olumsuz sonuçlarından korktuğu için şiddet olayından başkalarına bahsetmemişlerdir. Araştırmaya katılan doktorların %52,5'i yaşadığı şiddet olayının engellenemez olduğunu düşünmektedir.

Katılımcıların %72,2'si en son yaşadıkları şiddet olayından sonra çalışmaya ara vermemiş, ara verenler ise sadece 1 gün işe gelmemiştir (%54,5). Yaşanılan şiddet olaylarının %41,2'si polise bildirilmiştir. Araştırmaya katılan doktorların %44,2'si işyerinin şiddeti ele alış biçiminden hiç tatmin olmamıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğu, şiddet olayını ihbar etmiştir (%63,9). Katılımcıların büyük çoğunluğu şahit oldukları şiddet olayını ihbar ettikleri için disipline sevk edilmemiştir (%60,4).

Doktorların aylık nöbet sayısı ile sözel şiddete uğraması arasında yapılan çapraz tablolama sonucunda anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($X^2=58,808$; $p<0,05$), aylık nöbet sayısı arttıkça sözel şiddete uğrama sayısı da artmaktadır.

Doktorların uğradıkları psikolojik şiddet ile cinsiyetleri arasında yapılan çapraz tablolama sonucunda anlamlı bir ilişki bulunmuş ($X^2=9,774$; $p<0,05$), buna göre kadın doktorların psikolojik şiddet olayına maruz kalma oranları, erkek doktorlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Doktorların görevleri ile fiziksel şiddete uğrama durumu arasında yapılan çapraz tablolama sonucunda anlamlı bir ilişki bulunmuş ($X^2=8,262$; $p<0,05$), buna göre fiziksel şiddete en çok uğrayan doktor grubu ürologlar olarak belirlenmiştir (%93,3). Onları

%67,6'lık oranla aile hekimleri takip etmektedir. Doktorların görevleri ile psikolojik şiddete uğrama durumu arasında yapılan çapraz tablolama sonucunda anlamlı bir ilişki bulunmuş ($X^2=7,513$; $p<0,05$), buna göre en çok psikolojik şiddete uğrayan doktor grubu pediatristler olarak belirlenmiştir (%90,0), onları %86,7'lik oranla ürologlar takip etmektedir.

Doktorların görevleri ile fiziksel şiddeti uygulayan kişi arasında yapılan çapraz tablolama sonucunda anlamlı bir ilişki bulunmuş ($X^2=13,987$; $p<0,05$), buna göre doktorların en çok hasta yakını tarafından fiziksel şiddete maruz kaldığı ve hasta yakını tarafından en çok fiziksel şiddete maruz kalanın da uzman doktor olduğu tespit edilmiştir. Doktorların görevleri ile psikolojik şiddeti uygulayan kişi arasında yapılan çapraz tablolama sonucunda anlamlı bir ilişki bulunmuş ($X^2=21,996$; $p<0,05$), buna göre doktorların yine en çok hasta yakını tarafından psikolojik şiddete maruz kaldığı ve hasta yakını tarafından en çok psikolojik şiddete maruz kalanın da uzman doktor olduğu belirlenmiştir. Doktorların görevleri ile sözlü şiddeti uygulayan kişi arasında yapılan çapraz tablolama sonucunda anlamlı bir ilişki bulunmuş ($X^2=26,494$; $p<0,05$), buna göre doktorların en çok hastanın kendisi tarafından sözel şiddete maruz kaldığı ve şiddete en çok maruz kalanın da uzman doktor olduğu belirlenmiştir.

Doktorların çalışma saatleri ile sektördeki yaşamı boyunca şiddete maruz kalma durumu arasında yapılan çapraz tablolama sonucunda anlamlı bir ilişki bulunmuş ($X^2=20,689$; $p<0,05$), en çok gündüz saatlerinde şiddete maruz kalındığı tespit edilmiştir. Doktorların çalışma saatleri ile son 12 ayda şiddete maruz kalma durumu arasında yapılan çapraz tablolama sonucunda anlamlı bir ilişki bulunmuş ($X^2=19,605$; $p<0,05$), son 12 ayda en çok gündüz saatlerinde şiddete maruz kalındığı tespit edilmiştir.

Doktorların günlük ortalama hasta/tetkik sayısı ile sözel şiddete uğrama arasında yapılan çapraz tablolama sonucunda anlamlı bir ilişki bulunmuş ($X^2=16,682$; $p<0,05$), 56 ve üzeri tetkik yapan doktorların en çok şiddete maruz kalan grup olduğu belirlenmiştir. Doktorların günlük ortalama hasta/tetkik sayısı ile son şiddet olayının yaşandığı yer arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ($X^2=16,827$; $p<0,05$), şiddetin en çok yaşandığı yerin hasta/tetkik durumunun yoğun yaşandığı poliklinikler olarak tespit edilmiştir. Doktorların sözel şiddete uğraması ile çalışma saatleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş

($X^2=38,545$; $p<0,05$), sözel şiddete en çok gündüz saatlerinde çalışanların maruz kaldığı tespit edilmiştir.

Doktorların günlük ortalama hasta tetkik sayısı ile psikolojik şiddete uğraması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ($X^2=32,384$; $p<0,05$), psikolojik şiddete günde 30 ve üzeri hasta bakanların daha çok uğradığı tespit edilmiştir. Yani hasta sayısı arttıkça psikolojik şiddete uğrama sayısı da artmıştır. Doktorların günlük ortalama hasta tetkik sayısı ile cinsel şiddete uğraması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ($X^2=9,135$; $p<0,05$), cinsel şiddete günde 30 ve üzeri hasta bakanların daha çok uğradığı tespit edilmiştir. Yani hasta sayısı arttıkça cinsel şiddete uğrama sayısı da artmıştır.

Doktorların aylık nöbet sayısı ile fiziksel şiddete uğraması arasında yapılan çapraz tablolama sonucunda anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($X^2=26,099$; $p<0,05$). Doktorların aylık nöbet sayısı ile psikolojik şiddete uğraması arasında yapılan çapraz tablolama sonucunda anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($X^2=28,306$; $p<0,05$), aylık nöbet sayısı arttıkça psikolojik şiddete uğrama sayısı da artmaktadır.

Mesleki Bağlılık ile İlgili Bulgular

Doktorların kurumda yaşanan şiddet olayını raporlayabilme durumu ile normatif bağlılık düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş ($t=1,857$; $p<0,05$), şiddeti raporlayabilenlerin bağlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Doktorların kurumda yaşanan şiddet olayını raporlayabilme durumu ile devam bağlılığı düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş ($t=4,136$; $p<0,05$), şiddeti raporlayabilenlerin bağlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

İşveren/yöneticinin şiddet olayını resmi makamlara bildirme önerisini sunma durumu ile doktorların normatif bağlılık düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş ($t=4,308$; $p<0,05$), bu önerinin sunulduğu doktorların bağlılık düzeyi daha yüksek çıkmıştır. İşveren/yöneticinin şiddet olayını resmi makamlara bildirme önerisini sunma durumu ile doktorların devam bağlılığı düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş ($t=3,197$; $p<0,05$), bu önerinin sunulduğu doktorların bağlılık düzeyi daha yüksek çıkmıştır. İşveren/yöneticinin şiddet olayını resmi makamlara bildirme önerisini sunma durumu ile doktorların duygusal bağlılık düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş ($t=3,996$; $p<0,05$), bu önerinin sunulduğu doktorların bağlılık düzeyi daha yüksek çıkmıştır.

Doktorların son 12 ay içinde fiziksel şiddete maruz kalması ile normatif bağılılıkları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş ($t=-5,223$; $p<0,05$), son 12 ay içinde fiziksel şiddete uğramamış olanların normatif bağılılık düzeyi daha yüksek çıkmıştır. Doktorların son 12 ay içinde fiziksel şiddete maruz kalması ile devam bağılılığı arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş ($t=-3,141$; $p<0,05$), son 12 ay içinde fiziksel şiddete uğramamış olanların devam bağılılığı düzeyi daha yüksek çıkmıştır. Doktorların son 12 ay içinde fiziksel şiddete maruz kalması ile duygusal bağılılıkları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş ($t=-3,025$; $p<0,05$), son 12 ay içinde fiziksel şiddete uğramamış olanların normatif bağılılık düzeyi daha yüksek çıkmıştır.

Son 12 ay içinde şahit olunan fiziksel şiddet sıklığı ile doktorların normatif bağılılık düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş ($F=3,716$, $p<0,05$), son 12 ay içinde maruz kalınan fiziksel şiddet sıklığı düşük olanların normatif bağılılıkları daha yüksek çıkmıştır. Son 12 ay içinde şahit olunan fiziksel şiddet sıklığı ile doktorların devam bağılılığı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş ($F=4,587$, $p<0,05$), son 12 ay içinde maruz kalınan fiziksel şiddet sıklığı düşük olanların normatif bağılılıkları daha yüksek çıkmıştır. Son 12 ay içinde şahit olunan fiziksel şiddet sıklığı ile doktorların duygusal bağılılık düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş ($F=4,086$, $p<0,05$), son 12 ay içinde maruz kalınan fiziksel şiddet sıklığı düşük olanların normatif bağılılıkları daha yüksek çıkmıştır.

Doktorların devam bağılılığı ile son 12 ay içinde yaşadıkları şiddet olayını ihbar etmeleri arasında anlamlı bir farklılık vardır ($t=2,455$; $p<0,05$), son 12 ay içinde fiziksel şiddeti ihbar edenlerin devamlılık bağılılıkları etmeyenlere göre daha yüksek çıkmıştır. Doktorların duygusal bağılılığı ile son 12 ay içinde yaşadıkları şiddet olayını ihbar etmeleri arasında anlamlı bir farklılık vardır ($t=2,45$; $p<0,05$), son 12 ay içinde fiziksel şiddeti ihbar edenlerin duygusal bağılılıkları etmeyenlere göre daha yüksek çıkmıştır.

