



**İŞYERİNDE ŞİDDETİN İŞ PERFORMANSI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE
ETKİSİ: TEKİRDAĞ İLİ SAĞLIK SEKTÖRÜNDE UYGULAMA**

Yasemin ÇABUK

Doktora Tezi

İşletme Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. S. Ahmet MENTEŞ

2020

T.C.
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

İŞYERİNDE ŞİDDETİN İŞ PERFORMANSI VE YAŞAM
KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ: TEKİRDAĞ İLİ SAĞLIK
SEKTÖRÜNDE UYGULAMA

Yasemin ÇABUK

İŞLETME ANABİLİM DALI
DANIŞMAN: Prof. Dr. S. Ahmet MENTEŞ

TEKİRDAĞ-2020
Her hakkı saklıdır.

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Hazırladığım Doktora Tezinin çalışmasının bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, yazımda enstitü yazım kılavuzuna uygun davranıldığını taahhüt ederim.

10/02/ 2021

Yasemin ÇABUK

T.C.
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

Yasemin ÇABUK tarafından hazırlanan “İşyerinde Şiddetin İş Performansı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi: Tekirdağ İli Sağlık Sektöründe Uygulama” konulu DOKTORA Tezinin Sınavı, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliği uyarınca 10/02/2021günü saat 10:30’da yapılmış olup, tezin Kabul Edilmesine OYBİRLİĞİ ile karar verilmiştir.

Jüri Başkanı:	Prof. Dr. S. Ahmet MENTEŞ	Kanaat: Başarılı	İmza:
Üye:	Prof. Dr. Dilek ALTAŞ	Kanaat: Başarılı	İmza:
Üye:	Prof. Dr. Ahmet KUBAŞ	Kanaat: Başarılı	İmza:
Üye:	Dr. Öğr. Üyesi Pınar YÜRÜK KAYAPINAR	Kanaat: Başarılı	İmza:
Üye:	Dr. Öğr. Üyesi Özgür KAYAPINAR	Kanaat: Başarılı	İmza:

Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu adına

.../.../2021

Dr.Öğr.Üyesi Ali Faruk AÇIKGÖZ

Enstitü Müdürü V.

ÖZET

Kurum, Enstitü, : Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,
ABD : İşletme Anabilim Dalı
Tez Başlığı : İşyerinde Şiddetin İş Performansı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi: Tekirdağ İli Sağlık Sektöründe Uygulama
Tez Yazarı : Yasemin ÇABUK
Tez Danışmanı : Prof. Dr. S. Ahmet MENTEŞ
Tez Türü, Yılı : Doktora, 2020
Sayfa Sayısı : 232

Diyalog, anlaşmazlık ve tartışma, işyeri iletişiminin en önemli unsurları arasındadır. İşyerinde iletişimin başarı elde etmede, verimlilik sağlamada ve iyi iş ilişkileri sürdürmede çok önemli olduğu açıktır. Müşteri odaklı hizmet anlayışın yerleşmesi ve artan rekabet koşulları, günümüz iş yaşamını önemli ölçüde etkilemektedir. Bu durum işyerindeki iletişimi daha da önemli kılmaktadır çünkü bu çerçevede iletişimde yaşanan sorunlar hizmete taraf olanlar arasında ciddi çatışmaların yaşanmasına neden olabilmektedir.

Bu çalışma, sağlık çalışanlarının işyerinde yaşadığı şiddet olaylarının yaşam kalitesi ve iş performansı üzerindeki etkisini araştırmaktadır. Ayrıca işyeri şiddetinin, iş performansı üzerine etkisinde, yaşam kalitesinin aracılık rolünü tespit etmeyi amaçlamaktadır. Analizlerde, YEM (Yapısal Eşitlik Modeli) kullanılmıştır. Bugüne dek yapılan araştırmalar, yaşam kalitesini genel olarak fiziksel sağlık boyutuyla değerlendirmiştir. Ancak, yaşanan işyeri şiddeti, ağırlıklı olarak psikolojik etkilere neden olmaktadır. Bu nedenle, yaşam kalitesini psikolojik sağlık açısından değerlendirmek, daha gerçekçi araştırma sonuçlarına ulaşılmasını sağlayacaktır. Çalışanların psikolojik sağlığını içeren yaşam kalitesi boyutunu, iş performansını ve

işyeri şiddetini bir arada değerlendiren, literatürde herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu yönüyle bu araştırma, öncü bir rol oynamaktadır.

Kamu sağlık sektöründe 682 katılımcı ile gerçekleştirilen bu araştırma sonucunda; iş yerinde yaşanan şiddet algısı arttıkça, çalışanların yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Çalışanların yaşam kalitesindeki artış, iş performansına olumlu yansımakta; iş yeri şiddeti algısındaki artış ise, yaşam kalitesinde ve iş performansında düşüğe neden olmaktadır. Araştırma sonuçları yaşam kalitesinin, iş yerinde şiddetin, iş performansı üzerindeki etkisinde, tam aracı etki gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: İşyeri şiddeti, Yaşam kalitesi, İş performansı, Sağlık Yönetimi, Yapısal Eşitlik Modeli

ABSTRACT

Institution, Institute,	:	Tekirdağ Namık Kemal University, Institute of Social Sciences,
Department	:	Department of business administration
Thesis Title	:	The Effect of Workplace Violence on Job Performance and Quality of Life: Practice in Health Sector on Tekirdağ Province
Thesis Author	:	Yasemin ÇABUK
Thesis Adviser	:	Prof. Dr. S. Ahmet MENTEŞ
Type of Thesis, Year	:	MA Thesis, 2020
Total Number of Pages	:	232

Dialogue, conflict and dispute are among the most important elements of workplace communication. It is obvious that achieving success, attaining efficiently and maintaining good workplace relationships is closely related with work place communication. Prevalence of customer-oriented service concept and increasing competitive conditions are significantly effecting modern day work life. This places a more important role to workplace communication because communication related problems have the potential to cause serious conflicts between the parties of the service.

This study examines the effects of violence against healthcare workers on their life quality and work performance. The study also analyses the mediating role of life quality of workplace violence on work performance. Structural Equation Model is employed for the analysis of the study. Existing studies mostly evaluate life quality in the context of physical wellbeing. But workplace violence also causes substantial psychological consequences. Thus, evaluating life quality from a psychological

perspective is believed to result a more realistic research outcome. Literature review exhibits no previous study that evaluates psychological dimension of life quality with work performance and workplace violence. In this sense this study plays a pioneering role.

The findings of the study, conducted with 682 healthcare workers, exhibit that increasing workplace violence perception negatively effects the life quality of the healthcare workers. The increase in life quality of the healthcare workers positively effects work performance. Also, increasing violence perception negatively effects the life quality and work performance of the healthcare employees. The findings of the study also exhibits the full mediating role of life quality of workplace violence on work performance.

Keywords: Healthcare workers, Workplace violence, Psychological health, Life quality, Work performance, Health management, Structural Equation Model.

ÖNSÖZ

Öncelikle akademik kariyerimin şekillenmesinde en büyük rolü oynayan, beni cesaretlendiren, bilgileriyle, tecrübeleriyle bana değer katan, desteklerini esirgemeyen çok kıymetli hocalarım Prof. Dr. S.Ahmet MENTEŞ'e, Prof.Dr. Ahmet KUBAŞ'a, Prof. Dr. Dilek ALTAŞ'a Prof. Dr. Rasim YILMAZ'a, Prof. Dr. Recep ERBAY'a, ve Prof. Dr. Nalan GÜREL hocalarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Eğitimim süresince gerek akademik çalışmalarında verdikleri destekle, gerek manevi olarak yanımda olmalarıyla çalışma arkadaşlarıma, bu zorlu süreçte destek olan, beni yalnız bırakmayan annem Hacer ÇABUK'a kardeşlerim Ümit, Murat, Müjde, Sonnur'a, yeğenlerim Tuana Ebrar, Kuzey Salih ve Rüzgar'a, arkadaşlarıma, tüm dostlarıma çok teşekkür ederim. Her zaman yanımda olan, hala bırakmadığına inandığım babam Salih ÇABUK'a beni güçlü bir kadın olarak yetiştirdiği için sonsuz teşekkür ederim.

10/02/2020

Yasemin ÇABUK

İÇİNDEKİLER

İŞYERİNDE ŞİDDETİN İŞ PERFORMANSI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ: TEKİRDAĞ İLİ SAĞLIK SEKTÖRÜNDE UYGULAMA

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİM BEYANI	ii
TEZ ONAY SAYFASI	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
ÖNSÖZ	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ŞEKİLLER	viii
TABLolar	ix
KISALTMALAR	x
GİRİŞ	1
1. ŞİDDET ve TÜRLERİ, YAŞAM KALİTESİ, İŞ PERFORMANSI	5
1.1. Şiddet ve Türleri, Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Risk Faktörleri.....	5
1.1.1. Şiddet ve Türleri.....	6
1.1.2. İşyeri Şiddeti ve Türleri	13
1.1.3. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti ve Risk Faktörleri	23
1.1.3.1. Şiddete Yönelik Sıfır Tolerans Politikası.....	25
1.1.3.2. Sağlık Sektöründe Risk Faktörleri	27
1.2. Yaşam Kalitesi	31
1.2.1. Yaşam Kalitesi Boyutları	33
1.2.2. Yaşam Kalitesi Göstergeleri	41
1.2.3. Türkiye’de Yaşam Kalitesi	42
1.3. İş Performansı	46
1.3.1. Çalışan Motivasyonu.....	49
1.3.2. İşe/Örgüte Bağlılık ve İş Doyumu	50
1.3.3. Performans Değerlendirme	52
1.3.4. Eğitim.....	53

1.3.5.Avrupa’da ve Türkiye’de İş-Yaşam Dengesi Göstergeleri	55
1.3.5. OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) Ülkelerinde İş Yaşamı.....	57
1.3.6. Sağlık Sektöründe İş Performansı.....	58
2. ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ	61
2.1. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Varsayımları	61
2.2. Araştırma Evreni ve Örneklem	62
2.3. Araştırma Modeli	64
2.4.Araştırma Hipotezleri	79
2.5.Veritoplama Yöntemleri	82
2.6. Analiz Yöntemleri.....	83
2.6.1. Açıklayıcı Faktör Analizi(AFA)	84
2.6.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi(DFA).....	89
2.6.3. Yapısal Eşitlik Modeli (YEM).....	91
2.7. Ölçeklere İlişkin Verilerin Frekans Analizi	96
3. VERİLERİN ANALİZİ ve BULGULAR.....	105
3.1.Ölçeklere İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi	105
3.1.1. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeğine AitAçıklayıcı Faktör Analizi.....	106
3.1.2. Yaşam Kalitesi Ölçeğine AitAçıklayıcı Faktör Analizi	111
3.1.3. İş Performansı Ölçeğine AitAçıklayıcı Faktör Analizi	116
3.2. Ölçeklere İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi	121
3.2.1. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeğine AitDoğrulayıcı Faktör Analizi.....	122
3.2.2. Yaşam Kalitesi Ölçeğine AitDoğrulayıcı Faktör Analizi	124
3.2.3. İş Performansı Ölçeğine AitDoğrulayıcı Faktör Analizi	126
3.3. Betimsel Analiz Sonuçları	129
3.4. Ölçeklere İlişkin Verilerin Dağılım Normalliği Analizleri ve Araştırma Hipotezleri.....	131
3.4.1. Verilerin Dağılım Normalliği Analizi.....	131
3.4.2. Araştırma Hipotezleri Sonuçları	133

3.4.2.1. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeğine Ait Hipotez Sonuçları	133
3.4.2.2. Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait Hipotez Sonuçları.....	146
3.4.2.3. İş Performansı Ölçeğine Ait Hipotez Sonuçları.....	160
3.4.3. Ölçeklerin Alt Boyutlarının Birbirleriyle İlişkisi.....	166
4.YAPISAL EŞİTLİK MODELİ (YEM) BULGULARI ve ARAŞTIRMA ANALİZİ SONUÇLARI.....	170
4.1. Yapısal Eşitlik Modeli Analiz Sonuçları	170
4.1.1. İşyerinde Şiddetin, İş Performansı Üzerindeki Etkisine Ait Bulgular	170
4.1.2. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisine Ait Bulgular.....	172
4.1.3. Yaşam Kalitesinin İş Performansı Üzerindeki Etkisine Ait Bulgular.....	174
4.1.4. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin, Yaşam Kalitesi ve İş Performansı Üzerindeki Etkisine Ait Bulgular.....	176
4.2. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin İş Performansı Üzerindeki Etkisinde Yaşam Kalitesinin Aracılık Etkisine Ait Bulgular.....	178
4.3. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin, İş Performansı Üzerindeki Etkisinde Yaşam Kalitesinin Aracı Rolünün İncelenmesi	182
4.4. Araştırma Analiz Sonuçlarına İlişkin Yorumlar	185
SONUÇ	199
KAYNAKÇA	207
EK (Özgeçmiş)	233

ŞEKİLLER

Şekil 1.1. . İşyerinde Şiddet İçeren Davranış Örnekleri.....	15
Şekil 1.2. TÜİK, Daha İyi Yaşam Endeksi/Yaşam Memnuniyeti Verileri	44
Şekil 1.3. Ülkelere Göre İş Tatmini	56
Şekil 2.1. Araştırma Modeli	79
Şekil 2.2. Ölçekler.....	82
Şekil 3.1.Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeğine Ait Path Diagramı.....	123
Şekil 3.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği DFA Path Diyagramı	125
Şekil 3.3. İş Performansı Ölçeğine Ait Path Diagramı	128
Şekil 4.1. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin İş Performansı Üzerindeki Etkisine Ait Path Diagramı	171
Şekil 4.2. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisine Ait Path Diagramı	173
Şekil 4.3. Yaşam Kalitesinin İş Performansı Üzerindeki Etkisine Ait Path Diagramı	175
Şekil 4.4.Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin Yaşam Kalitesi ve Performansı Üzerindeki Etkisine Ait Path Diagramı	177
Şekil 4.5.Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin İş Performansı Üzerindeki Etkisinde Yaşam Kalitesinin Aracılık Rolünün Belirlenmesi İçin Kurulan Modeller.....	179
Şekil 4.6.Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti ile İş Performansının Oluşturduğu Modelin Test Edilmesi	181
Şekil 4.7.İşyerinde Şiddetin İş Performansının ve Yaşam Kalitesinin Oluşturduğu Modelin Test Edilmesi	182
Şekil 4.8.Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin İş Performansı Üzerindeki Etkisinde Yaşam Kalitesinin Aracı Rolü	183

TABLULAR

Tablo 1.1. Yaşam Kalitesi ve Genel Sağlık	34
Tablo 1.2. Avrupa Birliği Komisyonu Yaşam Kalitesi Boyutları	36
Tablo 1.3.Dört Boyutlu Yaşam Kalitesi.....	38
Tablo1.4. Bireysel Yaşam Kalitesi ve Toplumsal Yaşam Kalitesi Boyutlarındaki Farklılıklar ve Benzerlikler	39
Tablo 1.5: Yaşam Kalitesi Seviyeleri	40
Tablo 1.6. UCSS Ekonomik Forum 2016/2017 Yılı Yaşam Kalitesi Göstergeleri	41
Tablo 1.7. Ortalama Psiko-sosyal Çalışma Ortamı Puanları, Yaşa ve Cinsiyete Göre	57
Tablo 2.1. Konuyla İlgili Daha Önce Yapılmış Çalışmalar.....	64
Tablo 2.2. Araştırma Hipotezleri.....	80
Tablo 2.3. Güvenirlik katsayısı (Cronbach Alpha).....	85
Tablo 2.4. Uyum İndeksi Kriterlerine Ait Değerler.....	90
Tablo 2.5. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları	97
Tablo 2.6.Katılımcıların Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımları.....	98
Tablo 2.7.Katılımcıların En Çok İletişim Kurulan Hastalara Göre Dağılımları	99
Tablo 2.8. Katılımcıların En Çok İletişim Kurulan Hastanın Cinsiyetine Göre Dağılımları	100
Tablo 2.9. Katılımcıların Son 2 Yıl İçinde Şiddete Maruz Kalmalarına Göre Dağılımları	100
Tablo 2.10. Katılımcıların Cevabı Evet İse, Maruz Kalınan Şiddet Olayına Göre Dağılımları	100
Tablo 2.11. Meslek Grupları İle Son İki Yıl İçerisinde Şiddete Maruz Kalma Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	101
Tablo 2.12. Katılımcıların Tarafından Şiddet Görülen Kişiye Göre Dağılımları	102
Tablo 2.13. Katılımcıların En Sık Tarafından Şiddetine Maruz Kalınan Kişinin Cinsiyetine Göre Dağılımları.....	102
Tablo 2.14. Katılımcıların Maruz Kalınan Şiddet Olayı ve Sıklığına Göre Dağılımları	103

Tablo 2.15. Katılımcıların İşyerinde Şiddet Olayı Sonrasında Yapılan İşleme Göre Dağılımları	104
Tablo 3.1. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeğinin Madde ve Toplam Ölçek Korelasyonu Değerleri.....	106
Tablo 3.2. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeği KMO ve Bartlett Testi Sonucu	107
Tablo 3.3. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeğinin Alt Boyutlarının Öz Değerleri ve Açıkladıkları Varyans Düzeyleri.....	108
Tablo 3.4. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeğine Ait Faktör Yük Değerleri	109
Tablo 3.5. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeğine Ait Madde Ayırt Edicilik Analizi.....	110
Tablo 3.6. Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Madde ve Toplam Ölçek Korelasyonu Değerleri	112
Tablo 3.7. Yaşam Kalitesi Ölçeği KMO ve Bartlett Testi Sonucu.....	113
Tablo 3.8. Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutlarının Öz Değerleri ve Açıkladıkları Varyans Düzeyleri.....	113
Tablo 3.9. Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait Faktör Yük Değerleri.....	114
Tablo 3.10. Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait Madde Ayırt Edicilik Analizi	115
Tablo 3.11. İş Performansı Ölçeğinin Madde ve Toplam Ölçek Korelasyonu Değerleri	117
Tablo3.12. İş Performansı Ölçeği KMO ve Bartlett Testi Sonucu.....	118
Tablo 3.13. İş Performansı Ölçeğinin Alt Boyutlarının Öz Değerleri ve Açıkladıkları Varyans Düzeyleri.....	118
Tablo 3.14. İş Performansı Ölçeğine Ait Faktör Yük Değerleri	119
Tablo 3.15. İş Performansı Ölçeğine Ait Madde Ayırt Edicilik Analizi	120
Tablo 3.16. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeğine Ait DFA Bulgularına İlişkin Madde İstatistikleri.....	122
Tablo 3.17. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeği Uyum İyiliği Değerleri	123
Tablo 3.18. Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait DFA Bulgularına İlişkin Madde İstatistikleri.....	124
Tablo 3.19. Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ölçeği Uyum İyiliği Değerleri	126

Tablo 3.20. İş Performansı Ölçeğine Ait DFA Bulgularına İlişkin Madde İstatistikleri	127
Tablo 3.21. İş Performansı Ölçeği Uyum İyiliği Değerleri	128
Tablo 3.22. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeğine Ait Bakış Açıklarına İlişkin Betimsel Bulgular	129
Tablo 3.23. Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait Bakış Açıklarına İlişkin Betimsel Bulgular	130
Tablo 3.24. Sağlık Sektöründe İşyeriŞiddeti Ölçeğine Ait Bakış Açıklarına İlişkin Betimsel Bulgular	130
Tablo 3.25. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeğine Ait Bakış Açıklarına İlişkin Verilerin Dağılımına Ait Normallik Testi Sonuçları	131
Tablo 3.26. Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait Bakış Açıklarına İlişkin Verilerin Dağılımına Ait Normallik Testi Sonuçları	132
Tablo 3.27. İş Performansı Ölçeğine Ait Bakış Açıklarına İlişkin Verilerin Dağılımına Ait Normallik Testi Sonuçları	133
Tablo 3.28. Katılımcıların Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Algılarının Cinsiyet Gruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları	134
Tablo 3.29. Katılımcıların Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Algılarının Son 2 Yıl İçinde Şiddete Maruz Kalma Gruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları	135
Tablo 3.30. Katılımcıların Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Algılarının Eğitim DurumuGruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları	136
Tablo 3.31. Katılımcıların Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Algılarının MeslekGruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları	138
Tablo 3.32. Katılımcıların Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Algılarının Gelir DurumuGruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları	140

Tablo 3.33. Katılımcıların Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Algılarının Çalışılan BirimGruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları	141
Tablo 3.34. Katılımcıların Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Algılarının En Çok İletişim Kurulan Hastalar Gruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları	143
Tablo 3.35. Katılımcıların Sağlık Sektöründe İşyeriAlgılarının Maruz Kalınan Şiddet Olayı Gruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları	145
Tablo 3.36. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Algılarının Cinsiyet Gruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları	146
Tablo 3.37. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Algılarının En Çok İletişim Kurulan Hasta Cinsiyeti Gruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları	147
Tablo 3.38. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Algılarının Son 2 Yıl İçinde Şiddete Maruz Kalma Gruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları.....	148
Tablo 3.39. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Algılarının En Sık Şiddete Maruz Kalınan Kişilerin Cinsiyet Gruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları.....	149
Tablo 3.40. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Algılarının Medeni Durum Gruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları	150
Tablo 3.41. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Algılarının Eğitim DurumuGruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları	152
Tablo 3.42. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Algılarının MeslekGruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları	154
Tablo 3.43. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Algılarının İşteki Mevcut KonumGruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları.....	155
Tablo 3.44. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Algılarının Gelir DurumuGruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları	156

Tablo 3.45. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Algılarının Çalışılan BirimGruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları	157
Tablo 3.46. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Algılarının Maruz Kalınan Şiddet Olayı Gruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları	159
Tablo 3.47. Katılımcıların İş Performansı Algılarının En Çok İletişim Kurulan Hasta Cinsiyeti Gruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları	160
Tablo 3.48. Katılımcıların İş Performansı Algılarının Son 2 Yıl İçinde Şiddete Maruz Kalma Gruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları	161
Tablo 3.49. Katılımcıların İş Performansı Algılarının İşteki Mevcut KonumGruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları.....	162
Tablo 3.50. Katılımcıların İş Performansı Algılarının Gelir DurumuGruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları.....	163
Tablo 3.51. Katılımcıların İş Performansı Algılarının Çalışılan BirimGruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları.....	164
Tablo 3.52.Katılımcıların İş Performansı Algılarının Tarafından Şiddet Görülen Kişi Gruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları	165
Tablo 3.53. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Ölçeği ve İş Performansı Ölçeği Alt Boyutlarının Birbirleri Arasındaki İlişki	166
Tablo 3.54. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeği Alt Boyutlarının Birbirleri Arasındaki İlişki.....	167
Tablo 3.55. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Sağlık Sektöründe Şiddeti Ölçeği Alt Boyutlarının Birbirleri Arasındaki İlişki.....	168
Tablo 4.1. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin İş Performansı Üzerindeki Etkisine Ait YEM Sonuçları	171
Tablo 4.2. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin İş Performansı Üzerindeki Etkisine Ait Uyum İyiliği Değerleri.....	172
Tablo 4.3. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisine Ait YEM Sonuçları	173

Tablo 4.4. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisine Ait Uyum İyiliği Değerleri.....	174
Tablo 4.5. Yaşam Kalitesinin İş Performansı Üzerindeki Etkisine Ait YEM Sonuçları	175
Tablo 4.6. Yaşam Kalitesinin İş Performansı Üzerindeki Etkisine Ait Uyum İyiliği Değerleri	176
Tablo 4.7. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin Yaşam Kalitesi ve Performansı Üzerindeki Etkisine Ait YEM Sonuçları.....	177
Tablo 4.8. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin Yaşam Kalitesi ve Performansı Üzerindeki Etkisine Ait Uyum İyiliği Değerleri	178

KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
AB 15	Euro alanına giren 15 ÷lke
AFA	Açıklayıcı Faktör Analizi
AIHW	Australian Institute of Health and Welfare-Avustralya Sağlık ve Refah Kurumu
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EUROPEAN	Avrupa Birliği
EUROFOUND	European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions
EWCS	Avrupa Çalışma Koşulları Anketi- European Working Conditions Survey
ICD-10	International Classification of Disease - Uluslararası Hastalık Sınıflandırması
ICN	International Council of Nurses-Uluslararası Hemşireler Konseyi
ILO	International Labour Organization-Uluslararası Çalışma Örgütü
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
NCD	National Center for Injury Prevention and Control-Ulusal Yaralanma Önleme ve Kontrol Merkezi
NHS	National Health Service- Ulusal Sağlık Servisi
NIOSH	The National Institute for Occupational Safety and Health
NMS 12	AB'ye son üye olan 12 ÷lke
NOHSC	National Occupational Health and Safety Commission- Avustralya Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Komisyonu
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
OHSA	Occupational Health and Safety Administration
ONA	The Ontario Nurses' Association (Ontario Hemşireler Derneği)
PSI	Public Services International-Uluslararası Kamu Hizmetleri

TSHG	Türkiye Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
TUC	Trades Union Congress-Sendikalar Kongresi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UCCS	University of Colorado Colorado Springs
UNESCO	Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü
YEM	Yapısal Eşitlik Modeli
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life Instrument (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği)

ÜLKE ADI KISALTMALARI

Fransa	FR	Litvanya	LT	Arnavutluk	AL	Türkiye	TR
Letonya	LV	Macaristan	HU	Hırvatistan	HR	İtalya	IT
Slovakya	SK	Bulgaristan	BG	Romanya	RO	Slovenya	SI
Portekiz	PT	Polonya	PL	Estonya	EE	Karadağ	ME
Avusturya	AT	İngiltere	UK	Almanya	DE	Finlandiya	FI
Belçika	BE	Lüksemburg	LU	Malta	MT	Makedonya	MK
Hollanda	NL	İsveç	SE	Norveç	NO	İspanya	ES
İrlanda	IE	Danimarka	DK	Kosova	XK	İsviçre	CH
Kanada	CA	Avustralya	AU	İsrail	IL	İrlanda	IE
ABD	US	Meksika	MX	Şili	CL	Japonya	JP
K. Kore	KP	G. Kore	KR	Yunanistan	GR	Kosta Rika	CR
Brezilya	BR	Arjantin	AR	Kolombiya	CO	Rusya	RU
Çin	CN	Endonezya	ID	G. Afrika	ZA	Hindistan	IN
Çek C.	CZ	Kıbrıs (Rum)	CY	Y. Zellanda	NZ		

GİRİŞ

Günümüzde artan rekabet koşulları ve ekonomideki belirsizlikler, hizmete taraf olanlar arasında çatışmaları kaçınılmaz kılmıştır. Bazen bu çatışmalar şiddet boyutuna ulaşır, çevrede ya da medyada her gün farklı bir boyutta ortaya çıkmaktadır. Caydırıcı yaptırımların veya desteğin yetersizliği, ekonomik ve sosyal koşullar, çoğu zaman insanları şiddete yöneltmekte veya şiddetle beraber yaşamaya mecbur bırakabilmektedir. Özellikle iş yaşamında yaşanan şiddet olayları, çalışanların iş performansını, işe bağlılığını, motivasyonunu ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Sağlıklı ve üretken iş gücü, üretimin temel unsurudur. Çalışanların yaşam kalitesi, performansını, dolayısıyla verimliliği ve üretimi artıran önemli faktördür ve gittikçe artan bir ilgiye sahiptir.

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini; “bireylerin değer sistemleri ve yaşadıkları kültür içerisinde, amaçları, beklentileri, kaygıları ve yaşam standartları ile ilgili, yaşamdaki konularını algılama biçimleri” olarak ifade etmektedir (WHOQOL, 1996). Yaşam kalitesi, iş yaşamı dahil, bireyin yaşamının her alanına olumlu ya da olumsuz yansıyan performansını etkileyen önemli bir unsurdur. Yaşam kalitesini etkileyen en önemli unsur ise, sağlıktır. Dünya Sağlık Örgütü (1948) sağlığı; sadece hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı değil, beden, ruh ve sosyal yönlerden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Genellikle, hastalıkların yaşanma sıklığını veya şiddetini ölçmek mümkündür. Ancak, göreceli olan yaşam kalitesini ölçmek için yeterli olmayabilir. Fiziksel sağlık, fiziki belirtiler ve bulgularla daha açıktır. Ancak psikolojik sağlık, davranışlara olumlu ya da olumsuz yansımalarına rağmen anlaşılması güçtür ve sağlığa etki eden gelir, eğitim, sağlık hizmetlerine erişim, iş koşulları gibi birçok unsur bulunmaktadır. Bu koşullara eşit erişim, sosyal adaletle sağlanır ve toplumca algılanan pozitif değerlerin, olumlu diyalogların temelidir. Sağlıklı bir toplum ve fırsatlara eşit erişim, ülke refahı ve üretken toplumun baş aktörleridir.

İş yaşamında rekabetçi piyasa koşulları ve belirsizlik, verimlilik ve performans kavramlarını ön plana çıkarmaktadır ve bunları sağlamaya yönelik temel girdi, nitelikli işgücüdür. İşletmelerde motor görevini üstlenen çalışanların iş performansı, sahip oldukları kişisel özellikleriyle şekillenmektedir. İş yaşamında başarılı ve performansı yüksek bir çalışan, sosyal ve ekonomik yönden de daha güçlü olacaktır. Bu durum, kalite anlamında yaşamın her alanına yansımaktadır. Yüksek yaşam kalitesi ve iş tatmini, şiddeti tırmandıran birçok etkeni de ekarte edebilmektedir. Bireyin kendine ait yaşam kalitesi algısı, olumsuz davranışların veya şiddetin yaşanma olasılığını veya şiddetini azaltabilen etkilere sahiptir ve bu açıdan oldukça önemlidir.

Sektörel açıdan farklılık göstermekle birlikte araştırmaya esas olan sağlık sektöründe, şiddet olaylarına daha sık rastlanmaktadır. Özellikle yirmidört saat hizmet veren sağlık kuruluşlarında, çalışanların karşı karşıya kaldıkları hasta ya da kişi grupları, alkolizm sorunu olandan, erkek doktora eşini muayene ettirmek istemeyene, doğumhane de doğumu bekleyenden yoğun bakımda ölümü bekleyen kişilere kadar, yaşamın içinde bulunan tüm renkleri barındırmaktadır. Belirsizliklerle veya yaşamı tehdit eden sorunlarla başa çıkmaya çalışan bireyler ya da onlara bu süreçte eşlik eden kişiler, durumla baş edemeyip özveriyle hizmet veren sağlık çalışanlarına, bazen her türlü saldırıyı veya haksızlığı kendilerine hak görebilmektedir. Çalışanlar açısından, bu tür saldırı durumlarıyla baş etmede yaşanan yetersizlikler, yaşam kalitelerini, işe bağlılıklarını ve performanslarını olumsuz etkilemektedir. İnsani duygular ve adanmışlık gerektiren sağlık hizmetlerinden, ancak iş ve yaşam kalitesi tatmini olan çalışanlar tarafından gerçekleştirilirse, gerçek verim alınabilir.

Araştırmanın amacı; sağlık kurumlarında çalışanların yaşadığı işyeri şiddetinin, iş performansı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek, işyeri şiddetinin iş performansı üzerindeki etkisinde, yaşam kalitesinin aracılık rolünü ve derecesini tespit etmektir. Dünyada ve Türkiye’de işyerinde şiddet konusu üzerine birçok araştırma yapılmıştır. Araştırmalar genellikle, sözel/fiziksel/cinsel/mobbing

gibi şiddet türlerini, yaşanma sıklıklarını ya da yaşa/cinsiyete dayalı daha çok demografik verilerle şiddeti kapsamaktadır. İşyerinde şiddetin, çalışanların yaşam kalitesi ve iş performansı üzerine etkisini inceleyen, Lin ve arkadaşlarının(2015),yaşam kalitesini, fiziksel sağlığa yönelik bir ölçekle değerlendirdiği bir araştırma mevcuttur. Bu araştırmada ise; yaşam kalitesi farklı bir açıyla, sosyal ve psikolojik sağlık boyutuyla değerlendirilmiştir. Sağlık işletmelerinde; sağlık profesyoneli yetersizliği, belirli bir mesai kavramı olmaksızın çalışılması, muhatap oldukları kesim ve bu kesimin farklı beklentileri, tükenmişliğe varan boyutlarda yaşam kalitesini ve iş performansını olumsuz etkileyebilmektedir.Çalışanların işyerinde yaşadıkları şiddet olayları, iş performansı ve yaşam kalitesi boyutuyla değerlendirilmek istenildiğinde; fiziksel etkilerden ziyadedaha fazla psikolojik etkilere neden olmaktadır. Bu nedenle yaşam kalitesini, psikolojik sağlık boyutuyla değerlendirmek, daha gerçekçi sonuçlara ulaşılmasına imkân sağlayacaktır. Psikolojik sağlığı bozulmuş, yaşam kalitesi olumsuz etkilenmiş bir sağlık çalışanının, iş performansı da olumsuz etkilenecek ve bu durum şiddete zemin hazırlayacaktır. Uzun çalışma saatleri ve yetersiz motivasyon, işin kalitesine de aynı ölçüde yansıtacaktır. Bu araştırma, pek çok dış etkene maruz kalan sağlık çalışanlarının “yaşam kalitesi, iş performansı ve işyeri şiddeti” algılarını ve birbirleri üzerindeki etkilerini, yaşam kalitesinin aracılık rolünü analiz eden, ülkemizde ve dünyada yapılan örnek bir araştırma olarak önemini ortaya koymaktadır.

Bu araştırma hipotezlerine ilişkin analizler; sosyal bilimlere ilişkin araştırma sonuçlarının değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 24paket programı ve LISREL8.7 paket programı ile gerçekleştirilmiştir.

Dört bölümden oluşan bu araştırmada; Birinci bölüm; yaşam kalitesi, yaşam kalitesi boyutları ve göstergeleri, iş performansı ve etkileyen unsurlar, OECD ülkelerinde iş yaşamı, şiddet, işyeri şiddeti, türleri, risk faktörleri gibi konular kapsamaktadır.

İkinci bölüm; araştırmanın varsayımları, sınırlılıkları, araştırma modeli, araştırma hipotezleri, analizlerde kullanılan Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA), Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ve Yapısal Eşitlik Modeline (YEM) ilişkin bilgiler, ölçeklere ait bilgiler ve frekans analizi sonuçlarıdır.

Üçüncü bölüm; ölçeklere ilişkin gerçekleştirilen güvenilirlik, geçerlilik analizleri, Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA), Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA), Ki Kare Testi, Bağımsız Örneklem T Testi ve ANOVA testi gibi istatistiksel yöntemler ile test edilen araştırma hipotezleri ve tüm analizlere ilişkin bulgular ve sonuçlar yer almaktadır.

Dördüncü bölüm; işyerinde şiddetin, yaşam kalitesi ve iş performansı üzerine etkisinin ve yaşam kalitesinin aracılık rolünün Yapısal Eşitlik Modeli ile test edilmesi ve sonuçlarına ilişkin bilgileri, araştırma analizlerinde elde edilen sonuçlara ilişkin açıklama ve yorumları içermektedir.

Bu araştırma, sağlık çalışanlarının karşı karşıya kaldığı ciddi bir sorun olan işyeri şiddetinin, çalışanların yaşamına, yaşamının kalitesine ve iş performansına ne kadar yansıdığını, işyeri şiddetinin iş performansı üzerine etkisinde, yaşam kalitesinin aracılık rolünü tespit etmeyi hedefleyen örnek bir araştırmadır.

1. ŞİDDET ve TÜRLERİ, YAŞAM KALİTESİ, İŞ PERFORMANSI

Araştırmanın bu bölümünde, günümüzün en büyük sorunlarından biri haline gelen şiddet ve türleri, yaşamın birçok alanına olumlu ya da olumsuz yansıyan yaşam kalitesi ve iş performansı konularına detaylı yer verilmiştir.

1.1. Şiddet ve Türleri, Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Risk Faktörleri

Şiddet, tüm zamanların ve toplumların önemli sorunlarından biridir ve her türlü istismarı kapsayan genel bir terim, kabul edilemez davranıştır (Eurofound 2015). Şiddet, fiziksel ve/veya psikolojik açıdan birçok farklı şekilde ortaya çıkmaktadır. Psikolojik şiddet, cinsel şiddet, tehdit, sözel şiddet, zorlama, ırksal taciz, mobbing gibi türleri kapsamaktadır. Yaşanılan şiddet olayları, bireyin sadece sosyal ya da özel yaşamında değil, iş ortamında da karşısına çıkmaktadır. İşyerinde şiddet biçimleri arasında, cinayet, saldırı, tehdit, mobbing ve zorbalık vardır. Bu davranışlar, çalışanların güvenliği, refahı ve sağlığı için bir meydan okuma anlamına gelir (EU-OSHA, 2010). İşe devamsızlık, olumsuz sağlık ve çalışma motivasyonu, nitel iş güvenliği ve iş hareketliliği gibi sorunları beraberinde getirir ve çözmeyi zorlaştırır (Eurofound, 2015). İşyerinde hazırlanan sağlam bir işyeri şiddeti önleme planı, uzun vadede düşük maliyetle elde edilir (USDA, 2001) ve şiddetin beraberinde getirdiği tüm olumsuzlukları ve maliyetleri önlemeyi amaçlar. İşyerinde şiddet riskini artırabilecek faktörler arasında, halkla veya değişken insanlarla çalışmak yer alır. Tek başına veya izole alanlarda çalışmak, parayla ve değerli eşyalarla ilgilenmek, hizmet ve bakım sağlamak ve alkolün sunulduğu yerlerde çalışmak, gece geç saatlerde veya suç oranlarının yüksek olduğu alanlarda çalışmak gibi günün saati ve işyeri, şiddet olasılığını etkileyebilir. İşyerinde şiddet, işverenler uygun önlemleri alırsa, önlenilecek veya en aza indirilebilecek bir mesleki tehlike olarak kabul edilmektedir (OAHHS, 2017).

1.1.1. Şiddet ve Türleri

Şiddet, genellikle saldırganlıkla ilişkili olup modern sosyal psikolojide saldırganlığın en basit tanımı, kötülük yaratan davranıştır. Freud'a göre, birey saldırgan olmaya mahkûmdur ve saldırganlık tüm toplumlarda doğaldır (Tomev, Daskalova, Ivanova vd., 2003). Şiddet, fiziksel, psikolojik, cinsel veya ekonomik her türlü davranışı içermektedir. Yaşamın her alanında gittikçe artan bir boyutla, birçok kişinin hayatını, fiziksel ve psikolojik sağlığını, mutluluğunu etkileyen gizli bir tehlikedir (Balcı, Küçüköğlü, Atik, Küçük ve Kant, 2020). Günümüz yaşam koşullarının berberinde getirdiği öfke ve saldırganlıkta şiddeti tırmandıran unsurlardır. Bazen öfkenin kontrol altına alınamayacak seviyeye ulaşması, ciddi boyutlarda şiddet ve ölüm olaylarına sebep olabilmektedir (Eroğlu ve İrdem, 2016). Bireyler, beklentileri ya da hayalleri istediği şekilde gerçekleşmediğinde, saldırganlığı bir çıkış noktası olarak görebilmektedir. Şiddet ve stres arasında da yakın bir ilişki vardır. Stresli durumlarda pek çok insan, etraflarındakilere karşı kötü bir tavır almaya başlar ve birinden muzdarip olmak, olayı daha da kışkırtabilir (ILO, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü (2002) şiddeti; fiziksel güç veya iktidarın kişinin kendine, bir kişiye, gruba veya topluluğa karşı gerçeklik içeren kasıtlı bir tehdit sonucunda psikolojik ve/veya fiziksel zarar vermesi, ölümüne neden olması ya da olasılıklarının bulunması durumu olarak tanımlanmaktadır. Kesin bir şiddet tanımının belirsiz sınırları olsa da kasıt, istenmeyen, gereksiz ve zararlı olan davranış olarak dört ana unsur gerektirir. Dört unsur, kendini savunma, kaza gibi şiddet olmayan benzer eylemleri de hariç tutmak için gereklidir. Çıplak gözle görülemeyen zararların, daha gelişmiş tanımlamalara ihtiyacı vardır (Hamby, 2017). Kasten ve isteyerek bir başkasına zarar verilmesi, şiddet olayı olarak açıktır. Bazen ise, anlaşılması güç, yaşamın getirdiği sosyo-ekonomik ve kültürel yapıya kadar dayanır. Bir olayı şiddet olarak tanımlamak için gerekli dört unsur göz önüne alındığında, yaşanan ya da tanımlanan her olayı, şiddet eylemi olarak kabul etmek mümkün değildir ve dikkat edilmesi gereken iki nokta vardır. “Şiddet ve istenmeyen olay”. Bu

iki durumu birbirinden ayırt etmek gerekir. Yaralanmalara neden olunması, zarar verme niyetini ispatlamaz. Amaçlanan davranışla sonuç arasında eşitsizlik olabilir (WHO, 2002). Olayın faili, tehlikeli veya olumsuz sağlık etkisi ile sonuçlanabilecek bir eylem gerçekleştirebilir, ancak kendisi bu durumu aynı şekilde algılamayabilir. Örneğin bir birey, başka birini korumak için istemeksizin fiziksel güç kullanabilir, yaralanmaya hatta ölüme sebebiyet verebilir, ama amaçlanan sonuç bu değildir. Burada esas olan, yaşanan olayın şiddet mi yoksa istenmeyen bir durum mu olduğu kararını gerçekçi verebilmektir. Yani, bir olayda yaralama niyeti ile şiddeti kullanma niyeti arasındaki ayrım çok önemlidir.

Walters ve Parke'ye (1964) göre şiddet, kültürel olarak da farklı değerlendirilebilir. Bazı insanlar diğerlerine zarar vermek istemektedir ancak, kültürel geçmişlerine veya inançlarına dayanarak eylemlerini şiddet olarak algılamazlar. Günümüzde hâlâ bu tür eylemlere, inançları doğrultusunda bir amaca hizmet ettiğini düşünen kişi ya da gruplarda rastlamak mümkündür. Belirsizlikten kaçınma veya bilişsel tamamlanma ihtiyacı, önemsizlik veya önem kaybı, şiddeti meşrulaştıran aşırılıkçı örgütlere bağlı kalmaya yol açabilir (Webber, 2018; Lobato, Moya, Moyano ve Trujillo, 2018). Kültürel yapı veya ait hissedilen topluluk ve çevre, insanların yaşamının her alanına, yaşanan olayları algılama biçimlerine, olumlu ya da olumsuz etki etmekte, davranışlarına yön vermektedir.

Çeşitli nedenleri barındıran, tüm toplulukları ve zamanları etkileyen şiddet, farklı bakış açılarıyla tipolojisine ve doğasına göre sınıflandırılmaktadır. İşyeri şiddeti ise, ayrı değerlendirilerek farklı kategorilere göre sınıflandırılmıştır.

Şiddet Türleri

Şiddet, tüm zamanlarda, tüm ulusların, azınlıkların ve meslek gruplarının yaşamında mevcuttur ve insanların karşı karşıya kaldığı, günden güne artan bir tehdittir. Şiddet ve taciz son derece bağlamsaldır ve genellikle güç ilişkileri, cinsiyet normları, kültürel ve sosyal normlar ve ayrımcılık dahil ancak bunlarla

sınırlı olmamak üzere çalışma dünyasında ve daha geniş toplumda işleyen dinamikler tarafından yönlendirilebilen olaylardır (ILO, 2018).

Morris (2007) şiddetin Ekolojik Model sınıflandırmasında, şiddetin kök nedenlerini gruplandırarak değerlendirmektedir. Bu nedenleri; bireysel faktörler, biyolojik ve demografik faktörler, istismar geçmişi, madde bağımlılığı, eğitim, ilişkiler-aile ve diğer ortaklar, şiddetin yakınlığı ve kabul edilebilirliği, topluluk-geçici topluluklar, sosyal doku/kültürel destek kaybı, sosyal izolasyon, toplumsal şiddetin kültürel kabulü, sosyal güç uyuşmazlığı, kültürel kısıtlamaların kaybı, karmaşık etkileşimler-savaş, mezhep şiddeti, toplumsal çöküş, açlık, felaket olarak sıralamak mümkündür. Şiddet birçok farklı kategoride sınıflandırılmış olsa da, kök nedenleri benzerdir ve bazen şiddetin nedenlerini daha derinlerde aramak gerekir. Nedenler değişse de şiddet, insanların yaşamında kaçınılmaz bir tehlikedir ve birçok türde ortaya çıkmaktadır.

Tipolojiye Göre Şiddet Türleri

Dünya Sağlık Örgütü (2002), şiddet eyleminde bulunanları özelliklerine göre üç geniş kategoriye ayırmıştır.

- **Kendine yönelik şiddet;** intiharı da içeren, insanın kendine gösterdiği şiddet.
- **Kişilerarası şiddet;** bir bireyin veya küçük bir grubun maruz bıraktığı şiddet.
- **Toplu şiddet;** devletler, örgütlü siyasi gruplar, milis grupları ve terör örgütleri gibi daha geniş gruplar tarafından uygulanan şiddet.

Psikolojik olarak sağlığı bozulmuş bir kişi, kendini hayattan soyutlayabilir ve kendine ölümle sonuçlanmaya varan fiziksel zararlar dahi verebilir. Bu durum, kişinin kendi kendine uyguladığı şiddettir ve ayrı bir kategoride değerlendirilmektedir. Kişilerarası şiddet, daha çok aile içi ya da partner şiddeti gibi küçük ve yakın grupta gerçekleşen şiddet olaylarını kapsamaktadır. Kişilerarası şiddete maruz kalma riskini artıran, bireylerin ve çevrelerinin özellikleridir. Bireysel

düzeyde cinsiyet ve yaş, anahtar risk faktörleri olabilmektedir. Gençler, kişilerarası şiddete maruz kalma eğilimi en yüksek olan gruptur, ancak yaşlılar da kişilerarası şiddete karşı savunmasızdır (Sheikh vd.,2020). Kadınlara yönelik şiddet olayları ise, tüm ülkelerin gündeminde olan önemli bir konudur ve çok ciddi boyutlarda yaşanmaktadır. Toplu şiddet, politik, sosyal ve ekonomik olabilir. Diğerlerinin aksine bu şiddet türü, daha çok birey veya devletlerin katıldığı şiddettir (Rose, 2009; Göldağ, 2015).Bu şiddet türüne, terör, savaş, çete şiddeti örnek olarak verilebilir. Sosyal kimlik, bir bireyin özdeşleştiği gruba göre düşünmesini, hissetmesini ve davranmasını sağlar (Van Ham vd., 2019). Genel olarak bu yapılanmalar, ekonomik olarak yoksun bölgelerden veya düşük gelirli işçi sınıfı çevrelerden gelme eğilimindedir. Bazen de yüksek gelirli ve orta gelirli ülkelerde, sosyal olarak marjinalleştirilmiş etnik veya ırksal azınlıklardan ortaya çıkmaktadır (WHO, 2002).

Doğasına Göre Şiddet Türleri

Dünya Sağlık Örgütü (2002), şiddeti doğasına göre; fiziksel şiddet, cinsel şiddet, psikolojik şiddet, yoksunluk veya ihmali içeren şiddet olarak dört ana grupta sınıflandırmıştır. Bu şiddet türleri ayrı ayrı değil, birbiriyle iç içe girmiş birçok şiddet eylemini barındırabilir. Örneğin cinsel istismara uğrayan bir kişi, psikolojik şiddeti, fiziksel şiddeti, tehdidi, sözlü tacizi, zorbalığı beraberinde yaşayabilir. Ya da çocuğa karşı uygulanan bir fiziksel şiddet, beraberinde psikolojik olarak daha büyük yıkımlara neden olabilir. Cinsel saldırı, çocuk istismarı, ihmal ve aile içi şiddet; insanların fiziksel, psikolojik, duygusal ve cinsel sağlığı üzerinde ciddi etkilere neden olmakta ve bu durum uzun vadede bir dizi olumsuz sağlık sonucuna katkıda bulunmaktadır. Bu olumsuz sağlık koşullarını, fiziksel yaralanma, zayıf zihinsel sağlık, cinsel sağlık ve üreme sağlığı sorunları, alkol ve diğer uyuşturucu madde bağımlılığı, kendine zarar verme vb. olarak sıralamak mümkündür (NSW Ministry of Health, 2019).

Fiziksel şiddet; kasıtlı olarak fiziksel zarar verme eylemlerini, saldırıları, fiziksel istismarı ve cinayeti içerir (ILO, 2013). Kasıtlı ve istenmeyen fiziksel temas,

gereksiz yere fazla fiziksel yakınlık anlamındadır. Ayrıca ısrarcı ama çoğu zaman göze çarpmayan bir şekilde sürekli takip etmek, fiziksel şiddet kategorisine dahil düşünülmektedir (Chappell ve Di Martino, 2006). Fiziksel şiddet; vurma, yumruk sallama, mobilya fırlatma, ısırma, tırmalama, itme, tükürme ve/veya fiziksel bir yaralanmanın olabileceği cinsel saldırı gibi agresif fiziksel temas içeren fiziksel tehdit veya agresif fiziksel davranışları içerir (Pompeii vd., 2015); bireyde, fiziksel yaralanmalar dışında daha uzun süren ciddi psikolojik etkilere neden olabilmektedir.

Cinsel şiddet; failin, mağdurun rızası olmadan cinsel eylemde bulunduğu veya mağdurun rıza gösteremediğinde (örneğin, yaş, hastalık nedeniyle) veya reddettiğinde meydana gelir ve mağdurun faili tanıma olasılığı çok yüksektir (NCD, 2014). Yetişkinlere yönelik cinsel tacizden, çocuk istismarına kadar birçok hassas durumu ifade eden bu şiddet türü, toplum baskısı, utanç gibi nedenlerle rapor edilmesinde en çok tereddüt edilen şiddet türüdür. Cinsel şiddet her toplumu, her yaştan, cinsiyetten, cinsel yönelimden insanı etkiler. Sadece eylem değil, bunu düşündürecek her türlü hareket ve söz, cinsel şiddet kapsamında değerlendirilmelidir.

Dünya Sağlık Örgütü (2002) cinsel şiddeti, mağdurla olan ilişkisine bakılmaksızın herhangi bir kişi tarafından ev ve işle sınırlı olmaksızın herhangi bir yerde, herhangi bir cinsel eylem, cinsel zorlama veya istenmeyen cinsel yorumlar veya ilerlemeler olarak tanımlamakta ve zorlamanın tüm güç derecelerini kapsadığını, fiziksel gücün yanı sıra, psikolojik tehdit, şantaj veya başka tehditleri içerdiğini ifade etmektedir. Bu davranışları; beklenmedik açıklamalar veya cinsiyetçi şakalar, kaba ya da utanç verici yorumlar, istenmeyen davetler, pornografik görüntüler, el yordamı, cinsel saldırganlık gibi sıralamak mümkündür. Bir iş ilişkisinde cinsel taciz, çoğu zaman tekrarlayan bir şekilde kendini gösterebilir. Davranışın kişi tarafından alınma şekli, cinsel tacizin neyi teşkil ettiğine veya neyin oluşturduğuna dair temel kriterdir; esas olan hedefteki kişinin istememesi (ILO, 2003) ve nasıl algıladığıdır. Fiziksel eylem olmasa dahi cinsel şiddetin, ciddi psikolojik etkileri ortaya çıkabilmektedir. Son yıllarda psikolojik şiddetten kaynaklı etki ve zararlar üzerinde daha fazla durulmaktadır.

Psikolojik şiddet; mağdur olanlar arasında önemli duygusal yaralanmalara neden olma potansiyeline sahip olan çeşitli agresif taktikleri ve eylemleri içerebilir. Psikolojik şiddetin, zorbalık, mobbing, zorlama, tehdit, sözlü taciz ve cinsel taciz olaylarını kapsadığı, kişiler üzerinde fiziksel şiddetten daha büyük bir etki yarattığı kabul edilmektedir (Chappell ve Di Martino, 2006). Taciz, zorbalık ve mobbing terimleri, fiziksel veya psikolojik zarar, acı veya düşmanca bir ortam veya saygınlık kaybı gibi davranışların etkisiyle tanımlanma eğilimindedir (ILO, 2018). Psikolojik şiddetin tespit edilmesinde, neyin kabul edilebilir bir davranış olduğu konusunda sınır belirlemek kolay değildir. Farklı kişilikler ve kültürel normlar nedeniyle tanımlamak ve ölçmek oldukça güçtür (ILO, 2013). Psikolojik şiddet kapsamında yer alan sözlü taciz, cinsiyete dayalı şiddet, ırksal taciz, tehdit ve finansal istismar (Chappell ve Di Martino, 2006) bireylerin karşısına, hem işyerinde hem de özel yaşamında farklı boyutlarda çıkmaktadır.

Sözlü tacizi ifade eden eylemleri; bir bireyin bedeni, görünüşü veya yaşam tarzı hakkında tekrarlanan yorumlar, imalar veya jestler, saldırgan telefon görüşmeleri, cinsel içerikli tekrarlanan yorumlar, şakalar, ısrarcı davet veya teklifler gibi sıralamak mümkündür (ILO/ICN/WHO/PSI, 2005). En sık rastlanan şiddet türü olan sözlü şiddet, bireylerin psikolojik ve sosyal durumlarını olumsuz etkilemektedir.

Cinsiyete dayalı şiddet; normatif rol beklentilerinin bir sonucu olarak ortaya çıkan, her iki cinsiyet arasındaki eşitsiz güç ilişkileri nedeniyle yaşanan, mağdurun iradesine karşı gerçekleşen şiddet eylemleridir (Bloom, 2008). Cinsiyete dayalı şiddet, toplumsal cinsiyet eşitsizliğine kök salmış bir fenomendir ve en önemli toplumsal insan hakları ihlallerinden biridir. Bireye, cinsiyeti nedeniyle gerçekleştirilen bir eylemdir ve çoğunlukla mağdurları, kadınlar ve kız çocuklarıdır (EIGE, 2020). Günümüzde son yapılan araştırmalara göre; her üç kadından biri, yaşamları boyunca bir tür cinsiyete dayalı şiddet yaşamaktadır (WHO, 2003; Gangoli, 2020). Kadınlara yönelik şiddet, fiziksel, cinsel veya psikolojik zarar; tehdit, baskı veya özgürlüğünden keyfi olarak mahrum bırakma dahil, acı ile sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel herhangi bir cinsiyet temelli şiddet

eylemidir (Cruz ve Klinger, 2016). Erkekler de, cinsiyete dayalı şiddet mağduru olabilir. Örneğin, birçok toplulukta eşcinsellik, erkeklerin nasıl davranması gerektiğine dair beklentilerden sapkınlığı olarak kabul edilir (Bloom, 2008). Eşcinsel bir birey, toplumda ve yaşamın tüm alanlarında zorlama, taciz, hor görülme gibi şiddet içeren birçok davranışa maruz kalabilmektedir. Diğer yandan benzer işlerde, aynı işleri yapan erkek ve kadınlar, cinsiyete dayalı şiddet ayrımını minimum düzeyde yaşayan gruptur. Erkekler, daha fazla fiziksel şiddet yaşarlar; kadınlar ise sözlü taciz ve cinsel taciz nedeniyle daha sık mağdur edilirler. Erkeklerin saldırganlıkla karşılaşması daha muhtemeldir; kadınlar ise saldırgan olaylarla mücadele etmede, başa çıkmada ve kaçınmada daha iyi olabilirler (Chappell ve Di Martino, 2006).

Irksal taciz; etnik çeşitlilik, renk, dil, ulusal köken, din, doğum gibi kadın ve erkeklerin itibarını zedeleyen, istenmeyen tehditlere dayanan davranıştır (ILO, 2012). Eurofound (2015) ırksal tacizi, bir kişinin onurunu ihlal etmek veya korkutucu, düşmanca, aşağılayıcı, küçük düşürücü, rahatsız edici bir ortam yaratmak için ırk veya etnik kökene ilişkin istenmeyen davranış olarak tanımlamaktadır. Irk ayrımcılığı, hem kişiler arasında deneyimlendiğinde, hem de toplumsal açıdan barınma, sağlık hizmetleri, iş gücü piyasası ayrımcılığı gibi daha kötü sosyo-ekonomik sonuçlara neden olan tutumlar şeklinde deneyimlendiğinde, strese neden olmaktadır (Karlsen vd., 2002; Nandi vd., 2020). Stresin, şiddet üzerindeki etkisi ve insanları olumsuz davranışlara ittiği, kabul görmüş bir gerçektir.

Tehdit; hedeflenen bireylere veya gruplara fiziksel, cinsel, psikolojik zarar verme veya korkutma ile sonuçlanan, fiziksel güç veya güç kullanma niyetinin beyanıdır (ILO/ICN/WHO/PSI, 2005). Tehdit, ölüm tehdidini, bir kişiye veya mallarına zarar verme niyetinin açıklanmasını kapsar. Tüm şiddet türlerinin ayrılmaz bir parçası olarak içerisindedir. Birçok şiddet türü, tehditle başlar ve çeşitli etkenlerle tırmanışa geçer. Bir şekilde zarar verme beyanıdır ve göz ardı edilmeden ciddiye alınması gereken bir durumdur. Ciddiye alınmayan tehditler, faili, ciddiye alınması isteğiyle farklı davranışlara sürükleyebilir (ILO, 2012). Telafisi olmayan fiziksel

veya psikolojik yıkımların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilir. Bu nedenle, hiçbir tehdit unsuru, hafife alınmamalıdır.

Finansal istismar; para ya da mülkün çalınması, dolandırılması, baskı altına alınması ve para veya mülkün kötüye kullanılması olarak tanımlanmaktadır(Age UK Love Later Life, 2019). Yaşlıların finansal olarak kandırılması, kullanılması veya teşebbüsü de bu kategoride değerlendirilmektedir.Mali istismar ve ekonomik istismar terimleri de sıklıkla kullanılmaktadır. Mali istismar, en yaygın olarak aile üyeleri ve arkadaşlar tarafından sömürüyü tanımlamak için kullanılırken; ekonomik istismar, genellikle yakın partner şiddeti ile bağlantılıdır. Bağımlılığı ve kontrolü teşvik etmek için bir kişinin finansmanına, varlıklarına ve karar alma mekanizmasına erişimini manipüle etmeyi amaçlayan davranışları içerir (Kutin, 2019).

Tanımlanan tüm şiddet türleri, bireylerin karşısına sadece sosyal yaşamında değil, işyeri şiddeti olarak da çıkmaktadır. Literatürde farklı işyeri şiddeti olayları tanımlanmakta ve kapsamı daha geniş tutulmaktadır. Şiddet olaylarının etkisi, sadece şiddete maruz kalanlarla sınırlı kalmayıp, tüm çalışanları, hatta işyeri itibarını da olumsuz etkilemektedir.

1.1.2. İşyeri Şiddeti ve Türleri

Son yıllarda, işyeri şiddeti ayrı bir önem kazanmış, önlemeye yönelik ciddi politikalar geliştirilmiştir. İşyeri şiddeti, bir veya daha fazla çalışan veya yönetici arasında kasıtlı olarak istismar, tehdit ve/veya aşağılama gibi durumların, tekrar tekrar yapılması ile meydana gelir (Eurofound, 2015) ve daha çok kişilerarası ilişkilerle ilgili olarak karşılaşılmaktadır.

Çoğu işyeri, genel olarak iyi diyalog ve seviyeli tartışmaların yaşandığı şiddet içermeyen ortamlardır. Yine de yöneticiler ve çalışanlar, kendilerinin ya da iş arkadaşlarının endişeleri, hayal kırıklıkları, kişilik çatışmaları, azalan kaynaklar, artan üretim talepleri, müşterilerle ve halkla sorunlu ilişkiler gibi, kişisel veya iş

problemleriyle karşı karşıya kalmaktadırlar (Chappell ve Di Martino, 2006). Diyalogun olumlu gelişemediği ortamlarda, ilişkilerin kötüleştiği, verimli çalışmanın olumsuz yönde etkilendiği açıktır Olumsuz diyaloglar, çalışanlar üzerinde stres ve baskı yaratmaktadır. İşlerinin yarattığı stresle beraber iş yaşamı dışında da stres yaşayabilirler ve bu tür stres durumları çalışanın sadece özel yaşamını değil, iş dahil tüm yaşamını kökten etkiler. Bu tür stres kaynakları, fiziksel veya zihinsel sağlık sorunları, finansal zorluklar, evlilik veya ilişki sorunları, yaşlı veya hasta akraba bakımı, çocuk bakımı endişeleri, uyuşturucu veya alkol bağımlılığı olabilir (Johnson vd, 2010). Bu tür durumlar, işyerinde şiddetin yaşanmasına zemin hazırlar.

OSHA (2016)'ya göre işyeri şiddeti; bir işçinin, bir işçiye, bir işyerinde, fiziksel olarak yaralanmasına neden olabilecek fiziksel güç kullanımı, fiziksel güç kullanma denemesi, güç kullanma tehdidini ifade eden davranıştır. Şiddet içeren davranışları; çalışan istismarı, kötü muamele, patronluk, mağduriyet, korkutma, psiko-terör, psikolojik şiddet, uygunsuz davranış, istenmeyen davranış olarak sıralamak mümkündür (Milczarek, Schneider ve González, 2009). İstenmeyen bu tür korku verici davranışlar, çalışanlar veya yöneticiler arasında zorbalığa, strese veya kaçınma davranışına yol açabilir (Mayhev ve Chappell, 2001).

İşyerinde şiddet kapsamında ele alınabilecek davranış çeşitliliği çok fazladır. Kabul edilebilir davranışların sınır çizgileri genellikle çok belirsiz ve şiddeti neyin oluşturduğu algısı farklı bağlamlarda ve kültürlerde farklılık içermektedir. İşyeri şiddeti davranış çeşitliliğini Şekil 1.3'te görüldüğü gibi sıralamak mümkündür (Chappell ve Di Martino, 2006).

Şekil 1.1: İşyerinde Şiddet İçeren Davranış Örnekleri

İşyerinde Şiddet İçeren Davranış Örnekleri	
- cinayet	- zorbalık
- tecavüz	- mobbing
- soygun	- mağduriyet
- yaralama	- korkutma
- vuruş	- tehditler
- fiziksel saldırılar	- dışlama
- tekme atmak	- rahatsız edici mesajlar bırakmak
- ısırma	- agresif duruş
- delme	- kaba hareketler
- tükürme	- çalışma alet ve ekipmanlarına müdahale etmek
- tırmalama	- düşmanca davranış
- sıkma	- küfür - bağırma
- takip etmek	- isim aramak
- cinsel ve ırksal istismarı içeren taciz	
- ima etme	- kasıtlı sessizlik

Kaynak: Chappell ve Di Martino, 2006

İşyerinde şiddet ve kötüye kullanmanın çok ciddi olumsuz sonuçları vardır. Bunları, öfke, depresyon, ezici korku, fiziksel yaralanma, artan stres seviyeleri, benlik saygısı ve mesleki yeterliklere inanç kaybı, kendini suçlama, güçsüzlük ve sömürülme duyguları, cinsel rahatsızlıklar, sunulan hizmetin kalitesini azaltabilecek kaçınma davranışları, olumsuz kişilerarası ilişkiler, iş tatmini kaybı, devamsızlık, moral ve verimlilik kaybı gibi sıralamak mümkündür (Richards, 2003). Bu tür sorunların yaşanmaması için, örgüt iklimine yakışmayan davranışlar görmezlikten gelinmemeli, zamanında ve yeterli müdahaleler yapılmalıdır.

Şiddet nedenleri; aktörler arasında güç dengesizliği, kıskançlık ve bu nedenle meslektaşlar arasında yüksek düzeyde gerilim, düşmanca bir çalışma ortamı, olarak belirtilmiştir. Ayrıca, ulusal, mesleki ve sektörel düzeydeki kültürel faktörler, çalışanların olayları algılamalarını ciddi anlamda etkilemektedir (Eurofound, 2015; Einarsen vd.,2011; Vecchio, 1995). İşyerinde şiddete veya tacize maruz kalmak, çalışanların sağlığı ve üretkenliği üzerinde belirgin bir etkiye sahiptir ve bu durum

yaşam boyu çalışmanın sürdürülebilirliğini olumsuz etkiler. Çalışma koşulları, daha fazla iş yorgunluğu, daha büyük psikolojik ve fiziksel iş talepleri, iş güvensizliği, işyeri çatışması ve kötü yönetim gibi uygulamalar, işyerinde şiddet ve taciz olasılığını artırmaktadır (Eurofound, 2015). Tüm sorunları ele alabilmek, basit ve tek çözümlerle gerçekleştirilemeyebilir. Şiddete neden olan tüm durumlar analiz edilmeli, çeşitli müdahale stratejileri planlanmalı ve uygulanmalıdır (Chappell ve Di Martino, 2006). Şiddet risklerinin belirlenmesinde, çalışılan birim, iş koşulları, fiziki çevre, üretim/hizmet alanı ve şiddet türleri, ayrı ayrı önem arz etmektedir. Bu nedenle işyeri şiddeti, farklı boyutlarda ele alan sınıflamalarla kategorize edilmeye çalışılmıştır.

İşyeri Şiddeti Türleri

Genel olarak yaşanan şiddet olayları, işyeri şiddeti olarak da ortaya çıkmaktadır. Tüm şiddet sınıflandırmalarının yanı sıra işyeri şiddeti, şiddetin kaynağına ve tehlikeli kişi tipolojisine göre ayrıca sınıflandırılmaktadır.

ONA'ya (The Ontario Nurses' Association) Göre Şiddet Türleri

CAL/OSHA (1998) ile benzer bir sınıflandırma yapan ONA (2016), işyeri şiddetine, aile içi şiddet boyutunu da ilave ederek, dört ana grupta kategorize etmiştir.

- **Dış;** hırsızlık, vandalizm gibi işyeriyle ilişkisi olmayan kişi ya da kişilerin saldırıları
- **Müşteri/Alıcı;** bir müşteri/aile üyesi veya alıcı tarafından çalışanlara yönelik fiziksel veya sözlü saldırı
- **Çalışandan çalışana;** taciz, takip ve zorbalık dahil olmak üzere mevcut veya eski bir meslektaş veya yöneticiden fiziksel ve/veya sözlü saldırı. Çoğu zaman kayıt altına alınmış olabilir.
- **Aile içi şiddet;** kişisel ilişki

Hırsızlık ve vandalizm gibi işyerine yönelik şiddet olayları, tüm iş yerlerinin maruz kalabildiği saldırılardır. Bu saldırılar, maddi kayıpların yanı sıra, işveren ve çalışanlar açısından psikolojik sorunlara neden olabilir; işe bağlılığı etkileyebilir, işyeri itibarına da zarar verebilir. Bu nedenle, yapılan işe yönelik tüm riskler değerlendirilerek gerekli güvenlik önlemlerinin alınması, hem işveren hem de çalışan açısından oldukça önemlidir.

Günümüzde, müşteri memnuniyeti odaklı pazarlama ve satış stratejileri, bazen çalışanları müşteri karşısında daha savunmasız kılmaktadır. Müşteri tarafından, ürün ya da hizmete yönelik memnuniyetsizlik, verilen taahhütlerin yerine getirilmemesi, mal/hizmet ve fiyat dengesizliği gibi pek çok nedenle çalışanlar, müşterilerin sözlü ya da fiziksel şiddetine maruz kalabilmektedir.

Çalışanlar ve/veya yöneticiler arasındaki şiddet, iş ortamından veya iş stresinden kaynaklı da olabilir. Bunları, yönetim anlaşmazlıkları, sık karşılaşılan şikâyetler, işçi tazminatları, aşırı mesai talepleri, işçilerin işlerini yürütmesinde sınırlı esneklik, beklenen veya rivayet edilen işten çıkarmalar veya şirket küçülmesi, iş sorumluluklarında veya iş yükünde önemli değişiklikler, otoriter bir yönetim tarzı gibi sıralamak mümkündür (Johnson vd., 2010). İşyeri politikasının ve kurum kültürünün, yaşanılacak anlaşmazlıkların ve şiddet olaylarının önüne geçebilecek, işe ve örgüte bağlılığı sağlayacak, çalışanları ekonomik ve sosyal yönden güvende hissettirecek koşullarda oluşturulması, işverenin birincil sorumluluğudur.

Son yıllarda aile içi şiddet gizli bir meseleden çok, yoğun ilgi ile kamusallaşan bir durum haline gelmiştir. Ancak, aile içi şiddetin gerçek boyutları, sosyal alanlara yansıdığı kadarıyla tespit edilmektedir. Şiddetin, hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerde kadınlar, çocuklar, gençler, sosyal ve ekonomik açıdan yoksun gruplar üzerinde orantısız bir etkisi olduğu bir gerçektir (Chappell ve Di Martino, 2006). Aile veya aile içi ilişki terimi, genellikle kan bağı veya evlilikle olanlar ya da yakın partnerler gibi geleneksel olarak anlaşılan şekilde sınırlandırılmıştır. Ancak, gittikçe artan bir şekilde ülkeler, “evsel alanda” şiddete ve

tacize maruz kalmaları nedeniyle, ev işçileri ve hanede yaşayan diğer kişileri de kapsam içerisine almaktadır (ILO, 2018). Aile içi şiddet, failin başka bir kişi üzerinde güç ve kontrol sahibi olduğu aile üyeleri arasındaki şiddeti ifade eder (AIHW, 2019).

Batı Ontario Üniversitesi, Kadın ve Çocuklara Yönelik Şiddet Üzerine Araştırma ve Eğitim Merkezi Eğitim Fakültesi, Ontario Toplum ve Sağlık Kurumları Güvenliği Derneği'nde (OSACH) Dr. Peter Jaffe'in (Jaffe, 2008; ONA, 2016) yaptığı telekonferans sunumda; aile içi şiddetin işyerine akabileceğini, kötü niyetli eşlerin rahatsız edici telefon görüşmeleri veya işyerinde istenmeyen görünümün çıkarabileceğini, dört kadından birinin yakın ilişkisinde istismara maruz kalabildiğini ve aile içi şiddete maruz kalan bireylerin yüzde 70'inin işte mağdur edildiğini vurgulamıştır. Aile içi şiddet, hem mağdurlar hem de çalışma arkadaşları üzerinde güvensizlik duygusuyla birlikte üretkenlik kaybına neden olabilir; sağlık bakım maliyetlerinde, devamsızlıkta ve çalışan devir hızında artışa neden olarak, işyerine olumsuz yansiyabilir (Johnson vd., 2010).

Kaynağına Göre Şiddet Türleri

Chappel ve Di Martino (2006), Kaliforniya eyaletinde resmi kayıtlara dahil edilmiş fail özelliklerine odaklanan bir tipoloji ile üç tehlikeli kişi türünü tanımlamaktadır. Buna göre;

- **Tip I Suçlu davetsiz misafir;** fail, örgüt dışındadır ve genellikle soygun veya başka bir suç için iş sahasına girer.
- **Tip II Memnun olmayan müşteri;** fail, etkilenen işyeri veya mağdur tarafından hizmet verilen ve/veya almak isteyen müşteri ya da hastadır.
- **Tip III Hor görülen çalışan;** fail, halen aktif veya eski bir çalışan olarak işyeriyle ilişkisi olan, diğer çalışanlara zorbalık, mobbing veya fiziksel şiddet uygulayarak mağdur eden çalışan veya yönetici olabilir.

Yukarıdaki sınıflamalardan hareketle Tip I şiddet olaylarında, özellikle gece veya yalnız çalışanlar, daha fazla risk altındadır. Tip II şiddet olayları açısından bire bir temas veya iletişimle çalışan polis, sağlık çalışanı, güvenlik görevlisi gibi meslek grupları, daha fazla risk taşımaktadır. Tip III şiddet olayları, halen aktif veya eski bir çalışan veya yöneticinin iş arkadaşlarına karşı saldırısı ya da tacizini içerir. İşyeri şiddetinde sadece yaralanma, istismar ve tehditlere maruz kalan değil, tüm işletme çalışanları olumsuz etkilenir ve hafızalardan silinmeyen kötü bir durum olarak akıllarda kalabilir. Bu sınıflandırma, özellikle etkili şiddet önleme programlarının hazırlanmasında esas alınacak önemli bir kriter olarak değerlendirilebilir.

Pompei ve arkadaşlarının (2015), tip II şiddetinin yaygınlığını, doğasını ve sonuçlarını tahmin etmek amacıyla, ABD'nin iki büyük sağlık sistemindeki altı hastanede çalışanlar ile yaptığı araştırmada; tip II şiddet olayı bildirenlerin prevalansı %39'dur. Hastalar, ziyaretçilerden daha çok fail olmakla birlikte net bir fail profili olmayıp, mağdurların %30'u, bu olayların fiziksel saldırı veya tehditler kadar ciddi olmadığını ancak, kişisel güvenliğinden korktuğunu ifade ettiklerini bildirmiştir.

Merchant ve Lundell (2001), işyeri cinayetlerinin büyük çoğunluğunun (%85) tip I kategorisinde gerçekleştiğini, ölümcül olmayan yaralanmaların ise tip II kategorisinde daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Ayrıca, Tip IV kişisel ilişki tipini ilave ederek; işletmeyle ilişkisi olmayan, mağdurla kişisel ilişkisi olan fail tarafından, işyerinde saldırıya uğrayan veya tehdit edilen aile içi şiddet mağdurlarını içerir, şeklinde tanımlamıştır. Araştırmaya göre işyeri cinayetleri, daha fazla dışarıdan gelen tehlikelerle yaşanmıştır. Bu durum, işyeri güvenlik önlemlerinin yetersiz kaldığını, çalışanlar ve işyeri güvenliği açısından gerçekçi değerlendirilip, hayata geçirilmesi gerekliliğini göstermektedir.