Doktorların normatif bağılılıkları ile uğradığı fiziksel şiddeti ihbar ettiği için baskı görmesi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($t=-7,120$, $p<0,05$), fiziksel şiddeti ihbar edip baskı görmeyenlerin normatif bağılılıkları, baskı görenlere göre daha yüksek çıkmıştır. Doktorların devam bağılılığı ile uğradığı fiziksel şiddeti ihbar ettiği için baskı görmesi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($t=-5,113$, $p<0,05$), fiziksel şiddeti

ihbar edip baskı görmeyenlerin devamlılık bağılıkları, baskı görenlere göre daha yüksek çıkmıştır.

Doktorların duygusal bağılıkları ile uğradığı fiziksel şiddeti ihbar ettiği için baskı görmesi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($t=-8,278$; $p<0,05$), fiziksel şiddeti ihbar edip baskı görmeyenlerin duygusal bağılıkları, baskı görenlere göre daha yüksek çıkmıştır.

Değerlendirme

İçinde bulunduğumuz dünyada ve mensubu olduğumuz toplumda şiddet olayı giderek yaygınlaşmaktadır. Özellikle sağlık kurumlarında yaşanan şiddet olayları, sadece şiddet taraflarını değil toplumun tamamını etkilemektedir. Günümüzde doktorlara uygulanan şiddette azımsanmayacak ölçüde artışlar meydana gelmiş hatta bunların bazıları ölüm vakaları ile sonuçlanmıştır. Hangi iş gücünde olursa olsun şiddet toplumsal kültürün bir yansımasıdır. Toplumsal şiddet kültüründe, savaşların, gelir dağılımındaki adaletsizliklerin, yoksulluğun ve terörün etkisi büyüktür. Bu kaos ortamında, sağlıkta yaşanan şiddet olayları nedeniyle doktorlar bu durumdan fazlasıyla olumsuz etkilenmektedir.

Araştırma sonuçlarına göre; doktorların normatif ve duygusal bağılılığı orta ancak devam bağılıkları yüksek düzeyde çıkmıştır. Devam bağılılığının, mesleğe yapılan yatırımlar v.s. nedeniyle meslekte zoraki kalma ve mesleği terk edememe olduğu düşünülürse bu sonuç üzerinde dikkatle durulması gereken ve düşündürücü bir sonuç olmuştur.

Çalışmaya katılan doktorların neredeyse tamamı (%96,5) meslek hayatlarında şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Bu da bize şiddetin ne boyutlarda olduğunu göstermiştir. Doktorlar en çok sözel şiddete maruz kalmış bunu psikolojik ve fiziksel şiddet izlemiştir. Çalışmalar esnasında bazı doktorların sözel şiddeti, şiddet olarak görmediği ve kanıksadığı anlaşılmıştır. Bunun sebebi olarak da şiddeti daha çocuk yaşlarda aile içerisinde görme ya da tanık olma olarak yorumlanabilir. Yaramazlık yapıldığında aile içerisinde ebeveynlerin uygulamış olduğu doğru bilinen ancak yanlış olan bazı uygulamalar da maalesef şiddet niteliği taşımaktadır.

Şiddet uygulayıcıya bakıldığında, sözel şiddetin hasta tarafından ancak fiziksel ve psikolojik şiddetin daha çok hasta yakını tarafından uygulandığı belirlenmiştir. Hasta

yakınının da bu denli şiddet içerikli davranışlar sergilemesinin, sağlık kurumlarındaki bürokratik işlerle yoğun olarak uğraşmasının vermiş olduğu bıkkınlık ve yorgunluk ile hastası için duyduğu derin kaygı sebep olarak düşünülebilir. Şiddet uygulayıcıların büyük bir bölümü erkektir.

Şiddet olayının en çok gerçekleştiği yere bakıldığında, poliklinikler başta gelmektedir. Şiddet olaylarının yarıdan fazlası, mesai saatleri içerisinde gerçekleşmiştir. Bunun nedeni, doktorun en çok normal çalışma saatinde tedavi sırasında hasta ile yüzyüze iletişimde bulunması ve teşhis/tedavi esnasında hasta ile yakın temasta olmasından kaynaklanması olarak yorumlanabilir.

Yine araştırmanın bulgularına göre, doktorlar yaşanan şiddet olayından sonra tepki vermemiş, izin almamış ve görevine devam etmiştir. Bu da şiddetin mesleğin bir parçası olduğu düşüncesinin hakimiyet kazandığını bize düşündürmektedir. Şiddet konusunda her ne kadar kendilerini koruyacak bir mekanizmanın var olduğunu belirtmiş olsalar da, şiddet olayı karşısında verilecek tepkinin geçerli bir sonuç doğurmayacağını düşünmektedirler. Bu da şiddeti önleme ile ilgili uygulamalar ile cezaların tatmin edici düzeyde olmadığını düşünmeleri olarak yorumlanabilir.

Doktorların kadın veya erkek olmasının şiddete maruz kalma konusunda belirgin bir farklılık yaratmadığı, şiddete maruz kalmada erkek ile kadın doktorlar arasında yakın oranlar olduğu belirlenmiştir.

Çalışmadan çıkan dikkat edilecek bir sonuç, ürologlar ile aile hekimlerinin diğer branşlara göre daha fazla şiddete uğramasıdır. Bu durumu, ürologların branş gereği hastanın mahremiyetine daha fazla dahil olmak zorunda kalması ve aile hekimlerinin de sağlık hizmetinde süzgeç görevi görüp gerekli görmediği hastaları hastaneye sevk etmemesi, gereksiz ilaç ve rapor istekleri nedeniyle şiddetle yüzleşmek zorunda kalması düşünülebilir.

Çalışmada hasta tetkik sayısı arttıkça doktorun şiddete maruz kalma durumunun da daha fazla arttığı tespit edilmiştir. Bu durum, aşırı iş yükünden yorgun düşen doktorların sağlık hizmetinde ya da iletişimde sorunlar yaşamasına bağlı olarak düşünülebilir.

Çalışmada şiddetin en çok Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde yaşandığı belirlenmiş, en az şiddet olayının ise özel hastanelerde olduğu görülmüştür. Bu keskin ayrımın, kamu

hastanesi ile özel hastaneye gelen hasta profilinin farklılaşması ile doktorların farklı kurumlarda farklı iletişimsel teknikler kullanması neden olarak gösterilebilir. Ayrıca, kamu hastanelerindeki ekonomik sebepler nedeniyle alt yapı eksiklikleri olması, kamu hastanelerinin daha kalabalık olması ve yetersiz tedavi imkanları doktorların bu eksikliklerden kaynaklanan açığı tek başına kapatamaması ve arada kalması da şiddet nedenleri arasında gösterilebilir.

Çalışmada mesleki bağlılığın yaşanan şiddet olaylarından olumsuz etkilendiği net bir şekilde tespit edilmiştir. Şiddet önlemede veya sonrasında verilen her türlü destek de mesleki bağlılığa olumlu etkilerde bulunmaktadır.

Sağlıkta şiddet olayı, tüm bu bulgular göz önüne alındığında ve literatürdeki çalışmalar da değerlendirildiğinde sadece Türkiye'ye özgü bir durum olmakla kalmayıp, tüm dünya ülkelerini ilgilendiren bir sorun olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlıkta şiddet küreselleşen dünyamızda artık bir halk sağlığı sorunudur.

Öneriler

Bu çalışma ile yapılan tespitlerde görülmektedir ki, doktorlar yoğun iş temposu içerisinde azımsanmayacak derecede şiddete maruz kalmaktadır. Öyle ki, neredeyse her gün şiddet olayını yaşadıkları için şiddet kanıksanma durumuna gelmiş özellikle sözel ve psikolojik şiddete uğradıklarının bile farkında olmadıkları görülmüştür. Ayrıca yaşanan şiddet olayını, herhangi bir baskı ve zorlama olmamasına rağmen dile getirmekten kaçınan katılımcılar olduğu da çalışmanın bulguları arasında yer almaktadır.

Tüm bu nedenler ve çalışmanın sonuçları da dikkate alındığında doktorlara yönelik şiddet olayının önlenmesi ile ilgili aşağıdaki öneriler dikkate sunulmaktadır:

- Doktorlara şiddetin tanımı ve içeriği ile ilgili bilgilendirme yapılmalıdır. Böylelikle neyin şiddet davranışı olduğunu neyin olmadığını bilerek haklarını daha rahatlıkla savunacaklardır.
- Şiddete neden olan temel etmenlerden birisi hastaların tedaviden duydukları memnuniyetsizlik ve kendilerinin ihmal edildiği düşüncesidir. Bu düşüncüyü ortadan kaldırmak için doktorların üzerindeki iş yoğunluğu giderilmelidir.
- Şiddete neden olan bir diğer etmen de kurumun teçhizat v.s. konusundaki eksiklik ve yetersizlikleridir. Kendini değersiz hisseden ve yeterince iyi tedavi

edilmediğini düşünen hasta da şiddete başvurmaktadır. Bu nedenle özellikle kamu hastanelerinin bu konudaki yeterli alt yapıyı sağlaması gerekir.