Diğer İşyeri Şiddeti Türleri

İşyerinde şiddet; şiddet içeren, şiddeti tehdit eden, zorlayan, başkalarını taciz eden veya tehdit eden, bir bireyin yasal hareket veya ifade haklarını engelleyen

veya halka hizmet sunma kabiliyetini bozan herhangi bir davranıştır (Johnson vd., 2010). Avrupa Sosyal Ortakları tarafından Nisan 2007'de imzalanan işyerinde taciz ve şiddete ilişkin özerk anlaşma, sorunun niteliği ve kapsamına ilişkin ortak farkındalığın kanıtıdır. Anlaşma, bu sorunların ciddi sosyal ve ekonomik sonuçlara yol açabilecek, işverenlerin ve işçilerin karşılıklı endişesi olduğunu, işveren, işçi ve diğer taraflar arasındaki taciz ve şiddeti anlamaya yönelik farkındalığı artırmayı hedeflediğini belirtiyor. Taciz ve şiddetin fiziksel, psikolojik veya cinsel olmak üzere birçok farklı biçimde karşımıza çıkabildiğini, şiddetin, küçük saygısızlıklardan daha ciddi taciz veya şiddet eylemlerine kadar olayların tekrarlanan ve sistematik bir dizi eylemle gerçekleştirilebileceğini kabul etmektedir (UE, 2007). İşyeri şiddetini içeren tüm davranışlar, bir kişinin refahını, değerini ve haysiyetini bozar veya zarar verir (EU-OSHA, 2010).

Fiziksel şiddet, psikolojik şiddet ve cinsel şiddet, işyeri şiddeti türleri olarak da değerlendirilmektedir ve doğasına göre şiddet türleri bölümünde detaylı olarak açıklanmıştır. Psikolojik şiddet türlerine dahil olan, “işyerinde zorbalık, taciz ve mobbing” çalışanların haklarını ve sağlığını etkileyen istenmeyen eylemler olarak ayrıca tanımlanmaktadır (TUC, 2018). Şiddet eylemlerinin, yalnızca işyerinde meydana gelmesi zorunlu değildir. İşyerinde veya işe gidip gelme dahil işle ilgili durumlarda, hatta bir insana yapılan saldırının işinden dolayı olması durumunda, işyeri şiddetinden bahsedilir (EU-OSHA, 2010). Ayrıca, işyeri şiddetinin, maruz kalan kadar tanık olanı da etkilediği, kaçınılmaz bir gerçektir.

Psikolojik taciz/şiddet, işyerinde bir veya bir grup çalışanı, defalarca ve aşırı şekilde itibarsızlaştıran veya caydıran aşağılayıcı davranıştır. Otoriter ve asimetric hiyerarşik ilişkilerde daha yaygındır (Lima vd., 2015). Psikolojik şiddet kapsamında; iftira veya kötü niyetli dedikodular, hakaret, işini kaybetme korkusu yayma, dayatılan yasaklar ve talepler, kıskanç davranışlar, dini ve cinsel yönelim nedeniyle mağduriyet, cinsel taciz gibi davranışlar yer alır (Leymann, 1985). Psikolojik şiddet genellikle duygusal istismarla ilişkilendirilir ve mağdur için ciddi olumsuz psikolojik

sonuçlar oluşturan, istenmeyen, tekrarlanan davranışları oluşturur. Bu genellikle sözlü taciz, zorbalık ve mobbing ile ilgili bir durumdur(ILO, 2013).

Taciz; insanların saygınlığını ihlal eden veya kötü gösteren, istenmeyen, düşmanca, aşağılayıcı, küçük düşürücü, rahatsız edici davranışlar olarak tanımlanmaktadır (TUC, 2018). İşyerinde taciz ise; birine yaşı, engellilik durumu, HIV (AİDS) durumu, ev içi koşulları, cinsiyeti, cinsel yönelimi, etnik kökeni, rengi, dili, dini, siyasi görüşü, sendika üyeliği veya diğer görüş ve inançları, ulusal veya sosyal kökeni, azınlık olması, mülk, doğum gibi kadın veya erkeğin işteki saygınlığını etkileyen, istenmeyen başka bir statü ile ilişkilendiren durumdur (ILO, 2012). İş arkadaşına veya çalışan grubuna, bir meslektaşı veya yöneticisi tarafından yönlendirilen, onları mağdur etmeyi, küçük düşürmeyi, işlerini baltalamayı veya tehdit etmeyi amaçlayan, tekrarlanan, makul olmayan davranıştır (Milczarek, Schneider ve González, 2009). Sözlü tehditten fiziksel saldırıya, hatta cinayete kadar değişebilir. Sözlü tehditler, asla hafife alınmamalıdır; çünkü genellikle fiziksel bir yüzleşmeyle kişiler tırmanışa geçerler (Hood, 2004). Bu durum, beklenmeyen ya da istenmeyen sonuçlara varan ciddi boyutlara ulaşabilir.

İşyerinde zorbalık;en az iki taraf arasındaki dinamik bir etkileşime dayanan kişilerarası bir durumdur. Örgütsel zorbalık, baskıcı, küçük düşürücü veya öyle algılanan, sık ve ısrarla kullanılan, çoğu çalışanın kendilerini mağdur hissettiği durumları ifade eder (Einarsen, Zapf ve Cooper, 2011). Kısacası saldırgan, korkutucu, kötü niyetli veya hakaret edici davranış, kişinin gücünü kötüye kullanmasıdır (TUC, 2018). Zorbalık etiketi için, tekrar tekrar, düzenli olarak ve belirli bir süre boyunca gerçekleşmesi gerekir (Rai ve Agarwal, 2017). Bazı işyerinde zorbalık, sözlü taciz ve fiziksel şiddet içerebilse de zorbalık aynı zamanda ince bir tehdit olabilir; dolaylı olarak mektup, e-posta veya telefon metin mesajı yoluyla da yapılabilir. Amaç, genellikle bir işçiyi işyerinden uzaklaştırmaya çalışmaktır (Government Of Western Australia/Commission For Occupational Safety And Health, 1996).

Mobbing, işyerinde tekrarlayan, tehlikeli, aşağılayıcı, korkutucu psikolojik taciz, çeşitli sabotaj kalıpları ve sözlü tacizdir (Namie, Christensen ve Phillips, 2014; Arnejčič, 2016). Mobbing; bir hedefe karşı toplanan bir grup veya bir çalışanı, psikolojik tacize maruz bırakmayı içerir. Bir kişi hakkında sürekli olumsuz açıklamalar yapmak veya eleştirmek, sosyal temasları olmadan izole etmek, kişi hakkında yanlış bilgi, dedikodu yapmak/yaymak veya sürekli alay etmektir. Bu tür tek bir küçük eylem yüzeysel görünebilir ancak, kişi üzerindeki etkisi yıkıcı olabilir. Örneğin, İsveç'teki toplam intihar sayısının yüzde 10-15'inin bu tür bir geçmişe sahip olduğu tahmin edilmektedir (Chappell ve Di Martino, 2006). Mobbing, işyerinde iki tür kötü muameleyi içerir.

- Dikey duvar mobbingi: Bir kişinin, alt çalışana psikolojik şiddet uygulamasıdır. Nadir durumlarda, alt çalışandan ortaya çıkar.
- Yatay mobbing: Çalışanların, dahil olduğu belirli grup üyelerine/üyesine yönelttiği psikolojik şiddettir (Arnejčič, 2014, 2016).

Zorbalık ve mobbing arasındaki fark, zorbalık bir kişi tarafından yapılırken; mobbing, bir kişi üzerinde toplanan bir grup insan tarafından yapılır. Zorba, işyerinde yüksek statüye sahip bir kişi ise, zorbalık mobbinge yol açabilir; diğer çalışanlar işlerini kaybetme korkusuyla ya da zorba ile iyi ilişkiler içinde olmak için mobbinge katılabilirler (ILO, 2012).

Mobbing, işyerinde en sık maruz kalınan şiddet olarak karşımıza çıkmaktadır. Hukukumuzda açık bir düzenlemeye 6098 sayılı Türk Borçlar Kanununun yürürlüğe girmesiyle kavuşmuştur. Türk Borçlar Kanunu m. 417 “İşçinin kişiliğinin korunması” hükmü bu nedenle çok önemlidir. Türk Borçlar Kanunu m. 417/1’de, “İşveren, hizmet ilişkisinde işçinin kişiliğini korumak ve saygı göstermek ve işyerinde dürüstlük ilkelerine uygun düzeni sağlamakla, özellikle işçilerin psikolojik ve cinsel tacize uğramamaları ve bu tür tacize uğramış olanların daha fazla zarar görmemeleri için gerekli önlemleri almakla yükümlüdür.” şeklinde işyeri şiddeti ve işverenlerin sorumlulukları ifade edilmektedir. Ayrıca 6701 sayılı Türkiye

İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu Kanunu m. 2/1 g'de "işyerinde yıldırma, bu kanunda sayılan ayrımcılık temellerine dayanılarak kişiyi işinden soğutmak, dışlamak, bıktırmak amacıyla kasıtlı olarak yapılan eylemler" olarak ifade edilmiştir (Yardımcıoğlu, 2018).

İşyerinde şiddet potansiyeli günün, gecenin hatta haftanın belirli saatlerinde, belirli günlerinde artabilir. Gece, vardiyalı veya yalnız çalışılan yerlerde, genç erkek gruplarının toplandığı alanlarda, sarhoş insanların birleştiği yerlerde, büyük miktarda nakit para bulundurulmuş güvensiz yerlerde veya uzun hizmet bekleme süreleri olan durumlarda, şiddet potansiyeli daha yüksektir (Mayhev ve Chappell, 2001). Her bireyin, şiddete tepkisi farklıdır. Tecrübelerini ve eğitimlerini bir çatışmayı kontrol etmek, etkisiz hale getirmek veya fiziksel olarak tepki vermek için kullanabilirler. Eğitim almamış olabilirler veya korku ya da paniğin üstesinden gelemeyip tecrübelerini ve eğitimlerini unutabilir hatta durumu daha da alevlendirebilirler. Bireylerin doğuştan gelen kişiliğinin yanı sıra çevre ve durum, bir kişinin şiddete yanıtını belirlemede etkili bir faktördür (Richards, 2003).

Her şiddet türü farklı bir yaklaşım gerektirebilir ve bazı iş yerleri belirli şiddet türleri için daha yüksek risk altında olabilir. Dağınık ve kabataslak verilerle çalışmak, işyerinde şiddeti azaltmak için neyin işe yarayıp neyin işe yaramadığını incelemeyi zorlaştırır. Mevcut en iyi veriler, genelde ölümle sonuçlanan olayları kapsar (Merchant ve Lundell, 2001). Ölümcül olmayan olaylar, kayıt altına dahi alınmayabilir. İşyerinde etkili şiddet önleme programlarının oluşturulabilmesi için, gerçekçi verilere ulaşmak gereklidir. Bunun nedenle her türlü şiddet olayı kayıt altına alınmalı, çalışanlar bilgilendirilmeli ve eğitilmelidir.

1.1.3. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti ve Risk Faktörleri

Sağlık çalışanlarının yaşadığı en önemli sorunlardan biri, yetersiz sağlık personeli nedeniyle stresle karşı karşıya kalmalarıdır (Sun vd., 2017). Yetersiz personel sayısı ile çalışmak, hasta ve yakınlarına yeterince zaman ayırmamayı,

bilgilendirme ve beklentileri karşılayabilme eksikliğini beraberinde getirir. Bu nedenler, hasta ve yakınlarını istenmeyen davranışlara sürükleyen en önemli etken olarak ortaya çıkmaktadır. Uzun süreli fazla çalışma, yüksek iş talepleri ve iş yükü, şiddete maruz kalma riskini ya da şiddete eğilimi de artırmaktadır. Sağlık sektöründe yetersiz sağlık profesyoneli sorunu, adil ve doğru yönetsel kararların alınmasını ve uygulanmasını zorunlu kılan önemli bir unsurdur. Adil dağıtılmayan iş ve sorumluluklar, çalışanların işe ve kuruma bağlılıklarını, motivasyonlarını ve yaşam kalitelerini ciddi boyutta olumsuz etkileyebilmektedir. Bazen bu durum, telafisi mümkün olmayan psikolojik ve fiziksel zararları içeren şiddet boyutuna ulaşabilir. Bu tür olumsuzlukları ortadan kaldırmak veya etkisini azaltmak için, sağlık çalışanlarına sağlanacak sosyal destekte çok önemlidir. Sosyal desteğin, iş stresi ve iş tatminsizliği ile negatif olarak ilişkili olduğunu tespit eden araştırmalar mevcuttur (Zhao vd., 2015; AbuAlRub, 2004; Munro, vd., 1998;). Sosyal desteğin, şiddetin sağlık ve işle ilgili sonuçlar üzerindeki etkilerini azalttığı da saptanmıştır (Coker vd., 2002; Schat vd., 2003, Zhao vd., 2015). Sağlık sektörü, verilen hizmet nedeniyle ödüllendirme ya da cezalandırma sistemini en az kullanan kesimdir. Sosyal ve maddi olanaklar, beklenen hizmetin karşılığını, imkânlar dahilinde en azami seviyede temin etmeye yönelik olmalıdır. Bu sayede çalışanların sosyal ve iş yaşamı, genel anlamda yaşam kalitesi yükselir ve iş performansına, işe/kuruma bağlılığı pekiştirilebilir.

Günümüzde, ileri tetkik ve tedavi için modern cihaz ve ekipmanlar, tıbbi kaynaklar, çoğunlukla hastanelerde bulunmaktadır.İleri teşhis ve tedavi yöntemlerini kullanacak yetişmiş sağlık profesyoneli eksikliği, sadece iş yükü ve fazla çalışma saati sorununu beraberinde getirmez. Yüksek maliyetli ileri teknoloji cihaz ve ekipmanların atıl kalmasına da neden olabilir.Verimliliği ve sürdürülebilirliği sağlayan kârlılık açısından, önemli bir husustur. Bu nedenle, yeterli kalifiye sağlık personeli istihdamı, hem çalışanların iş yükü, iş performansı ve iş doyumunu açısından hem de kaynakları etkin kullanmak, maliyetleri düşürmek adına sağlanması gereken yönetsel davranışlardır.

Hastanelerde verilen hizmet çeşitliliği arttıkça, başvuran hasta ya da kişilerin çeşitliliği ve sayısı da artar. Bu çeşitlilik, farklı hasta ve hastalık türlerini, sürecini ve iş yoğunluğunu içerir. Sağlık çalışanlarının, çok farklı kesimlerle ve beklentilerle yüz yüze gelmesine neden olur. Şiddete meyilli belirli bir tanı veya kesin bir hasta tipi öngörülme de hasta servisleri, psikiyatri ve geriatri servisleri, yoğun acil servisler, en yüksek riskleri taşımaktadır. Ağrı, yıkıcı prognozlar, yabancı ortamlar, ilaçlar, ruh hali, hastalığın ilerlemesi, ajitasyona ve şiddet içeren davranışlara neden olabilir (ONA, 2016). İş yükü ve aşırı iş talepleri, çalışanların tahammül derecelerini düşürür. Hasta/hasta yakını ya da çalışan açısından, istenmeyen durumların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilir.

Şiddet tehditleri, bazen tercih edilen hizmetlere daha hızlı yanıt almak için kasıtlı bir taktik olarak da kullanılabilir. Bazen de, farklı kültürlerden gelen hasta veya yakınları, sağlık çalışanlarından beklentileri yerine getirilmediğinde tahrik olabilir ve doğası gereği kaba şikâyetleri, saldırganlık olarak yorumlanabilir (Mayhev ve Chappell, 2001). Kişisel ya da kültürel yapı gereği bazı davranışlar, başka kişiler üzerinde istenmeyen baskı ya da kötü duygulara neden olabilmektedir. Yine de bu tür davranışlar dahil, şiddet içeren, bu hissi yaşatan hiçbir hareket kabul edilemez. Bu duruma yönelik birçok ülke, şiddete yönelik sıfır tolerans politikasını kabul etmiş, çalışmalarına bu yönde ağırlık vermiştir.

1.1.3.1. Şiddete Yönelik Sıfır Tolerans Politikası

Sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddeti, ulusal basında, medyada, çevremizde, istediği ilacı yazmayan hekimin boğazını kesen hasta gibi çok ciddi boyutlar dahil her gün farklı bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Özellikle sağlık çalışanları, verdikleri hizmet kaynaklı daha savunmasız ve çok daha kolay bir hedefdir.

Birleşik Krallık'ta 1999'da başlatılan Sıfır Tolerans kampanyası ile halka, Ulusal Sağlık Servisi (National Health Service/NHS) personeline yönelik şiddetin

kabul edilemez olduğunun ve hükümetin bunu bastırmaya kararlı olduğunun altını çizmeyi amaçlamıştır. Sağlık Bakanı John Denham, işverenlerin şiddete yönelik risk değerlendirmeleri yapmalarının gerekliliğini vurgulamıştır. Sıfır Tolerans uygulaması sonrasında, Sağlık Bakanlığı şiddetli ve küfürlü hastalara son çare olarak tedavilerini durdurma kılavuzları hazırlamış, çalışanlara saldıran kişiler için mahkemeleri, daha ağır cezalar vermeye teşvik etmiştir. Tüm bunlara rağmen şiddet uygulayıcılarına, her şeyden önce değil, olaydan sonra daha fazla odaklanılmıştır (Chappell ve Di Martino, 2006). Bu nedenle, istenilen ölçüde önlemler gerçekleştirilememiştir.

İşyerinde şiddete karşı sıfır tolerans yaklaşımı için, güçlü ve etkili bir yönetim odağı gereklidir. Açık prensiplerle, kabul edilebilir ve kabul edilemez davranışların tanımlanması ve ihlallere yönelik ceza beyanı ile işyeri stratejik planının oluşturulması hedeflenmelidir. Böylece riskin, sadece değerlendirilmekle kalmaması, bu konunun işverenler tarafından ciddiye alındığı konusunda farkındalığa katkıda bulunması amaçlanmıştır (Hinson ve Shapiro, 2003). Sıfır tolerans politikalarını benimseyen bir örgüt yapısı sayesinde, olumsuz birçok sonuç ortadan kaldırılabılır. Böylece hem işletme açısından, hem de çalışanlar açısından ciddi kayıpların önüne geçilmesi sağlanır.

Ülkemizde, sağlık çalışanları için güvenli bir çalışma ortamı sağlanması amacıyla 2012 yılında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik hazırlanmış ve hayata geçirilmiştir. Ayrıca 2012 yılında hizmet kalite standartları çerçevesinde “beyaz kod” uygulaması başlamıştır. 2016 yılında 2016/3 sayılı genelge ile hukuki yardım ve beyaz kod uygulaması standartları ve işleyişi güncellenmiştir. Bu sayede, hastanelerde yaşanan tüm şiddet olaylarının kayıt altına alınması sağlanmaya çalışılmaktadır. Şiddet olayları boyutlarının gerçekçi tespiti, önleme programlarının başarısına kılavuz oluşturmaktadır. Burada esas olan, başvuruların teşviki, başvuruların ciddiye alınarak değerlendirilmesi ve gerekli cezai yaptırımların hayata geçirilmesidir. Böylece çalışanlar, birçok bilimsel araştırmada saptandığı gibi,

başvurulsa da ciddiye alınarak gerçekçi sonuçlar elde edilememesi, düşüncesini paylaşmamalıdır.

5. Avrupa Çalışma Koşulları Anketi (EWCS) 2010 raporunda; çalışanların yapmış oldukları işin sağlık ve güvenlik riskleriyle ilgili olarak, çok iyi veya iyi bir şekilde bilgilendirilmiş olduklarını bildiren çalışan oranı, çalışanların %90'ıdır. Türkiye (%67), Fransa (%81) ve Malta'daki (%85) çalışanlar Avrupa'da en az bilgilendirilmiş durumdayken, İrlanda (%97), Macaristan (%95) ve Letonya'daki (%96) çalışanlar, risklere karşı en iyi bilgilendirilmiş durumdadır. Kadınlar, erkeklere göre biraz daha iyi bilgilendirilmiş olduklarını bildirmektedir. Ancak farklı mesleklerden kişiler arasında hala eşitsizlik olduğu, düşük vasıflı çalışanların yüksek vasıflı çalışanlara göre sağlık ve güvenlik riskleri hakkında en az bilgiye sahip olduğu bir gerçektir (EWCS, 2010, ET.07.08.2019).

1.1.3.2. Sağlık Sektöründe Risk Faktörleri

Oregon Hastaneler ve Sağlık Sistemleri Derneği (Oregon Association of Hospitals and Health Systems/OAHHS), şiddet risk faktörlerini, Klinik ilişkili risk faktörleri, Sosyal ve ekonomik risk faktörleri, Çevresel risk faktörleri, Örgütsel faktörler olarak dört kategoride değerlendirmiştir (OAHHS, 2017).

Klinik ilişkili risk faktörlerinin hastalara veya müşterilere bire bir maruz kalma ve iletişimin sıklığı nedeniyle, sağlık çalışanlarının savunmasızlığını artıran önemli bir faktör olduğu tespit edilmiştir. Suç riski yüksek alanlarda çalışmak, uzak veya yalnız bir iş istasyonunda veya acil yardım sistemleri olmayan bir ortamda tek başına çalışmak, saldırı riskini daha da artırabilmektedir (CAL/OSHA, 1998). Sağlık çalışanlarının karşı karşıya kaldığı klinik ilişkili riskleri, sadece fiziksel ya da psikolojik şiddet riski açısından tanımlamak yeterli değildir. Hastalardan bulaşabilecek çok riskli birçok bulaşıcı hastalığa karşı da savunmasızdırlar. Bu konuda, kendisini nasıl koruması gerektiği ile ilgili eğitim, meslek hayatı boyunca verilmeli; işyeri, koruma önlemlerini üst düzeyde gerçekleştirmelidir. Bu tür

risklerden korunmanın en iyi yolu, olay ortaya çıkmadan önlem almaktan geçer (Annagür, 2010).

Sosyal ve ekonomik risk faktörlerini, finansal stres, işyerine yayılan aile içi şiddet, etnik çatışma, silahlara erişim (OAHHS, 2017), şiddetin bazen problem çözme aracı olarak görülmesi, işsizlik ve yoksullukta artış, yoksul ve zihinsel hastaya sosyal hizmetlerde azalma, uyuşturucu ve alkol kullanımındaki artış, televizyonda ve filmlerde gösterilen şiddet olayları gibi sıralamak mümkündür (CAL/OSHA, 1998). Günümüzün en büyük sorunu, yaşamın içinde var olan ve baş etmede yetersiz kalınan her durumu, şiddetle çözmeye çalışmak ya da buna teşvik etmektir.

Çevresel risk faktörlerini; gürültü, aydınlatma, ısı, nem, tozlar, radyasyon, basınç vb. sıralamak mümkündür (Ocaktan, 2014; Kocabaş vd., 2018). Çalışanlar için, iş sağlığı ve güvenliği açısından çevresel risk faktörleri çok önemlidir; bu nedenle bir işveren çevresel koşulları, sağlık ve güvenlik açısından yeterli seviyede düzenlemelidir. Ayrıca hasta ve hasta yakınları açısından sağlık tesislerinde bekleme alanları, içinde buldukları koşullara yönelik tüm ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik ve yeterli düzeyde olmalıdır. Çalışanlar ve hizmet alanlar açısından çevresel koşulları yeteri kadar düzenlemek, birçok açıdan risk faktörlerinin ortadan kalkmasına yardımcı olabilir.

Günümüzde hızla artan evde sağlık hizmetleri ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri gibi duvarsız hastane hizmetleri, çevresel risk faktörlerini işyeri dışına da taşıyan, sağlık çalışanlarını daha savunmasız bırakan önemli bir faktördür. Hastaya yaşadığı ortamda sunulan sağlık hizmetleri, uygulayıcıları her türlü riskle karşı karşıya bırakmaktadır. İşverenler, çalışan güvenliği konusunda alınacak tedbirlerde bu tür hassasiyet gerektiren birimlere ayrıcalık tanınmalı; işyerinin aydınlatma, gürültü, güvenlik sistemleri gibi çevresel şartlarını, şiddet açısından risk faktörlerini de göz önünde bulundurarak düzenlemelidir.

Örgütsel risk faktörleri; uzun bekleme süreleri, insanlık dışı ve yaşanmaz ortamlar, zayıf iletişim, personel eksikliği, eğitim eksikliği veya yetersizliği, nakit

ve/veya narkotikle çalışma (OAHHS, 2017) olarak sıralanabilir. Örgütsel riskler hem fiziki koşulların yetersizliğini, hem de personelin bilinçlendirilmesine yönelik eksiklikleri içermektedir. Özellikle sağlık alanında uzun süreli bekleme süreleri, hasta ve yakınlarını istenmeyen davranışlar sergilemeye iten en önemli konu olarak ortaya çıkmaktadır. Birçok kanaldan aktif randevu sistemlerinin hayata geçirilmesine rağmen, yirmidört saat işleyen bir organizma gibi hizmet devamlılığı esas olan sağlık sektöründe kesin çözüm olamamıştır. Acil durumu olanlar, 65 yaş üzeri bireyler, gebeler ve kronik hastalığı olanlar vs, her zaman önceliklidir. Bu tür durumlar, ister istemez hastaların bekleme süresinin uzamasına olumsuz yansımaktadır. Yapılan birçok araştırmaya göre; bu ve buna benzer nedenlerle sağlık çalışanları, daha çok hasta/hasta yakını şiddetine maruz kalmaktadır.

OSHA (2016)' ya göre de sağlık ve sosyal hizmet çalışanları, esas olarak hastaların, müşterilerin ve/veya sakinlerin şiddet içeren davranışlarından kaynaklanan işle ilgili saldırı riskiyle karşı karşıyadır. Belirli bir tanı veya hasta tipi öngörülmemekle birlikte, yatan ve psikiyatri servislerinin, geriatrik uzun süreli bakım ortamlarının, yüksek hacimli kentsel acil servislerin ve evde sağlık hizmetlerinin, en yüksek riskleri gösterdiğini belirtmektedir. Risk faktörlerini; Hasta ve ortamla ilgili risk faktörleri ve Örgütsel risk faktörleri olarak sınıflandırmıştır. Madde veya alkol bağımlılığı öyküsü olan kişiler, bir tesiste veya hasta evlerinde yalnız çalışmak, kötü aydınlatılmış koridorlar, odalar, otoparklar ve diğer alanlar, acil durum iletişim araçlarının eksikliği, hastalardan, müşterilerden, ziyaretçilerden veya personelden artan düşmanca ve saldırgan davranışları tanımak ve yönetmek için tesis politikalarının ve personel eğitiminin eksikliği, yüksek işçi devri, hastalar veya müşteriler için uzun bekleme süreleri ve kalabalık, rahatsız edici bekleme odaları gibi pek çok faktörün şiddeti tırmandırdığı öngörülmektedir. Örgütsel risk faktörleri, hasta taşıma işleri, ev ziyaretleri, kriz iletişim protokolü eksikliği, kriz durumlarında yapılması gerekenlere ilişki eğitim eksikliği, yetersiz güvenlik önlemleri, uzun bekleme süreleri vs olarak tanımlanmaktadır (Niles, 2020). Çevresel faktörlerin iyileştirilmesi ve etkili iletişim, birçok risk faktörünü ortadan kaldırabilecek önemli hususlardır. Kişilerdeki empati yeteneği, olumlu diyalogların temelidir. İş

yaşamında, her şey ilk olarak iletişimle başlar. Bu süreci doğru yönetmek için, kişisel becerilerin artırılmasına yönelik çalışmalara ağırlık verilmelidir.

İşyeri risklerini önlemeye yönelik geliştirilen politikalar, yapılması gerekenleri;

- Makul olarak öngörülebilir güvenlikle ilgili tüm tehlikeler belirlenir ve değerlendirilir. Riskin ortadan kaldırılamadığı durumlarda, en düşük seviyeye indirilmesi için uygun kontrol stratejileri uygulanır.

- Risk yönetimi sürecinin aşamaları belgelenir, olaylar araştırılır ve rapor edilir.

- Risk kontrol stratejileri, etkinlik açısından düzenli olarak değerlendirilir ve etkililiği optimize etmek için klinik ve güvenlik personelleri arasında işbirliği ve etkin bilgi paylaşımı sistemi kurulur. Danışma, işbirliği ve koordinasyon sağlanır.

- Güvenlikle ilgili riskler ve bunların nasıl ele alınması gerektiği hakkında yönetim bilgilendirilir (NSW, 2013) şeklinde açıklamıştır.

Ulusal Mesleki Güvenlik ve Sağlık Enstitüsü (NIOSH), işyerinde şiddetin önlenmesine yönelik çalışmalarda, yönetim, sendika, insan kaynakları, güvenlik ve sağlık, psikoloji, hukuk, iletişim ve işçi gruplarını içeren multidisipliner bir ekip yaklaşımına ihtiyaç olduğunu belirtmektedir (OAHHS, 2017). Bu sürecin yürütülmesinde, personel bilgilendirilmeli ve gerekli eğitimlerle desteklenmelidir. Risklerin tamamen ortadan kaldırılması mümkün değildir. Ancak minimize edecek önlemler sayesinde, çalışanlar ve mal/hizmet talep edenler açısından güvenli bir ortam sağlanmış olacaktır.

Şiddete yönelik sıfır tolerans politikası ve şiddet risk faktörlerinin belirlenmesi; şiddeti önlemeye yönelik davranış geliştirme ve çalışanların güvenli iş ortamında istenilen performansı gerçekleştirmelerinin sağlanması çabasıdır. Şiddet, çalışanların iş performansı kadar, hatta belki daha fazla yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu nedenle oluşturulan politikalar ve önlemler, çalışanların iş ve özel

yaşamına, yaşam kalitesine etki eden olumsuz durumların en aza indirgenmesine katkı sağlayacaktır.

1.2. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, ülkelerin refah düzeyi ölçümlerinde ve politika geliştirmede kullanılan değerli bir kriter olarak günden güne daha da önem kazanmaktadır. İnsan, yaşamını, geleceğini, kendi yaratıcılığıyla kuran bir varlıktır. Kurguladığı yaşam, dışsal koşulların etkileşimi ile karşı karşıyadır (Kızılkaya, 2020). Olumsuzluk içermeyen bir yaşam mümkün değildir; ancak insandavranışları, yaşamda kaliteyi artırmaya vekendisi için mükemmeli aramaya yöneliktir.

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini, bireylerin değer sistemleri ve yaşadıkları kültür bağlamında; amaçları, beklentileri, kaygıları ve yaşam standartları ile ilgili olarak yaşamdaki konumlarını algılama biçimleri olarak tanımlamaktadır. Bireyin fiziksel ve ruhsal durumunu, bağımsızlık düzeyini, sosyal ilişkilerini, inançlarını, yaşadığı çevrenin özellikleriyle birleştiren çok yönlü bir kavramdır (WHO, 1996). Kısacası yaşam kalitesi, kişilerin, ihtiyaçlarının karşılandığını, fiziksel, sosyal ve ekonomik açıdan bağımsız olarak doyuma ulaşma fırsatlarının esirgenmediğini algılamalarıdır (TSHG, 2011).

Göreceli bir kavram olan yaşam kalitesinin, kişideki düzeyini ölçmek için çoğunlukla kendi tercihleri ve değerleri ile mutluluk ve yaşam doyumu memnuniyetleri sorgulanır (Watson, Pichler ve Wallace, 2010). Bunun nedeni, subjektif verilerle ölçüm yapılmasını gerektiren yaşam kalitesini, en gerçekçi ortaya koyabilecek kriterler olarak değerlendirilmesidir.

Doyum, gereksinimlerin, istek ve beklentilerin karşılanmasıdır. Yaşam doyumu ise bireyin beklentileriyle, elinde olanların karşılaştırılmasıyla elde edilen sonuçtur (Özer ve Karabulut, 2003; Kaba vd., 2018). Yaşam doyumu, bireyin bilişsel ve duygusal olarak kendi yaşamını değerlendirmesidir (Diener, Emmons, Jansen ve

Griffin, 1985). İnsan yaşamı, kişinin hayalleriyle, beklentileriyle, sosyo-kültürel yapısıyla, fiziksel ihtiyaçlarıyla bir bütün olarak ele alınmalıdır. Yaşam doyumu ve kişisel iyilik hali, yaşam kalitesinin belirli kriterlere göre değerlendirilmesidir. Bireyin yaşamına karşı oldukça sağlam ve istikrarlı bir tavır sergilemesidir. Bu durum, kısmen tercihlerin gerçek memnuniyetle olan bağlantısı, kısmen de duygusal durumlarla olan bağlantısı yoluyla değerini alır (Haybron, 2001). Bireylerin duygu durumları ve bunlarla baş etmede yeterlilikleri, yaşam doyumuna olumlu ya da olumsuz katkıda bulunmaktadır. Baş etmede yaşanan yetersizlikler nedeniyle artan stres durumları, yaşam doyumunun azalmasına neden olmaktadır (Buser ve Kearney, 2017) Ayrıca yaş, yükseköğrenim, evli olmak, kişilere ve kurumlara güven, aile ve arkadaşların önemi, yaşam doyumuna olumlu etki eder. İşsizlik, yaş, çalışmanın önemi ve siyaset ise, olumsuz etkileyen unsurlardır (Verme, 2011). Yaşamın tümünden tatmin olmak mümkün olmayabilir. Kısmi memnuniyet olarak adlandırılan bu durum bazen, çalışma hayatı gibi yaşamın bir alanı veya bir yönüyle ilgili olabilir (Veenhoven, 2015). Kısmi bir tatmin olsa da, bireyin tüm yaşamın kalitesini etkileyerek, yaşamını zenginleştirebilir.

Yaşam kalitesi ölçümlerinde kriter olarak alınan mutluluk, olumlu ya da olumsuz duygu ve bilişsel değerlendirmelerin sonucudur (Müezzinoğlu, 2005); insan yaşamının kalitesine odaklanan evrensel bir ölçü, sürdürülebilir bir geleceğe dönüşebilecek bir topluluk geliştirme çerçevesidir (Cloutier, 2015). Karışım, esas olarak nesneye bağlıdır. Gelir, eğitim, statü gibi somut şeyler tipik olarak karşılaştırılarak değerlendirilirken; güzellik, çekicilik, dürüstlük gibi maddi olmayan unsurlar, nasıl hissettirdiği ile değerlendirilir. Bu ikili değerlendirme sistemi, insanı diğer canlılardan daha zengin kılar (Veenhoven, 2012). Diener ve arkadaşlarına (1985) göre mutluluk, hoş duygulardan, göreceli olarak hoş olmayan duyguların eksikliğinden ve bilişsel değerlendirmeden, yani yaşam memnuniyetinden oluşur. Tanıma göre mutlu kişi, hayatından nispeten memnun, sık sık pozitif duyguları ve nispeten az olumsuz duyguları deneyimleyen kişidir (Biswas-Diener ve Wiese, 2018). Mutluluk, sürdürülebilir toplum gelişimi için alternatif bir hedeftir. Mutluluk merkezli bir yaklaşımın temel katkısı, topluluk düzeyinde mutluluğu iyileştirmek için tüm bileşenlerin sürdürülebilir bir geleceğe doğru ilerlemeye odaklanmasıdır. Sosyal

adalet, çevre koruma, ekonomik gelişme veya kültürel yeterlilikle, hedefe ulaşmak daha kolay olabilir (Cloutier, 2015).

Mutluluk ve yaşam doyumu ölçümlerinde esas alınacak kriterler, bireyin ulaşmayı umduğu yaşam idealine kıyasla gerçekte yaşadığı hayattan tatmin olması, yaşamında sık sık sevinç veya coşku hissetmesidir (Feldman, 2008; Brandt, 1967). Tüm bu göstergeler, bireyin yaşam kalitesi seviyesini belirlemeye katkı sağlamaktadır. Sosyal etkileşimler, eğitim, sağlık, suç ve güvenlik duygusu gibi günlük hayatımızın bir parçası olan konular, yaşam kalitesini etkileyen unsurlardır (Tonon, 2018). Bu nedenle yaşam kalitesi, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, bağımsızlık düzeyi, çevre, ekonomik ve sosyal koşullar gibi birçok konuyu içeren farklı boyutlarla değerlendirilmektedir. Bu boyutlar, bireylerin yaşam kalitesi düzeylerini ortaya koymayı amaçlayan kriterlerdir.

1.2.1. Yaşam Kalitesi Boyutları

Yaşam kalitesi konseptinin üç temel özelliği; bir ülkenin, bireylerin yaşam durumlarına ve algılarına odaklanması, çoklu yaşam alanlarını ve etkileşimlerini kapsayan çok boyutlu olması ve toplumdaki genel refahın bir resmini sağlamak için yaşam koşullarına ilişkin nesnel bilgileri içermesidir. Bu özellikler, öznel görüş ve tutumlarla bir araya getirilir (Shucksmith, Cameron, Merridew ve Pichler, 2009). Bireylerin yaşamları ve yaşamı algılama şekilleri, toplumdan topluma, bölgeden bölgeye, hatta topluluktan topluluğa farklılık göstermektedir. Yaşam kalitesini iyileştirme çalışmalarına, bu ayrımlar göz önünde bulundurularak yön verilmelidir. Çünkü kalite, ancak işbirliği ve benimseme ile yakalanabilecek bir olgudur. Yaşam kalitesi boyutlarının gerçekçi değerlendirilmesi, refah düzeyini artırmaya yönelik devlet politikalarına yol göstermesi açısından oldukça önemlidir.

Dünya Sağlık Örgütü (1997) yaşam kalitesini, en önemli göstergelerinden biri olan genel sağlık ile ele almıştır. Fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, bağımsızlık

düzeıı, sosyal ilişkiler, çevre, maneviyat/din/kişisel inançlar olarak altı ana kategoridesınıflandıran Yaşam Kalitesi ve Genel Sağlık boyutuyla değerlendirmiştir.

Tablo 1.1: Yaşam Kalitesi ve Genel Sağlık

Alan Adı	Yaşam Kalitesi ve Genel Sağlık
Fiziksel Sağlık	Enerji ve yorgunluk Ağrı ve rahatsızlık Uyku ve dinlenme
Psikolojik Sağlık	Bedensel görüntü ve görünüm Olumsuz duygular Olumlu duygular Özsaygı Düşünme, öğrenme, hafıza ve konsantrasyon
Bağımsızlık Düzeyi	Hareketlilik Günlük yaşam aktiviteleri Tıbbi maddelere bağımlılık ve tıbbi yardımlar Çalışma Kapasitesi
Sosyal İlişkiler	Kişisel ilişkiler Sosyal Destek Cinsel aktivite
Çevre	Finansal kaynaklar Özgürlük, fiziksel güvenlik ve güvenlik Sağlık ve sosyal bakım: erişilebilirlik ve kalite Ev çevresi Yeni bilgi ve beceriler edinme fırsatları Eğlence ve boş zaman aktivitelerine katılım ve fırsatlar Fiziksel çevre (kirlilik / gürültü / trafik / iklim) Ulaşım
Maneviyat / Din / Kişisel İnançlar	Din / Maneviyat / Kişisel inançlar

Kaynak:WHO, 1997.

Yaşam kalitesi, bireylerin kendi değer sistemi içerisinde, inançlarını ve maneviyatını özgürce yaşayabilmesi dahil, istediği ideal yaşam ile kendi yaşamını kıyaslandığında aradaki memnuniyettir (Akranaviçiütė ve Juozas, 2007). Bireyin fiziksel ve zihinsel sağlığından, bağımsızlık derecesinden, çevresinden, sosyal

ilişkilerinden, maneviyatından ve inançlarından etkilenmektedir. Fiziksel ve zihinsel sağlık, bireyin bağımsızlık düzeyine, sosyal ilişkilerine ve çalışma kapasitesine etki eden en önemli unsurdur. Bireyin sosyal bir varlık olarak kendini gerçekleştirebilmesi, fiziksel ve psikolojik açıdan tam bir iyilik hali gerektirir.

Çevre, bir topluluğu veya tanımlanmış bir coğrafi bölgeyi karakterize eden, belirli bir kişinin dışındaki her şeydir (UNESCO, 1978). Sürdürülebilirlik bağlamında yüksek yaşam kalitesi, insan ve çevre uyumu ile nitelendirilebilir. Yaşam kalitesi, insanlar çevreye saygılı bir şekilde etkileşime girdiğinde elde edilebilir ve çevre, bireylere ihtiyaçlarını karşılama kapasitesi sunar (Uzzell ve Moser, 2006). Çevre, bireylere, bilgi ve becerilerini geliştirme fırsatı, finansal kaynaklara erişim şansı sunar. Ayrıca inançları ve maneviyatı doğrultusunda yaşamak ve çevrenin olumsuz bir etken olmaması, bireylere aitlik duygusu yaşatan önemli bir etkidir. Çevresel koşullar, her zaman elle tutulur olmasa da hem doğrudan hem de dolaylı olarak yaşam kalitesi üzerine çok etkilidir (Silva, Keulenaer ve Johnstone, 2012). Sosyal ilişkiler; bireylerin kendilerini etkileşimde bulunan sosyal varlıklar olarak gerçekleştirdikleri, sürekli değişen süreçlerin sonucudur (Walker ve Maesen, 2004). İnsan sosyal bir varlıktır ve çevre ile etkileşim halindedir.

Yaşam kalitesi ve sağlık göstergeleri, bölgesel ve kentsel planlama, sağlığı geliştirme, ekonomik ve sosyal göstergeler üzerinde oldukça etkilidir. Yaşam kalitesi göstergelerinin güvenilir izleme sistemleriyle takibi; ulusal, bölgesel ve yerel kaynakları tahsis etme, yaşam şartlarını, çevresel kaliteyi ve sürdürülebilirliği değerlendirme için, güçlü bir veri kaynağıdır (Türkoğlu, 2015).

Avrupa Birliği Komisyonu (EC.EUROPA, E.T: 25.06.2020) yaşam kalitesini, akademik araştırmalara ve çeşitli girişimlere dayanarak, yaşamın kalitesini ortaya koyan tüm bileşenleri kapsayan 8+1 boyut içerisinde değerlendirmiştir. Daha çok gelir, üretim, eğitim, erişim, güvenlik, sağlık ve bunlara bağlı elde edilecek unsurlara ağırlık verilmiştir.

Tablo 1.2: Avrupa Birliği Komisyonu Yaşam Kalitesi Boyutları

Maddi Yaşam Koşulları	Gelir Tüketim Maddi koşullar
Üretken veya ana faaliyet	İstihdam miktarı İstihdam kalitesi Diğer ana faaliyetler
Sağlık	Yaşam beklentisi, sağlıklı yaşam yılı sayısı ve sağlık, kronik hastalıklar ve aktivite kısıtlamalarının öznel değerlendirmeleri Sağlık belirleyicileri Sağlık hizmetlerine erişim
Eğitim	Nüfusun eğitim durumu Öz değerlendirme ve değerlendirilmiş beceriler Yaşam boyu öğrenmeye katılım Eğitim fırsatları
Boş zaman ve sosyal etkileşimler	Boş zaman aktiviteleri Sosyal etkileşimler
Ekonomik güvenliğ ve fiziksel güvenliğ	Fiziksel güvenliğ Ekonomik güvenliğ
Yönetişim ve temel haklar	Kurumlara ve kamu hizmetlerine güven Ayrımcılık Fırsat eşitliği ve aktif vatandaşlık
Doğal ve yaşam ortamı	Doğal Ortam Yaşam ortamı
Genel yaşam deneyimi	Yaşam doyumu Duygusal durum Mutluluk

Kaynak: EC.EUROPA, E.T: 25.06.2020.

Tablo 1.2. incelendiğinde; maddi yaşam standartları açısından gelir, çerçevedeki diğer tüm boyutların çoğunu etkilediğinden önemli bir göstergedir. Sağlık; sağlıklı yaşam yılı, hastalık olmayışı, bağımsızlıkdüzeyi ve sağlık hizmetlerine eşit erişim gibi pek çok unsuru içerir ve öznel iyi oluşun temelidir

(Ruževičius,2014). “Pozitif sağlık” sadece hastalık olmayışı değil, işlevsel mükemmellik olarak da düşünülebilir (Veenhoven, 2000).

Eğitim, topluları dönüştürme ve ekonomileri modernleştirme hedefinin temelidir; kilit rol oynar (Halász, 2015).Eğitimin kilit rolü, devlet ve toplum tarafından özel bir ilişki gerektirir; sosyoekonomik gelişmenin dinamiklerini belirler(Astakhova vd., 2016).

Bireylere yaşamlarını keyifli kılma şansı veren boş zaman etkinliklerini; miktar, kalite ve yeterli kaynak açısından değerlendirmektedir. Bu aktiviteler moral, motivasyon ve sosyalleşme açısından oldukça önemlidir. Sosyal etkileşimler, “sosyal temasların sıklığı, kişisel ilişkilerden duyulan memnuniyet, sosyal destek alma potansiyeli, sosyal uyum” gibi kriterleri içerir.Fiziksel ve ekonomik güven, fırsat eşitliği, ayrımcılık, mutluluk, yaşam doyumu, yaşam kalitesinin diğer önemli belirleyicileri arasındadır (Ruževičius,2014).

Sosyal güçlendirme, hem nesnel koşulların var olması, hem de bireylerin kendilerine sunulan fırsatları kullanma becerisidir. Sosyal uyum, bir toplumu birbirine bağlayan ve güven yaratan yapıştırıcıdır. Modern toplumlarda sosyal içerme, insanların akraba ve arkadaş gibi yakın ilişkilerinin yanı sıra daha uzak ağları içeren kurumlara ve sosyal sistemlere ne derece dahil olduklarını ve ait olarak hissettiklerini gösterir (Lin, 2016). Bir bütünün parçası olarak hissedebilmeleri ve kendilerini önemli olarak algılayabilmeleri için gerekli olan “sosyo-ekonomik güven”, insanların gündelik hayatla başa çıkabilmeleri, sunulan fırsatlardan yararlanabilmeleri, sağlık ve sosyal yardım hizmetlerine erişimi kapsar (Wallace ve Abbott, 2009). Bireyler, yoksulluk ve yoksunluk biçimlerinden korunmak için sosyo-ekonomik güvenliğe erişebilmelidir. Sosyo-ekonomik güven, iyi kalitede ücretli istihdamı, eğitimi ve kişisel güvenlik gibi sosyal korumayı gerektirir (Walker ve Maesen, 2004).

İstihdam, bir ülkenin ekonomik gücünün ve üretiminin temelidir. Bireylerin ekonomik özgürlüğü, kendini dilediği gibi gerçekleştirme yolunu açan, en önemli unsurdur. Para ise, metafori bir öğreticidir. Ekonomik koşullar, ulusal refah, daha iyi çevre politikası, altyapı, eğitim ve sosyal adaletle ilişkilidir (Biswas-Diener vd, 2015). Paranın sunduğu olanaklar ile birey, yaşamını mutlu kılacak farklı deneyimlerle ya da yapmak istediği her türlü aktiviteyle renklendirebilir, sosyal yaşamını istekleri doğrultusunda düzenleyebilir. Diener ve Biswas-Diener (2011) materyalizmi, paraya sahip olmanın ya da olmamanın iyi olması durumunu, paranın algılarımızdaki potansiyel psikolojik faydaları ve onu nasıl kullandığımızla ilgili olduğunu paylaşmaktadır. Sosyo-ekonomik güven, paranın ve buna bağlı refahın getirdiği bir güçtür. Kısacası öznel memnuniyet ve mutluluk, sosyal sistemin ve yaşanabilir bir toplumun nihai testidir (Wallace ve Abbott, 2009).

Veenhoven (2000, 2012, 2015) yaptığı araştırmalarda, yaşam kalitesi kavramlarını birlikte dört katlı, iki ayrımlı bir matris kullanarak sıralamaktadır. Sırasıyla birinci kat çevrenin yaşanabilirliği, kişinin yaşam kabiliyeti, yaşamın faydası ve yaşamın değeridir. İlk ayırım, şans ve sonuçlar arasında, yani iyi bir yaşam için fırsatlarla, iyi yaşamın kendisi arasındaki farktır. İkinci ayırım ise, yaşamın dış ve iç nitelikleri arasındadır.

Tablo 1.3: Dört Boyutlu Yaşam Kalitesi

	Dış Nitelikler	İç Nitelikler
Yaşam Şansı	Çevrenin yaşanabilirliği	Kişinin yaşam kabiliyeti
Yaşam Sonuçları	Yaşamın faydası	Yaşamın değeri

Kaynak: Veenhoven, 2000, 2002, 2015.

Yaşam kalitesinin sadece dış yaşam koşulları ile tanımlanması ve diğer yaşam kalitesi düzeylerinin dikkate alınmaması, yaşam kalitesi araştırma sonuçlarının güvenilirliğini ve geçerliliğini azaltabilir. Bir ülkede, sosyal, politik ve ekonomik ortamların yüksek göstergeleri, genellikle yüksek yaşam kalitesine işaret ederken, insanlar yaşamdan veya bazı bölümlerinden memnun olmayabilir. Burada bireylerin dış çevreyi kullanarak, kişisel gelişim ve refah için yaşam kabiliyetlerini

ortaya koydukları iç niteliklerin kapasitesi ortaya çıkmaktadır (Violeta ve Viktorija, 2011). Bireylerin yaşam kabiliyeti, iç yaşam şansını gösterir, yaşam sorunlarıyla başa çıkma açısından ne kadar donanımlı olduklarını (Veenhoven, 2000), kişilik eğilimlerini (değişime açık olma, esnek olma, dirençli olma, öz-yeterlik ve keşif davranışlarına sahip olma gibi), aynı zamanda başa çıkma becerilerini, değerlerini veya ilgi alanlarını içerir (Pocnet vd., 2016; Johnston vd., 2015; Rossier, 2015). Yaşamda dış çevre, toplumun bütünüyle kalitesini ve yaşanabilir kılan şartları oluşturmaktadır. Yaşam sonuçları, kişinin çevresi ve kendisi için değerini ortaya koymaktadır (Veenhoven, 2000). Bireyin yaşam kabiliyetinin yüksekliği, yaşamına bir o kadar değer katmaktadır. Çevrenin yaşanabilir olması ise, yaşamına fayda sağlayan, bireyin yaşam kabiliyetini artıran bir unsurdur.

Violeta ve Viktorija (2011), bireysel yaşam kalitesi ve toplumsal yaşam kalitesi boyutlarındaki farklılıkları ve benzerlikleri tanımlamıştır (Tablo 1.4).

Tablo 1.4: Bireysel Yaşam Kalitesi ve Toplumsal Yaşam Kalitesi Boyutlarındaki Farklılıklar ve Benzerlikler

	BİREYSEL YAŞAM KALİTESİ	TOPLUMSAL YAŞAM KALİTESİ
Eş anlamlı	Toplumda Yaşam Kalitesi	Toplumun Yaşam Kalitesi
Kavram Açıklaması	Açıkça, bireylerin ne kadar iyi yaşadığını, yaşam kalitesini bir dizi alana ayırarak genellikle memnuniyet/memnuniyetsizlik veya mutluluk/mutsuzluk fikirleri altında birleştirir.	Örtük, toplumun istikrarına, ilgisine ve üretkenliğine, toplumsal yaşam kalitesinin az sayıda boyutuna odaklanır.
Ölçüm	Çevrenin yaşanabilirliği, bir insanın yaşam yeteneği, mutluluğu ve yaşam doyumu Nicel, nitel araştırmalar, objektif önlemler ve öz değerlendirme araçları ile ölçülür. Örn. Anket	Toplumsal yaşam kalitesi makro göstergelerle ölçülür. Bunlar genellikle toplumun yaşam kalitesi indeksi oluşturmak için toplanır ve özgürlük, eşitlik, adalet boyutlarını kapsar.
Seviye	Makro ve mikro	Makro

Kaynak: Pukeliene ve Starkauskiene, 2011.

Bireysel ve toplumsal yaşam kalitesi boyutları, benzer niteliklerle, aynı açıdan değerlendirilmiştir. Toplumsal boyutta, makro seviyede toplumsal istikrar, üretkenlik, özgürlük, eşitlik, adalet; bireysel boyutta, makro ve mikro seviyede bireyin öznel memnuniyeti/mutluluğu ve yaşam yeteneği kriterleri ile değerlendirilmiştir. Öznel memnuniyet, makro boyutta toplumsal memnuniyete dönüşmektedir. Yaşam kalitesi boyutlarının bileşenleri, öznel yaşam memnuniyetiyle toplumsal memnuniyete ulaşmayı hedeflemektedir. Bu sürecin bir toplumda gerçekleşmesi, bazı temel şartları gerektirir. Sosyal tanınma veya saygı, insan hakları ve hukukun üstünlüğü, bireysel yeterlilik (sosyal olarak hareket etme yeteneği) ve sosyal grupların/toplulukların açıklığı gibi. Sosyal kalite, insanların refahlarını ve bireysel potansiyellerini artıran koşullar altında, toplumların sosyal, ekonomik ve kültürel yaşamlarına ne ölçüde katılabileceklerini ifade eder (Holman ve Walker, 2018; Beck vd., 1998).

Delhey ve arkadaşları (2002), geniş ve çok yönlü bir kavram olan yaşam kalitesi boyutlarını; kişisel, sosyal, nesnel ve öznel olarak sınıflandırmaktadır.

Tablo 1.5: Yaşam Kalitesi Seviyeleri

	NESNEL	ÖZNEL
KİŞİSEL SEVİYE	Objektif yaşam koşulları (örn. gelir)	Öznel iyi oluş (örn. gelirden memnuniyet)
SOSYAL SEVİYE	Toplumun kalitesi / yaşanabilirliği (örn. gelir eşitsizlikleri)	Toplumun yaşanabilirliği (örn. eşitsizliklerin algılanan önemi)

Kaynak: Delhey, Bohnke, Habich vd., 2002.

Genel olarak nesnel yaşam kalitesi, ekonomik ve sosyal göstergelerle ölçülmektedir. Öznel yaşam kalitesi ise, bireyin refah algısı ve yaşamda kendi konumuna dayalıdır. Ayrıca bireyin yaşam kalitesi, yalnızca kendisi için değil onunla ilgili herkes için fayda anlamına gelen, maksimum fayda ilkesini içermektedir (Pukeliene ve Starkauskiene, 2011). Sosyal seviye, insanların mutluluk yargılarını da etkileyen sosyal güvenlik, kamu düzeni, sosyal barış, sosyal uyum, sosyal adalet, sosyal katılım ve benzeri konuları içerir (Lin, 2016). Bireylerin güçlendirilmesini,

ekonomik güvenliği, sosyal hayata katılmayı, ortak bir norm ve değerler setini gerektirir (Wallace ve Abbott, 2009); sağlık, ekonomi, gelir gibi konulara eşit erişim ve algılanan eşitsizlik düzeyinin toplumun yaşanabilirliğini etkileme düzeyi üzerine odaklanır. Özne iyi oluş, toplumsal bazda yaşam kalitesine yansımaktadır.

1.2.2. Yaşam Kalitesi Göstergeleri

UCSS (University of Colorado Colorado Springs) Ekonomik Forum, 2016/2017 yılı yaşam kalitesi raporunda, yaşam kalitesi göstergelerini sınıflandırmıştır. Bu göstergeler, ülke refahını ve yaşam kalitesi seviyesini ölçmeye ve karşılaştırma yapmaya yönelik önemli bir kaynaktır.

Tablo 1.6: UCSS Ekonomik Forum 2016/2017 Yılı Yaşam Kalitesi Göstergeleri

DEMOGRAFİK	Nüfus artışı yaşam kalitesini, işgücü piyasası, eğitim ve diğer altyapı ihtiyaçları, kaynakların gelecekteki planlaması ve korunması, genel olarak ekonominin sağlığı açılarından etkiler. Cinsiyet, yaş, medeni durum, ayrı ayrı değerlendirilir.
EKONOMİK	Yaşam kalitesini refah seviyesi, iş güvenliği, istihdam, gelir vb. açılardan etkiler.
SAĞLIK	Hava-su kalitesinden kronik hastalıkları, koruyucu sağlık hizmetlerini kapsayan geniş bir yelpazedir. Sağlık göstergeleri sağlıklı işgücünü de temsil eder.
ULAŞIM	Bir ülkenin ulaşım ağı, tüm yaşam kalitesi göstergelerinin temelini oluşturan göstergedir.
SOSYAL REFAH	Geleneksel ekonomik refah ölçüsü, yoksulluk oranlarının ve uygunluğunun belirlendiği ölçüttür. Öz Yeterlilik Standardı, konut, çocuk bakımı, gıda, sağlık ve ulaşım, vergi gibi çalışan aileler için temel ihtiyaçların maliyetlerine dayanan ekonomik güvenliğin bir ölçüsüdür.
GÜVENLİK	Trafik kazalarından cinayete kadar toplumu korumak adına alınması gereken fiziki ve beşeri önlemleri içerir.
BOŞ ZAMANI DEĞERLENDİRME	Yaşam kalitesini yükseltmek için, insanların sosyalleşmesine olanak sağlayan çeşitli bireysel ve takım aktivitelerine katılımı sağlamayı ve alt yapısını oluşturmayı kapsar.
ARAZİ KULLANIMI	Bir topluluğun arazisini nasıl ayırdığı ve geliştirdiği, çevresel kalite,

VE YAPILI ÇEVRE	toplum sağlığı, ekonomik canlılık ve biyolojik çeşitlilik üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Dengeli arazi kullanımı, bir bölgenin uzun vadeli refahı için önemlidir.
KONUT ve EVSİZLİK	Yaşam kalitesi açısından konut, insanların güven hissi için önemlidir. Şehir planlamaları yapılırken tüm değişkenler göz önünde bulundurularak uzun vadeli planlamalar yapılmalı, maliyetler erişilebilir olmalıdır.
SANAT	Özellikle kâr amacı gütmeyen sanatsal faaliyetlere ağırlık verilerek, toplumun sanatsal yönü desteklenmesi önceliklidir.
EĞİTİM	Eğitim hakkı temel haklardan olup, her bireyin eğitim almasına olanak sağlanmasını, gerekli desteği ve geliştirme olanağını kapsar.

Kaynak: UCSS Economic Forum, 2017.

Ekonomiden sağlığa, eğitime, boş zaman aktivitesine, sanata, ulaşıma, makro düzeyde 11 ana gruba ayrılan bu göstergeler, toplumun tamamını kapsamayı hedeflemektedir. Demografik veriler, genç ve yaşı nüfus, cinsiyet, doğum-ölüm oranları gibi birçok gösterge ile işgücü planlaması, eğitim, sağlık ihtiyaçları, kaynakların geleceğe yönelik planlanması, korunması ve tahsisi için temel oluşturmaktadır. Refah seviyesi, iş güvenliği, istihdam, gelir ve yoksulluk seviyesi, toplumun ekonomik ve sosyal refahının göstergeleri olarak kabul edilmiştir. Ulaşım, toplumsal açıdan kaza risklerini azaltmak dahil, ekonominin can damarını oluşturan bir ađ olarak değerlendirilmeli ve bu doğrultuda planlanmalıdır. Çevre ve planlı yapılaşma ise, toplumun ihtiyaçlarını karşılamak adına uzun vadeli düşünülerek tasarlanması ve hayata geçirilmesi gereken önemli bir gösterge boyutudur. Eğitim ve sağlık, bireylerin pozitif haklarından. Sosyal devlet politikası gereği, her vatandaşın doğuştan sahip olduğu bir haktır. Toplumların en önemli hedeflerinden biri haline gelen yaşam kalitesi, yaşamı oluşturan her alandan etkilenmektedir. Burada önemli olan, hayata geçirilen tüm faaliyetlerin kalıcı çözümler sunması, buna yönelik planlanması ve yürütülmesidir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

1.2.3. Türkiye’de Yaşam Kalitesi

İnsanlar, felsefi düşünce, zevk arayışı, maddi varlıklar ve başka birçok yolla maksimum mutluluğun anahtarını aramışlardır (Perles ve Canto, 2010). Yaşam

kalitesi ölçümlerinde mutluluk ve mutlu oldukları ölçüde yaşamdan aldıkları haz, göreceli olan bu konuyu değerlendirmeye yarayan en gerçekçi ölçüt olmuştur. Avrupa Çalışma Koşulları ve Yaşamı İyileştirme Fonu, yaşam kalitesi ölçümlerinde; mutluluk veya yaşam doyumu endekslerini kullanmaktadır. Bu endekslerle, bireylerin kendi tercihleri ve değerleri doğrultusunda yaşam kalitelerini değerlendirmeleri istenmiştir (Watson, Pichler ve Wallace, 2010). Duyguların ölçülmesi öznel olabilir, ancak ülkeler arasındaki yaşam kalitesi karşılaştırılırken, objektif verilere yararlı bir tamamlayıcıdır. Öznel veriler, bireyin sağlık, eğitim, gelir, kişisel tatmin ve sosyal koşullar gibi konuları değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır (OECD, E.T: 17/09/2019).

2007 Yılında yapılan Avrupa Yaşam Kalitesi Anketinde ülkelere göre mutluluk düzeyi, 5,8 ile 8,3 puan arasında, yaşam memnuniyeti düzeyi ise 5 ile 8,5 puan arasında değişmektedir. Bu göstergelere göre; yaşam memnuniyeti ve mutluluk düzeyleri en düşük ülke Bulgaristan olup, Makendonya takip etmektedir. Üçüncü en düşük oran, yaşam memnuniyetinde Macaristan, mutluluk düzeyinde Türkiye'dir. Mutluluk düzeyi en yüksek ülke Danimarka ve Finlandiya'dır. Danimarka, yaşam memnuniyeti konusunda da ilk sırada yer almaktadır. Her iki ölçekte, İsveç ve Norveç üst sıralardadır. Sosyo-ekonomik durumlar, demografik özellikler, çevresel, kurumsal, kişisel faktörler ve eşitlik, yaşam kalitesini ve yaşam doyumunu artan veya azalan ölçüde etkilemektedir (Anderson, Mikuliç, Vermeyleylen, Lyly-Yrjanainen ve Zigante, 2009). Sonuçlar, yaşam memnuniyeti ile mutluluk arasında bir ilişki olduğunu ve birbirine yakın sonuçlar içerdiğini göstermektedir. Her iki açıdan Türkiye, ortalama seviyelerdedir; AB ülkelerine göre ise, düşük seviyede yer almaktadır. 2007 yılında yapılan Avrupa Yaşam Kalitesi Anketi, Türkiye'nin de içinde bulunduğu son rapor olduğundan, bu veriler baz alınmıştır.

2019 OECD Sosyal Göstergeler raporunda, 2016-2017 yılları arasında bireylerin genel yaşam memnuniyetleri ölçümü sonucunda; Türkiye, düşük puan alan ülkeler arasında olup; kadın ve erkekler arasında, erkekler daha yüksek yaşam memnuniyeti belirtmiştir (OECD, 2019). Ancak, 2006-2007 yıllarına kıyasla 2016-

2017 yılları arasında olumlu yönde bir artış gözlenmektedir. OECD' ye göre Türkiye; son yirmi yılda vatandaşlarının yaşam kalitesini artırmada önemli ilerlemeler kaydetmiştir ve sivil katılımında ortalamanın üzerindedir. Gelir ve servet, sağlık durumu, sosyal bağlantılar, eğitim ve beceriler, işler ve kazançlar, öznel refah, çevre kalitesi, iş-yaşam dengesi, barınma ve kişisel güvenlik alanlarında ortalamanın altındadır (OECD, E.T: 17/09/2019).

Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK), ülke bazında yaşam kalitesini ortaya koymak adına OECD verilerinden elde ettiği hesaplamalara göre (Şekil 1.2); Daha İyi Yaşam Endeksi/Yaşam Memnuniyeti boyutunda, 36 OECD üye ülkesi arasında ilk sırada Norveç, Finlandiya ve Danimarka yer alırken, Yunanistan ve Portekiz son sıralarda, Türkiye ise 34. sırada yer almaktadır.

Şekil 1.2:TÜİK, Daha İyi Yaşam Endeksi/Yaşam Memnuniyeti Verileri

	Yaşam memnuniyeti (ortalama skor)
Almanya	7
Amerika Birleşik Devletleri	6,9
Avustralya	7,3
Avusturya	7,1
Belçika	6,9
Birleşik Krallık	6,8
Çekya	6,7
Danimarka	7,6
Estonya	5,7
Finlandiya	7,6
Fransa	6,5
Güney Kore	5,9
Hollanda	7,4
İrlanda	7
İspanya	6,3
İsrail	7,2
İsveç	7,3
İsviçre	7,5
İtalya	6
İzlanda	7,5
Japonya	5,9
Kanada	7,4

Letonya	5,9
Litvanya	5,9
Lüksemburg	6,9
Macaristan	5,6
Meksika	6,5
Norveç	7,6
Polonya	6,1
Portekiz	5,4
Slovakya	6,2
Slovenya	5,9
Şili	6,5
Türkiye	5,5
Yeni Zelanda	7,3
Yunanistan	5,4
OECD Toplam	6,5
Brezilya	6,4
Güney Afrika	4,7
Kolombiya	6,3
Rusya Federasyonu	5,8

Kaynak: OECD'den aktaran TÜİK, Erişim Tarihi: 19.09.2019,

<http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=istendeks>

TÜİK Daha İyi Yaşam Endeksi/Yaşam Memnuniyeti verilerine göre; OECD ortalaması 6,5 olup Türkiye,“5,5” ortalama ile sıralamada yer almaktadır.Yaşam kalitesi ölçümleri, bireylerin yaşamlarından öznel memnuniyetlerinin göstergesidir ve yaşamın tüm alanlarına olumlu ya da olumsuz yansımaktadır. Yaşam kalitesi boyutlarından hareketle öznel memnuniyeti oluşturan, sağlık, eğitim, gelir, iş güvenliği, iş tatmini, sosyal ve ailevi ilişkiler, dini ve manevi duygulara saygı gibi bileşenler, yaşamı kaliteli kılan olgulardır. Mutluluğun temelinde, ücretli iş ve sosyal katılım yatmaktadır (Veenhoven, 2015). Bir insanın hayatında işi, uğraşı, sosyal ve aile yaşamını, gelirini, eğitimini, özgüvenini, kendini gerçekleştirmesini sağlayan en önemli unsurdur. Yaşam kalitesi, iş performansını; iş performansı, yaşam kalitesini yükselten kaldıraçtır. Yaşam kalitesi yüksek bir bireyin, iş performansı da yüksek olacaktır. Bu nedenle ülkelerin son yıllardaki en önemli hedefi, toplumun yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik politikalar geliştirme üzerine olmuştur. İş performansı ve yaşam kalitesi, bireyde, birbirini etkileyen ve tetikleyen önemli bir rol üstlenmiştir.

1.3. İş Performansı

İş yaşamında, endüstriyel ilişkiler, rekabetçi piyasa koşulları ve süregelen belirsizlik gibi nedenler, verimlilik ve performans kavramlarının önemini artırmıştır. Böyle bir ortamda işletmelerde temel girdi, işgücüdür (Kılınç ve Paksoy, 2017) ve motor görevi yapan insana önem, her geçen gün daha da önem kazanmaktadır. Bir çalışanın, sahip olduğu kişisel özellikleriyle performansı şekillenir. Belli bir işin yerine getirilmesi, iş performansı olarak tanımlanır. Örgüt yapısı ve teknolojik unsurlar gibi dış faktörler ise, performans düzeyinin belirleyicisidir (Doğan ve Bayraktar, 2020).

UNESCO (1978), işi ve iş ortamında olması gereken nesnel özellikleri, fiziksel çevre, çalışma süresi, işçiye talebi üzerine iş, ekonomik faydalar, istihdam güvenliği, kariyer fırsatları, ulaşım, kişilerarası ilişkiler, koordinasyon ve karar alma, ürün/hizmet olarak sıralamaktadır. Bir işveren, örgüt açısından uygun iş ortamını, maddi ve sosyal olanakları sağladığı ölçüde istediği iş performansını alabilir. Performans, “edim, başarı, çalışanın göreve yönelik neleri başarabileceğinin nicel ve nitel anlatımı, işe yönelik tüm uğraşlar ve gösterilen çaba, işin istenildiği gibi tamamlanması” olarak ifade edilebilir (Büyüköztürk, 2007). Her meslek grubu veya iş alanı, performansı kendi özel ihtiyaçlarına göre belirler ve değerlendirir. Örneğin psikoloji, bireye odaklandığı için bireysel performansı dikkate alır. Kalite, organizasyonel süreçlerin geliştirilmesine odaklanır; performansı, stratejik yönetim ve endüstri olarak yönetir (Altun ve Memişoğlu, 2008).

İş performansı, örgütsel destek, yetenekler veya yönetim etkinliği ve çalışan her bireyin iş performansı olarak üç ana faktörden önemli ölçüde etkilenir (Eliyana ve Ma'arif, 2019; Simanjuntak, 2011). Örgütsel gerçeklikler, günümüz işdünyasında büyük bir değişime uğramıştır ve buna bağlı olarak algılar da önemli ölçüde değişmiştir. Örgütlerde, kültür, bilgi ve insan kaynakları gibi taklit edilemez veya benzersiz faktörlere, büyük önem verilmektedir (Mallick vd., 2014). İnsan kaynakları, hayati bir büyüme kaynağı olarak kabul edilmektedir. Bu kaynaktan en

iyi şekilde yararlanmak için, çalışanların sahip oldukları bilgi, beceri ve yetenekleri ile organizasyonda atanan rolü uyumlu hale getirmek esastır. Bireyin örgüte uyumu ile iş tatmini ve iş performansı arasında pozitif bir ilişki vardır ve performansın önemli bir öncülüdür (Farooqui ve Nagendra, 2014).

İş, insan yaşamında yaşamını şekillendirmeye yarayan, önemli bir kısmını kapsayan, yaşam doyumunu etkileyen vazgeçilmez bir parçadır. İş tatmini için, çalışanlara verilen görev ve sorumlulukların kendi yetkinliklerine uygun olması gerekir. Uygun olmayan görevler, iş tatminsizliğine yol açacaktır. Bir çalışan, en uygun sorumluluklara sahip olduğunda, organizasyon değerlerinin kendi değerleri ile uyumlu olduğunu hisseder, çalışmaktan hoşlanır ve yüksek performans gösterir (Farooqui ve Nagendra, 2014).Çalışan memnuniyetikararlara ve sürece katılım, organizasyonel başarıya katkıda bulunabilir. Mevcut ve kararlı çalışanlara sahip olmak,performans için kilit faktörlerdir(Bin, 2015).

Bireysel performans açısından organizasyon, yaratıcı ve girişimci bireylerin kendilerini gösterebilecekleri ortamlardır. Yaratıcı ve girişimci bireyler, rutinden hoşlanmazlar, dinamizmi severler, yeninin ve yeniliğin peşinden koşarlar. Yenilikçilik, benimsenmesi ve desteklenmesi gereken bir olgudur ve teşvik için çalışanlara ihtiyacı olan her türlü kaynak sunulmalıdır (Çekmecelioğlu, 2005). Bireysel performans, takım halinde organizasyonel performansın göstergesidir (OECD, E.T: 17.09.2019).

Çalışma yaşamında en önemli sorunlardan biri, iş yüküdür. Çalışanların motivasyonunu, işe ve örgüte bağlılığını ve iş tatminini etkiler. Eşitlik teorisine göre; bir çalışan, kendisiyle aynı çabayı gösteren meslektaşlarının, kendisinden daha fazla kazandığını veya kendisinden daha az çaba harcayanlarla aynı şeyi kazandığını algılasa, haksız davranılmış hissedecektir (Inegbedion, Inegbedion, Peter ve Harry, 2020)Bu durumu, aynı ölçüde organizasyonel davranışlarına yansıtabilir.

Aşırı iş yükü, meslek hastalıklarının ya da iş kazalarının daha sık yaşanmasına da neden olabilmektedir. İşyerinde, işe uygun fiziki koşulların sağlanması, hem üretimi artırma çabasının bir gereğidir, hem de iş sağlığı ve güvenliği açısından zorunlu bir husustur. Son yıllarda özellikle iş kazası ve sonuçlarını önlemeye yönelik, işyeri sağlığı ve güvenliği üzerine yapılan çalışmalar, eğitimler, denetimler ve cezai yaptırımlar artırılmıştır. Sendikal faaliyetler, çalışanların haklarını koruma adına ve tatmin edici olmalıdır (DeNisi ve Murphy, 2017).

Bir toplumdaki iş yaşamının kalitesi, güvence altında üretken çalışmalarla uğraşmak isteyen herkese, fırsat eşitliği sağladığı ölçüde yüksek ve yeterlidir. Bu şartları, yeterli ve adil tazminat, güvenli ve sağlıklı çalışma koşulları, yeteneklerini kullanma ve geliştirme fırsatı, kariyer gelişimi veya fırsatı, sosyal entegrasyon, eşitlik, iş rolü ve bireyin diğer yaşam rolleri arasındaki uyum, değerli bir ürün veya hizmete katkı gibi sıralamak mümkündür (UNESCO, 1978). Üretme ve çalışmanın bariz ekonomik faydaları vardır. Bir işe sahip olmak, bireylerin topluma bağlı kalmasına, özgüven, beceri ve yetkinliklerini geliştirmesine yardımcı olur. İstihdam düzeyi yüksek olan toplumlar, daha zengin, daha politik ve daha istikrarlı bir tablo sergilemektedir (OECD, E.T: 17.09.2019).