- Medya organlarının sağlık konusundaki bilgilendirmelerinde ve yaptığı haberlerde kendilerine çeki düzen vermeleri gerekir. Doktoru itibarsızlaştırıcı haberler yapmak yerine tam tersi doktorların işlerinin ne kadar zor olduğunu anlatıcı haberler yapılmalı, bu konuda kamu spotları hazırlanmalıdır.
- Şiddetin en temel nedenlerinden birisi iletişim eksikliğidir. Bunu gidermek için doktorlara daha üniversite yıllarında sadece teknik eğitim vermek yerine yanında sosyal içerikli ve iletişim, empati üzerine de eğitimler verilmelidir.
- Doktorların ortalama hasta/tetkik sayısı göz önüne alınırsa aşırı iş yükleri olduğu, bu iş yükünün de beraberinde stres, depresyon v.s. gibi hastalıklara yol açtığı düşünülürse, bu aşırı iş yükünün azaltılması gerekmektedir. Doktorların günlük hasta/tetkik sayısı azaltılmalıdır.
- Başta doktorlar olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına şiddetle başa çıkma yöntemleri ve stres yönetimi konusunda eğitimler verilmelidir.
- Şiddeti caydırıcı yasa ve politikalar uygulamaya konulmalıdır. Yapılan şiddet, uygulayıcının yanına kar kalmamalıdır.
- Şiddet uygulayıcıya hastalığından dolayı tolerans gösterilmemeli, sağlıkta şiddette “sıfır tolerans sistemi” benimsenmelidir.
- Şiddetle başa çıkmak için önce olayın şiddet olduğunun kabul edilmesi gerekir. Doktorların büyük çoğunluğu şiddet olayını kanıksamış durumdadır. Onlara, bu şiddetin işlerinin bir parçası olmadığına benimsetilmesi gerekir.
- Hastane yönetmeliğinde, şiddete karşı cezalar ve ilgili prosedürler oluşturulmalı, şiddet olayında gerekirse doktora hizmetten çekilme hakkı açıkça verilmelidir.
- Beyaz Kod biriminin çalışmaları doktorlara anlatılmalı, bu birimin kullanılabilirliğinin artırılması ve sağlıkta şiddet ile ilgili yasa ve mevzuatın doktorlara iletilmesi ve benimsetilmesi gerekir.
- Sağlıkta şiddetin boyutlarına dikkat çekmek için yapılan araştırmalar ve akademik çalışmalar desteklenmeli, bu konuda sıklıkla çalıştaylar yapılarak doktorlar bir araya getirilip fikirleri alınması gerekmektedir.
- Hastalardan gelen gereksiz ilaç ve haksız rapor isteğinin önlenmesi için toplumun tamamına yönelik bir bilgilendirme yapılmalıdır.

- Hastanelerde ve acillerdeki güvenlik eleman sayısı arttırılmalı, tüm personele güvenlik eğitimi verilmelidir.
- Sağlık kurum ve kuruluşlarına şiddeti bildirme ve önleme ile ilgili birimler kurulmalıdır.

Bu çalışma şiddetin mesleki bağlılığa etkisi üzerine literatüre bir katkı sunacaktır. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda; doktorlara yönelik şiddet ile ilgili tüm illerde bu çalışma yapılarak, çalışmanın Türkiye geneline yayılması sağlanıp bu konu ile ilgili bir proje geliştirilebilir. Toplumdaki diğer her bir işgücü için şiddetin mesleki bağlılık üzerine etkisi incelenebilir.



KAYNAKÇA

Kitaplar

- Adaş, E. B., Elbek O. ve Bakır K. (2008), “*Sağlık Sektöründe Şiddet Raporu*”-I. TTB Gaziantep-Kilis Tabip Odası.
- Aktuğlu, K.ve Hancı İ. H. (1999), “*Acil Servislerde Şiddet Tehdidi*”, TTB.
- Aydın, M. (2008), “*Isparta-Burdur Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Şiddet Algısı*”, Türk Tabipler Birliği Isparta-Burdur Tabip Odası Başkanlığı, Isparta.
- Balay, R. (2000), “*Yönetici ve Öğretmenlerde Örgütsel Bağlılık*”, Nobel Yayın Dağıtım, Yayın No: 206, Ankara, 192s.
- Baştürk, R. (2010), “*Bütün Yönleriyle SPSS Örnekli Nonparametrik İstatistiksel Yöntemler*”, Anı Yayınları.
- Bechman, R. (1994), “*Violence and Theft in the Workplace, Crime Victimization Survey*”. NCJ-148194, Washington, DC, U.S. Department of Justice.
- Chappell D. and Di Martino V. (2006), “*Violence at Work*”, ILO, Geneva.
- Comrey, A. L. & Lee, H. B. (1992), “*A first Course in Factor Analysis*”. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cooper, L.C. (2002), “*Introduction In: Cary L and Naomi Swanson (Eds)*”, Workplace Violence in the Health Sector – State of the Art. WHO.
- Cooper, L.C.and Swanson N. (2002), Executive Summary. In: Carry L. Cooper and Naomi Swanson. (Eds), “*Workplace Violence in the Health Sector – State of the Art*”.
- Çakır, Ö. (2001), “*İşe Bağlılık Olgusu ve Etkileyen Faktörler*”, Seçkin Yayınevi, Ankara.
- Çetin, M.Ö. (2004), “*Örgüt Kültürü ve Örgütsel Bağlılık*”. Ankara: Nobel Yayınları.
- Çinal A, Demir M. (2011), “*Hastane Hizmet Kalite Standartları*”. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Pozitif Matbaa, Ankara.
- Çobanoğlu, Ş. (2005), “*Mobbing: İş Yerinde Duygusal Saldırı ve Mücadele Yöntemleri*”, Timas Yayınları, İstanbul.
- Çokluk, Ö., G. Şekercioğlu, Ş. Büyüköztürk (2010), “*Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve LISREL Uygulamaları*”, Pegem Akademi, Ankara.
- Demiray, K. ve Alaylıoğlu, R. (1995), “*Ansiklopedik Türkçe Sözlük*”, İnkılâp Kitabevi, İstanbul.

- Di Martino, V. (2002), “*Workplace Violence in the Health Sector: Country Case Studies- Brazil, Bulgaria, Portugal, Lebanon, South Africa, Thailand and Additional Australian Study*”.
- Gautam R., Suwal R. and Basnet S.B. (2004), “*Status Of Home Gardens Of Nepal: Findings Of A Baseline Survey Conducted In Four Sites Of Home Garden Project*”. LI-BIRD.
- Güney, S. (2004), “*Açıklamalı Yönetim-Organizasyon ve Örgütsel Davranış Terimler Sözlüğü*”, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- İnce, M. ve Gül, H. (2005), “*Yönetimde Yeni Bir Paradigma: Örgütsel Bağlılık*”, İleri Giden Ofset, Ankara.
- Johns, G., & Saks, A.M. (2005), “*Organizational Behaviour: Understanding and Managing Life at Work*” (6th Ed.). Pearson Education Canada Inc., Toronto.
- Kalaycı, Ş. (2010), “*SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*”, Asil Yayın Dağıtım, Ankara.
- Katz, D. and Kahn, R. (1977), “*Örgütlerin Toplumsal Psikolojisi*” (Çev. Can, H., Bayar, Y.), TODAİE Yayınları, Ankara.
- Kaya Ş. D., Zerenler M. (2014), “*Çalışma Hayatında Psikolojik Sermaye, Mesleki Bağlılık ve Kariyer Planlamasına Genel Bakış*”. Ankara: Nobel yayınları, ss.53-71.
- Köklü, N., Büyüköztürk, Ş. ve Bökeoğlu, Ç.Ö. (2006), “*Sosyal Bilimler İçin İstatistik*”, Pegem A Yayıncılık, Ankara.
- Köknel, Ö. (1996), “*Bireysel ve Toplumsal Şiddet*”, Altın Kitapları, İstanbul.
- Leymann, H. (1990), “*Mobbing and Psychological Terror At Workplaces*”, Violence and Victims, C.5, s.120; Heinz LEYMAN, age, 1996, s166.
- Maccallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S., ve Hong, S. (1999), “*Sample Size in Factor Analysis*”. Psychological Methods, 4, 84-99.
- Maier, M. (1999), “*On The Gendered Substructure of Organization: Dimensions Aid Dilemmas Of Corporate Masculinity*”, In G. Powell (Ed.), Handbook of Gender and Work (pp.34-49). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Michaud, Y. (1991), “*Şiddet*”, İstanbul İletişim Yayınları.
- Okay, A., 06.12.2012 Tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.
- Oliver, M. (1990), “*The Politics of Disablement*”, MacMillan, London.
- Sadullah, Ö., (2009), “*İnsan Kaynakları Yönetiminde Koruma İşlevi (İş Güvenliği ve İşgören Sağlığı)*”, İçinde: Cavide Uyargil ve diğerleri. İnsan Kaynakları Yönetimi, Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş, İstanbul, Bölüm 9: 447-490.

- Saines, J.C. (1999), “*Violence and Aggression in A&E: Recommendations for Action*”, Accident and Emergency Nursing, 7: 8.
- Solmuş, T. (2004). “*İş Yaşamında Duygular ve Kişiler Arası İlişkiler*”, Beta Yayınevi, İstanbul.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2007), “*Using Multivariate Statistics*”, 5th ed. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Tatlıdil, H. (1996), “*Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Analiz*”, Akademi Matbaası, ISBN 975-94876-0-8, 424s. Ankara.
- TDK, (2005). “*Türkçe Sözlük*”. TDK Yayınları, Ankara, s. 1866.
- Tosun, N., 10.10.2012 Tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.
- Uygur, A. (2009), “*Örgütsel Bağlılık ve İşe Bağlılık*”, Barış Platin Kitabevi, Ankara.
- Ünsal, A. (1996), “*Genişletilmiş Bir Şiddet Tipolojisi*”, Cogito, Sayı:6-7, Kış- Bahar.
- Wiskow, C. (2003), “*Guidelines on Workplace Violence in the Health Sector- Comparision of Major Known National Guidelines and Strategies*”, United Kingdom, Australia, Sweden, USA (OSHA and California), Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Geneva: ILO/WHO/ICN/PSI..
- Yıldırım, H.H. (2012), “*Sağlık İşyeri Ortamında Şiddet: Halkın Şiddet Algısı ve Değerlendirmeleri*”, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.