Üretmek için kaliteli ve yeterli işgücü sağlamak ve sürdürülebilirlik, her zaman mümkün olmayabilir ve iş gücü standartlarını belirlemede zorluklarla karşılaşılabilir. İşgücü standartları problem alanlarını, sağlık ve güvenlik tehlikeleri, ulaşım, yetersiz fayda, uygunsuz fiziki koşullar, aşırı çalışma saatleri, yetersiz gelir, meslek hastalıkları veya yaralanmaları, kararsız istihdam, mesleki engeller, işveren tarafından gizliliğin istila edilmesi, sendikal demokrasi sorunları, kötü muamele, istihdamda cinsiyet ayrımcılığı, yaş ayrımcılığı, ırk veya ulusal köken ayrımcılığı gibi sıralamak mümkündür (UNESCO, 1978). İşgücünü istenilen amaçlara yönlendirmek için, çalışanları motive etmek, işe bağlılığını artırmak, eğitmek, iş tatmini sağlamak ve performansı gerçekçi değerlendirmek gereklidir. Motive olmuş

ve işin gerekleri öğretilmiş bir çalışandan yüksek performans beklenebilir. Bunun için de, önce örgütün amaçlarına inanmaları gereklidir.

1.3.1. Çalışan Motivasyonu

Doğada, hiçbir nesne sebepsiz harekete geçemez. İnsanın da harekete geçmesi veya davranışta bulunması için doğası gereği birtakım sebepler olmalıdır. Bu sebepler, insanın içinden veya dışından gelen bir dürtü, güdü, bir uyarıcı olabilir. Motivasyon, insanı davranışa iten, bu davranışların şiddet düzeyini belirleyen, yön veren ve devamını getiren çeşitli iç ve dış sebepleri ve işleyiş mekanizmalarını içerir. Davranışlardaki canlılık, enerji, değişime karşı direnç ve süreleri, bize motive edildiklerini gösterir (Akbaba, 2006). Motivasyonun temeli olan üç faktör; insanların bir davranışta bulunmasını sağlama, bu davranışlara yönlendirme ve sürdürme, davranıştan dolayı mutluluk duymadır (Yeşil, 2016). Motivasyon, bireyin kişisel özellikleri ile iş yapma gayretini, amaçlarını, beklentilerini ve davranışlarını etkileyen en önemli unsurdur. Bazen motivasyon gücü yüksek olduğu düşünülen bir iş, tüm bireyleri aynı şekilde etkilemeyebilir. Özellikle kişisel başarıya ve kendini geliştirme duygularına değer veren bireyler olumlu cevap verirken, kişisel gelişimine ve başarısına değer vermeyen bireylerde iş kaygısı uyandırabilir, hatta rahatsız edici sonuçlar gösterebilir (Hackman ve Oldham, 1975).

İnsanları motive eden faktörleri; güç sahibi olma ihtiyacı, başarı ihtiyacı, bir topluluğa ait olma ihtiyacı olarak sıralamak mümkündür. Bir işveren, işletme amaçlarıyla çalışanların amaçlarını birleştirebildiği ölçüde başarı sağlayabilir (Baltaş, 2015; Oflaz, 2018). Bu başarı için çalışanların istekli olması, işini benimsemesi ve bunun için çaba göstermesi gereklidir. Ayrıca işveren, örgütte iletişim kanallarını açık tutmalı, çalışanların kendilerini gerçekleştirmesine imkân tanımalı ve güven duygusunu geliştirmelidir (Küçüközkan, 2015).

Motivasyonu, olumlu ya da olumsuz etkileyen pek çok unsur bulunur. Yüksek iş talepleri, motivasyonu olumsuz etkileyen en önemli bir unsurdur. Yüksek

talepler, bireyin iş hacmi, hızı ve doğası bakımından yürütmek için gösterdiği yüksek çabayı ifade eder. Çok ağır işler, sorun kaynağı olabilir; en güçlü olumsuz sağlık etkileri, aşırı taleplerle ilgili olarak belgelenmiştir (Eurofound, 2012). Bu nedenle taleplerin, çalışan motivasyonunu, performansını ve işin kalitesini düşürebilecek ağırlıkta olmamasına özen gösterilmelidir. Motivasyon açısından, çalışanların ödüllendirilmesi veya cezalandırılması da önemlidir. Ancak, çoğu zaman cezalandırma çalışanları olumlu etkileyebilir. Bir yönetici, cezalandırma konusunda kapsamlı düşünmelidir (Öğüt vd, 2004). İşe ve örgüte bağlılığı önemli ölçüde etkileyen ödül ve ceza sistemleri, çalışanların motivasyonunu kırmayacak düzeyde, adil ve ölçülü olmalıdır.

Motivasyon açısından işin önemli ödülleri belirleyen unsurlar, tazminat, fayda, iş deneyimi, teşekkür, iş ve yaşam dengesi, kültür, kariyer ve mesleki gelişim, iş içeriği, çeşitlilik ve zorlu hedefler (Giancola, 2011; WorldatWork, 2006) olarak sıralanmaktadır. Çalışanlara, yaptıkları işlerini değerini gösteren ödül ve ceza sistemleri, işe ve örgüte bağlılıklarına ve iş doyumlarına önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır.

1.3.2. İşe/Örgüte Bağlılık ve İş Doyumu

İşe bağlılık, kuvvet, özveri ve özümseme ile karakterize edilen tatmin edici ruh hali olarak tanımlanırken; özveri, iş bağlantısının temel bileşeni olarak görülür (Kotzé ve Nel, 2020; Schaufeli ve Bakker, 2010; Taris, Ybema ve Beek, 2017). İş yaşamında bağlılık, ömür boyu örgüt ve ömür boyu iş olarak iki temel kavram üzerine kurulmuştur. (Kim ve Chang, 2007). Ömür boyu örgüt, bir çalışanın örgütüne sadık olarak bulunduğu konumdur. Ömür boyu iş ise, bir çalışanın kendi gelişimine ağırlık vererek, öğrendiklerini yöneterek bulunduğu konumu korumasıdır (Kurt, 2013). Örgüte bağlılık, çok sık rastlanan bir durum değildir. Genel olarak işe bağlılık ve kendini geliştirme tercih edilmektedir. Çalışanlar, işten çıkarmadan kaçınma, terfi ve eğitim gibi konularda işverenin yükümlülüklerine sadık olduğunu anladığında, artan bir sadakatle işe ve örgüte yükümlülüklerini yerine getirmeye devam edecektir

(Chang, 1999). Örgüte bağlı çalışanlar üstleriyle iyi iletişim kurarlar, kendileri için anlamlı ve motive eden işler isterler; daha iyi mali sonuçlar üretir, gurur duyar ve şevk gösterirler. Bağı olmayan çalışanlar ise, kötü müşteri hizmetleri ve düşük performans sergileyebilir, organizasyonun başarısını önemsemeyebilirler. Çalışan bağlılığı, bir süreçtir ve bir günde yaratılamaz (Bin, 2015).

İşverenlerin, çalışanların işe bağlılığını ölçmede genel olarak kullandıkları kriterleri, işverenle gurur, işveren ve iş memnuniyeti, zorlu işlerde iyi performans gösterme fırsatı, çalışan katkısıyla tanınma ve olumlu geribildirim, işi ile kuruluşun misyonu arasındaki bağı anlama, işverenin gelecekteki büyüme beklentileri ve işvereniyle kalma niyeti gibi sıralamak mümkündür (Vance, 2006). Bir işveren, çalışanlarından yüksek performans, işe ve kuruma bağlılık beklentisini karşılamak için önce organizasyonda gerekli alt yapıyı oluşturmalı ve bunun karşılığını çalışanlarından beklemelidir.

Örgütlerin, çalışanların iş tatminini ve örgütsel bağlılığını etkileme çabaları, çalışanlar tarafından geliştirilmiş performans davranışlarıyla karşılık bulacaktır (Salminen, Vanhala ve Heilmann, 2017) Bu nedenle destekleyici örgütsel çabalar, çalışanlar açısından oldukça önemlidir.

Mesleki ilgisi yüksek veya işleriyle daha fazla ilgilenen çalışanlar, işlerinden daha memnun olma eğilimindedir. Bu durum, sadece iş tatmini için önemli değildir; çalışanları daha iyi performans gösterecekleri işlere yönlendirmek için de yararlıdır (Hoff, Song, Wee, Phan ve Rounds, 2020). İş yükü, çalışanlar ve işletmeler açısından bu kadar öneme sahipken, işe ilgisi veya işiyle ilgisi yüksek bir çalışanın, iş yükü algısı da farklı olacaktır.

İş doyumunu, yaşam doyumunu ve üretkenlik olarak iki etkene bağlıdır. Dinamizmi ve enerjiyi yükselten bu unsurlar, bireyin yaşam kalitesine de olumlu yansımaktadır. İş doyumsuzluğunun yarattığı stres, grup uyumsuzluğu, çatışma gibi durumları ortaya çıkarmakta ve bireyi olumsuz etkilemektedir. Bu durum, kişinin

performansını düşüren önemli bir unsurdur (Aşık, 2010). İş yaşamında yaşanan olaylar ve olgular, kişinin sadece iş yaşamını değil tüm yaşam alanlarını, yaşam doyumunu ve sağlığını etkiler. İş doyumunu düzeyi yüksek bir çalışan, işini sever; çalıştığı ortam onlara, çeşitlilik, iyi ücret, güven, özerklik gibi hoş hisler verir (Bakotić,2016) ve işlerine daha sıkı bağlanmalarını sağlar.Kararsız istihdam, yetersiz gelir, yaş-ırk-cinsiyet ayrımcılığı, çalışanların yaşam kalitesini, iş performansını ve işe bağlılığını önemli ölçüde etkiler. Performans, değerlendirmeye başlar, geri bildirim, hedef belirleme, eğitim ve ödül sistemlerini içerir (DeNisi ve Murphy, 2017).

1.3.3. Performans Değerlendirme

Performans değerlendirme, çalışanların kişisel ve mesleki özellikleri açısından sistematik olarak izlenmesi, bir yargıya varılması sürecidir. Sosyal bir süreç olan performans değerlendirme, örgütsel performans ile ilişkilendirilmektedir (Soysal ve Kılınç, 2016). Örgütler, öncelikle amaçlarına yönelik faaliyetlerini planlar, gerekli iş sistemlerini kurarlar. Bu doğrultuda, uygun yetkinlikte çalışanları istihdam ederler. Çalışanları işe adapte eder, gerekli eğitimleri verir, kendilerinden beklenen görev ve rolleri paylaşırlar. Beklentilerine yönelik motive eder ve ödüllendirme sistemlerini aktif kullanırlar. Bu süreç, örgütleri amaçlarına ulaştıran temel yoldur. Bu süreçte performans değerlendirme, kontrol mekanizması olmanın yanı sıra, örgütte işlerin nasıl yürütüldüğünü görmeye ve takip etmeye yarar (Düzgün ve Marşap, 2018).

Performans değerlendirme uygulamaları, iş performansını stratejik olarak artırmaktadır. Bu süreç, hem idari hem de motivasyon amaçlarına hitap eden özelliklere sahip olmalıdır. İki yönlü iletişim fırsatlarıyla gerçekleştirilen performans değerlendirmesi, bireyleri daha yüksek bir performans düzeyi elde etmeye yönlendirebilmektedir. Çalışanların karar alma sürecine katılımı da iş performansını artıran önemli bir etkidir ve karar verme sürecine katkı sağlar (Wickramasinghe ve Liyanage, 2013).

İlleez ve Güner (2006), örgütleri personel değerlendirmeye yönelten nedenleri, iş ve işi yapanlar hakkında yöneticiye gerçekçi bilgi sağlaması, beklenti ve sonuçlar hakkında bilgilendirme, yeni yöntemlerin tespiti, verimlilik ve iş tatmini artışı, iyi performans ve kalitenin fark edilmesi ve teşvik edilmesi, yönetsel becerileri geliştirme, ücret standartlarını belirleme, yükselme ve güçlendirme kararlarında objektiflik ve kolaylık olarak sıralamaktadır. Gerek örgütlerin amaçlarına ulaşabilmesinde, gerekse çalışanlarının iş-yaşam dengesinde beklenen tatminin sağlanmasında, etkili bir insan kaynakları yönetimine sahip olunmalıdır. Bireysel beklenti ve amaçların, örgütsel beklenti ve amaçlarla buluşturulması, yöneticilerin temel sorumluluğudur (Mert, 2020).

Personel değerlendirme karşılığında çalışanlar, her zaman tanınmayı ve ödüllendirilmeyi ister;bu durumu performansına olumlu yansıtır, motivasyonu artar ve gerekenden daha fazla çıktı sunarak daha yüksek verimlilik sağlar (Bao ve Nizam 2015).Günümüz koşullarında etkinlik ve verimlilik, örgütlerin temel konusu, insan kaynağı ise temel dayanağıdır. Örgüt kaynaklarının optimal düzeyde ve israfsız kullanılması; insana, insan kaynağının yetenek, bilgi ve becerisine bağlıdır. Bütün çalışanların performanslarına bakılmaksızın, eşit düzeyde performans gösterdikleri varsayımı ise, motivasyon kırıcı bir unsurdur. Etkinlik ve verimlilik için, öncelikle çalışanların performans düzeyleri ölçülmeli, değerlendirilmeli ve sonuçlar hakkaniyetle yansıtılmalıdır (Tunçer, 2013).

1.3.4. Eğitim

Günümüz iş yaşamındaki gelişmeler, iş çeşitliliğini ve bu işlerde çalışanların yetenek ve bilgilerinin geliştirilmesinin gerekliliğini beraberinde getirmektedir. İnsan unsuru, işletmelerin odak noktasıdır. Çalışanların yetenek, bilgi ve yaratıcılıkları, planlı ve programlı bir eğitimle desteklenmelidir (Uğur ve Kutlu, 2010). Eğitim sistemleri, hem dönüştürücü hem de geliştirici unsurları içerir. Eğitimde ideal olan, iyiyi yeniden üretmek, kötüyü dönüştürmektir (Desjardins, 2015).

Mesleki eğitim sistemlerinin geliştirilmesindeki temel amaç, sanayi sektörünün ihtiyaç duyduğu işgücü niceliği ve niteliğinin belirlenmesi ile eğitim, ekonomi ve ülkesel kalkınma arasındaki bağın kurulmasıdır (Ulukan, 1978; Yılmaz, 2014). Genel olarak eğitim, örgütsel rekabetçiliği, geliri, performansı ve verimliliği etkiler. Bu nedenle, çalışanların işlerini etkin bir şekilde yapabilmeleri için, güncel bilgi ve becerilerle donatılmasına yönelik sürekli öğrenme ve gelişim programları sağlanmalıdır. Çalışanlar tarafından gerekli yeteneklerin değerlendirilmesi ve çeşitli öğrenme ve geliştirme faaliyetlerinin sağlanması, gelecekteki yeteneklerini artıracaktır (Wickramasinghe ve Liyanage, 2013). Devlet kurumları veya özel kuruluşların çoğunluğu, verimliliği artırmak için eğitimin önemini kabul etmesine rağmen, ekonomi yavaşladığında ya da kâr azaldığında ilk olarak eğitim bütçelerini azaltmaya çalışır (Elnaga ve İmran, 2013). Örgütlerde eğitim, vazgeçilebilecek bir konu olmamalıdır; var olan tüm boşluk ve eksiklikler, ancak eğitim ile doldurulabilir. İş eğitiminden beklentiler yüksektir. Bu nedenle, eğitime ilişkin sorunların yeniden tespiti yerine, kronik veya kronikleşen her bir sorun için çözüm geliştirilmeli ve hızlıca hayata geçirilmelidir (Özer, 2018). Eğitimin performans geliştirici rolü, en önemli özelliğidir.

Mesleki eğitimin yararlarını, maliyetlerde ve iş kazalarında, iş gören devir hızında, devamsızlık ve işe geç gelmelerde, yakın gözetim ihtiyacında azalma, iş ekipmanlarını doğru kullanma ve hata riskini azaltma, yeniliklere ve gelişmelere uyum sağlama, çalışanlar arasında iletişim geliştirme ve moral yüksekliği, çalışan davranışlarında düzelme ve işe ve işletmeye bağlılıkta artma, üretim, verimlilik ve kalite artışı gibi sıralamak mümkündür (Sabuncuoğlu ve Tokol, 2001; Pickle ve Abrahamson, 1980). Kalkınmanın can damarı olan sanayi ve üretim için, verimlilik ve kaynakları etkin kullanma zorunludur; eğitim ise temelidir. İşin gereklerini iyi bilen ve teknolojiyi yakından takip eden bir çalışan, bu durumu performansına yansıtacaktır; hataları ve riskleri minimize ederek işin gereklerini yerine getirecektir. İşin gereklerini ve gelişimini düzenli ve sürekli eğitimler ile desteklemek, çalışanların işe/örgüte bağlılığına, iş tatmini ve iş doyumuna önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır. Çalışanların yaşamını zenginleştirmek, bilgi, beceri, yetenek ve

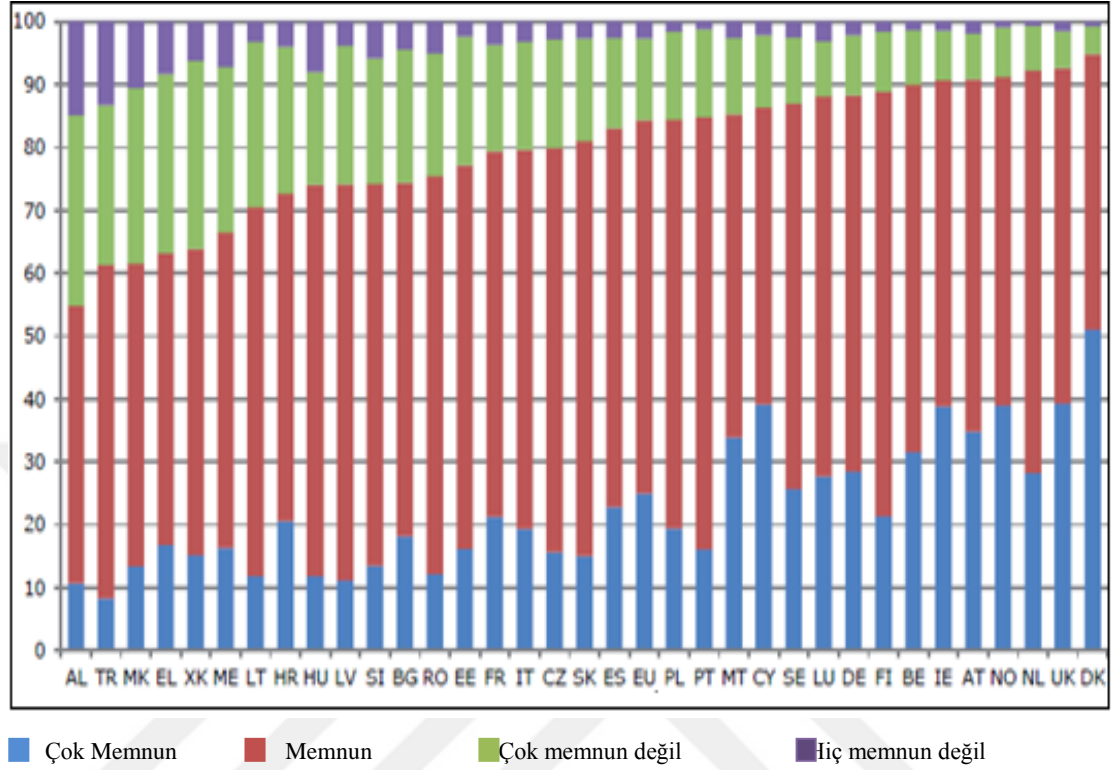
iletişim kurma özelliklerini geliştirmek, yaşamını daha anlamlı ve değerli kılacaktır (Telman ve Ünsal, 2004).

Eğitim ve gelişim ile çalışanların performansı arasında olumlu bir ilişki vardır. Eğitim, örgütü ve çalışanın kendisini geliştirmesine yardımcı olur; nihai hedef veya görevlere ulaşma becerilerini geliştirir. Örgütsel hedeflere yönelik, teşvik ve netlik kazandırır (Bao ve Nizam, 2015).Eğitimin, toplumsal sorunların üstesinden gelmede kritik rol oynadığını da kabul edilmektedir. Çoğu insan, eşitliğin teşvik edilmesinde önemli bir rol oynadığını ve önemli görevlerinden birinin ekonomik büyümeyi, üretkenliği ve rekabet gücünü artırmak olduğunu düşünmektedir (Halász, 2015). Bu nedenle eğitim, işletmelerin göz ardı edebileceği, erteleyeceği bir konu olmamalıdır.

1.3.5. Avrupa’da ve Türkiye’de İş-Yaşam Dengesi Göstergeleri

Sağlık ve refah, Avrupa genelinin 2020 büyüme, rekabet edebilirlik ve sürdürülebilir kalkınma stratejisinin kilit unsurudur. Sağlıklı ekonomi, sağlıklı nüfusa bağlıdır. Bu olmadan işverenler ve işçiler verimliliğini kaybedebilir (Ardito, Leombruni, Pacelli ve d’Errico, 2012). Sağlıklı işgücü, ekonominin temeli ise, iş tatmini de insanların çalışma hayatlarından memnuniyetlerinin göstergesidir ve ekonomik istikrar açısından bazı göstergelerle değerlendirilmesi gereken önemli bir konudur. 2017 Yılında yapılan 6. Avrupa Çalışma Koşulları Anketi-European Working Conditions Survey (EWCS) raporunda Türkiye yer almadığı içinülkelere göre iş tatmini, 2010 yılı 5. Avrupa Çalışma Koşulları Anketi (EWCS) raporu baz alınarak değerlendirilmiştir. Şekil1.3’te 27 Avrupa Birliği ülkesi ileNorveç, Hırvatistan, Makedonya, Türkiye, Karadağ ve Kosova’dan oluşan 34 ülkenin “iş tatmini ve oranları” verilmiştir.

Şekil 1.3: Ülkelere Göre İş Tatmini



Kaynak:EWCS, 2010; Watson, Pichler ve Wallace, 2010.

Nordik ülkeler, ortalama olarak yüksek düzeyde iş memnuniyeti göstermekte olup, Danimarka ve İngiltere en yüksek seviyelerdedir. Türkiye, çok memnun düzeyinde ciddi bir puanla en düşük orana; Hiç memnun değil düzeyinde Arnavutluk'tan sonra en düşük ikinci orana sahiptir. Memnun düzeyinde ise, yüksek bir orana sahip olmamakla birlikte son sıralarda yer almamaktadır.

Avrupa Çalışma Koşulları Anketi (2010), psiko-sosyal çalışma ortamlarını belirli kategorilerde ve yaş, cinsiyet bazında değerlendirmiştir. Buna göre; psikolojik talebin, iş ödüllерinin, iş güvenliğinin ve meslektaşlardan/denetçilerden desteğin kadın ve erkeklerde yaşla birlikte azaldığı; bilişsel taleplerin ve iş-yaşam dengesinin kadınlarda yaşla birlikte arttığı; duygusal taleplerin, karar yetkisinin ve sosyal topluluğun kadın ve erkeklerde yaşla birlikte arttığı görülmektedir.

Tablo 1.7:Ortalama Psiko-sosyal Çalışma Ortamı Puanları, Yaşa ve Cinsiyete Göre

Değişkenler	35 Yaş altı		35-49		50 ve üzeri	
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın
Psikolojik talep	34.9	30.2	33.1	29.9	28.9	26.9
Bilişsel talepler	59.1	48.0	62.8	53.1	59.5	53.2
Duygusal talepler	44.8	51.2	51.2	57.1	52.1	58.5
Duyguları gizlemek için talepler	35.8	41.3	36.1	42.5	35.5	38.7
Beceri takdiri	63.6	62.4	66.2	64.1	65.4	62.5
Karar yetkisi	56.5	54.2	62.5	59.4	64.1	61.6
Meslektaşlarınızdan destek	74.2	74.4	72.5	72.9	71.5	72.3
Denetçilerden destek	66.3	70.7	60.6	65.7	53.9	61.6
Sosyal topluluk	65.9	66.9	67.0	68.7	68.6	69.9
İş ödülleri	50.5	48.7	48.8	45.5	46.0	41.8
İş yaşam dengesi	64.8	65.9	64.7	66.6	68.4	69.2
İş güvenliği	67.3	67.1	70.4	71.8	73.3	73.5

Not: Tüm ölçekler 100 puan üzerinden hesaplanmıştır.

Kaynak: EWCS, 2010.

Talep ölçeklerine bakıldığında; erkekler, daha fazla bilişsel ve psikolojik taleplere maruz kalırken; kadınlar, duyguları gizlemenin yanı sıra yüksek seviyelerde duygusal taleplere maruz kalmaktadır. Yaşla birlikte farklılıklar azalsa da, bu durum tüm yaş gruplarında geçerlidir. İşyerindeki en zorlu durumlar, orta yaş erkek işçilere ilişkindir.

1.3.6. OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) Ülkelerinde İş Yaşamı

OECD (2019) Daha İyi Yaşam İndeksi göstergelerine göre iş yaşamında; OECD ülkeleri genelinde 15-64 yaşları arası çalışma nüfusunun yaklaşık % 68'i ücretli bir işe sahiptir. İstihdam seviyeleri en yüksek, İzlanda (%86) ve İsviçre'de (%80), en düşük Güney Afrika (%43), Türkiye (%52), Yunanistan (%53) ve İtalya'dadır (%58). Türkiye'de 15-64 yaş arası çalışma çağındaki nüfusun yaklaşık %

52'sinin ücretli bir işi vardır. Bu rakam, OECD istihdam ortalaması olan %68'den çok düşük ve OECD ülkeleri arasında en düşük orandır. İstihdam oranları, genellikle yüksek eğitim seviyesine sahip kişiler arasında daha yüksektir. OECD ülkelerinde ortalama olarak insanlar, yılda 43.241 USD kazanmaktadır ve ülkeler arasında önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri, Lüksemburg ve İsviçre'de ortalama kazanç, Doğu Avrupa ülkeleri, Şili, Kolombiya, Yunanistan, Macaristan, Meksika, Portekiz ve Güney Afrika'dan iki kat daha fazladır. İstihdam kalitesinin bir diğer temel faktörü, işsiz kalındığında beklenen kazanç kaybı açısından iş güvenliğidir. İş güvenliği, işsizlik süresi ve devletten ne kadar maddi yardım alındığıdır. İşçiler, işsiz kalmaları durumunda OECD ülkelerinde ortalama %7'lik bir kazanç kaybıyla karşı karşıya kalmaktadır. Türkiye'de çalışanların işsiz kalmaları durumunda kazanç kaybı %12,5 oran ile OECD ülkeleri arasında en yüksek kazanç kaybı seviyelerinden biridir. İş kaybı riski yüksek olan çalışanlar, özellikle daha küçük sosyal güvenlik ağlarına sahip ülkelerdedir OECD, E.T: 17/09/2019).

1.3.7. Sağlık Sektöründe İş Performansı

Sağlık ortamları; insanların kişisel, kurumsal ve çevresel faktörlerle, sağlık ve refah düzeyini etkileyecek günlük faaliyetlerin gerçekleştirildiği, sağlıkla ilgili sorunların çözüme kavuşturulduğu sosyal yerlerdir (TSHG, 2011). Sağlık hizmetlerinin rastlantısal ve ertelenemez olması, ikamesinin olmaması, hizmet kapsamının hekimlerce belirlenmesi, çıktının doğrudan parayla ölçülememesi, tüketici davranışlarının irrasyonel olması, doyum ve kalitenin önceden belirlenememesi gibi özellikler, hastanelerde sayı ve grup olarak çok fazla personel istihdamını gerektirmektedir (Karadağ, Işık, Akbolat ve Çelen, 2015). Otelcilik hizmetlerinden, teşhis-tedaviye yönelik tüm hizmet çeşitliliğini bir arada yürütebilmek, ancak nitelikli insan gücüyle sağlanabilir. İşletmeler için insan kaynağı, sürdürülebilir bir enerji, motor görevi gören en önemli varlık olarak kabul edilmektedir (Raja ve Wajidi, 2013). Sağlık hizmetleri, motive olmuş, işe bağlılığı yüksek çalışanlar tarafından verilirse istenilen kalitede elde edilebilir. İnsanları ne

şekilde motive edersiniz? Bu soru, sağlık yönetiminin en önemli ilkesi, cevabı ve kilit sorunudur. Sağlık kuruluşları hizmet politikalarını; girişimi, ödüllendirmeyi, liderliği ve bireylerin motivasyonunu artırmaya yönelik düzenlemelidir. Amaç, motivasyonel süreçleri ve çalışma ortamlarını, bireylerin beklentileri doğrultusunda geliştirmektir (Miljkovic, 2007).

Sağlık hizmetlerinde diğer en önemli sorun, kaliteli hizmet sunumunda gerekli olan modern bina, gelişmiş altyapı, cihaz ve tıbbi donanımı değerlendirecek yetişmiş insan kaynağının yetersiz olmasıdır. Verilen hizmetlerin özelliği ve çeşitliliği nedeniyle yeterli sayıda ve nitelikte çalışan istihdamı, özellikle gelişmekte olan ülkeler için ciddi bir sorun teşkil etmektedir. Yetersiz iş gücü, fazla iş yükünü beraberinde getirir. Sağlık çalışanlarının iş yükü, psikolojik olduğu kadar fiziksel olarak da zorlayıcıdır. Ödül sistemlerinin gerektiği gibi uygulanmadığı sağlık sektörü, yüksek kalite, performans ve motivasyon gerektirir. İş tatminsizliği, çalışanları, işlerinden koparan tükenmişliğe kadar sürükleyebilmektedir.

Sağlık çalışanlarının işi bırakmaları, çok çeşitli nedenlere bağlıdır ve finansal nedenler çoğu zaman tek veya ana neden değildir. Personeli elde tutma nedenleri, hem kişisel hem de işle ilgili faktörleri içerir. Kırsal işe alım, eğitim ve işe bağlama gibi makro düzeyde de gerçekleştirilebilir. Teşvik ve mesleki gelişim sağlayarak, mikro veya tesis düzeyinde iş memnuniyetine tatmini artırma amaçlanabilir (Dieleman ve Harnmeijer, 2006). Ancak, sağlık sektöründe verilen hizmetlerin özelliği nedeniyle çalışma koşullarını, çalışanların ihtiyaçları doğrultusunda ve yeterli seviyede düzenlemek pek mümkün olmayabilir. Olumsuz ya da ağır çalışma koşulları, çalışanlar arasında ciddi sorunlar yaşanılmasına, yaşam kalitesinin ve iş performansının düşmesine neden olabilmektedir. İş yükü ve adil olmayan çalışma düzeni, pek çok sorunu da beraberinde getirir. Ulusal basında bu durumları ortaya koyan “Doktor, doktoru bıçakla öldürdü” gibi, durumu özetleyen pek çok habere rastlamak mümkündür. Bu tür olaylar, sağlık çalışanlarının iş yükü ile ilgili çarpıcı gerçekleri ortaya koymakta olup, ayrıca ele alınması gereken bir konudur. Bu tür sorunlarla baş etme çabası, iş ve yaşam dengesini olumsuz

etkileyebilir. Bu durum, şiddetin tırmanmasına da yardımcı olabilir. İş yaşamında, çalışanlar arasında adil muamele, çok hassas ve dikkat edilmesi gereken önemli bir husustur.

Özellikle sağlık çalışanları için iş performans sorunları, hasta güvenliğiyle bağlantılıdır. Literatür, meslekten memnuniyet, ücret politikaları, çalışma ortamı, iş yaşamının kalitesi, çaba, motivasyon, yetenek, tutum, kişilik ve yeterlilik gibi birçok faktörün iş performansını etkilediğini göstermektedir (Umrani, Afsar, Khan ve Ahmed 2019).Özetle iş yaşamında başarılı ve performansı yüksek bir çalışan, sosyal ve ekonomik yönden daha güçlüdür ve bu durum, kalite anlamında yaşamının her alanına yansımaktadır. Yüksek yaşam kalitesi ve iş tatmini, şiddeti tırmandıran birçok etkeni de ekarte edebilir. Bireyin kendine ait yaşam kalitesi algısı, olumsuz davranışların veya şiddetin yaşanma olasılığını, etkisini ve şiddetini azaltması açısından oldukça önemlidir.

2. ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ

Bu bölümde;araştırmanın sınırlılıkları, varsayımları, araştırma modeli, deney ve kontrol grubu, veri toplama araçları, araştırma hipotezleri, araştırma yöntemleri ve verilerin frekans analizi sonuçlarıyer almaktadır. Araştırma soruları, daha önce geçerliliği analiz edilmiş ve kullanılmış ölçeklerden oluşturulmuştur. Kullanılan materyal; sağlık çalışanlarına yönelik işyerişiddetinin, yaşam kalitesi ve iş performansı üzerine etkisiveişyeri şiddetinin, iş performansı üzerine etkisinde yaşam kalitesinin aracılık rolünü ölçmeye yönelik anket uygulamasıdır.

Sağlık sektöründe işyeri şiddeti, yaşam kalitesi ve iş performansıboyutuile yaşam kalitesinin aracılık etkisi; Wei-Quan Lin ve arkadaşları tarafından 2015 yılında “Workplace Violence and Job Performance Among Community Healthcare Workers in China: The Mediator Role of Quality of Life” adlı araştırmada incelenmiştir. Yaşam kalitesi üzerine yapılan araştırmalar, genel olarak SF-36 gibi fiziksel sağlığı değerlendiren ölçeklerle gerçekleştirilmiştir. Ancak iş performansı ve işyeri şiddeti, daha çok psikolojik sağlığı etkileyen unsurlardır. Bu nedenle buaraştırmada, iş performansı aynı ölçekle, işyerinde şiddet ve yaşam kalitesi değişkenleri farklı ölçeklerle analiz edilmiştir. Yaşam kalitesi, psikolojik sağlık yönünden değerlendirilenbir ölçekle analiz edilmiştir.

2.1.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Varsayımları

Zaman ve maliyet, araştırma evreninin tümüne ulaşmayı imkânsız kılmaktadır. Bu nedenle araştırma, Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı tüm Kamu Hastaneleri, Kamu Hizmet Başkanlıkları ve Tekirdağ İl Ambulans Servisi Başhekimliğinde gerçekleştirilmiştir.Tekirdağ ilinde bulunan Özel Hastaneler ve Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi/Merkezinde çalışanlarhariç, tüm kamu sağlık çalışanlarını kapsamaktadır.

Araştırmanın varsayımları ise; öncelikle anket sorularına gönüllülük esaslı cevap veren katılımcıların, verdikleri cevapların samimive gerçekleri yansıttığı varsayılmıştır. Evrenden rastgele seçilen örneklemin, evreni temsil ettiği; ölçek sorularının ve kullanılan istatistiksel analizlerin, hipotezleri ölçmek ve test etmek için geçerli ve yeterli olduğu varsayılmaktadır.

2.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırma kapsamında, zaman, enerji ve maddi olanaklar çerçevesinde evrene ulaşmanın zorlukları, örneklem seçimi yoluna gidilmesini zorunlu kılmıştır. Örnekleme için iki ön koşul gerekir. Birincisi örneğin temsil yeteneği taşıması, diğeri ise örneklem hacminin yeterli büyüklükte olmasıdır (Coşkun, Altunışık ve Yıldırım, 2017). Temsil yeteneği; örneğin içinden seçildiği ana kütleinin özelliklerini herhangi bir sapma göstermeden yansıtabilmesi iken, örnek hacminin yeterliliği; gözlemlerle belirlenen özelliklerin kararlılığı ya da genelliği konusunda güven verecek bir sayıyı ifade etmesidir (Seyidoğlu, 2016). Bu araştırmada, örnekleme yöntemlerinden “kolayda örnekleme” yöntemi kullanılmıştır. Araştırma evrenini, merkez ilçe dahil Tekirdağ il genelinde 10 İlçe Devlet Hastanesi, Hizmet Başkanlıkları ve Tekirdağ İl Ambulans Servisi Başhekimliği oluşturmaktadır. Gerekli belgelerle birlikte, örnekleme dahil her bir kurumdan resmi ön izin belgesi alınarak, Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Komisyonuna sunulmuş ve bilimsel araştırma izni alınmıştır.

Bu kurumlarda toplam 4500 kamu sağlık çalışanı bulunmaktadır. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi konusunda araştırmacılara yardımcı olmak amacıyla bazı formüller geliştirilmiştir. Ancak, bu formüllerin uygulanabilmesi için bazı bilgilerle ihtiyaç duyulmaktadır ve bu bilgiler çoğu zaman elde bulunmaz. Var olanlar ise, kesin ve net değerler olmayabilir. Formüller yardımı ile kesin olmayan bu rakamlara dayalı olarak örneklem büyüklüğü hesaplama yoluna gidildiğinden, örneklem büyüklüğü için birebir uygunluktan söz etmek zordur. Ama bu formüller, herkes için iyi bir rehberdir (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2014).Örneklem büyüklüğünü saptamak

için kullanılan formül aşağıda verilmiştir (Yaşlıoğlu, 2017).