Tezler

- Akbaş, S. (2009), “*İşyerinde Psikolojik Şiddet (Yıldırma) ve İş Tatmini İlişkisi-Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Uygulama*”, Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
- Aksoy, F. (2008), “*Psikolojik Şiddetin (Yıldırma) Sağlık Çalışanlarına Etkisi*”, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul.
- Aktaş, E. (2014), “*Şiddete Maruz Kalan Sağlık Çalışanlarının Beyaz Kod Uygulamasına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi*”, Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Altıntaş, N. (2006), “*Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddetin Belirlenmesi*”, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Ayakdaş, D. (2014), “*Hemşireler Arası Psikolojik Şiddet ve İlişkili Faktörler*”, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Aydın.
- Aydın, N. (2014), “*Şiddet Açısından Güvenli Ortamda Çalışılması İçin Alınan Önlemlerin Sağlık Çalışanları Tarafından Değerlendirilmesi*”, Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Ayhan, G. (2012), “*Hemşirelerde Psikolojik Şiddet (Mobbing) ile Atılma Düzeyi İlişkisi*”, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Balcı, S.A. (2014), “*Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Tükenmişlik Düzeyleri ile Maruz Kaldıkları Şiddet Arasındaki İlişkinin Tespitine Yönelik Bir Araştırma*”, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Baysan, L. (2003), “*Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek Geliştirme*”, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Beder, C. (2009), “*Erzurum İlinde Bulunan Yataklı Tedavi Kurumlarında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Hasta ve Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddetin Araştırılması*”, Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Erzurum.
- Beyazpınar, A. (2010), “*Hemşire/Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Tanılamasında Görüş ve Önerilerinin Belirlenmesi*”, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Çamcı, O. (2010), “*Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi*”, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- Çatell, M. (2015), “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olgusunun Bir Üniversite Hastanesi Ölçeğinde İncelenmesi”, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Çiçeklioğlu, H. (2016), “Mobbing ve Fiziksel Şiddetin Çalışanlar Üzerine Etkileri: Sağlık Kurumlarında Bir Alan Araştırması”, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş.
- Dinçer, N.Ü. (2010), “Hemşirelerin İşyeri Şiddetine Maruz Kalma Durumları ile İş Doyumları ve İşten Ayrılma Eğilimleri”, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
- Duğan, Ö. (2015), “Sağlıkta Şiddet Haberlerinin Basına Yansıması”, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Konya.
- Duru, P. (2013), “Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çalışanlarında Psikolojik Şiddet(Mobbing) Algısı ve Kısa Semptom Envanterinin Değerlendirilmesi”, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Gökmen, S. (1996), “İşletmeye Bağlılık Anketini Türkçeye Uyarlama ve Geçerlik ve Güvenirlilik Katsayılarını Belirleme Çalışması”, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Günay, D. (2015), “Kadın Hemşirelere Uygulanan Şiddet Faktörleri ve Bir Araştırma”, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Gürkan, K.P. (2010), “Şanlıurfa İlinde Çalışan Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Psikolojik Şiddete (mobbing) Maruz Kalma Durumları ve İlişkili Faktörler”, Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa.
- İlsev, A. (1997), “Örgütsel Bağlılık: Hizmet Sektöründe Bir Araştırma”, Hacettepe Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Karaca, B.K. (2014), “Samsun İlinde Hekimlerin Şiddete Uğrama Sıklığı, Uğradıkları Şiddetin Özellikleri ve Şiddet Konusundaki Düşünceleri”, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Samsun.
- Kıyak, S. (2008), “Sağlık Ocağında Çalışan Hemşire ve Ebelerin Ailede Kadına Yönelik Şiddet Konusundaki Bilgi ve Tutumları”, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Konya.
- Kocadağ, S. (2009), “Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri’ndeki Sağlık Çalışanlarında İşyeri Şiddeti ve İlişkili Etmenler”, Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara.

- Özdemir, B. (2013), “*Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Algılama Durumlarının Değerlendirilmesi*”, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Pehlivan, M. (2015), “*Hastanelerde Çalışanlara Yönelik Şiddet ve Önlenmesi*”, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Perçin, M. (2008), “*İşletmenin Örgüt Yapısının İşgörenlerin Örgütsel Bağlılığına Etkisine İlişkin Bir Araştırma*”, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Isparta.
- Sarcan, E. (2013), “*Toplumun Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddete Bakış Açısı*”, Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Gaziantep.
- Sarıbıyık, M. (2012), “*Malatya Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışan Hekim, Hemşire ve Ebelerin Şiddet Deneyimleri ve Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum ve Davranış Düzeyleri*”, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Malatya.
- Sürücü, P. (2004), “*Acil Çalışanlarının Şiddetle Karşılaşma Durumlarının Belirlenmesi*”, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Şenyurt, M. (2008), “*Psikiyatri Kliniklerinde Yaşanan Şiddet Olaylarının Kayıtlara Yansımalarının ve Ele Alınışının İncelenmesi*”, GATA, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Türkmenoğlu, B. (2014), “*Sivas İl Merkezi Sağlık Çalışanlarında Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Şiddetin Tükenmişlik Düzeyine Etkisi*”, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- Uygun, A. (2004), “*Örgütsel Bağlılık ve İşgören Performansı: Türkiye Vakıflar Bankası Ankara, İstanbul ve İzmir İli Şubelerine Yönelik Alan Araştırması*”, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Uzun, D.A. (2013), “*Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Hasta ve Hasta Yakınlarından Gördükleri Şiddetin Tükenmişlik, Aleksitimi ve İş Doyumuna Etkisi*”, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
- Ünvanlı, R. (2015), “*Hekime Yönelik Şiddetin Türk Basınına Yansıması*”, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Üzümcü, F. (2016), “*Hekim ve Hemşirelere Yönelik Şiddet: Bir Üniversite Hastanesinde Uygulama*”, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Isparta.

- Yavuz, A.İ. (2014), “*Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Kapsamında Çalışanlara Yönelik Şiddet*”, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Yayla, İ.D. (2009), “*Hekim ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddet İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranış Düzeyleri*”, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Yeşilbaş, H. (2015), “*Hemşirelerin Hasta ve Hasta Yakınlarından Şiddet Görme Durumları*”, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Yıldız, T. (2003), “*Acil Hemşirelerinin Şiddete Uğramış Kadınları Tanılamada Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Durumlarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma*”, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Süreli Yayınlar

- Açık Y. et all. (2008), “*Experience of Workplace Violence During Medical Speciality Training in Turkey*”, *Occup. Med. Adv. Access*, 58(5): 361-366.
- Açık, Y, Deveci, S., Gunes, G., Gulbayrak, C., Dabak, S., Saka, G., et al. (2008), “*Experience of Workplace Violence During Medical Speciality Training in Turkey*”, *Occup. Med. Adv. Access*, 58(5), 361-6.
- Aydın, N., Coşkun, F., Balcı, Ö., Turan, H., Dongur, D., Akın, M., et al. (2007), “*The Evalution of Their Job and Working Medium By Research Assistants in Faculty of Medicine of Gaziantep*”, *Syndrome*, 19(10), 71-74.
- Allen, N. J. and Meyer, J. P. (1990), “*The Measurement and Antecedents of Affective, Continuance and Normative Commitment to The Organization*”, *Journal of Occupational Psychology*, Vol. 63, Pp. 1-18
- Allen, N. J., Meyer, J. P., Smith, C. (1993), “*Commitment to Organizations and Occupations*”, *Journal of Applied Psychology*, Vol:78, No:4, 539-548.
- Angle, H. & Perry, J. (1981), “*An Empirical Assessment of Organizational Commitment and Organizational Effectiveness*”, *Administrative Science Quarterly*, 26, 1-14.
- Aranya, N., Ferris, K.R. (1984), “*A Reexamination of Accountants' Organizational-Professional Conflict*”, *The Accounting Review*, 59 (1), 1-15.
- Aranya, N., Pollock, J., And Amernic, J. (1981), “*An Examination of Professional Commitment in Public Accounting*”, *Accounting, Organizations and Society*, Cilt 6, Sayı 4, S. 271-280.
- Arbak, Y., Özmen T. Ve Ömür N. (2009), “*Sağlık Kuruluşlarında İnsan Kaynağının Sürekli Gelişiminin Sağlanması Önemli Faktör Örgütsel Bağlılık Öncülleri-Etkileri*”, *Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi Bildiriler Kitabı*, Antalya.
- Ardıç, K., Polatçı, S. (2009), “*Tükenmişlik Sendromu ve Madalyonun Öbür Yüzü İşle Bütünleşme*”, *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 32, 37.
- Arnold, J. (1990), “*Predictors of Career Commitment: A Test of Three Theoretical Models*”, *Journal of Vocational Behavior*, 37, 285-302.
- Aslan, F. (1999), “*A Study Related to The Determination of The Present Case of The Emergency Trauma Units in Istanbul*”, *Nursing Forum*, 2(4), 175-93.
- Aslan, Ö. ve diğerleri (2005), “*Hemşirelerin Acil Serviste Şiddet İçeren Olgu Senaryolarına Yaklaşımları*”, *Gülhane Tıp Dergisi*, 47(1).

- Aslan, Ş. (2008), "*Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ile Örgütsel Bağlılık ve Mesleki Bağlılık Arasındaki İlişkilerin Araştırılması*", Yönetim ve Ekonomi, Cilt 15, No. 2, s. 163-178.
- Aven, F.F., Parker, B. and Mcenvoy, G.M. (1993), "*Gender and Attitudinal Commitment To Organizations: A Meta Analysis*", Journal of Applied Psychology, Vol. 72, Pp. 642-648.
- Aydın B. et al. (2009), "*Violence Against General Practitioners in Turkey*", J. Interpers Violence, 24(12).
- Aydın, N., Coşkun, F., Balcı, Ö., Turan, H., Dongur, D., Akın, M., et al. (2007), "*The Evaluation of Their Job and Working Medium By Research Asisstants in Faculty of Medicine of Gaziantep*", Syndrome, 19(10), 71-4.
- Aydın, B., Kartal, M., Midik, O., Büyükakkus, A. (2009), "*Violence Against General Practioners in Turkey*", J. Interpers Violence, 24(12), 1980-94.
- Ayrancı, Ü. ve diğerleri (2002), "*Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı*", Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3.
- Ayrancı, U. (2005), "*Violence Toward Health Care Workers in Emergency Departments in West Turkey*", J. Emerg Med, 28(3), 361-5.
- Barrett, S. (1997), "*Protecting Against Workplace. Public Management*", 79, 9-12.
- Baysal, A.C. ve Paksoy, M. (1999), "*Mesleğe ve Örgüte Bağlılığın İncelenmesinde Meyer-Allen Modeli*", İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 28 (1), 7-15.
- Beech, B., & Leather, P. (2006), "*Workplace Violence in The Health Care Sector: A Review of Staff Training and Integration of Training Evaluation Models. Aggression and Violent Behavior*", 11, 27-43.
- Blau, G. (2001), "*On Assessing The Construct Validity of Two Multidimensional Constructs Occupational Commitment and Occupational Entrenchment*", Human Resources Management Review, 11: 279-298.
- Blau, G. (2003), "*Testing for A Four-Dimensional Structure of Occupational Commitment*", Journal of Occupational and Organizational Psychology, 76, 469-488.
- Blau, G; And Lunz, M. (1998), "*Testing The Incremental Effect of Prefessional Commitment on Intent to Leave One's Profession Beyond The Effects Of External, Personal, and Work-Related Variables*", Journal of Vocational Behavior, V. 52, P.260-269.
- Blau, J.G. (1985), "*The Measurement and Prediction of Career Commitment*", Journal of Occupational Psychology, 58, 277-288.

- Boylu, Y., Elbeyi, P. ve Gücer, E. (2007), “*Akademisyenlerin Örgütsel Bağlılık Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma*”, Finans Politik & Ekonomik Yorumlar Dergisi, Cilt 44, Sayı 511, s.55-74.
- Brierley, J. A., Et Turley, S. (1995), “*The Organizational Turnover Intentions Of Chart ered Accountants: A Test Of A Causal Model*”, Accounting and Business Review, 2(1), 27 – 54.
- Brockner, J. (1992), “*The Escalation of Commitment to A Failing Course of Action: Toward Theoretical Progress*”, Academy of Management Review, 17: 39-61.
- Bronner, G., Royter, V., Korczyn A.D. & Giladi, N. (2003), “*Sexuality and Parkinson’s Disease*”, In: M.A. Bedard, Y. Agid, S. Chouinard, S. Fahn, A.D. Korczyn & P. Lesperance (eds.) *Mental and Behavioral Dysfunction in Movement Disorders* (Pp.517- 526). New Jersey: Humana Press.
- Bruning, N.S. and Snyder, R.S. (1983), “*Sex And Position As Predictors Of Organizational Commitment*”, Academy of Management Journal, 26, 485-491.
- Buchanan, B. (1974), “*Building Organizational Commitment: The Socialization of Managers in Work Organizations*”, Administrative Science Quarterly, 19, 533-546.
- Büyüköztürk, Ş. (2002), “*Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı*”, Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi, 32, 470-483.
- Canbaz, S. et all. (2008), “*Violence Towards Workers in Hospital Emergency Services and in Emergency Medical Care Units in Samsun: An Epidemiological Study*”, Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi, 14(3).
- Canbaz, S., DüNDAR, C., Dabak, S., Sünter, A., Pekşen, Y., Cetinoğlu, E. (2008), “*Violence Towards Workers in Hospital Emergency Services and in Emergency Medical Care Units in Samsun: An Epidemiological Study*”, Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi, 14(3):239-44.
- Carson, K.D. and Bedeian, A.G. (1994), “*Career Commitment: Construction of A Measure and Examination of Its Psychometric Properties*”, Journal of Vocational Behavior, 44, 237-262.
- Carson, K., Carson, P., & Bedeian, A. (1995), “*Development and Construct Validation of a Career Entrenchment Measure*”, Journal of Occupational and Organisational Psychology, 68, 301-320.
- Chang, E. (1999), “*Career Commitment as A Complex Moderator of Organizational Commitment and Turnover Intention*”, Human Relations, 10: 1257-1275.
- Chen, Wc., Sun, Yh., Lan, Th., Chiu, Hj. (2009), “*Incidence and Risk Factors of Workplace Violence on Nursing Staffs Caring for Chronic Psychiatric Patients in Taiwan*”, Int J Environ Res Public Health, 6(11): 2812-21.

- Chi-Iu, W.C.K., Catherine W. (1999), “Women-Friendly Hrm and Organizational Commitment: A Study Among Women and Men of Organizations in Hong Kong,” *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 72(4).
- Cohen, L. (1993), “*Racism Awareness Materials in Initial Teacher Training Report to The Leverhulme Trust*”, 11–19 New Fetter Lane, London, Ec4a, Inr.
- Cohen, A. (2007), “*Dynamics Between Occupational and Organizational Commitment in The Context of Flexible Labor Markets: A Review of The Literature and Suggestions for A Future Research Agenda*”, *Institute Tecnology and Education*, 26, 1-22.
- Colombotos, J.L. (1962), “*Sources of Professionalizm: A Study of High School Teachers*”, Cooperative Research Project, Number 330. Ann Arbor: University of Michigan.
- Curbow B. (2002), “*Origins of Violence at Work. In: Carry L. Cooper and Naomi Swanson, (eds)*”, *Workplace Violence in The Health Sector-State of The Art*, Who.
- Çermik H., Doğan B.& Şahin A. (2010), “*Sınıf Öğretmenliği Öğretmen Adaylarının Öğretmenlik Mesleğini Tercih Sebepleri*”, *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 28(1), 201-212.
- Çetin, M., Cihangiroğlu, N., Türk, Y.Z. (2010), “*Bir Grup Eczacının Mesleki Bağlılık Algılarının İncelenmesi*”, *Pamukkale Tıp Dergisi*, 3 (3), 125-130.
- Çolaklar, H. (2004), “*Profesyonellik ve Kütüphanecilik Mesleği*”, *Türk Kütüphaneciler Derneği Dergisi*, 9-18.
- Çöl, G. (2004), “*Örgütsel Bağlılık Kavramı ve Benzer Kavramlarla İlişkisi*”, *İş, Güç, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 6(2), 4-11.
- Çöl S. (2008), “*Psychological Violence at Work: A Study Among Health Workers*”, *Labour And Society*, 4(19):107-34.
- Decotiis, T. A., & Summers, T. P. (1987), “*A Path Analysis of A Model of The Antecedents and Consequences of Organizational Commitment*”, *Human Relations.*, 40, 370-380.
- DHHS Publication (2002), “*Health Effects of Occupational Exposure to Respirable Crystalline Silica*”, National Institute for Occupational Safety and Health, Niash Hazard Review.
- Dick, G. and Metcalfe, B. (2007), “*The Progress of Female Police Officers? An Empirical Analysis of Organisational Commitment and Tenure Explanations in Two Uk Police Forces*”, *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 20, No. 2 and 3: 81-100.

- Eisenberger, R., Fasolo, P. and Davis-Lamastro V. (1990), “*Perceived Organizational Support and Employee Diligence, Commitment and Innovation*”, Journal of Applied Psychology, 75:51- 59.
- Ergör A, Kılıç B, Gürpınar E. (2003), “*Occupational Risks at Health Centers*”, Journal of Health of Occupational and Security, 16(4):44-51.
- Erkol H, Gokdogan M, Erkol Z, Boz B. (2007), “*Aggression and Violence Towards Health Care Providers-A Problem in Turkey?*”, J. Forensic Leg Med, 14(7):423-8.
- Erten, Y. ve Ardalı, C. (1996), “*Saldırganlık Şiddet ve Terörün Psikososyal Yapıları*”, Cogito, Sayı 6-7, Kış-Bahar, s.143-164.
- Feldmann T.B., Holt J., Hellard S. (1997), “*Violence in Medical Facilities: A Review of 40 Incidents*”, J. Ky. Med Assoc, 95:183-9.
- Fernandes, C. et all, (1999), “*Violence in The Emergency Department: A Survey of Health Care Workers*”, Cmaj, 16.
- Fullagar, C., & Barling, J. (1989), “*A Longitudinal Test of A Model of The Antecedents and Consequences of Union Loyalty*”, Journal of Applied Psychology, 74, 213-227.
- Gallie, D. and White, M. (1993), “*Employee Commitment and The Skills Revolution, London*”, Psi Publishing.
- Gordon, M. E., Philpot, J. W., Burt, R. E., Thompson, C. A., & Spiller, W. E. (1980), “*Commitment to The Union: Development of A Measure and an Examination of Its Correlates*”. Journal of Applied Psychology, 65, 479-499.
- Gouldner, A.W. (1957), “*Cosmopolitan and Locals: Towards an Analysis of Latent Social Roles- I.*”, Administrative Science Quarterly 2: 281-306.
- Greenhaus, J.H. (1971), “*An Investigation of The Role of Career Salience in Vocational Behaviour*”, Journal of Vocational Behavior, 1, 209-216.
- Guthrie, J.P. (2001), “*High Involvement Work Practices, Turnover and Productivity: Evidence from New Zealand*”, Academy of Management Journal, 44: 180-190.
- Gül, H. vd. (2008), “*İş Tatmini, Stres, Örgütsel Bağlılık, İşten Ayrılma Niyeti ve Performans Arasındaki İlişkiler: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama*”, Akademik Bakış (15) Ekim: 2008: 1-11.
- Gümüş, A. (2006), “*Şiddetin Nedenleri*”, Toplumsal Bir Sorun Olarak Şiddet Sempozyumu”, Eğitim-Sen Yayınları, Ankara, s.39-92.
- Hair, J.F.Jr., Anderson, R.E., Tatham, R.L., & Black, W.C. (1998), “*Multivariate Data Analysis*”, (5th Edition). Upper Saddle River, Nj: Prentice Hall.