N: Evren birim sayısı, n: Örneklem büyüklüğü

P: Evrendeki X'in gözlenme oranı,

Q: (1-P): X'in gözlenmeme oranı

Z_{α} : $\alpha= 0.05$ için 1.96 değeri

d= Örneklem hatası

σ = Evren standart sapması

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

$$n = \frac{N \cdot P \cdot Q \cdot Z_{\alpha}^2}{(N-1) \cdot d^2}$$

N: 4500

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

Z_{α} : $\alpha= 0.05$ için 1.96 değeri

d= 0.05

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

$$n = 4500 \cdot 0.5 \cdot 0.5 \cdot 1.96^2 / (4499 - 1) \cdot 0.05^2 = 354$$

4500 kişilik evren için 354 örneklem hacminin yeterli olduğu belirlenmesine rağmen bu araştırmada, toplamda 761 kişiye anket uygulanmıştır. Anketlerden geri dönüşler alındığında 59 adet anket, büyük bir kısmının boş olması nedeniyle işleme alınmamıştır. Geriye kalan 702 katılımcının doldurduğu formlardaki tutarsızlıklardan dolayı, 20 kişi örneklem dışına çıkarılmış ve toplamda 682 katılımcıya ulaşılmıştır. Ulaşılan örneklem sayısının hedeflenen örneklem sayısından çok fazla olması, yapılacak olan analizlerde standart hatanın azalmasını, sonuçların daha güvenilir çıkmasını sağlayacaktır.

2.3. Araştırma Modeli

Araştırma, sistematik ve mantıksal bir süreçtir ve bilginin üretildiği, test edildiği bir mekanizma veya araç olarak var olur. Bilgi üretmede araştırmacılar, farklı yöntemler kullanabilirler. Farklı model ve yöntem seçimi “araştırmanın amacı, sorulan sorular, sorunların niteliği, süreç ve sonuçlar” için "en uygun"u sunmayı amaçlar. Araştırmacının bilgisi, deneyimi ve genelleştirmeye duyulan ihtiyaç gibi konuları içeren başlangıç noktalarına bağlıdır. Araştırma süreci, problemin belirlenmesinin ardından, mevcut literatürü eleştirel olarak araştırmaya ve gözden geçirmeye dayanır (Whitehead, 2013).

Bu araştırmada, araştırma modeline yön veren literatür taraması, Tablo:2.1’de verilmiştir. Sağlık sektöründe işyeri şiddeti, yaşam kalitesi ve iş performansını birlikte değerlendiren, hatta herhangi iki değişkeni bir arada değerlendiren araştırmaya pek rastlanmamıştır. Bu nedenle, değişkenleri ayrı ayrı değerlendiren ulaşılan benzer araştırmalara ve içeriklerine yer verilmiştir.

Tablo 2.1: Konuyla İlgili Daha Önce Yapılmış Çalışmalar

YAZAR/LAR	TARİH/ÜLKE	ARAŞTIRMA ADI ve SONUÇLARI
Teles, Mariza Alves Barbosa, Barbosa, Mirna Rossi, Vargas Andréa Maria Duarte, Gomes Viviane Elisangela, Ferreira Efigênia, Martins Andréa Maria Eleutério de Barros Lima, Ferreira Raquel Conceição	2014/Brezilya	Psychosocial Work Conditions and Quality of Life Among Primary Health Care Employees: A Cross Sectional Study 762 Birinci Basamak sağlık çalışanı ile psiko-sosyal iş koşulları ve yaşam kalitesi arasındaki inceleyen araştırmada; çalışanların çoğunun (%84,6) iyi yaşam kalitesine sahip olduğu, kötü yaşam kalitesine (%15,4) daha az çalışanın sahip olduğu; düşük yaşam kalitesinin olumsuz psiko-sosyal koşullar, çaba-ödül dengesizliği ve aşırı taahhüt ile ilişkili olduğu tespit etmiştir. Ayrıca çalışanların yaşam kalitesinin, kişisel ve iş özelliklerine, yaşam tarzına ve sağlık koşullarına bağlı, çok yönlü olduğu tespit edilmiştir.
Mustafa Çakır,	2015/Türkiye	Hekimlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve

<p>Birgöl Piyal, Sefer Aycan</p>		<p>Yaşam Kalitesi: Tıp Fakültesi Tabanlı Kesitsel Bir Çalışma</p> <p>Bir tıp fakültesindeki araştırma görevlilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kaliteleri değerlendirilmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesi ve algılanan ekonomik durum arasında pozitif yönde ilişki olduğu, haftalık çalışma süresi ile arasında negatif yönde ilişki olduğu; yaşam kalitesi ile algılanan ekonomik durum arasında pozitif yönde ilişki olduğu ve haftalık çalışma süresi ile arasında negatif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Algılanan ekonomik durumun iyileşmesi ve haftalık çalışma süresinin azalmasıyla yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları olumlu etkilenmiştir.</p>
<p>Demiroğlu Tuğba, Kılınç Erhan, Atay Emre</p>	<p>2015/Türkiye</p>	<p>Sağlık çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Kilis İli Örneği</p> <p>252 Sağlık çalışanı ile yapılan araştırmada; sağlık çalışanlarının çalışma yaşamı boyunca işyerinde herhangi bir şiddet türü ile karşılaşma oranı, %74,6 olarak tespit edilmiştir. En sık yaşanan; sözlü tehdit (%41), sözlü taciz (%39), fiziksel tehdit (%17) ve sözlü cinsel taciz (%3)'dir. Şiddet nedenleri; şiddet olayına ceza verilmemesi (%15), sağlık politikaları (%13), hasta ve hasta yakınlarının ihmal edildikleri hissi (%13), yanlış medya haberleri (%12), güven eksikliği (%12) olarak saptanmıştır. Şiddete maruz kalanların %63.9'u işlem yapılmadığı için şikâyetle bulunmadığını, işlem yapılırsa da genelde uzlaştırma yapıldığını (%46.1) ve güvenlik personeli tarafından saldırganın uzaklaştırıldığını (%28.1) ifade etmiştir.</p>
<p>Arzu Bahar, Simge Şahin, Zehra Akkaya, Muhammed Alkayış</p>	<p>2015/Türkiye</p>	<p>Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Şiddete Maruz Kalma Durumu ve İş Doyumuna Etkili Olan Faktörlerin İncelenmesi</p> <p>Ankara'da 128 acil servis hemşiresinin %65,6'sı şiddete uğramış ve bu oranın %68'i sözel şiddettir. Hemşirelerin genel iş doyum puanı orta düzeyde</p>

		olup, şiddet gören hemşirelerin iş doyumu puanları, diğer hemşirelere göre daha düşük olarak belirlenmiştir.
George Mantzouranis, Eleftheria Fafliora, Vasileios G Bampalis, Ioanna Christopoulou	2015/Yunanistan	Assessment and Analysis of Workplace Violence in a Greek Tertiary Hospital Yunan Yükseköğretim Hastanesinde 175 katılımcı ile işyerinde şiddet değerlendirilmiştir. Çalışanların büyük çoğunluğunun (%83.4) işle ilgili şiddet yaşadığı, ancak bunların yarısının olayı hastane yönetimine bildirmedeği tespit edilmiştir. Sözel şiddet, en sık görülen olaydır (%98,6). Hemşireler ve diğer sağlık personeli, doktorlardan daha fazla güvende olduklarını, mağdurların büyük bir kısmının (%72,6), şiddet olayını takiben psikolojik sorunlara maruz kaldığını; olaydan sonra stres, öfke, korku veya depresyon gibi duygular yaşadıklarını ve bu duyguların iş tatminsizliği, işyeri değişim arzusu ya da hastalara bakma isteğinde azalmaya neden olduğunu belirtmektedir. Çalışanlar, olaydan sonra yaşam kalitelerinde bozulma olduğunu ve buna ek olarak birçok rapor edilen kötü iş performansı durumunu vurgulamaktadır.
Judith E. Arnetz, Lydia Hamblin, Lynnette Essenmacher, Mark J. Upfal, Joel Ager, Mark Luborsky	2015/USA	Understanding Patient-to-Worker Violence in Hospitals: A Qualitative Analysis of Documented Incident Reports Bir hastanenin veri tabanında kayıtlı incelenen 214 olayın sonucu, yaklaşık %90'ı hastane çalışanlarına yönelik fiziksel şiddettir ve %34'ü işten uzaklaşma gerektiren yaralanmalarla sonuçlanmıştır. Olayların çoğunluğu hemşireler (%39,8), güvenlik personeli (%15,9) ve hemşire yardımcıları (%14,4) tarafından bildirilmiştir. Bildirilen şiddet olaylarının %66,7'si kadınlar, ortalama yaşları 41,4 ve ortalama çalışma yılı 7,4 olarak tespit edilmiştir.
Mary Ann Elston, Jonathan Gabe	2015/İngiltere	Violence in General Practice: A Gendered Risk? 697 Pratisyen hekim ile yapılan araştırmada son iki yıl içerisinde; %78'i saldırı, tehdit veya tacizden

		herhangi birine maruz kalmıştır.Saldırıların' yüzde 82'sinde saldırganların genellikle 18-25 yaşları arasındaki erkekler olduğu saptanmıştır. %80'i hasta veya yakınları tarafından gerçekleştirilmiştir. Pratisyen hekimlerine yönelik şiddetin cinsiyet farklılığına sahip olmayıp, uygulama alanlarındaki hastalara veya yakınlarına göre değişkenlik gösterdiği ortaya konulmuştur.
Wei-Quan Lin, Jiang Wu, Le-Xin Yuan, Sheng-Chao Zhang, Meng-Juan Jing, Hui-Shan Zhang, Jia-Li Luo, Yi-Xiong Lei, Pei-Xi Wang	2015/Çin	Workplace Violence and Job Performance among Community Healthcare Workers in China: The Mediator Role of Quality of Life İşyerinde şiddetin toplum sağlığı çalışanlarının iş performansı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini, özellikle de bu üç değişkenin ilişkisini incelemiştir. 1404 Sağlık çalışanı ile yapılan araştırmada; toplum sağlığı çalışanlarının yarısından fazlasının işyerinde şiddet gördüğü, iş yükünün işyerinde şiddete maruz kalma olasılığı ile pozitif olarak ilişkili olduğu, şiddete maruz kalan toplum sağlığı çalışanlarının, iş performansının her boyutunda, maruz kalmayanlara göre daha düşük bir puan aldıkları, bu nedenle de iş performansının işyerinde şiddet nedeniyle zarar gördüğü saptanmıştır. Bu çalışma, yaşam kalitesinin toplum sağlığı çalışanlarının iş performansı ile anlamlı olarak ilişkili olduğunu; işyerinde şiddetin toplum sağlığı çalışanlarının iş performansı üzerine anlamlı olumsuz etkisi olduğunu ve bu ilişkiye yaşam kalitesinin aracılık ettiğini tespit etmiştir.
Terzoni S, Ferrara Paolo, Cornelli Roberto, Ricci Cristian, Oggioni Chiara, Destrebecq Anne	2015/İtalya	Violence and Unsafety In A Major Italian Hospital: Experience and Perceptions Of Health Care Workers Bir hastanenin tüm çalışanlarını kapsayan 903 katılımcı ile yapılan araştırmada; son 12 ayda %11,5'inin fiziksel şiddet gördüğü ve %40,2'sinin sözlü şiddet mağduru olduğu tespit edilmiştir. En yaygın sonuçlar korku, öfke, hayal kırıklığı ve endişeydi. Sözlü şiddet, mevcut koşullardaki yaş, rol, departman, gece/tatil vardiyası çalışması gibi

		etkenlerden etkilenmiştir. Fiziksel şiddet deneyimleri; cinsiyet, rol ve departmanla ilişkiliydi. 469 kişi (%51.9) mesleki rolleri, departmanları, vardiyalı çalışmaları, fiziksel veya psikolojik şiddet deneyimi, şiddet olayları görmüş olmaları ve özel eğitim almış olmaları ile ilgili güvensizlik duyguları olduğunu bildirmiştir.
Turki Y. Alzahrani, Abdulrahman H. Almutairi, Dakheal A. Alamri, Mari M. Alamri, Yousef S. Alalawi	2015/Suudi Arabistan	Violence and Aggression Toward Health Care Professionals in Emergency in Tabuk, Saudi Arabia Hastane acil servis bölümündeki 129 sağlık çalışanı ile yapılan araştırmada; şiddet olaylarının %58,9'unun gece vardiyasında gerçekleştiği, vakaların çoğunda (%79) eller veya yumrukların kullanıldığı, %17,3'ünde silah veya alet kullanıldığı tespit edilmiştir. Hakaret vakaları sadece %38,5'i oluşturmaktadır. Şiddet olaylarının rapor edilmemesinin nedenleri sırasıyla; karşılığında hiçbir şey yapılmaması, ceza eksikliği, personel sayısındaki kıtlık, güvenlik eksikliği olarak ortaya koyulmuştur.
H. Al-Omari	2015/Ürdün	Physical and verbal workplace violence against nurses in Jordan Ürdün'de hastanede çalışan 468 hemşire ile yapılan araştırmada; Son 12 ayda katılımcıların %52,8'i fiziksel saldırıya, %67,8'i sözlü saldırıya uğradığı bildirilmiştir. Fiziksel saldırıya uğrayanların% 26,5'i silahla fiziksel şiddet gördüğünü; kadın hemşirelerin fiziksel saldırıya uğradıklarını bildirme olasılıklarının 0,5 kat daha az olduğunu ve erkek hemşirelere göre sözlü tacize uğradıklarını bildirme olasılıklarının 1,5 kat daha yüksek olduğunu saptamıştır. Hemşirelere yönelik şiddet Ürdün'de oldukça yaygındır. Katılımcıların yarısından fazlası geçen yıl işyerinde şiddet mağduru olmuştur. Sözlü taciz, kadınlarda erkeklerden daha yaygındır.
Meltem Saygılı, Keziban Avcı,	2016/Türkiye	Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşam Kalitesine İlişkin Bir Değerlendirme: Bir Kamu Hastanesi

Seda Sönmez		<p>Örneği</p> <p>Bu araştırmada; sağlık çalışanlarının çalışma yaşam kalitesinin genel olarak iyi düzeyde olduğu, çalışma yaşam kalitesi düzeylerinin mesleki statüleri, eğitim düzeyi, medeni durum, yaş, mesai süresi, nöbet hizmetleri, meslekte çalışma süresi ve kurumda çalışma süresi durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar gösterdiği; ancak cinsiyetin çalışanların çalışma yaşam kalitesi düzeyleri açısından bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir.</p>
Serpil Aytaç, Salih Dursun, Gizem Akalp	2016/Türkiye	<p>Workplace Violence And Effects On Turnover Intention And Job Commitment: A Pilot Study Among Healthcare Workers In Turkey</p> <p>169 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada; iş devir hızı ile işyeri şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, çalışanların %57'sinin bir önceki yıl en az bir kez fiziksel, sözlü veya cinsel tacizle karşı karşıya kaldığı görülmüştür. Ayrıca, %67'si taciz davranış biçimine tanık olduğunu ve şiddete maruz kalmış sağlık çalışanlarının, kalmayanlara oranla önemli ölçüde yüksek bir iş devir hızı niyetinde olduğu ortaya konulmuştur.</p>
Yasemin Bilişli, Deniz Hizay	2016/Türkiye	<p>Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyerinde Şiddet: Üniversite Hastanesi Örneği</p> <p>105 beyaz kod bildirimini analiz edilmiştir. Fiziksel ve sözel şiddet bildirimlerinin %59'unun hekimler, %17'sinin hemşireler, %22'sinin ise diğer sağlık çalışanlarından oluştuğu; kadın hemşirelerin, hekim ve diğer sağlık personeline nazaran daha çok fiziksel veya sözel şiddet gördüğü; sözel+fiziksel şiddetin 00:00-08:00 saatleri arasında, sözel şiddetin ise 08:00-17:00 saatleri arasında daha sık rastlandığı tespit edilmiştir.</p>
Tanu Anand, Shekhar Grover, Rajesh Kumar, Madhan Kumar,	2016/Hindistan	<p>Workplace violence against resident doctors in a tertiary care hospital in Delhi</p> <p>169 Doktor ile yapılan araştırmada; son 12 ayda % 40,8'inin işyerinde şiddete maruz kaldığı, şiddete</p>

Gopal Krishna Ingle		maruz kalma konusunda cinsiyete göre farklılık olmadığı, Acil servislerin şiddete maruz kalmanın en yaygın yaşandığı yer olduğu belirtilmiştir. Sözlü taciz, en yaygın şiddet biçimidir (%75,4). Öfke, hayal kırıklığı ve sinirlilik, işyerinde şiddete maruz kalan doktorların yaşadığı en yaygın semptomlardır. Şiddet olaylarının sadece% 44,2'si yetkililere bildirilmiştir.En yaygın şiddet nedeni "zayıf iletişim becerileri" olarak kabul edildi.Doktorların büyük bir kısmı, hastaları veya yakınları tarafından şiddete maruz kalmaktadır.
Judith E. Arnetz, Lydia Hamblin, Jim Russell, Mark J. Upfal, Mark Luborsky, James Janisse, Lynnette Essenmacher	2017/USA	Preventing patient-to-worker violence in hospitals: outcome of a randomized controlled intervention Bu araştırma, sağlık hizmeti ortamlarında önemli bir iş sağlığı ve güvenliği sorunu olan Tip II şiddetindeki artışa karşı korunmada randomize kontrollü bir müdahalenin zaman içindeki olası olumlu etkilerini göstermektedir. Şiddet yaralanması oranları, müdahaleden 24 ay sonra çalışma grupları arasında önemli ölçüde farklılık gösterdiği saptanmıştır. Yaralanma oranları üzerindeki gecikmiş etki, işçi yaralanmalarıyla sonuçlanan Tip II olayların doğasını daha iyi anlama ihtiyacını ortaya koymaktadır.
Beyazin Kebede Deriba, Shimele Ololo Sinke, Berhane Megersa Ereso, Abebe Sorsa Badacho	2017/ Batı Etiyopya	Health Professionals' Job Satisfaction and Associated Factors At Public Health Centers In West Ethiopia 322 sağlık çalışanı ile yapılan araştırmada; sağlık profesyonellerinde genel iş tatmini düzeyinin düşük olduğu, maaş ve teşviklerin, yönetim tarafından tanınmanın, gelişim fırsatlarının, iş tatmini için güçlü öngörüler olduğu tespit etmiştir.
Peihang Sun, Xue Zhang, Yihua Sun, Hongkun Ma, Mingli Jiao, Kai Xing Zheng Kang,	2017/Çin	Workplace Violence Against Health Care Workers in North Chinese Hospitals: A Cross-Sectional Survey Çin'de 1899 sağlık çalışanı ile yapılan araştırmada; %83,3'ünün işyerinde şiddete maruz kaldığı ve %68,9'unun fiziksel olmayan şiddet olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyet, eğitim, vardiyalı çalışma,

Ning Ning, Yapeng Fu, Qunhong Wu, Mei Yin		anksiyete düzeyi ve meslek değişkenleri, fiziksel şiddet ile anlamlı şekilde ilişkiliydi. Doktorların, diğer hastane çalışanlarına kıyasla yüksek oranda fiziksel olmayan işyeri şiddetine maruz kaldığı tespit etmiştir.
Teris Cheung, Paul H. Lee, Paul S. F. Yip	2017/Çin	Workplace Violence Toward Physicians and Nurses: Prevalence and Correlates in Macau 720 hemşire ve doktor ile yapılan araştırmada; %57,2'sinin bir yıl içerisinde işyerinde şiddete maruz kaldığı; şiddetin en yaygın şekli sözlü taciz (%53.4) olup, fiziksel saldırı (%16.1), zorbalık/taciz (%14.2), cinsel taciz (%4.6) ve ırk tacizidir (%2.6). Şiddet vakalarının çoğunun hasta veya yakınları, meslektaşları ve süpervizörler tarafından gerçekleştirildiği tespit edilmiştir.
Ayşe Çuvadar	2017/Türkiye	Edirne Merkez İlçede Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hekim ve Hemşirelere Yönelik Şiddetin Boyutu ve Nedenleri 431 hekim ve hemşire grubu ile şiddetin boyutlarının ve nedenlerinin incelendiği araştırmada; %73.8'inin çalışma yaşamlarının herhangi bir döneminde şiddete uğradığı; kadınların %80'inin erkeklerin %62'sinin şiddeti yaşadığı tespit edilmiştir. Eğitim düzeylerine göre şiddete uğrama durumları, %33'lük oranla en yüksek lisans eğitime sahip olan grup olup, sonrasında %27 yüksek lisans, %17,6 doktora, %13 ön lisans, %9,7 ile lise eğitimi çalışan grup izlemektedir. Çoğunlukla şiddetin somut bir nedeni olmayıp, güvenlik zafiyetinden, hasta yakınlarının servislere girmek istemelerinden, müdahalenin gecikmesinden, bilgilendirilme eksikliğinden ve beklemeden hemen hizmet almak istemelerinden kaynaklanmaktadır.
Tevfik Pınar, Cengizhan Açıklı, Gul Pınar, Erdem Karabulut,	2017/Türkiye	Workplace Violence in the Health Sector in Turkey: A National Study Türkiye'de 22 sağlık yönetimi bölgesinde 14.451 kişi ile yapılan çalışmada; son 12 ayda işyerinde şiddete

<p>Meral Saygun, Elif Barıskın, Tee L. Guidotti, Recep Akdur, Hilmi Sabuncu, Said Bodur, Mucahit Eğri, Bilal Bakir, Emrah M. Açıkgöz, Ismail Atçeken, Mustafa Cengiz</p>		<p>maruz kalan sağlık çalışanları oranı %44,7 olarak tespit edilmiştir. Bu oranın %6,8 fiziksel, %43,2 sözlü, %2,4 mobbing (zorbalık) ve %1 cinsel tacizdir. Kamu sektöründe şiddet, özel sektöre (%27,6) göre çok daha yüksektir (%47,8). Faktörler arasında sağlık sistemi düzeyi, kurum türü, cinsiyet, meslek, yaş, 18:00 ile 07:00 saatleri arasında çalışma ve vardiyalı çalışma, işyerinde şiddete maruz kalma için bağımsız risk faktörleridir. Fiziksel şiddet en çok hasta yakınları tarafından gerçekleştirilmiştir (%45,7). Bunu yakınları ile birlikte hareket eden hastalar (%30) ve tek başına hareket eden hastalar (%23,6) izlemektedir. Sözlü şiddet en çok hasta yakınları (%71,1) ve hastaların kendisi (%34,3) tarafından gerçekleştirilmiştir. Sözlü tacizde bulunan diğer gruplar meslektaşlar (%8,6), yöneticiler (%4,9) ve genel halktır (%1,9).</p>
<p>Mustafa Durmuş, Abdullah Gerçek Necmettin Çiftçi</p>	<p>2018/Türkiye</p>	<p>Hemşirelerin Yaşam Kaliteleri İle Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma</p> <p>151 hemşire ile gerçekleştirilen araştırmada; hemşirelerin yaşam kalitesi ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiş olup, hemşirelerin tükenmişlik seviyelerinin yüksek, yaşam kalitelerinin düşük olduğu saptanmıştır. Sağlık değerlendirme durumu, çalıştığı bölüm, meslek seçme durumu gibi bazı değişkenlerin, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile yaşam kalitesi boyutları arasında pozitif bir ilişki olduğu, kişisel başarısızlık ile yaşam Kalitesi boyutları arasında negatif bir ilişki olduğu ve tükenmişliğin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır.</p>
<p>Kamuran Cerit, Sultan Türkmen Keskin, Ramazan Erdem</p>	<p>2018/Türkiye</p>	<p>Hemşirelerin İşyerinde Şiddete Maruz Kalma Durumlarının ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi</p> <p>170 hemşire ile gerçekleştirilen araştırmada; %60,6'sının çalışma süresi içinde herhangi bir şiddet</p>

		türünü yaşamış olup en fazla sözel şiddete maruz kaldığı; hasta veya hasta yakınlarınca ve mesai saatleri içerisinde gerçekleştiği; yaş, meslekte çalışma süresi, kurumda çalışma süresi, cinsiyet, çalışılan bölüm ve çalışma pozisyonuna göre hemşirelerin şiddete maruz kalma durumlarında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu saptanmıştır
Gülay Yılmaz Besti Üstün	2018/Türkiye	Hemşirelerde Profesyonel Yaşam kalitesi: Merhamet Memnuniyeti ve Merhamet Yorgunluğu Hemşirelerin profesyonel yaşam kalitesini, gelişim sürecini, hemşirelerdeki fiziksel ve zihinsel değişiklikleri ve mesleki yaşam kalitesini etkileyebilecek durumları gösteren, “şefkat memnuniyeti ve şefkat yorgunluğu” kavramları incelenmiştir. Şefkat yorgunluğunun giderek arttığı ve bu durumun hemşirelerin profesyonel yaşam kalitesini düşürdüğü tespit edilmiştir.
Cemil Kuzey	2018/Türkiye	Impact of Health Care Employees' Job Satisfaction on Organizational Performance Support Vector Machine Approach 249 sağlık çalışanı ile yapılan araştırmada; iyi organizasyonel performansın büyük ölçüde yönetimin çalışanlara yönelik tutumuna bağlı olduğu, performans faktörünün ücret/ödül ve meslektaşlarla önemli bir ilişkisi olduğu, iş güvenliğinin performansla ilişkili en düşük sıradaki faktör olduğu tespit edilmiştir.
Şükrü Anıl Toygar, Derya Kara, Mehmet Kırlioğlu	2018/Türkiye	İşgörenlerin İş Yaşam Kalitesinin İncelenmesi: Ankara İlinde Bir Eğitim-Araştırma Hastanesi Örneği 426 sağlık kurumu idari bölüm çalışanı ile iş yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada; yaş, cinsiyet, aylık gelir, eğitim, çalışma süresi değişkenleri ile iş yaşam kalitesi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmalar tespit edilmiştir. Çalışanların yaşının, iş yaşam

		kalitesi puanlarını pozitif yönde; cinsiyetin, çalışma yaşamı kalitesi puanlarını negatif yönde, aylık gelir, eğitim durumu ve kurumda çalışma sürelerinin çalışma yaşamı kalitesi puanlarını pozitif yönde ve anlamlı bir şekilde belirlediği sonucuna ulaşılmıştır.
Nevzat Devebakan	2018/Türkiye	Sağlık Kurumlarında İşyeri Şiddeti ve Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Beyaz Kod Başvurularının Değerlendirilmesi 160 Beyaz Kod vakası incelenmiştir. Çalışanların %86,9'unun sözel şiddete, %13,1'inin fiziksel şiddete, %57,5'i tehdide, %71,3'ü kötü söze (küfür) maruz kaldığı tespit etmiştir. Şiddet nedenlerinde bekleme süresinin daha fazla sözlü şiddete neden olduğu, yasal olmayan hasta taleplerinin ise daha fazla fiziksel şiddete neden olduğu saptanmıştır.
Burcu Kayhan Tetik, Harika Gözükara Bağ, Açelya Gültekin, Zeynep Savaş, Zabiullah Sharifi, Sardar Akha Sahil	2018/Türkiye	Sağlık Personeline Yönelik Şiddet Nedenlerinin ve Şiddet Uygulamayı Düşünen Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirmesi 365 Hasta/Hasta yakını ile acil serviste görevli sağlık çalışanlarına şiddet gösterme nedenleri incelenmiş olup, katılımcıların %30,4'ünün şiddet uygulamayı düşündüğü tespit edilmiştir. Şiddet uygulamayı düşündürten en önemli neden %10 oranla, hastaların bekletilmesinin hayatına mal olacağı düşüncesi, tanı ve tedavi işlemlerinin geciktirildiği hissi, acil servislerin iş yükü ve çalışma şartlarının ağır olmasıdır. En az şiddet düşünülen yerler %2 ile Aile Sağlığı Merkezleri, ameliyathane bekleme salonlarıdır.
Wenhui Liu, Shihong Zhao, Lei Shi, Zhong Zhang, Xinyan Liu, Li Li, Xiaojian Duan, Guoqiang Li,	2018/Çin	Workplace Violence, Job Satisfaction, Burnout, Perceived Organisational Support and Their Effects On Turnover Intention Among Chinese Nurses In Tertiary Hospitals: A Cross-sectional Study. Son 12 ayda hemşirelere yönelik fiziksel şiddet ve psikolojik şiddet yaygınlığı sırasıyla% 9.60 ve% 59.64'tür. İşten ayrılma niyetinin seviyesi, katılımcıların iş tatmini ve algılanan örgütsel destek

Fengge Lou, Xiaoli Jia, Lihua Fan, Tao Sun, Xin Ni		puanlarıyla negatif korelasyon göstermiştir. Tükenmişlik, işten ayrılma niyetiyle pozitif yönde ilişkilidir. İşyerinde şiddet ile işten ayrılma niyeti arasındaki ilişki, pozitif yöndedir. İşten ayrılma niyeti düzeyi, katılımcıların iş doyumunu ve algılanan örgütsel destek puanları ile negatif yönde ilişkilidir. Algılanan örgütsel desteğin; işyerinde şiddet, tükenmişlik, işten ayrılma niyeti ve iş doyumunu arasındaki ilişkilerde aracı rol oynadığı tespit edilmiştir.
Sibel Cenk Coşkun, Seçkin Karahan	2019/Türkiye	Acil Servis Çalışanlarında Şiddete Maruz Kalma Durumunun İncelenmesi Acil servislerde görevli 280 çalışanın %90,4'ü bir ve üzeri fazla sözel şiddete, %23,2 fiziksel şiddete maruz kalmış olup, büyük çoğunluğunun hasta/hasta yakını tarafından gerçekleştirildiği tespit edilmiştir. Sözel/psikolojik şiddete maruz kalanların çoğu psikolojik destek gereksinimi duymadığını, fiziksel şiddete maruz kalanların ise %37'sinin psikolojik destek gereksinimi olduğu belirlenmiştir. Şiddet sonrası duygusal tepki olarak %30, öfke %25,8, işten soğuma şeklinde ortaya çıkmıştır.
Jianwei Deng, Yilun Guo, Tengyang Ma, Tianan Yang, Xu Tian	2019/Çin	How Job Stress Influences Job Performance Among Chinese Healthcare Workers: A Cross-sectional Study Çin'de 1594 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının; genellikle yüksek iş stresi seviyelerinden muzdarip oldukları ve bu durumun kötü iş performansına yol açtığı; iş performansını ve kamu hizmeti kalitesini artırmak için kamu hastane yöneticilerinin dikkatini, zorluk stresi, engelleme stresi, toplum hizmeti motivasyonu ve iş performansı arasındaki ilişkiye çekmek gerektiği vurgulanmıştır
Ruilie Cai, Ji Tang, Chenhui Deng, Guofan Lv,	2019/Çin	Violence Against Health Care Workers in China, 2013–2016: Evidence From The National Judgment Documents Çin'de sağlık çalışanlarına karşı hasta tarafından

<p>Xiaohe Xu, Sean Sylvia, Jay Pan</p>		<p>başlatılan işyeri şiddeti içeren toplam 459 ceza davası ile yapılan araştırmada; hastaneler en yüksek oranlarda ciddi işyeri şiddetine maruz kalmıştır. Acil servisler ve doktorlar, diğer departmanlara ve diğer sağlık çalışanlarına kıyasla daha yüksek risk altındadır. Failler, çoğunlukla düşük eğitim seviyesine sahip, 18-44 yaş arası erkeklerdir. Ciddi işyeri şiddetinin en sık bildirilen nedeni, bir hastanın ölümünden sonra failin tıbbi uygulama hatası olarak algılaması ve bir hastanın ölümüdür. Diğerleri, bir hastanın ölümünden sonra tazminat görüşmelerinin başarısız olması ve tedavi sonuçlarından memnuniyetsizliktir.</p>
<p>Sheng Zhi Yang, Dan Wu, Nan Wang, Therese Hesketh, Kai Sing Sun, Lu Li, Xudong Zhou</p>	<p>2019/Çin</p>	<p>Workplace violence and its aftermath in China's health sector: implications from a cross-sectional survey across three tiers of the health system</p> <p>Çin'de 2. ve 3. Basamak hastanelerde ve 1. Basamak sağlık tesislerinde 4862 çalışan ile yapılan araştırmada;geçen yıl tüm katılımcılar arasında %4,6'sı fiziksel saldırıya uğradı; %17,4'ü tehditle karşılaştı. Birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarına kıyasla, ikincil hastanelerde fiziksel şiddete maruz kalma olasılığı daha yüksektir. İşyeri şiddetini bildirmek için kurumsal politikaların eksikliği, daha yüksek fiziksel şiddet ve tehdit olasılığı ile ilişkilendirilmiştir. Fiziksel şiddet vakaları arasında, yalnızca %29,1'i saldırıyı polise bildirmiştir, çünkü çoğu bunu yapmanın yararsız olduğunu düşünmektedir. Sadece %25,7'si soruşturuldu ve saldırganların %72,4'ü ceza almadı. Saldırıya uğrayan veya tehdit edilenlerin %59,4'ü işi bırakmak istemiştir. şu anki görevinde ve acil veya ciddi vakalarla uğraşmaktan korktuğunu bildirmiştir.</p>
<p>Nurcan Hamzaoğlu, Burcu Türk</p>	<p>2019/Türkiye</p>	<p>Prevalence of Physical and Verbal Violence Against Health Care Workers in Turkey</p> <p>447 Sağlık alışanı ile yapılan araştırma sonucunda; katılımcıların toplam %36,7'sinin fiziksel şiddete</p>

		maruz kaldığı, %88,8'inin çalışma hayatları boyunca en az bir kez sözlü tacize maruz kaldığı saptanmıştır. Fiziksel şiddet veya sözlü taciz mağduru olan birçok katılımcı, hiçbir fayda sağlamayacağını düşündükleri için olayları bildirmemiştir.
Oya Nuran Emiroğlu, Ebru Öztürk Çopur, Nilgün Kuru Alıcı	2020/Türkiye	Analysis of Violence Incidents towards Health Care Workers in Turkey between 2012 and 2016: Reflected in the Press Bu araştırmanın sonuçlarına göre şiddet olayları, en sık Marmara Bölgesi'nde (%26), devlet hastanelerinde (%53,5) ve acil servislerde (%34,5) yaşanmıştır. Hekimlerin daha fazla şiddet yaşadığı (%62), en sık sözel şiddete maruz kalındığı (%48), şiddetin çoğunlukla hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiği ve şiddet nedenlerinin en sık hasta kaybı, bilgi eksikliği, uzun bekleme süreleri, hizmet alamama, haksız davranışlar ve tartışmalar olduğu tespit edilmiştir. Şiddet olaylarının %59,7'sinin basına yansımadağı görülmektedir.
Yusheng Tian, Yuchen Yue, Jianjian Wang, Ting Luo, Yamin Li, Jiansong Zhou	2020/Çin	Workplace Violence Against Hospital Healthcare Workers In China: A National WeChat-based Survey 3684 Sağlık çalışanı ile yapılan araştırmada; %56,4'ünün geçen yıl en az bir tür işyeri şiddetine marul kaldığı bildirilmiştir. Psikolojik şiddet en yüksek orana (%48.6) sahiptir, bunu tehdit (%27.0), sözel cinsel şiddet (%16.2), fiziksel şiddet (%15.9) ve cinsel şiddet (%8.1) izlemektedir. Erkek cinsiyet, vardiyalı çalışma, lisans eğitimi, kıdemli meslek ünvanı, haftada 50 saatten fazla çalışma ve orta düzey hastanelerde çalışma, işyeri risk faktörlerini oluşturmaktadır.
Dragan Nikoli'c, Aleksandar Višnji'c	2020/Sırbistan	Mobbing and Violence atWork as Hidden Stressors and Work Ability among Emergency Medical Doctors in Serbia 79 Acil tıp doktoru ile yapılan araştırmada; % 30,4'ünün istismara maruz kaldığı tespit edilmiştir. Doktorların iş yeteneğindeki düşüş, hastalar

		tarafından şiddete maruz kalmayı, fiziksel şiddete maruz kalmayı, birkaç kez istismara maruz kalmayı ve hastaların kötü muamelesine maruz kalmayı önemli ölçüde etkilemektedir. Doktorlarda, mobbing ve işyerinde şiddetin çok fazla olduğu ve işlerini ve dolayısıyla sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır.
--	--	---

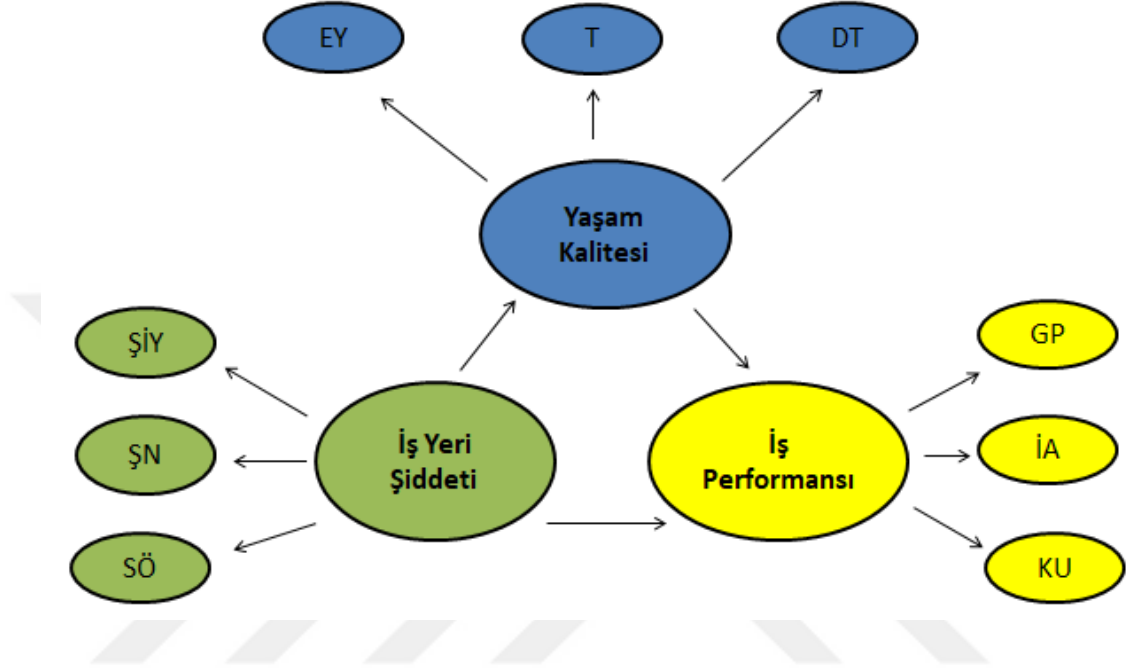
Yapılan geniş literatür taraması sonucunda genel olarak, iş performansı ve etkileyen faktörler, iş doyumu, iş devir hızı; yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler; işyeri şiddeti, türleri, yaşanma sıklıkları, demografik değişkenlere göre sonuçları ve nedenleri üzerine araştırmalar mevcuttur. Yaşam kalitesi ve/veya iş performansı ve/veya işyeri şiddeti değişkenlerinin birlikte değerlendirilen araştırma nadirdir.