- Hrebiniak, L.G., & Alutto, J.A. (1972), “*Personal and Role Related Factors in The Development of Organizational Commitment*”, *Administrative Science Quarterly*, 17, 555-573.
- ILO (2003), “*ILO Fact Sheet Workplace Violence in Health Services*”, ILO.
- ILO/ICN/WHO/PSI (2002), “*Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in The Health Sector*”, ILO, Geneva.
- ILO/ICN/WHO/PSI (2003), “*Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in The Health Sector*”, ILO, Geneva.
- Ilhan, M.N. (2009), “*Self Medication with Antibiotics: Questionnaire Survey Among Primary Care Centre Attendants*”, *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 18(12).
- Jackson, P.R., Stafford, E.M., Banks, M.J., & Warr, P.B. (1983), “*Unemployment and Psychological Distress in Young People: The Moderating Role of Employment Commitment*”, *Journal of Applied Psychology*, 68, 525-535.
- Jans, N. (1989), “*Organizational Commitment, Career Factors and Career/Life Stage*”, *Journal of Organizational Behavior*, Vol: 10, 247.
- Jaramillo, F., Mulki, J. and Marshall, G. (2005), “*A Meta-Analysis of The Relationship Between Organization Commitment and Salesperson Job Performance: 25 Years of Research*”, *Journal of Business Research*, Vol. 58 No. 6, Pp. 128-705.
- Joiner, A.T. & Bakalis, S. (2006), “*The Antecedents of Organizational Commitment: The Case of Australian Casual Academics*”, *International Journal of Educational Management*, Vol. 20, No. 6, Pp.439-452.
- Kanter, R.M. (1968), “*Commitment and Social Organization: A Study of Commitment Mechanisms in Utopian Communities*”, *American Social Review*, Vol.33, 4:499-217.
- Kaya, N. (1996), “*Şiddetin Dinamikleri Yoksulluk, İşsizlik ve Göç*”, *Toplumsal Bir Sorun Olarak Şiddet Sempozyumu*, 105-120.
- Kaya, N., Selçuk S. (2007), “*Bireysel Başarı Güdüsü Organizasyonel Bağlılığı Nasıl Etkiler?*”, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 8(2), 175–190.
- Kısa A. and Dziegielewska S. F. (1996), “*Sexual Harassment of Female Nurses in A Hospital in Turkey*”, *Health Services Management Research*, 9(4).
- Kim, S.W. & Mueller, C.W. (2011), “*Occupational and Organizational Commitment in Different Occupational Contexts*”, *Work and Occupations*, 38(1), Pp:6.
- Kingma, M. (2001), “*Workplace Violence in The Health Sector: A Problem of Epidemic Proportion*”, *International Nursing Review*, 48(3), 129-130.

- Koch, J. & Steers, R. (1978), "*Job Attachment, Satisfaction, and Turnover Among Public Sector Employees*", *Journal of Vocational Behavior*, 12, Pp. 119-128.
- Kwon, I.G. & Banks, D.W. (2004), "*Factors Related to The Organizational and Professional Commitment of Internal Auditors*", *Managerial Auditing Journal*, 19(5), 606-622.
- Lee, K., Carswell, J.J. & Allen, N. (2000), "*A Metaanalytic Review of Occupational Commitment: Relations with Person and Work-Related Variables*", *Journal of Applied Psychology*, 85(5), 799-811.
- Lewis, M. (2005), "*Bullying in Nursing*", *Journal of Nursing Standart*, 15 (45), 39.
- Lin and Liu, (2005), "*The Impact of Workplace Violence on Nurses in South Taiwan*". *International Journal of Nursing Studies*, 42 (7), pp. 773-778.
- Luthans, F., Baack, D. and Taylor, L. (1987), "*Organizational Commitment: Analysis of Antecedents*", *Human Relations*, 40, 219-236.
- Mathieu, J. and Zajac, D. (1990), "*A Review of Meta-Analysis of The Antecedents, Correlates and Consequences of Organizational Commitment*", *Psychological Bulletin*, Vol. 108 No. 2, Pp. 171-94.
- Mccauley H. S., Hinz V.B. and Mccauley K.D. (1995), "*Assessing Organizational Commitment: An Employee's Global Attitude toward The Organisation*", *Journal of Applied Behavioral Science*, 31(1), 80-90.
- Meyer J.P., Allen N.J. and Smith C. (1993), "*Commitment to Organizations and Occupations: Extension and Test of A Three-Component Conceptualization*", *Journal of Applied Psychology*, Vol. 78, Pp. 538-551.
- Meyer J.P., Stanley D.J., Herscovitch L. and Topolnytsky L. (2002), "*Affective, Continuance and Normative Commitment to The Organization: A Meta-Analysis of Antecedents, Correlates, and Consequences*", *Journal of Vocational Behavior*, Vol. 61, Pp. 20-52.
- Meyer J., Becker T. and Van D.R. (2006), "*Social Identities and Commitments at Work: toward an Integrative Model*", *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 27, Pp. 665-683.
- Meyer, J.P., Allen N.J. (1984), "*Testing The 'Side-Bet Theory' of Organizational Commitment: Some Methodological Considerations*", *Journal of Applied Psychology*, 373.
- Meyer, J.P., and Allen, N.J. (1991), "*A Three-Component Conceptualization of Organizational Commitment*", *Human Resource Management Review*, 1, 61-89.
- Meyer, J.P., Paunonen, S.V., Gellatly, I.R., Goffin, R.D., & Jackson, D.N. (1989), "*Organizational Commitment and Job Performance: It's The Nature of The Commitment that Counts*", *Journal of Applied Psychology*, 74, 152-156.

- Mobbingder (2012), “14.11.2012 Tarihli Tbbm Araştırma Komisyonu Sunumu”.
- Morris, J.H. & Sherman, J.D. (1981), “Generalizability of An Organizational Commitment Model”, *Academy of Management Journal*, 24, 5 12-526.
- Morris, J.H., & Steers, R.M. (1980), “Structural Influences on Organizational Commitment”, *Journal of Vocational Behavior*, 17, 50-57.
- Morrow, P.C. & Wirth, R.E. (1989), “Work Commitment among Salaried Professionals”, *Journal of Vocational Behavior*, 34, 40- 56.
- Morrow, P.C. (1983), “Concept Redundancy in Organizational Research: The Case of Work Commitment”, *Academy of Management Review*, 8 (3), 486-500.
- Morrow, P.C. (1993), “The Theory and Measurement of Work Commitment”, Greenwich: Jai Press.
- Mowday, R.T., Porter, L.W. and Steers, R.M. (1982), “Employee-Organization Linkages: The Psychology of Commitment, Absenteeism, and Turnover”, New York, Academic Press.
- Okursoy, A., Turan, A. (2014), “Açımlayıcı Faktör Analizi ve Üniversite Yemekhanesinde Müşteri Memnuniyeti Üzerinde Etkili Olan Boyutların Belirlenmesi Üzerine Bir Uygulama”, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 15 (1), 65-78.
- O’Driscoll, M.P., & Randall, D.M. (1999), “Perceived Organizational Support, Satisfaction with Rewards, and Employee Job Involvement and Organizational Commitment”, *Applied Psychology: An International Review*, 48: 197-209.
- Özcan, N.K. ve Bilgin H. (2011), “Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistematik Derleme”, *Türkiye Klinikleri J. Med Sci*, 31(6):1442-56.
- Özdevecioğlu, M. ve Aktaş, A. (2007), “Kariyer Bağlılığı, Mesleki Bağlılık ve Örgütsel Bağlılığın Yaşam Tatmini Üzerindeki Etkisi: İş-Aile Çatışmasının Rolü”. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 28: 3-4.
- Özen Çöl, S. (2007), “İşyerinde Psikolojik Şiddet ve Nedenleri”, *İş-Güç: Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 9.
- Özmen T., Ö. Sürat, P. Saatçioğlu, Y. Ömür (2005), “Akademisyenlerde Örgütsel ve Mesleki Bağlılığın İncelenmesine İlişkin Bir Örnek Araştırma”, *İşletme Fakültesi Dergisi*, Cilt 6, Sayı 2, Ss.1-14.
- Pai, F.Y., Yeh, T.M. & Huang, K. (2012), “Professional Commitment of Information Technology Employees Under Depression Environments”, *International Journal of Electronic Business Management*, 10 (1), 17-28.
- Piyal B., Kaya M., Çelen U. (2007), “Occupational Correlates of Fear of Violence, Harassment and Threats among 112 Emergency Aid Health Workers”. *Ajci*, 1(1):1-6.

- Popoola, S.O. (2006), "*Personal Factors Affecting Organizational Commitment of Records Management Personnel in Nigerian State Universities*", *Ife Psychologia*, 14(1): 183-97.
- Porter, L.W., Steers, R.M., Mowday, R.T. & Boulian, P.V. (1974), "*Organizational Commitment, Job Satisfaction, and Turnover among Psychiatric Technicians*", *Journal of Applied Psychology*, 59, 603-609.
- Putti, J.M., Aryee, S., & Liang, T.K. (1989), "*Work Values and Organizational Commitment: A Study in The Asian Context*", *Human Relations*, 42(3), 275-288.
- Randall, D.M. and Cote, J.A. (1991), "*Interrelationships of Work Commitment Constructs*", *Work and Occupations*, 18, 194-211.
- Ryan, D. and Maguire, J. (2006), "*Aggression and Violence -- A Problem in Irish Accident and Emergency Departments?*", *Journal of Nursing Management*, 14, 2, Pp. 106-115.
- Schwenk, C.R. (1986), "*Information, Cognitive Biases and Commitment to A Course of Action*", *Academy of Management Review*, Cilt 11, Sayı 2, Ss.299.
- Seruya, F.M., Hinojosa, J. (2010), "*Professional and Organizational Commitment in Paediatric Occupational Therapists: The Influence of Practice Setting*". *Occupational Therapy International*, 17, 125-134.
- Sharma, P. & Irving, P.G. (2005), "*Four Bases of Family Business Successor Commitment: Antecedents and Consequences*". *Entrepreneurship Theory and Practice*, 29(1), 16.
- SHORE, L.M. & Martin, H.J. (1989), "*Job Satisfaction and Organizational Commitment in Relation to Work Performance and Turnover Intentions*", *Human Relations*, 42(7), 625-638.
- Shore, L.Mcf. and Wayne, J.S. (1993), "*Commitment and Employee Behavior: Comparison of Affective Commitment and Continuance Commitment with Perceived Organizational Support*", *Journal of Applied Psychology*, 78 (5), 774–780.
- Siders, M.A., George, G. and Dharwadkar, R. (2001), "*The Relationship of Internal and External Commitment Foci to Objective Job Performance Measures*", *Academy of Management Journal*, Vol. 44, Pp. 580-90.
- Stanko, E.A. (2002), "*Knowledge about The Impact of Violence at Work in The Health Sector*", In: Cooper Cl and Swanson N. (eds), *Workplace Violence in The Health Sector – State of The Art*, WHO.
- Steers, R.M. & Spencer, D.C. (1977), "*The Role of Achievement Motivation in Job Design*", *Journal of Applied Psychology*, 62, 472-479.