Araştırma modeli, sağlık sektöründe işyeri şiddetinin, iş performansı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini ortaya koyan bir model olarak oluşturulmuştur. İşyeri şiddetinin, iş performansı üzerine etkisinde yaşam kalitesinin aracılık rolü, ayrıca değerlendirilmiştir.

Yapısal Eşitlik Modeli ile birçok değişkenin birlikte bilimsel olarak neyi ifade ettiği açıklanabilmektedir. Klasik metotlarda sadece birkaç değişkenin birbiri ile ilişkisine bakılabilir ve bu durum karmaşık bir teori üretmeye yetmeyebilir (Çapık, 2014). Bu nedenle, bu çalışmada Yapısal Eşitlik Modeli ile analiz tercih edilmiştir. Birçok değişkene ait hipotezler kurulmuş ve model oluşturulmuştur.

Şekil 2.1: Araştırma Modeli

Araştırma Modeli



Modeli oluşturan değişkenler, “Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti, İş Performansı ve Yaşam Kalitesi” dir. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti ölçeği, “Şiddet ve İş Yaşamı, Şiddet Nedenleri ve Saldırgan Özellikleri” olmak üzere 3 faktörden; İş Performansı ölçeği, “Görev Performansı, İşe Adanmışlık ve Kişisel Uyum” olmak üzere 3 faktörden; Yaşam Kalitesi ölçeği, “Empati Yorgunluğu, Tükenmişlik, Duygusal Tükenme” olmak üzere 3 faktörden oluşmaktadır.

2.4.Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın değişkenleri olan “sağlık sektöründe işyeri şiddeti, yaşam kalitesi ve iş performansının” kategorik değişkenlerle ve birbirleriyle olan ilişkilerini ortaya koyan hipotezler aşağıda sıralanmıştır.

Tablo 2.2: Araştırma Hipotezleri

Hipotezler	Hipotez İfadeleri
H1	Katılımcıların iş performansı algılarının çok iletişim kurulan hasta cinsiyeti gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.
H2	Katılımcıların iş performansı algılarının son 2 yıl içinde şiddete maruz kalma gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.
H3	Katılımcıların iş performansı algılarının işteki mevcut konum gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.
H4	Katılımcıların iş performansı algılarının gelir durumu gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.
H5	Katılımcıların iş performansı algılarının gelir durumu gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.
H6	Katılımcıların iş performansı algılarının tarafından şiddet görülen kişi gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.
H7	Katılımcıların sağlık sektöründe işyeri şiddeti algılarının cinsiyet gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.
H8	Katılımcıların sağlık sektöründe işyeri şiddeti algılarının son 2 yıl içinde şiddete maruz kalma gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.
H9	Katılımcıların sağlık sektöründe işyeri şiddeti algılarının eğitim durumuna göre farklılıkları anlamlıdır.
H10	Katılımcıların sağlık sektöründe işyeri şiddeti algılarının meslek gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.
H11	Katılımcıların sağlık sektöründe işyeri şiddeti algılarının gelir durumu gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.
H12	Katılımcıların sağlık sektöründe işyeri şiddeti algılarının çalışılan birim gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.
H13	Katılımcıların sağlık sektöründe işyeri şiddeti algılarının çok iletişim kurulan hasta gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.
H14	Katılımcıların sağlık sektöründe işyeri şiddeti algılarının maruz kalınan şiddet olayı gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.
H15	Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının cinsiyet gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.
H16	Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının çok iletişim kurulan hasta cinsiyeti gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.
H17	Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının son 2 yıl içinde şiddete maruz kalma gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.

H18	Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının sıklıkla şiddete maruz kalan kişilerin cinsiyeti gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.
H19	Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının medeni durum gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.
H20	Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının eğitim durumuna göre farklılıkları anlamlıdır.
H21	Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının meslek gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.
H22	Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının işteki mevcut konum gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.
H23	Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının gelir durumu gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.
H24	Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının çalışılan birim gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.
H25	Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının maruz kalınan şiddet olayı gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.
H26	Katılımcıların Yaşam Kalitesi ölçeği ve İş Performansı ölçeği alt boyutlarının birbirleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.
H27	Katılımcıların Yaşam Kalitesi ölçeği ve Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti ölçeği alt boyutlarının birbirleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.
H28	Katılımcıların maruz kaldığı işyeri şiddetinin iş performansları üzerinde anlamlı etkisi vardır.
H29	Katılımcıların maruz kaldığı işyeri şiddetinin yaşam kaliteleri üzerinde anlamlı etkisi vardır.
H30	Katılımcıların yaşam kalitesinin iş performansı üzerinde anlamlı etkisi vardır.
H31	Katılımcıların maruz kaldığı işyeri şiddetinin yaşam kalitesi ve iş performansı üzerinde anlamlı etkisi vardır.
H32	Katılımcıların maruz kaldığı işyeri şiddetinin iş performansı üzerindeki etkisinde, yaşam kalitesinin aracılık rolü vardır.

Araştırma hipotezleri, Ki kare, T-testi, ANOVA ve Yapısal Eşitlik Modeli testi ile sınanmıştır. Testlere ilişkin bulgular tezin 3. bölümünde yer almaktadır.

2.5. Veri Toplama Yöntemleri

Veri toplama yöntemi olarak, yüz yüze görüşme ile anket yöntemi tercih edilmiştir. Anket, bilgi alınacak kişilerin doğrudan okuyup cevaplandıracağı soru listesinin hazırlanması ile yapılan bir gözlemdir (Seyidoğlu, 2016). Anket, çok sayıda veriyi ekonomik olarak elde etme olanağı sağlar. Verilerin standardize olması, analizlere kolaylık sağlamaktadır (Coşkun vd., 2017).

Bu araştırmada anket formu 4 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm “Yaşam Kalitesi ölçeği”, ikinci bölüm “İş Performansı ölçeği”, üçüncü bölüm “Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti ölçeği”, dördüncü bölüm “Demografik Özellikler Formu”dur.

Şekil 2.2: Ölçekler

Ölçekler	Araştırma Adı	Yazarlar
Sağlık Sektöründe İş Yeri Şiddeti	From patient deference towards negotiated and precarious informality: An Eliasian analysis of English general practitioners' understandings of changing patient relations	Calnan ve Gabe, 2001; Brown vd., 2015
Yaşam Kalitesi	Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Uyarlaması Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması	Yeşil vd., 2010; Stamm, 2007
İş Performansı	Evidence that task performance should be distinguished from contextual performance.	Motowidlo ve Van Scotter, 1994
Demografik Özellikler Formu	Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hal, çalışma süresi, meslek grupları, çalışan bölüm, çalışılan kurum, şiddet yaşama durumu, yaşanan şiddetin türü ve sıklığı, şiddet sonrası yapılan uygulamalar	

Araştırma kapsamındaki Yaşam Kalitesi, B. Hudnall Stamm (2007) tarafından geliştirilen, Yeşil ve arkadaşları (2010) tarafından Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Uyarlaması Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışmasında kullanılan 30 soruluk anket ile ölçülmüştür. Ölçek; 5’li likert, “Asla/Hiç, Çok az, Kısmen, Çoğunlukla, Tamamen” şeklinde 1-5 arası puanlama ile toplam puan üzerinden değerlendirilmiştir.

İş Performansı, Motowidlo ve Scotter (1994) tarafından geliştirilen İş Performansı ölçeği ile değerlendirilmiştir. 16 Soru içeren ölçek, 5'li likert ile 1-5 puan arası "Asla/Hiç, Çok az, Kısmen, Çoğunlukla, Tamamen" şeklinde toplam puan üzerinden değerlendirilmiştir.

Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti, Brown, Elston ve Gabe (2015) tarafından yapılan From patient deference towards negotiated and precarious informality: An Eliasian analysis of English general practitioners' understandings of changing patient relations adlı araştırmada kullanılan anket ile ölçülmüştür (Calnan ve Gabe, 2001; Brown vd., 2015). Ölçekte, 5'li likert ile 1-5 arası puan arasında, "Hiç katılmıyorum, Katılmıyorum, Kararsızım, Katılıyorum, Tamamen katılıyorum" şeklinde toplam puan üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Araştırmada demografik özellikler, hipotezlerin farklı değişkenler bakımından nasıl bir dağılım gösterdiğinin belirlenmesi amacıyla geliştirilen bir formdur. Bu doğrultuda katılımcılara, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek gibi demografik bilgilere ek olarak işteki mevcut konumları, kadro durumları, gelir düzeyleri, sektördeki tecrübeleri, en sık muhatap oldukları hasta türleri, en sık muhatap olunan hastanın cinsiyeti, son 2 yılda şiddete maruz kalma durumları, şiddete maruz kalanların yaşadıkları şiddet olayı, şiddete maruz kalma sıklığı, en sık şiddete maruz kaldıkları cinsiyet ve şiddet olayı sonrası işyerinin aldığı aksiyon soruları sorulmuştur.

2.6. Analiz Yöntemleri

Bu bölümde, Açıklayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizlerine ve Yapısal Eşitlik Modeline ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

2.6.1. Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)

Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA); çok sayıda değişkeni, belirli gruplara ayırarak, ayrılan gruplar içerisindeki değişkenlerin arasındaki ilişkiyi maksimum, gruplar arasındaki ilişkiyi minimum yaparak, az sayıda yeni değişkenlere dönüştüren çok değişkenli istatistiksel bir tekniktir. Oluşturulan yeni değişkenler, faktör olarak adlandırılmaktadır (Karagöz vd, 2016). Açıklayıcı Faktör Analizinde, önce verilerin güvenilirlik ve geçerlilik seviyeleri tespit edilir, sonra faktörleştirme aşamasına geçilir. Ölçüm hatasının minimumda tutulmasının yolu, işini düzgün bir şekilde gerçekleştirdiğine dair bize güven veren özellikleri belirlemektir. İlk özellik güvenilirlik; yani bir ölçeğin farklı durumlarda tutarlı bir şekilde yorumlanıp yorumlanamayacağıdır. İkincisi geçerlilik; bir ölçeğin gerçekten ölçmek istediğimiz şeyi ölçüp ölçmediğidir (Field, 2013). Güvenilirlik, ölçüm sonuçlarının tesadüfi hatalardan arınmışlık derecesidir. Güvenilirliği test etmeye yönelik çok sayıda katsayı önerilmiştir. Güvenilirlik katsayılarının çok olmasının ana nedeni; farklı madde yapılarında, farklı değerler üretmeleridir (Osburn, 2000; Koğar, Demirdüzen, Gelbal, İnal, 2017). İstatistikte Cronbach's Alpha (α) katsayısı, bir ölçeğin güvenilirliğinin tespitinde sık kullanılan bir yöntemdir. Her bir madde için tek bir alfa değeri olabileceği gibi, tüm maddelere ait ortalama bir alfa değeri de hesaplanabilir (Kılıç, 2016). Alfa ilk kez Lee Cronbach (1951) tarafından, 0 ile 1 arasında sayısal ifadelerle bir ölçeğin iç tutarlılığının ölçüsünü tespit etmek için kullanılmıştır (Sharma, 2016). Cronbach's Alpha katsayısını farklı kategorize eden sınıflamalar literatürde yer almakla birlikte, genel kabul gören sınıflama tablo 2.3'te verilmiştir.

Tablo 2.3:Güvenirlilik katsayısı (Cronbach Alpha)

Güvenirlilik katsayısı (Cronbach's Alpha)	Yorum
≥ 0.9	Mükemmel
$0.7 \leq \alpha < 0.9$	İyi
$0.6 \leq \alpha < 0.7$	Kabul edilebilir
$0.5 \leq \alpha < 0.6$	Zayıf
$\alpha < 0.5$	Kabul edilemez

Kaynak:Geroge ve Mallery, 2003; Kılıç, 2016.

Güvenirlilik analizi sonrasında ölçeklerin geçerliliğini test etmek için, Açıklayıcı Faktör Analizinden yararlanılır (Bardakçı, 2010). Psikolojik teorilerin ve ölçümlerin geliştirilmesi ve doğrulanmasında temel bir araç haline gelen(Watkins, 2018) bir istatistik tekniğidir. Bir faktörleştirme, maddelerin faktör yük değerlerini kullanarak kavramların işlevsel tanımlarına ulaşmadır (Büyüköztürk, 2002). Faktör analizi, ölçümün kalitesini ve geçerliliğini ortaya koyan önemli bir analizdir (Yaşlıoğlu, 2017). Açıklayıcı ve Doğrulamalı Faktör Analizi olarak iki aşamada gerçekleştirilir.

Faktör analizi yapılırken dikkate alınması gereken en az beş ana konu vardır. İlk olarak, araştırmaya hangi değişkenlerin dahil edileceğine, araştırmanın dayandırılacağı örneklem büyüklüğüne ve doğasına karar verilmelidir. İkincisi, araştırma hedefleri göz önüne alınarak Açıklayıcı Faktör Analizinin (AFA) en uygun analiz şekli olup olmadığı belirlenmeli; üçüncüsü, uygun olduğu varsayılarak modeli verilere uydurmak için özel bir prosedür seçilmelidir. Dördüncüsünde, modele kaç faktörün dahil edilmesi gerektiğine karar verilir. Son olarak da başlangıç faktör değerini, analitik olarak daha kolay yorumlayabilmek için nihai döndürme yöntemi seçilmelidir (Fabrigar, Wegener, MacCallum ve Strahan, 1999).

AFA, değişkenlerin gruplarının altında yatan, belirsiz sayıda faktörden oluşan basit yapıyı açıklar. Hangi değişkenin hangi faktör ile bağlantılı olabileceğini gösterir (Ergül ve Yılmaz, 2020) ve bazı varsayımları vardır. Bunlar, aşağıda sıralanmıştır:

- Tüm değişkenlerin normal dağılımdan geldiğivarsayılr. Değişkenlerin normalliği test edilmese de değişkenlere ilişkin normallik, “çarpıklık ve basıklık katsayıları” ile değerlendirilebilir. Aritmetik ortalama ve medyanın eşit ya da yakın olması, çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 2 sınırları içinde bulunması, verilerin dağılımının normallikten geldiğinin göstergesi olarak kabul edilmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013).

- Çok değişkenli normallik varsayımında, ilişkinin doğrusal olması gerekir.
- Veriler, en az aralıklı ölçekte ölçülmüş olmalıdır.
- Değişkenler, birbirleri ile belirli bir düzeyde ilişkili (0,25 -0,90 arası korelasyon) olmalıdır.
- Ortak faktörler birbirleri ile ilişkisiz olmalıdır (Doğan ve Başokçu, 2010; Özdamar, 2002; Büyüköztürk,2002).

Faktör analizine başlamadan önce verilerin şekil olarak uygunlukları değerlendirilir. Bunlar, örneklem sayısının değişken sayısından büyük olması ya da en az 50 olması, ifade başına düşen gözlem sayısının ideal oran 1’e 5 gibi yüksek tutulmasıdır. Korelasyon değerleri ve kısmi korelasyon incelenmelidir. Verinin kendi içerisindeki kısmi korelasyonu düşük olmalıdır. Çünkü değişkenler, faktör üzerindeki yükleriyle ifade edilir. Yüksek kısmi korelasyon, altta yatan faktörün olmamasını ifade eder; bu durum analizi geçersiz kılar. Kısmi korelasyonun 0,7 ve üzeri olduğu durumlar çok ise, faktör analizinden doğru sonuçlar beklenmez (Yaşlıoğlu, 2017; Özkan ve Alkan, 2004).

Bir ölçeğin Açıklayıcı Faktör Analizine (AFA) uygunluğunu belirlemek için, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Örneklem Yeterlilik testi ve Bartlett Küresellik testi yapılmaktadır. KMO testi, değişkenler arasındaki korelasyonları ve faktör analizine uygunluğu ölçen bir testtir. KMO değerinin ,60’tan büyük olması, veriler üzerinden faktör analizi yapılabileceğinin ve örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunun göstergesidir (Büyüköztürk, 2002). Artan örneklem boyutu, ortalama korelasyonlar, değişken sayısı ve azalan faktör sayısı, örneklem büyüklüğünün değerinin artmasına neden olur. Ayrıca, faktör analizi üzerinde bozucu etki yapan

değişkenlerin analiz dışında bırakılması gerekliliğine, örneklem yeterlilik ölçümüne bakılarak karar verilmektedir (Coşkun vd., 2017; Kaiser, 1974). Bartlett testi ise, korelasyon matrisini genel olarak incelemekte ve istatistiksel olarak anlamlılığına bakmaktadır. Amaç, istenilen sonucun anlamlı (p değeri) olmasıdır (Büyüköztürk, 2002). Korelasyon, iki değişken arasındaki ilişkinin şiddetini ifade eder. Bartlett testi ile evrende yer alan değişkenler arasında korelasyon olup olmadığı test edilir. Evrene ait korelasyon matrisi, birim matris olup, her değişken kendisiyle mükemmel bir ilişkiye sahiptir; değişkenler arasındaki ilişki ise, sıfırdır (Coşkun vd., 2017).

Faktör analizi çözümü üzerinde bozucu etki yapan değişkenlerin analizden çıkarılması ve verilerin faktör analizine uygunluğunun tespiti ile faktör sayısına karar vermek gereklidir. En sık kullanılan faktör analizi yöntemleri, ortak faktör analizi ve temel bileşenler faktör analizidir. İki analiz yöntemi arasındaki temel fark; açıklanan varyans değeri olarak ortak varyans değerinin mi yoksa, toplam varyans değerinin mi dikkate alınacağıdır. Temel bileşenler faktör analizinde, korelasyon matrisinde köşegen değerleri 1'ler kabul edilir; ortak faktör analizinde ise, köşegen değerleri olarak ortak varyans değerleri baz alınır (Coşkun vd., 2017). Faktör sayısını belirlerken, bir faktörün en az 3 madde içermesi gerektiği belirtilmiştir (Karaman vd., 2017; Maccallum vd., 1999). Açıklanan varyansın, toplam varyans üzerinden %50'yi aşması, faktör yapısının toplam değişken varyansının yarısından fazlasını açıklaması ve temsil etmesidir (Yaşlıoğlu, 2017). Sosyal bilimlerde açıklanan varyansın %40 ile %60 arasında olması yeterli kabul edilmektedir (Büyüköztürk, 2009).

Açıklayıcı Faktör Analizinin son aşaması; adlandırabilmek ve yorum yapabilmek amacıyla, faktörleştirme ve döndürme işlemleridir. Böylece, çalışma kapsamındaki ölçeklerin geçerliliğinin test edilmesi aşaması olan Doğrulayıcı Faktör Analizine zemin hazırlanmış olmaktadır (Hoşgör, 2019; Sipahi, 2010).

Başlangıç faktör analizi, çözüme ulaştırıldıktan sonra faktörlerin yorumlanması ve adlandırılmasını kolaylaştırmak için çeşitli manipülasyonlar veya

eksen kaydırma yoluna gidilir. Faktör döndürmesinde amaç; değişkenlerin belirli faktörlere yüksek, diğerlerine düşük yüklemeler yapmasını sağlayarak adlandırılmasını kolaylaştırmak ve faktörlerin açıklama derecelerini değiştirmektir (Coşkun vd., 2017).

Faktör döndürme işleminde iki yöntem kullanılmaktadır. İlki, eksen konumlarını değiştirmeden 90'lık açı ile dik döndürme yöntemi; diğeri, her faktör birbirinden bağımsız döndürülerek gerçekleştirilen eğik döndürme yöntemidir. Ancak bu yöntemde, eksenlerin birbirlerine dik olması gerekli değildir. İki döndürme yöntemi arasındaki en önemli fark; ilkinde faktörler ilişkisiz (dik bağımsız) iken, ikincisinde aranmamaktadır. Dik döndürme metotları arasında yaygın olarak; Quartimax, Varimax, Qrthomax, Biquartimax ve Equamax, eğik döndürme metotları, Oblimax, Quartimin, Covarimin, Biquartimin, Oblimin ve Binoramin yöntemleridir (Saraçlı, 2011). Faktör döndürme analizi sonucunda, tüm maddelerin oluşturulan faktörler altında anlamlı yük değerleri ile toplam varyansı açıklayabilmeleri sağlanmış olacaktır (Bardakçı, 2010).

Saraçlı (2011) yaptığı araştırma için, faktör döndürme yöntemlerinden varimax döndürme yönteminin en uygun olduğunu tespit etmiştir. Bunun yanı sıra, Varimax yöntemi sonucuna en yakın sonuçları karşılaştırılmıştır. Buna göre; Equamax ile Varimax metodunun aynı sonuçları verdiği, Quartimax metodunun ise en uzak sonuçları verdiği belirlenmiştir. Bu nedenle, Equamax-Quartimax uyumu en az uyuma sahip olduğu belirtilmiştir. Varimax metoduna en yakın türler sırasıyla, Equamax, Promax, Oblimin ve Quartimax olarak belirlenmiştir.

AFA, hipotez kurmaya yönelik bilgi sağlarken; DFA, belirlenen faktörler arasında yeterli ilişkinin var olup olmadığını, değişkenlerin hangi faktörle ilişkili olduğunu, faktörlerin birbirlerinden bağımsızlığını ve modeli açıklamakta yeterli olup olmadığını belirlemek için kullanılır (Özdamar, 2004; Erkorkmaz vd., 2013). Bu işlemlerden sonra DFA analizi ile hipotezler test edilir.

2.6.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

Açıklayıcı Faktör Analizi, bir belirleme işlevini, hipotez kurmaya yönelik bilgiyi sağlarken; Doğrulayıcı Faktör Analizi, belirlenen faktörler arasında yeterli düzeyde ilişkinin varlığını, faktörlerin birbirlerinden bağımsız olup olmadığını, hangi değişkenlerin hangi faktörlerle ilişkili olduğunu, faktörlerin modeli açıklamakta yeterliliğini sınamak için kullanılır (Erkorkmaz vd., 2013; Özdamar, 2004).

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA), ölçme modelleri geliştirmede sık kullanılan ve kolaylık sağlayan bir analizdir. Önceden oluşturulan model aracılığıyla gözlenen değişkenlerden gizil değişkenler oluşturmaya ve önceki yapının doğrulanmasına yöneliktir (Yaşlıoğlu, 2017). DFA’nde modele ilişkin analizlerin yapılabilmesi için 3 temel şartın belirtilmiş olması gereklidir. Bunlar, faktör sayısının, gözlenen değişkenler kümesinin yüklerinin ve faktör ilişkilerinin belirlenmiş olmasıdır (Bollen, 1989; Brown, 2015; Ergül ve Yılmaz, 2020). Model, problem çözümünde ya da bir olayın açıklanmasında yararlanılan matematiksel veya benzetimsel sembolik yaklaşımlardır (Doğan, 2015). DFA modelleri, gizli yapılar arasındaki ilişkileri açıklamak için kullanılır. Modelde yer alan her bir faktör, gözlenen değişkenlerin kümesi olarak ölçülmekte, faktörler arasındaki ilişkiler ve birbirleriyle korelasyonlu olan ilişkileri ele alınmaktadır (Bayram, 2013). DFA analizine başlamadan önce verilerin dağılım normalliği analiz ile tespit edilmelidir. Veri tabanında, boş göze ve kayıp veri olmamalıdır (Şimşek 2007).

Yapısal Eşitlik Modeli ve Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda elde edilen değerlerin, istenileni ölçüp ölçmediğinin karşılaştırılmasında “uyum indeksi kriterleri” ölçüt alınır. Elde edilen sonuçlar, uyum indeksi kriterlerine göre yorumlanır. Bir modelin bütün olarak kabul edilebilir olması için, raporlanan uyum iyiliği indekslerinin kabul edilebilir veya mükemmel uyum sınırları içinde olması gerekmektedir (Schermelleh-Engel ve Moosbrugger, 2003).

Yapısal Eşitlik Modeli ve Doğrulayıcı Faktör Analizi için, kabul edilebilir ve mükemmel uyum kriterleri aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 2.4: Uyum İndeksi Kriterlerine Ait Değerler

Uyum Kriterleri	Mükemmel Uyum	Kabul Edilebilir Uyum
χ^2/sd	≤ 3	≤ 5
RMSEA	$0 < RMSEA < 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.10$
RMR	$0 \leq SRMR < 0.05$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$
SRMR	$0 \leq SRMR < 0.05$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$
NNFI	$0.95 \leq NNFI \leq 1$	$0.90 \leq NNFI \leq 0.95$
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$
AGFI	$0.90 \leq AGFI \leq 1$	$0.85 \leq AGFI \leq 0.90$

Kaynak: (Schermelleh-Engel ve Moosbrugger, 2003).

Ki-Kare Uyum İyiliği Değeri, gözlenen ve beklenen kovaryans matrisleri farkını gösterir; fark, sıfıra ne kadar yakınsa model o kadar uyumlu anlamına gelir. Ki-karenin serbestlik derecesine bölünmesi ile elde edilen değer, uyumu değerlendirmede daha doğru bir yol gösterici olacaktır. Ki-kare testinde yaşanan zorluklardan biri, uyumsuz olabilecek bir modeli, az örneklemlili veri nedeniyle uyumlu kabul edebilmesi ya da uyumlu bir modeli örneklem büyüklüğü nedeniyle dolayı reddedilmesidir (Çiğdem, 2019; Gatignon, 2010:63).

Doğrulayıcı Faktör Analizinde; Ki-kare uyumunun 2 ile 3 arasında olması, Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA) değerinin 0.08 değerini aşmaması, Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI) değerinin 0.85 veya 0.95 üzerinde olması, İyilik Uyum İndeksi (GFI) değerinin çoklu regresyondaki r^2 'ye benzerliğinden dolayı yüksek olması beklenmektedir. Ortalama Hataların Karekökü (SRMR) gibi 0 ile 1 arasında değişen değerler için sıfıra en yakın değer, modele daha uygun olduğunu göstermektedir (Büyüköztürk, 2011; Akyüz, 2018).

Model tahmini sonucunda, uyum indeksleri sonuçlarıolumsuz ise,teorik yapıya bağlı kalmak koşuluyla model uyumunu geliştirmek için değişiklik gerekebilir;modifikasyon sonucunda değişkenler arasındaki ilişki daha iyi tahmin edilebilir. Modifikasyon indekslerinde, kısıtlanmış parametreler tahmin edildiğinde χ^2 istatistiğinin ne kadar azalacağı tahmin edilmektedir. İki modelden birinde kısıtlanan parametre, diğer modelde serbest bırakılınca oluşan χ^2 istatistikleri arasındaki fark, modifikasyon indeksini oluşturmaktadır (Aytaç ve Öngen 2012).

Bu aşamada, yapı geçerliliği için DFA, güvenilirlik için ise, faktörlerin açıklanan varyansları ve faktörlerin güvenilirlik katsayıları kullanılır. DFA'nde model içinde kullanılacak gizil değişkenlerin doğruluk oranı araştırılır. Yani, her gizil değişkene ait değişkenlerin gizil değişkeni açıklayıp açıklamadığı test edilir. DFA sonucunda, gizil değişkenlerin ilgili değişkenler üzerindeki standardize faktöryüklerinin 0.70'den yüksek olması ve t değerinin anlamlı olması gereklidir. Güvenirlik için gizil değişkenlerin güvenilirlik katsayılarının %70'in üzerinde, açıklanan varyansın % 50'nin üzerinde olması beklenir (Çınar, 2019).

Ölçüm modelinin doğru bir şekilde tanımlanması, yapısal model için kritik öneme sahiptir. Ölçüm modeli, yapısal modelden önce analiz edilir.Çünkü modelde yer alan faktörlere ilişkin gözlenen değerler analiz edilmeden, yapılar arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi doğru olmamaktadır. YEM kapsamında ilk adım Doğrulayıcı Faktör Analizi olduğundan, bu aşamada yapılabilecek bir hata, yapısal modele taşınabilmektedir. Bu nedenle, değişkenler ve yapılar arasındaki ilişki, sağlam temellerde dayandırılmalıdır (Aksay ve Ünal, 2016).

2.6.3. Yapısal Eşitlik Modeli (YEM)

Yapısal Eşitlik Modeli (YEM), ölçülebilen değişkenler ile ölçülemeyen değişkenlerin ilişkisel ve nedensel olarak tanımlanmasına dayalı bir yaklaşımdır. YEM, gözlenemeyen değişkenler seti arasında nedensel bir yapının var olduğunu; gözlenen değişkenlerin gözlenemeyen değişkenleri açıkladığını varsayar. Model

ile gözlenemeyen değişkenler, gözlenen değişkenlerindeki doğrusal birleşimi olarak görülür. Temeli, kuramsal oluşturulan yapısal modellerin, hipotez testleri ile çözümlenmesidir. (Çınar, 2019). Veri yapısından çıkarım ile değişken yapısı belirlenebilirse, değişken “gözlenen değişken”, bu çıkarım hataya açıksa “gizli değişken” olarak anılır (Borsboom, 2008; Aksay ve Ünal, 2016).

Yapısal Eşitlik Modellerinin özelliği, çoğu disiplinde bulunan ölçüm hatalarını açıkça hesaba katmaları ve gizli değişkenler içermeleridir. Gizli değişkenler, birçok bilim alanında büyük öneme sahip olup, kaygı, tutum, hedef, zeka, motivasyon, kişilik, okuma gibi varsayımsal ve teorik yapılardır (Raykov ve Marcoulides, 2006). YEM, gelişmiş düzey bir analizdir ve birden daha fazla düzeyde sonuç üretebilir. Yani, a ve b arasında bir ilişki varsa 1. düzey; bu ilişki birlikte başka bir şeyi açıkladığında 2. düzeye dair tespitler yapılabilir. YEM’in bütün bu karmaşık yapılarını çözümlenebilen istatistiksel yazılımlar mevcuttur (Çapık, 2014; Schumacker ve Lomax 2004). YEM, birden çok bağımlı ve bağımsız değişken üzerinde analize imkan tanıyan yöntemlerden farklı olarak gizli değişkenler arasındaki yapıyı ortaya çıkarır; analiz sırasında normal verileri değil kovaryans veya korelasyon değerlerini kullanır (Kaynak, 2012).

Yapısal Eşitlik Modeli, özellikle karmaşık modellerin test edilmesindeki başarısı, birçok analizi tek seferde yapabilme yetisi, düzenleyicilik ve aracılık etkilerini incelemeyi kolaylaştırması, ölçüm hatalarını hesaba katması gibi nedenlerle tercih edilmektedir. Yapısal Eşitlik Modellemesinde en önemli husus, oluşturulan modelin sağlam bir teorik alt yapıya sahip olmasıdır (Dursun ve Kocagöz, 2010). YEM, özü itibarıyla doğrulayıcı bir yapıya sahiptir. Model, test edilmeden önce teorik temeli oluşturulmalıdır. Burada amaç, elinizdeki veri ile zihindeki önermeleri eşleştirmek ve ne kadar uyduğunu tespit etmektir (Şimşek, 2020).

YEM’in güçlü yanlarını; çok yönlü karşılıklı doğrusallıklara rağmen daha esnek tahminler sunması, gözlenemeyen değişkenleri temsil eden çoklu gözlenen değişkenlere sahiptir, bu sayede ölçüm hatalarını azaltmak için Doğrulayıcı Faktör Analizini kullanır. YEM, modelin bütünü ve çoklu değişkenlere sahip modelleri

test edebilmektedir. Eksik ve normal olmayan veriler gibi zor olarak tanımlanan veriler test edebilmektedir. Yanlış yönlendiren hesaplamalarla yorum hataları yapma olasılığı yüksek regresyon analizlerine göre, YEM'in model uyumunu değerlendirmek için alternatif modelleri karşılaştırma stratejisine sahip olması", YEM'i güçlü kılan özelliklerdir (Cesur, 2008).

Çok değişkenli model analizlerinde amaç, bağımsız değişkenlerdeki bir birimlik değişimin bağımlı değişkende ne kadarlık değişime yol açacağını tespit etmek ve bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkendeki değişimin ne kadarını açıkladığını ortaya koymaktır (Dursun ve Kocagöz, 2010).

Yapısal Eşitlik Modellemesinde genellikle işlem aşamaları; yapısal modelin kurulması, değişkenler arasındaki ilişkilerin tespit edilmesi ve ölçme modelinin test edilmesi; yol diyagramının, ilişkilere ait yol katsayılarının tespit edilmesi; modele ait uyum iyiliği sonuçlarının incelenmesi; yapısal modele ait bulguların yorumlanması (Dursun ve Kocagöz, 2010) olarak sıralanmaktadır. İlk olarak, modelin oluşturulmasına dayanak olacak esaslı bir teori oluşturulmalı ve önceki araştırmalar değerlendirilmelidir. YEM kapsamında ölçüm modeli, Doğrulayıcı Faktör Analizi ile değerlendirilmektedir (Aksay ve Ünal, 2016). Teorik ölçüm modelinden emin olunduktan sonra yapısal modelde bir özellik araştırması yapılmalıdır. Test edilen her model için, parametrelerin beklenen büyüklük ve yönde olup olmadığına bakılır ve uygun uyum indeksleri ile karşılaştırılır. Modifikasyon gerekli görülürse, modifikasyon işlemi yapılır. Şüpheli bir durum olup olmadığını görmek için standartlaştırılmış matris incelenir. Nihai kabul edilebilir model belirlendikten sonra, çapraz doğrulama yapılmalıdır" şeklinde tanımlanmaktadır (Schumacker ve Lomax, 2010).

Yol analizi ve DFA, YEM'in özel uygulama tipleridir. YEM'de iki özellik dikkat çekmektedir. Birincisi, çalışılan süreç bir seri yapısal eşitlik içerir. İkincisi, oluşturulan bu yapısal eşitlikler, hipotezlerin daha kolay anlaşılabilmesi için görsel olarak çizimle gösterilebilmesidir (Çınar, 2019). Path (yol) modelleri, korelasyon katsayısını ve regresyon analizini kullanarak gözlenen değişkenlere ait karmaşık

ilişkilerin modellenmesi için kullanılır. Model, birden fazla bağımsız gözlenen ve birden fazla bağımlı gözlenen değişken içerebilir; regresyon modelinden daha karmaşık yapıları test edebilir (Schumacker ve Lomax, 2010).