- Stevens, J.M., Beyer, J.& Trice, H.M. (1978), “Assessing Personal, Role, and Organizational Predictors of Managerial Commitment”, *Academy of Management Journal*, 21, 380-396.
- Şişman, M. ve Acat, B.M. (2003), “Öğretmenlik Uygulaması Çalışmalarının Öğretmenlik Mesleğinin Algılanmasındaki Etkisi”, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13 (1), 239.
- Tak, B. ve Çiftçioğlu, B.A. (2009), “Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeğinin Türkçe’de Güvenilirlik ve Geçerliliğinin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması”, *DEU İşletme Fakültesi Dergisi*, Cilt: 10, Sayı:1, Ss.35-54.
- Tak, B. & Çiftçioğlu, B.A. (2008), “Mesleki Bağlılık ile Çalışanların Örgütte Kalma Niyeti Arasındaki İlişki”, *Ankara Üniversitesi, Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 63,4.
- TBMM (2013), “Akdağ Recep, 09.01.2013 Tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu”.
- Tsombiris, P. & Xenikou, A. (2010), “Commitment Profiles: The Configural Effect Of The Forms and Foci of Commitment on Work Outcomes”, *Journal of Vocational Behavior*, 77(3), 401–411.
- Uyguç, N. ve Çımrın D. (2004), “DEÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi Merkez Laboratuvarı Çalışanlarının Örgüte Bağlılıklarını ve İşten Ayrılma Niyetlerini Etkileyen Faktörler”, *DEÜ, İ.İ.B.F. Dergisi*, Cilt:19 Sayı:1, Yıl:2004, Ss:91-99.
- Vandenberg, R.J. and R.M. Self (1993), “Assessing Newcomer’s Changing Commitments to The Organization during The First 6 Months of Work”, *Journal of Applied Psychology*, 4: 557-568.
- Velicer, W.F., & Fava, J.L. (1998), “Effects of Variable and Subject Sampling on Factor Pattern Recovery”, *Psychological Methods*, 3(2), 231-251.
- Weng, Q. and McElroy, J.C. (2012), “Organizational Career Growth, Affective Occupational Commitment and Turnover Intentions”, *Journal of Vocational Behavior*, 80, 256-265.
- WHO (World Health Organization), (1998), “Violence and Health: Task Force on Violence and Health”, Geneva.
- WHO (World Health Organization), (2002), “World Report on Violence and Health”, Geneva, Switzerland, 1-21.
- Yücel, C., Kaynak, S. (2007), “Öğretmenlerin Kişilik Özellikleri ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı”, *Eğitim Yönetimi Kongresi (EYYEDDER)*, Ankara, 687.
- Zeffane, R. (1994), “Patterns of Organizational Commitment and Perceived Management Style: A Comparison of Public and Private Sector Employees”, *Human Relation*, 47(8), 977-1010.

Zerenler, M. ve Ögüt, A. (2007), “Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği”, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 18: 500-5

İnternet Kaynakları

Işıker, F. (2011), “Televizyon Yayınlarında Şiddet”, Radyo ve Televizyon Üst Kurulu Uzmanlık Tezi, <http://www.rtuk.org.tr/upload/UT/21.pdf>, Erişim Tarihi: 15.12.2012.

Kızmaz, Z. (2006), “Şiddetin Sosyo-Kültürel Kaynakları Üzerine Sosyolojik Bir Yaklaşım”, Fırat Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt:16, Sayı:2, Sayfa:247-267, <http://web.firat.edu.tr/sosyalbil/dergi/arsiv/cilt16/sayi2/247-267.pdf>, Erişim Tarihi: 07.01.2013.

Kocacık, F. (1996), “Şiddet Olgusu Üzerine”, Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt 2, Sayı 1, <http://www.cumhuriyet.edu.tr/edergi/makale/88.pdf>, Erişim Tarihi: 04.01.2013.

OSHA (2013), “Workplace Violence”, OSHA, Erişim Tarihi: 21.05.2015.

Öngören, Y. ve diğerleri (2011), akt. Işıker, F., “Televizyon Yayınlarında Şiddet”, Radyo ve Televizyon Üst Kurulu Uzmanlık Tezi, <http://www.rtuk.org.tr/upload/ut/21.pdf>, Erişim Tarihi: 15.12.2012.

Şahin Ü. (2013), “Sağlık Hizmetlerinde İletişim”, www.umitsahin.com, Erişim Tarihi: 07.04.2014.

ŞİDDETİ ÖNLEME PLATFORMU, “Medya ve Şiddet Alt Çalışma Grubu Raporu”, Erişim Tarihi: 07.06.2015.

WHO, (World Health Organization), 1996. “Workplace Violence”,

www.who.int/violence_injury_prevention/injury/work9/en/print.html/2013, Erişim tarihi: 21.03.2013

WHO, (World Health Organization), 2005. “Workplace Violence”,

www.who.int/violence_injury_prevention/injury/work9/en/print.html/2013,

Erişim tarihi: 21.03.2013

www.tdk.gov.tr, 07.08.2015

www.athgm.gov.tr, Erişim tarihi: 12.01.2013

www.ecprd.secure.europa.eu, Erişim tarihi: 25.07.2015).

www.ena.org, Erişim tarihi: 07.07.2015

EKLER

EK 1. DOKTORLARIN ŞİDDETE MARUZ KALMA DURUMLARI VE MESLEKLERİNE OLAN BAĞLILIKLARINI DEĞERLENDİRME ANKETİ

Değerli Katılımcı,

Bu çalışmanın amacı, Kocaeli ilindeki doktorlara yönelik uygulanan şiddet düzeyini belirlemek ve bu şiddetin doktorların mesleki bağlılıklarını nasıl etkilediğini araştırmaktır.

Bu anket üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm kişisel bilgilerin ve iş yeri bilgilerinin elde edilmesi amacıyla hazırlanan sorulardan; ikinci bölüm şiddet bilgilerini içeren sorulardan ve üçüncü bölüm de mesleki bağlılıkla ilgili sorulardan oluşmaktadır.

Anket sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için soruları samimi ve doğru olarak yanıtlamanız gerekmektedir. Lütfen anketlerin üzerine **isim belirtmeyiniz**.

İlgi ve yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

KİŞİSEL BİLGİLER VE İŞYERİ BİLGİLERİ

1. Yaşınız,.....
2. Cinsiyetiniz, ☐Kadın ☐Erkek
3. Medeni Durumunuz, ☐Evli ☐Bekar ☐Diğer,.....
4. Kaç yıldır doktor olarak çalışıyorsunuz?
☐1 yıldan az ☐1-5 yıl ☐6-10 yıl
☐11-15 yıl ☐16-20 yıl ☐20 yıl ve üzeri
5. Şu an çalıştığınız yer,
☐Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastane
☐Üniversite Hastanesi
☐Özel Hastane
☐Diğer,.....
6. Kaç yıldır bu kurumda çalışıyorsunuz?
☐1 yıldan az ☐1-5 yıl ☐6-10 yıl
☐11-15 yıl ☐16-20 yıl ☐20 yıl ve üzeri
7. Çalıştığınız birim,.....
8. Çalıştığınız yerdeki göreviniz,.....
9. Çalışma saatleriniz,
☐Sadece gündüz ☐Sadece gece ☐Gündüz ve gece dönüşümlü ☐Diğer,.....
10. Bu kurumda,
Günlük ortalama hasta/tetkik sayınız: ☐1-15 ☐16-30 ☐31-55 ☐56 ve üzeri
Aylık nöbet sayısı: ☐Nöbetim yok ☐Nöbetim var,.....(Sayıyı belirtiniz.)
11. İşinizde hastalarla yüz yüze etkileşimde bulunuyor musunuz?
☐Evet ☐Hayır
12. Genellikle hizmet verdiğiniz hasta cinsiyeti:
☐Kadın ☐Erkek ☐Her ikisi de
13. Bu kurumda şiddete maruz kalma endişesi yaşıyor musunuz? (Lütfen derecelendirin: 1=Hiç endişem yok 5=Çok endişeliyim)
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
14. Bu kurumda yaşanan şiddet olaylarını rapor edebileceğiniz bir sistem var mı?
☐Evet ☐Hayır
15. Bu kurumda yaşadığınız şiddet olaylarını yazılı ya da sözlü olarak gerekli yerlere bildirme konusunda sizi destekleyen birileri var mı?
☐Evet, a) Kurum içi,..... ☐Hayır
b) Kurum dışı, ☐Sivil Toplum Kuruluşları
☐Aile
☐Arkadaş
☐Diğer,.....

İŞYERİNDE ŞİDDET BİLGİLERİ

Fiziksel Şiddet; fiziksel olarak ağrı-zarar veren her türlü davranış (dövme, tekmeleme, tokatlama, bıçaklama, ateş etme, itme, ısırma çimdikleme, yumruklama gibi)

Psikolojik Şiddet (Mobbing); işyerinde bireye ya da bir grup çalışana karşı gururunu kırmaya veya küçük görmeye yönelik zaman içinde tekrar eden davranışlar (mantıksız görevler verilmesi, yeteneğin eleştirilmesi, küçük düşürülme, başarının olduğundan az gösterilmesi, işten çıkarılma, bağırılması, görevin kaybettirileceğine ilişkin tehdit, dedikodu yapma, iftira etme v.b.)

Sözel Şiddet; bireyin onurunu ve saygınlığını hiçe sayan ve değersiz hissettiren sözlü davranışlar (Küfür etmek, hakaret, bağırma v.s.)

Cinsel Şiddet/Taciz; bireyin kendini tehdit edilmiş, aşağılanmış hissetmesine ya da utanmasına yol açan cinsel içerikli, saldırganca, birey tarafından hoş karşılanmayan, istenmeyen ve onaylanmayan her türlü davranış (birinin yanından sürtünerek geçmek; cinsel içerikli konuşmalar, şakalar, fıkralar; müstehcen içerikli e-mail gönderilmesi v.b.)

1. Sağlık sektöründeki çalışma yaşamınız boyunca herhangi bir şiddete maruz kaldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

2. Uğradığınız şiddet olayı/olaylarının türünü ve sayısını işaretleyiniz.

Fiziksel Şiddet ☐ 1 ☐ 2-4 ☐ 5-9 ☐ 10 ve üzeri

Psikolojik Şiddet (Mobbing) ☐ 1 ☐ 2-4 ☐ 5-9 ☐ 10 ve üzeri

Sözel Şiddet ☐ 1 ☐ 2-4 ☐ 5-9 ☐ 10 ve üzeri

Cinsel Şiddet/Taciz ☐ 1 ☐ 2-4 ☐ 5-9 ☐ 10 ve üzeri

3. Son 12 ayda işyerinizde herhangi bir şiddet olayına maruz kaldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

4. Son 12 ayda işyerinizde hangi tür şiddete kim tarafından maruz kaldınız? Aşağıdaki tabloda işaretleyiniz.

	Hasta	Hasta Yakını	İş Arkadaşı	Yönetici	Diğer, belirtiniz
Fiziksel Şiddet	☐	☐	☐	☐	☐
Psikolojik Şiddet (Mobbing)	☐	☐	☐	☐	☐
Sözel Şiddet	☐	☐	☐	☐	☐
Cinsel Şiddet/Taciz	☐	☐	☐	☐	☐

5. En son yaşadığınız şiddet olayının türü nedir?

☐ Fiziksel Şiddet
☐ Psikolojik Şiddet (Mobbing)
☐ Sözel Şiddet
☐ Cinsel Şiddet/Taciz

6. En son yaşadığınız şiddet olayında size kim saldırdı?

☐ Hasta
☐ Hasta Yakını
☐ İş Arkadaşı
☐ Yönetici
☐ Diğer, ...

7. Saldırının cinsiyeti neydi?

☐ Kadın ☐ Erkek

8. En son yaşadığınız şiddet olayı nerede gerçekleşti? Mekan belirterek yazınız. (poliklinik, acil poliklinik, hasta odası v.b.)

9. En son yaşadığınız şiddet olayı haftanın hangi gününde gerçekleşti?

☐ Pazartesi ☐ Salı ☐ Çarşamba ☐ Perşembe
☐ Cuma ☐ Cumartesi ☐ Pazar ☐ Hatırlamıyorum

10. En son yaşadığınız şiddet olayı hangi saat diliminde gerçekleşti?

☐ 07.00-13.00
☐ 13.00-18.00
☐ 18.00-24.00
☐ 24.00-07.00

☐ Hatırlamıyorum

11. En son yaşadığınız şiddet olayı sırasında ne yaptınız? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- ☐ Hiçbir şey yapmadım.
- ☐ Kendimi fiziksel olarak savunmaya çalıştım.
- ☐ Fiziksel şiddet kullanan kişiye/kişilere durmasını söyledim.
- ☐ Fiziksel şiddet kullanan kişiye/kişilere fiziksel olarak karşılık verdim.
- ☐ Diğer,.....

12. En son yaşadığınız şiddet olayından sonra ne yaptınız? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- ☐ Hiçbir şey olmamış gibi davrandım
- ☐ Aileme/arkadaşlarıma anlattım
- ☐ İşyerinden arkadaşlarıma anlattım
- ☐ Yöneticime sözlü olarak anlattım
- ☐ Yasal yollara başvurdum
- ☐ Görev yerimin değiştirilmesi için istekte bulundum
- ☐ Sivil toplum örgütlerinden yardım istedim
- ☐ Psikolojik destek aldım
- ☐ Diğer,.....

13. Olaydan başkalarına bahsetmediyseniz, neden? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- ☐ Önemli değildi
- ☐ Utandım
- ☐ Olumsuz sonuçlarından korktum
- ☐ Kendimi suçlu hissettim
- ☐ İşe yaramazdı
- ☐ Kime rapor edeceğimi bilmiyordum
- ☐ Diğer,.....

14. Yaşadığınız bu olayın engellenebilir olduğunu düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

15. En son yaşadığınız şiddet olayı yaralanmanıza neden oldu mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

16. Şiddet olayından sonra bir süre çalışmaya ara verdiniz mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

16.1. Cevabınız evet ise ne kadar süre ayrı kaldınız?

- ☐ 1 gün
- ☐ 1 ay
- ☐ 2-3 gün
- ☐ 2-6 ay
- ☐ 1 hafta
- ☐ 7-12 ay
- ☐ 2-3 hafta

17. Olayın sebeplerini incelemek üzere bir girişim oldu mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Bilmiyorum

17.1. Cevabınız evet ise kim/kimler tarafından girişimde bulunuldu? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- ☐ Yönetici/işveren
- ☐ Sivil toplum örgütü
- ☐ Yakın çevre
- ☐ Polis
- ☐ Diğer,.....

18. Size saldıran kişiye/kişilere ne oldu? (Örn; polise bildirildi, dava edildi, görevden alındı, bakımı kesildi gibi)

19. İşveren/yönetici size şunları önerdi mi? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- Danışma ☐ Evet ☐ Hayır
- Konuyu resmi olarak bildirmek ☐ Evet ☐ Hayır
- Diğer destekler ☐ Evet ☐ Hayır

20. İşyeriniz olayı ele alış şeklinden hissettiğiniz tatmin düzeyini işaretleyiniz.

(1=Hiç tatmin olmadım, 5=Çok tatmin oldum)

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

21. Son 12 ay içinde işyerinizde fiziksel şiddete şahit oldunuz mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

21.1. Cevabınız evet ise ne sıklıkta şahit oldunuz?

- ☐ 1 kez
- ☐ Her ay birçok kez
- ☐ 2-4 kez
- ☐ Her hafta
- ☐ 5-10 kez
- ☐ Her gün

22. Son 12 ay içinde şahit olduğunuz bu şiddet olayını ihbar ettiniz mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

22.1. Cevabınız evet ise, işyerinde şiddeti ihbar ettiğiniz için disipline gönderildiniz mi? Herhangi bir baskı hissettiniz mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

MESLEKİ BAĞLILIK BİLGİLERİ

Bu bölümde mesleğinize olan bağlılığınızı ölçmek amacıyla çeşitli sorular verilmiştir. Lütfen bu soruları kendi düşünceleriniz doğrultusunda;

1-Kesinlikle Katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle Katılıyorum, seçeneklerinden birini (X) koyarak cevaplandırınız.

SORU NO	SORULAR	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.	Mesleğim, imajım için son derece önemlidir.					
2.	Doktor olduğuma pişmanım.					
3.	Doktor olduğum için gurur duyuyorum.					
4.	Bu meslekte olmaktan memnun değilim.					
5.	Doktorluk mesleği ile kendimi özdeşleştiremiyorum.					
6.	Mesleğimi yapmak için hevesli ve istekliyim.					
7.	Bu mesleğe o kadar çok emek verdim ki, şu anda değiştiremem.					
8.	Benim için mesleğimi değiştirmek şu anda çok zor olur.					
9.	Mesleğimi değiştirirsem hayatım alt üst olur.					
10.	Mesleğimi şimdi değiştirmek benim için maliyetli(külfetli) olabilir.					
11.	Mesleğimi değiştirmemem için üzerimde herhangi bir baskı yok.					
12.	Bence mesleği değiştirmek, önemli ölçüde fedakârlık gerektirir.					
13.	Belirli bir mesleğin eğitimini almış kişilerin, o mesleği makul bir süre yapma sorumluluğu taşımaları gerektiğine inanıyorum.					
14.	Doktorluk mesleğinde kalmak için herhangi bir zorunluluk duymuyorum.					
15.	Doktorluğa devam etmeyi, yerine getirmem gereken bir sorumluluk olarak görüyorum.					
16.	Bana avantaj sağlayacak olsa bile, doktorluk mesleğini bırakmayı doğru bulmam.					
17.	Doktorluğu bırakırsam kendimi suçlu hissedirim.					
18.	Mesleğime duyduğum sadakatten(bağlılıktan) dolayı doktorluk yapmaya devam ediyorum.					

EK 3: ARAŞTIRMA İZİN BELGESİ



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Kocaeli İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı: 21920196
Konu: Doktora Tezi İzni

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KOCaelİ GENEL SEKRETERLİĞİ GİDEN EVRAK
Tarih: 22.07.2015/Sayı: 15143
Giden Kurum: ŞAHİS
Giden Şube: EVRAK TAKİP
Gönderen Şube: EĞİTİM ŞUBESİ

Sn.Tülin BAYRAKTAR
(Sakarya Üniversitesin İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi)

03.07.2015 tarih ve 15008 sayılı başvurunuz Birliğimize bağlı hastanelerde
“Doktorlara Yönelik Şiddetin Meslek Bağlılığına Etkisi:Kocaeli İli Örneği” konulu Doktora
tezi için yapacağınız anket çalışmasını yapma isteğiniz komisyonumuzca değerlendirilerek
uygun görülmüştür.
Gereğini rica ederim.

Dr.Harun ÖZ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

Tülin BAYRAKTAR 1983 yılında İstanbul’da doğdu. 2001 yılında Kabataş Erkek Lisesi’nden, 2005 yılında Kocaeli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İktisat Bölümü’nden mezun oldu. 2007 yılında Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bilim Dalında yüksek lisansını tamamladı. 2011 yılında Sakarya Üniversitesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı’nda doktora programına başladı.