Yol analizi, değişkenlerdeki değişimin neden kaynaklandığını, birbirini ne kadar ve ne yönde etkilediklerini incelemeyi sağlamaya yönelik bir tekniktir (Kaynak, 2012).Yol diyagramı, iki veya daha çok nedensel modelin karşılaştırılmasında,korelasyon matrisinin uygunluğunu test etmek amacıyla kullanılmaktadır.Çok sayıda gözlemlenmiş değişken içerir. Ayrıca, istenilen sayıda bağımlı-bağımsızdeğişkeni bünyesinde barındırabilir (Tezcan, 2008). Gözlenen ve gizil değişkenlerin kullanıldığı yol analizi, daha kolay çözüm süreçlerini kapsamaktadır. Parametreler, çoklu regresyon aşamalarını analiz edilmektedir. Yol analizi; güçlü, belirli yönde ve nedensel ilişkiler dışında, aracılık etkisini, doğrudan olmayan etkileri ve nedensel olmayan ilişkileri tespit eder. Yol sayısı arttıkça, YEM' in doğrulanma olasılığı da artmaktadır. Beklenen, tam bir betimleme durumudur (Eriş, 2008; Taştan, 2012).

YEM modelinde, gözlenemeyen değişkenler arasındaki ilişkilere ait parametrelerle birlikte bütün değişkenlerin ve bu değişkenlere ait hata varyansları belirlenmelidir. Gösterim şekli olarak, gözlenemeyen değişkenler elips veya yumuşak köşeli dörtgenler ile; gözlenen değişkenler, kare veya dikdörtgenle gösterilir. Gözlenmeyen değişkenler arasında tek yönlü ve çift yönlü okla tanımlanmış parametreler; gözlenemeyen değişkenlerden onları açıklayan gözlenen değişkenlere uzanan tek yönlü okla gösterilen parametreler tanımlanmalıdır. Bu parametreler, faktör çözümlemesindeki faktör ağırlıklarına karşılık gelen değerlerdir (Çınar, 2019).

Yapısal Eşitlik Modeli, her bir gözlenen değişkenin, gizil değişkeni açıklama derecesini ve gizil değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkilerini ortaya koyan yapıdır. Yapısal model, hipotezler doğrultusunda değişkenler arasındaki ilişkilerin yapısıdır. Oluşturulan modeldeki yolların değerinin ,10 dan düşük olması az etki;,30 ortalama etki ve ,50'in üzerinde olması yüksek düzeyde etki olduğunu

göstermektedir (Kline, 1998). Çift kuyruklu modeldeki t değerleri $>1,96$ ise $p<,005$ düzeyinde, $t>2,567$ ise $p<,01$ düzeyinde anlamlı olarak nitelendirilmektedir (Schat ve Kelloway, 1998; Morris, 2003).

YEM'de oluşturulan yapısal modelin test edilmesiyle elde edilen uyum indeksi değerlerinin, uyum kriterleri ile arasında uyum varsa, hipotezler kabul edilmektedir. Uyum indeksleri arasında böyle bir uyumun var olmadığı tespit edilirse, hipotezler reddedilmektedir. YEM, açıklayıcı yaklaşım yerine, doğrulayıcı yaklaşımı benimser. YEM dışında birçok istatistiksel yöntem, veri üzerindeki ilişkileri keşfetmeye çalışırken; YEM, varlığı kurulmuş olan ilişkilerin veri ile uyumunu doğrular ve hata hesaplamalarında net sonuçlar ortaya koymayı sağlar (Malaeb vd., 2000; Akyüz, 2018).

YEM'de kurulan modelin uygunluğu; x ve y değişkenlerinin çoklu korelasyon katsayılarının ve gizli yapıları ne kadar iyi ölçtüğünün incelenmesiyle belirlenebilir. Bu katsayılar, 0 ile 1 arasında değerler alırlar ve katsayının 1'e yakın olması gizli yapının daha iyi açıklandığı anlamını ifade eder. Yapıların ayrı ayrı değerlendirildiğinde;

- Path katsayılarında yüklerin her birinin t değerleri 2'den büyük ise, istatistiksel olarak anlamlıdır ve değişkenler, yapılar ile ilişkilidir; doğrulanmış olur.
- Gizli yapılar arasındaki korelasyon değerlendirilir.
- Standart hatalar, parametre değerlerinin doğru tahmin edildiğini gösterir. Standart hata, ne kadar küçükse tahminler aynı oranda isabetlidir (Yılmaz, 2004; Joreskog ve Sörbom, 2001).

İstatistiksel olarak anlamlı, teorik bir model bulmak, teorileri test etmek için Yapısal Eşitlik Modellemesini kullanmanın birincil amacıdır. Modelin uygunluk değerlendirmesinde birbirinden farklı birçok uyum iyiliği indeksleri kullanılmaktadır ve her birinin sahip olduğu farklı istatistiksel fonksiyonlar vardır. Önerilen uyum iyiliği indeksleri arasında en sık kullanılanlar; benzerlik oranı ki-kare istatistiği (χ^2),

RMSEA (Ortalama hata karekök yaklaşımı/Root-mean-square error approximation), GFI (Uyum iyiliği indeksi/Goodness-of-fit index) ve AGFI (Uyarlanmış uyum iyiliği indeksi/Adjusted Goodness-of-fit index)'dir (Joreskog ve Sörbom, 2001).

RMSEA, küresel uyum ölçüleri olan ki-kare testinin istatistiksel olmayan önemi ve yaklaşım değerlerinin kök-ortalama-kare hatasıdır. İstatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ki-kare değeri, örnek kovaryans matrisinin ve yeniden üretilen modelin kovaryans matrisine benzer olduğunu gösterir. Parametre tahminlerinin ilgili standart hatalarına bölünmesiyle hesaplanan t değeri, tipik olarak 0,05 (1,96) anlamlılık düzeyi ile karşılaştırılır. Parametre tahminlerinin büyüklüğü ve yönü de önemli olup, bir pozitif veya negatif katsayının parametre tahmini için anlamlı olup olmadığına özellikle dikkat edilmelidir. Örneğin, derse harcanan saat sayısı ile not ortalamasını ilişkilendiren negatif bir parametre (katsayı) olması teorik olarak anlamlı olmayacaktır.(Schumacker ve Lomax, 2010).

Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda model uyum değerlerinin kabul edilebilir düzeyde olmadıkları durumda, modifikasyon indekslerinde iyileştirme yoluna gidilmelidir. Uyumu azaltan değişkenler belirlenip, artık değerler arasında kovaryansı yüksek olanlar için yeni kovaryanslar oluşturulmalıdır (Akyüz, 2018). YEM'in son aşaması olan model modifikasyonunda, veri-model uyumunu en iyi yapmak amaçlanır. Yani, model modifikasyonu sayesinde, en iyi veri-model uyumu bulunmaktadır (Doğan, 2015). Doğrulayıcı yapıda olan YEM'de modifikasyon işlemleri DFA'inde uygulandığı şekilde gerçekleştirilmekte; sonuçlar, uyum iyiliği indeksi ile karşılaştırılmaktadır.

2.7. Ölçeklere İlişkin Verilerin Frekans Analizi

Örnekleme oluşturan katılımcıların demografik verilerine göre dağılımları ve frekans analizi sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 2.5: Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Cinsiyet	Sayı	Yüzde (%)
Kadın	418	61,3
Erkek	264	38,7
Toplam	682	100,0
Yaş	Sayı	Yüzde (%)
20-30 yaş	185	27,1
31-40 yaş	197	28,9
41-50 yaş	165	24,2
51 yaş veya üzeri	135	19,8
Toplam	682	100,0
Medeni Durum	Sayı	Yüzde (%)
Evli	448	65,7
Bekâr	203	29,8
Diğer	31	4,5
Toplam	682	100,0
Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde (%)
Ortaöğretim	32	4,7
Lise	87	12,8
Yüksek Okul	157	23,0
Üniversite	330	48,4
Yüksek Lisans	45	6,6
Doktora	31	4,5
Toplam	682	100,0
Gelir Durumu	Sayı	Yüzde (%)
2001-4000 TL	315	46,2
4001-6000 TL	277	40,6
6001 TL ve üzeri	90	13,2
Toplam	682	100,0

Katılımcıların cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde, %61,3'ünün kadın, %38,7'sinin erkek; yaşlarına göre dağılımları incelendiğinde, %27,1'inin 20-30 yaş, %28,9'unun 31-40 yaş, %24,2'sinin 41-50 yaş, %19,8'inin 51 yaş veya üzeri olduğu belirlenmiştir. Medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, %65,7'sinin evli, %29,8'inin bekâr, %4,5'inin diğer olduğu; eğitim durumlarına göre dağılımları

incelendiğinde, %4,7'sinin ortaöğretim, %12,8'inin lise, %23,0'ının yüksekokul, %48,4'ünün üniversite, %6,6'sının yüksek lisans, %4,5'inin doktora olduğu belirlenmiştir. Gelir durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, %46,2'sinin 2001-4000 TL, %40,6'sının 4001-6000 TL, %13,2'sinin 6001 TL ve üzeri olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2.6: Katılımcıların Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımları

Meslek	Sayı	Yüzde (%)
Doktor	85	12,5
Hemşire	228	33,4
Ebe	35	5,1
Eczacı	18	2,6
Diğer Sağlık Personeli	178	26,1
Diğer	138	20,2
Toplam	682	100,0
İşteki Mevcut Konum	Sayı	Yüzde (%)
Yönetici	23	3,4
Birim Amiri	53	7,8
Diğer	606	88,9
Toplam	682	100,0
Kadro Durumu	Sayı	Yüzde (%)
Kadrolu	504	73,9
Sözleşmeli	133	19,5
Diğer	45	6,6
Toplam	682	100,0
Mesleki Kıdem	Sayı	Yüzde (%)
1 yıldan az	51	7,5
1-5 yıl	153	22,4
6-10 yıl	148	21,7
11-15 yıl	108	15,8
16-20 yıl	93	13,6
21 yıl ve üzeri	129	18,9
Toplam	682	100,0
Çalışılan Birim	Sayı	Yüzde (%)

Ameliyathane	48	7
Acil	99	14,5
Yoğun Bakım	40	5,9
Yataklı Servis	117	17,2
İdari	117	17,2
Diğer	261	38,3
Toplam	682	100,0

Katılımcıların mesleklerine göre dağılımları incelendiğinde, %12,5'inin doktor, %33,4'ünün hemşire, %5,1'inin ebe, %2,6'sının eczacı, %26,1'inin diğer sağlık personeli, %20,2'sinin diğer olduğu; işteki mevcut konumlarına göre dağılımları incelendiğinde, %3,4'ünün yönetici, %7,8'inin birim amiri, %88,9'unun diğer olduğu belirlenmiştir. Kadro durumuna göre dağılımları incelendiğinde, %73,9'unun kadrolu, %19,5'inin sözleşmeli, %6,6'sının diğer olduğu belirlenmiştir. Mesleki kıdemlerine göre dağılımları incelendiğinde, %7,5'inin 1 yıldan az, %22,4'ünün 1-5 yıl, %21,7'sinin 6-10 yıl, %15,8'inin 11-15 yıl, %13,6'sının 16-20 yıl, %18,9'unun 21 yıl ve üzeri olduğu; çalışılan birime göre dağılımları incelendiğinde, %7,0'ının ameliyathane, %14,5'inin acil, %5,9'unun yoğun bakım, %17,2'sinin yataklı servis, %17,2'sinin idari, %38,3'ünün diğer olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2.7: Katılımcıların En Çok İletişim Kurulan Hastalara Göre Dağılımları

En Çok İletişim Kurulan Hastalar	Sayı	Yüzde (%)
Yeni Doğan	18	2,6
Çocuk	30	4,4
Yetişkin	137	20,1
Yaşlı	71	10,4
Hepsi	289	42,4
Hiçbiri	137	20,1
Toplam	682	100,0

Katılımcıların en çok iletişim kurulan hastalara göre dağılımları incelendiğinde; %2,6'sının yeni doğan, %4,4'ünün çocuk, %20,1'inin yetişkin, %10,4'ünün yaşlı, %42,4'ünün hepsi, %20,1'inin hiçbiri olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2.8: Katılımcıların En Çok İletişim Kurulan Hastanın Cinsiyetine Göre Dağılımları

En Çok İletişim Kurulan Hastanın Cinsiyeti	Sayı	Yüzde (%)
Kadın	302	66,8
Erkek	150	33,2
Toplam	452	100,0

Katılımcıların en çok iletişim kurulan hastaların cinsiyetine göre dağılımları incelendiğinde; %66,8'inin kadın, %33,2'sinin erkek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2.9: Katılımcıların Son 2 Yıl İçinde Şiddete Maruz Kalmalarına Göre Dağılımları

Son 2 Yıl İçinde Şiddete Maruz Kalma	Sayı	Yüzde (%)
Evet	399	58,5
Hayır	283	41,5
Toplam	682	100,0

Katılımcıların son 2 yıl içinde şiddete maruz kalmalarına göre dağılımları incelendiğinde; %58,5'inin şiddete maruz kaldığı, %41,5'inin maruz kalmadığı belirlenmiştir.

Tablo 2.10: Katılımcıların Cevabı Evet İse, Maruz Kalınan Şiddet Olayına Göre Dağılımları

Evet, İse Maruz Kalınan Şiddet Olayı	Sayı	Yüzde (%)
Sözel	297	74,4
Fiziksel	36	9,0
Cinsel	15	3,8
Mobbing	51	12,8
Toplam	399	100,0

Katılımcıların şiddete maruz kalma sorusuna cevabı evet ise, şiddet olaylarına göre dağılımları incelendiğinde; %74,4'ünün sözel, %9,0'ının fiziksel, %3,8'inin cinsel, %12,8'inin mobbing olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2.11: Meslek Grupları İle Son İki Yıl İçerisinde Şiddete Maruz Kalma Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Mesleğiniz	Son 2 Yıl İçerisinde Şiddete Maruz Kaldınız Mı?		X ²	Sd	P
	Evet	Hayır			
Doktor	n	61	37,623	5	0,001**
	%	71,8			
Hemşire	n	146			
	%	64,0			
Ebe	n	24			
	%	68,6			
Eczacı	n	2			
	%	11,1			
Diğer Sağlık Personeli	n	104			
	%	58,4			
Diğer	n	62			
	%	44,9			

**p<0.01

Araştırma kapsamındaki sağlık çalışanlarının, meslek grupları ile son iki yıl içerisinde şiddete maruz kalma durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi için ki-kare analizi yapılmıştır. Yapılan ki-kare analizi sonucuna göre, sağlık çalışanlarının meslek grupları ile son iki yıl içerisinde şiddete maruz kalma durumları arasındaki ilişkinin %99 güven düzeyinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($X^2=37,623$; $Sd=5$; $p=0.001<0.01$). Doktorların %71,8'inin son 2 yıl içerisinde şiddete maruz kaldıkları, %28,2'sinin ise son 2 yıl içerisinde herhangi bir şiddete maruz kalmadıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin %64'ünün son 2 yıl içerisinde şiddete maruz kaldıkları, %36'sının ise son 2 yıl içerisinde herhangi bir şiddete maruz kalmadıkları belirlenmiştir. Ebelerin %68,6'sının son 2 yıl içerisinde şiddete maruz kaldıkları, %31,4'ünün ise son 2 yıl içerisinde herhangi bir şiddete maruz kalmadıkları belirlenmiştir. Eczacıların %11,1'inin son 2 yıl içerisinde şiddete maruz kaldıkları, %88,9'unun ise son 2 yıl içerisinde herhangi bir şiddete maruz kalmadıkları belirlenmiştir. Diğer sağlık personelinin %58,4'ünün 2 yıl içerisinde şiddete maruz

kaldıkları, %41,6'sının ise son 2 yıl içerisinde herhangi bir şiddete maruz kalmadıkları belirlenmiştir. Diğer katılımcıların %44,9'unun son 2 yıl içerisinde şiddete maruz kaldıkları, %55,1'inin ise son 2 yıl içerisinde herhangi bir şiddete maruz kalmadıkları belirlenmiştir.

Tablo 2.12: Katılımcıların Tarafından Şiddet Görülen Kişiye Göre Dağılımları

Tarafından Şiddet Görülen Kişi	Sayı	Yüzde (%)
Hasta	60	21,7
Hasta Yakını	173	62,7
Personel veya Yönetim	43	15,6
Toplam	276	100,0

Katılımcıların tarafından şiddet görülen kişiye göre dağılımları incelendiğinde; %21,7'sinin hasta, %62,7'sinin hasta yakını, %15,6'sının personel veya yönetim olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2.13: Katılımcıların En Sık Tarafından Şiddetine Maruz Kalınan Kişinin Cinsiyetine Göre Dağılımları

En Sık Tarafından Şiddetine Maruz Kalınan Kişinin Cinsiyeti	Sayı	Yüzde (%)
Kadın	122	33,0
Erkek	248	67,0
Toplam	370	100,0

Katılımcıların en sık tarafından şiddetine maruz kalınan kişinin cinsiyetine göre dağılımları incelendiğinde; %33,0'ünün kadın, %67,0'sinin erkek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2.14: Katılımcıların Maruz Kalınan Şiddet Olayı ve Sıklığına Göre Dağılımları

Şiddet Olayı	Görülme Sıklığı	Sayı	Yüzde (%)
Fiziksel	1-2 kez	80	81,6
	3-4 kez	11	11,2
	5 kez veya üzeri	7	7,1
	Toplam	98	100,0
Sözel	1-2 kez	155	40,1
	3-4 kez	104	26,9
	5 kez veya üzeri	128	33,1
	Toplam	387	100,0
Cinsel	1-2 kez	6	66,7
	3-4 kez	1	11,1
	5 kez veya üzeri	2	22,2
	Toplam	9	100,0
Mobbing	1-2 kez	65	46,8
	3-4 kez	39	28,1
	5 kez veya üzeri	35	25,2
	Toplam	139	100,0

Katılımcıların şiddet olaylarına maruz kalma sıklığına göre dağılımları incelendiğinde; fiziksel şiddete %81,6'sının 1-2 kez, %11,2'sinin 3-4 kez, %7,1'inin 5 kez veya üzeri olduğu; sözel şiddete %40,1'inin 1-2 kez, %26,9'unun 3-4 kez, %33,1'inin 5 kez veya üzeri olduğu belirlenmiştir. Cinsel şiddete %66,7'sinin 1-2 kez, %11,1'inin 3-4 kez, %22,2'sinin 5 kez veya üzeri olduğu; mobbinge maruz kalma %46,8'inin 1-2 kez, %28,1'inin 3-4 kez, %25,2'sinin 5 kez veya üzeri olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2.15: Katılımcıların İşyerinde Şiddet Olayı Sonrasında Yapılan İşleme Göre Dağılımları

İşyerinde Şiddet Olayı Sonrasında Yapılan İşlem	Sayı	Yüzde (%)	
Davranış Gayri Resmi Olarak Tartışılır, Ancak Rapor Edilemez	Evet	252	55,9
	Hayır	199	44,1
	Toplam	451	100,0
İşyeri Uygulama Olayı Dosyalarında Resmi Rapor Hazırlanır	Evet	201	53,3
	Hayır	176	46,7
	Toplam	377	100,0
Hastanın Dosyasına Bir Giriş Yapılır	Evet	142	39,7
	Hayır	216	60,3
	Toplam	358	100,0
Beyaz Kod Uygulaması Devreye Alınır	Evet	415	80,1
	Hayır	103	19,9
	Toplam	518	100,0
Sağlık Otoritesine Resmi Bildirim Yapılır	Evet	262	69,9
	Hayır	113	30,1
	Toplam	375	100,0

Katılımcıların, işyerinde şiddet olayı ortaya çıktıktan sonra kurumda yapılan işlemlere verdikleri yanıtlara göre dağılımları incelendiğinde; %55,9'unun "Davranış gayri resmi olarak tartışılır, ancak rapor edilmez" şeklinde olduğu, %44,1'inin bu şekilde olmadığı; %53,3'ünün "İşyeri uygulama olayı dosyalarında resmi rapor hazırlanır" şeklinde olduğu, %46,7'sinin bu şekilde olmadığı; %39,7'sinin "Hastanın dosyasına bir giriş yapılır" şeklinde olduğu, %60,3'ünün bu şekilde olmadığı; %80,1'inin "Beyaz kod uygulaması devreye alınır" şeklinde olduğu, %19,9'unun bu şekilde olmadığı; %69,9'unun "Sağlık otoritesine resmi bildirim yapılmıştır" şeklinde olduğu, %30,1'inin bu şekilde olmadığı belirlenmiştir.

3. VERİLERİN ANALİZİ ve BULGULAR

Bu araştırma için, ölçeklerdeki soruların sağlık çalışanları tarafından anlaşılabilirliğini, ölçmek istenilen boyutlar için yeterli olup olmadığını, geçerliliğini, güvenilirliğini ve Açıklayıcı Faktör Analizlerini ortaya koymak için, 141 adet anket ile pilot çalışma yapılmıştır. 128 anket geçerli sayılmış ve anketlerde 5'li likert ölçeği kullanılmıştır. Ana çalışma için, 761 kişiye anket uygulanmıştır. Anketlerden geri dönüşler alındığında 59 adet anket, büyük bir kısmının boş olması nedeniyle işleme alınmamıştır. Geriye kalan 702 katılımcının doldurduğu formlardaki tutarsızlıklardan dolayı 20 kişi örneklem dışına çıkarılmış ve toplamda 682 katılımcıya ulaşılmıştır. Ulaşılan örneklem sayısının, hedeflenen örneklem sayısından çok daha fazla olması, yapılacak olan analizlerde standart hatanın azalmasını, sonuçların daha güvenilir çıkmasını sağlayacaktır.

Araştırmanın bu bölümünde, ölçeklerin güvenilirliğini ve geçerliliğini ortaya koymak adına Cronbach's Alpha analizi ve Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) yapılmıştır. AFA ile ölçeklerde birbiriyle ilişkili birçok değişkeni bir araya getirerek, az sayıda anlamlı yeni değişkenler elde edilmiştir, faktörleştirme sağlanmıştır (Büyüköztürk, 2002). Önceden oluşturulan bu yapılar, Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile doğrulanmıştır. Ayrıca, ölçeklerden elde edilen verilerin dağılım normalliği analizine ve ölçeklerin alt boyutlarına ilişkin betimsel analizlere yer verilmiştir.

3.1. Ölçeklere İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi

Sağlık sektöründe işyeri şiddeti, yaşam kalitesi ve iş performansı ölçeklerine ilişkin geçerlilik-güvenilirlik testleri ve Açıklayıcı Faktör Analizi sonuçlarına, bu bölümde yer verilmiştir.

3.1.1. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeğine Ait Açıklayıcı Faktör Analizi

16 Maddeden oluşan Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti ölçeğinde, madde-toplam korelasyon değeri 0,25'in altında bulunan üç madde, madde ölçme gücünün zayıf olması nedeniyle (Lorcu, 2015) ölçekten çıkarılmasının uygun olacağına karar verilmiştir. Madde çıkarımı yapıldıktan sonra 16 maddeden 13 maddeye düşen ölçekte, madde ilişki düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığını belirlemek için Cronbach's Alpha analizi kullanılmış olup, ölçeğin güvenilirlik seviyesinin yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($\alpha=0,90$).

Tablo 3.1: Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeğinin Madde ve Toplam Ölçek Korelasyonu Değerleri

Madde No	R	P
4	0,606	0,000**
5	0,677	0,000**
6	0,764	0,000**
7	0,688	0,000**
8	0,760	0,000**
9	0,752	0,000**
10	0,717	0,000**
11	0,545	0,000**
12	0,703	0,000**
13	0,781	0,000**
14	0,743	0,000**
15	0,746	0,000**
16	0,606	0,000**
Güvenilirlik: 0,912		

**p<0.01

Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti ölçeğinin, madde ve toplam ölçek korelasyon değerlerinin 0,545-0,781 arasında olduğu ve her madde için ilişkinin

anlamli olduğu görülmektedir ($p < ,01$). Bu bağlamda $r > ,30$ düzeyindeki ilişkiler, veri setinin faktör analizine uygunluğuna işaret etmektedir.

13 Sorudan oluşan ‘‘Sağlık Sektöründe işyeri şiddeti’’ölçeğinde, faktör analizinin n şartları olan değişkenler arasında belli oranda korelasyon bulunmasının sonucunda; veri setinin faktör analizine uygunluğuna karar vermek amacıyla, KMO değer, Bartlett Küresellik testi ve değişkenler arasındaki ilişkiler esas alınmıştır (Tabachnick ve Fidel, 2001). KMO değerinin, 60’tan büyük olması veriler üzerinden faktör analizi yapılabileceğini göstermektedir (Büyüköztürk, 2009).

Tablo 3.2: Sağlık Sektöründe işyeri şiddeti leği KMO ve Bartlett Testi Sonucu

İstatistik		Değer
KMO rneklem Yeterliliği		0,879
Bartlett Küresellik Testi	Ki-kare Değer (χ^2)	1006,860
	Serbestlik Derecesi (df)	78
	Anlamlılık Değer (p)	0,000

Tablo 3.2’de görüldüğü üzere KMO değer, 879 ($> ,60$) ve Bartlett küresellik testi $p < ,01$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Bu bulgular örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğunu ve verilerin çok değişkenli normal dağılımdan elde edildiğini göstermektedir.

Aşağıda tabloda, sağlık sektöründe işyeri şiddeti leğine ait faktör döndürme işlemi öncesi ve sonrası ‘‘z değerlerine ve açıkladıkları varyans düzeylerine’’ yer verilmiştir.

Tablo 3.3: Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeğinin Alt Boyutlarının Öz Değerleri ve Açıkladıkları Varyans Düzeyleri

Bileşenler	Başlangıç Öz Değerleri			Döndürme Sonrası Yüklerin Kareler Toplamı		
	Toplam	Varyans%	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %
1	6,395	49,189	49,189	3,495	26,883	26,883
2	1,527	11,747	60,936	2,928	22,523	49,406
3	1,291	9,928	70,863	2,789	21,457	70,863

Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti ölçeğinin faktör yapısının çıkarımı için Temel Bileşenler Analizi kullanılmış olup, faktörlerin nasıl döndürüleceğinin belirlenmesi için dikey döndürme yöntemlerinden varimax dik döndürme yöntemi tercih edilmiştir. Ölçekteki maddelerin kalması ya da kalmaması durumuna karar vermede faktör yük değerlerinin ,45 veya daha üzeri bir değer olması ölçüt olarak alınmıştır (Büyüköztürk, 2009). Bununla birlikte, maddelerin tek bir faktör altında yük değeri taşıma özelliği de dikkate alınmıştır. Tablo 3.3'te görüldüğü üzere Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti ölçeğinin öz değeri 1,00'den büyük 3 faktörlü bir yapı sergilemektedir. Döndürme işlemi sonrası, birinci faktör toplam varyansın %26,883'ünü; ikinci faktör toplam varyansın %22,523'ünü, üçüncü faktör ise toplam varyansın %21,457'sini açıklamaktadır. Üç faktörün birlikte açıkladıkları toplam varyans ise %70,863 olup, sosyal bilimlerde açıklanan varyansın %40 ile %60 arasında olması yeterli kabul edilmektedir (Büyüköztürk, 2009). Ölçeğe ait yamaç grafiği incelendiğinde, ölçeğin 3 faktörlü yapıda incelenmesinin yeterli olacağı kanısına varılmıştır.

Tablo 3.4: Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeğine Ait Faktör Yük Değerleri

Maddeler	Faktör			Güvenirlilik Düzeyi
	1	2	3	
12.Yaşadığım şiddet olayı, hastalarla ilgilenme yöntemimi etkiledi.	0,596			0,881
13.Yaşadığım şiddet olayı, iş arkadaşlarımla ilgilenme yöntemimi etkiledi.	0,781			
16.İşyerimde çalıştığım ortamda şiddet konusunda oldukça endişeliyim	0,784			
14.Yaşadığım şiddet olayı, profesyonel görevlerimi ele alış biçimimi etkiledi.	0,811			
15.Yaşadığım şiddet olayı, çalışma saatleri dışındaki hayatımı etkiledi.	0,820			
10.Yaşadığım şiddet olayı, kişinin aldığı hizmetle ilgili hayal kırıklığı nedeniyle yaşandı.		0,712		0,852
9.Yaşadığım şiddet olayı,tedavide uzun bekleme süreleri nedeniyle yaşandı.		0,735		
8.Yaşadığım şiddet olayı, hastanın bilgilendirme yetersizliği nedeniyle yaşandı.		0,751		
11.Yaşadığım şiddet olayından hiçbir şekilde etkilenmedim.		0,795		
7.Yaşadığım şiddet olayına, saldırganın iletişim sorunları etkendi.			0,596	0,848
6.Yaşadığım şiddet olayında saldırganın (gelir, aile ve kişisel yaşam gibi konularda) olumsuz koşulları etkendi.			0,783	
4.Yaşadığım şiddet olayında saldırgan, alkol veya uyuşturucu madde etkisindeydi.			0,801	
5.Yaşadığım şiddet olayında, saldırganın psikolojik sorunları (akıl sağlığı vs) vardı.			0,853	

Tablo 3.4'te döndürme sonrası oluşan faktör yapısı ve faktör yük değerleri sunulmaktadır. Tablodaki bulgular değerlendirilirken faktör yük değerinin $>,45$ (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2016) ve iki faktör yük değeri arasındaki farkın en az $>,10$ (Büyüköztürk, 2011) olması dikkate alınmıştır. Bu kurala uymayan madde olmadığından ölçekten madde çıkarılmasına gerek duyulmamıştır. Maddelere ait faktör yükleri incelendiğinde, faktör yük değerlerinin 0,596-0,853 arasında

olduğu belirlenmiştir. Faktör 1 altındaki maddelere “**Şiddet ve İş Yaşamı**” adının verilmesinin uygun olacağına karar verilmiştir. Faktör 1 boyutuna ait güvenilirlik analizi ($\alpha = ,881$) sonucu yüksek düzeydedir. Faktör 2 altındaki maddeler incelendiğinde, faktör 2’ye “**Şiddet Nedenleri**” adının verilmesinin uygun olacağına karar verilmiştir. Faktör 2 boyutuna ait güvenilirlik analizi ($\alpha = ,852$) sonucu yüksek düzeydedir. Faktör 3 altındaki maddelere “**Saldırgan Özellikleri**” adının verilmesinin uygun olacağına karar verilmiştir. Faktör 3 boyutuna ait güvenilirlik analizi ($\alpha = ,848$) sonucu da yüksek düzeydedir.

Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti ölçeğinin, ölçtüğü özellik açısından kişileri ayırt etmede ne kadar yeterli olduğunu belirlemek amacıyla madde toplam korelasyonları ile özgün ölçekte toplam puana göre belirlenmiş Alt-Üst % 27’lik grup ortalamaları farkına dayalı madde analizi yapılmıştır (Büyüköztürk, 2011). Ölçek aracılığıyla hesaplanan puanlarla, puanlara göre belirlenen Alt-Üst % 27’lik gruplar arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi yöntemine başvurulmuştur.

Tablo 3.5:Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeğine Ait Madde Ayırt Edicilik Analizi

Madde No	Grup	n	\bar{X}	Ss	t	sd	P
Madde 4	Alt	35	1,63	0,84	-9,579	68	0,000**
	Üst	35	3,86	1,09			
Madde 5	Alt	35	1,97	1,12	-9,273	68	0,000**
	Üst	35	4,14	0,81			
Madde 6	Alt	35	1,86	1,00	-11,752	68	0,000**
	Üst	35	4,23	0,65			
Madde 7	Alt	35	2,40	1,35	-7,207	68	0,000**
	Üst	35	4,24	0,67			
Madde 8	Alt	35	1,54	0,74	-12,737	68	0,000**
	Üst	35	4,09	0,92			
Madde 9	Alt	35	1,66	0,97	-11,054	68	0,000**
	Üst	35	4,14	0,91			
Madde 10	Alt	35	1,69	1,05	-9,345	68	0,000**

	Üst	35	3,94	0,97			
Madde 11	Alt	35	1,60	0,95	-6,945	68	0,000**
	Üst	35	3,46	1,27			
Madde 12	Alt	35	2,09	1,22	-8,077	68	0,000**
	Üst	35	4,09	0,81			
Madde 13	Alt	35	1,69	0,87	-12,311	68	0,000**
	Üst	35	4,17	0,82			
Madde 14	Alt	35	1,89	1,08	-9,836	68	0,000**
	Üst	35	4,11	0,80			
Madde 15	Alt	35	2,09	1,15	-8,739	68	0,000**
	Üst	35	4,21	0,86			

**p<0.01

Tablo 3.5. incelendiğinde Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti ölçeğinin Alt-Üst % 27'lik gruplar arasında puan ortalamaları açısından farkların, istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür (p<,01). Bu bulgular, ölçek maddelerinin iç tutarlılığının yüksek ve bireyleri ayırt etmede yeterli olduğunu gösterir niteliktedir.

3.1.2. Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait Açıklayıcı Faktör Analizi

Çalışanlar için “Yaşam Kalitesi” ölçeği, 30 sorudan oluşmaktadır. Madde-toplam korelasyon değeri 0,25'in altında olan maddelerin, madde ölçme gücünün zayıf olması nedeniyle ölçekten çıkarılmasının uygun olacağına karar verilmiştir. Madde çıkarımı yapıldıktan sonra 30 maddeden 15 maddeye düşen ölçekte, madde ilişki düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık analizinde Cronbach's Alpha analizi kullanılmış olup, ölçeğin güvenilirlik seviyesinin yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($\alpha=0,90$).

Tablo 3.6: Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Madde ve Toplam Ölçek Korelasyonu Değerleri

Madde No	R	P
2	0,572	0,000**
5	0,454	0,000**
7	0,716	0,000**
8	0,714	0,000**
9	0,776	0,000**
10	0,751	0,000**
11	0,736	0,000**
13	0,747	0,000**
14	0,557	0,000**
19	0,434	0,000**
21	0,702	0,000**
23	0,635	0,000**
25	0,727	0,000**
26	0,479	0,000**
28	0,469	0,000**
Güvenilirlik: 0,900		

****p<0.01**

Yaşam Kalitesi ölçeğinden madde çıkarımı sonrasında, madde ve toplam ölçek korelasyon değerlerinin “434-776” arasında ve her madde için ilişkinin anlamlı olduğu görülmektedir ($p<,01$). Bu bağlamda “ $r >,30$ ” düzeyindeki ilişkiler veri setinin faktör analizine uygunluğuna işaret etmektedir.

15 Sorudan oluşan yaşam kalitesi ölçeğinde; faktör analizinin ön şartı olan, değişkenler arasında belli oranda korelasyon, mevcuttur. Veri setinin faktör analizine uygunluğuna karar vermek amacıyla KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) değeri, Bartlett Küresellik testi ve değişkenler arasındaki ilişkiler esas alınmıştır. KMO değerinin ,60'tan büyük olması, veriler üzerinden faktör analizi yapılabileceğini göstermektedir. KMO ve Bartlett testi sonuçları, aşağıda yer almaktadır.

Tablo 3.7: Yaşam Kalitesi Ölçeği KMO ve Bartlett Testi Sonucu

İstatistik		Değer
KMO Örneklem Yeterliliği		0,869
Bartlett Küresellik Testi	Ki-kare Değeri (χ^2)	794,515
	Serbestlik Derecesi (df)	105
	Anlamlılık Değeri (p)	0,000

Tablo 3.7’de görüldüğü üzere KMO değeri ,869 ($>,60$) ve Bartlett küresellik testi $p<0,01$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Bu bulgular, örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğunu ve verilerin çok değişkenli normal dağılımdan elde edildiğini göstermektedir.

Aşağıda tabloda, yaşam kalitesi ölçeğine ait faktör döndürme işlemi öncesi ve sonrası “öz değerlerine ve açıkladıkları varyans düzeylerine” yer verilmiştir.

Tablo 3.8: Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutlarının Öz Değerleri ve Açıkladıkları Varyans Düzeyleri

Bileşenler	Başlangıç Öz Değerleri			Döndürme Sonrası Yüklerin Kareler Toplamı		
	Toplam	Varyans%	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %
1	6,343	42,284	42,284	3,041	20,276	20,276
2	1,448	9,651	51,935	3,028	20,187	40,463
3	1,266	8,438	60,374	2,987	19,911	60,374

Yaşam Kalitesi ölçeğinin faktör yapısının çıkarımı için Temel Bileşenler Analizi kullanılmış; faktörlerin nasıl döndürüleceğinin belirlenmesi için de dikey döndürme yöntemlerinden olan varimax dik döndürme yöntemi tercih edilmiştir. Ölçekteki maddelerin kalması ya da kalmaması durumuna karar vermede faktör yük değerlerinin ,45 veya daha üzeri bir değer olması ölçüt olarak alınmıştır. Bununla birlikte maddelerin tek bir faktör altında yük değeri taşıma özelliği de dikkate alınmıştır. Yaşam kalitesi ölçeğinin öz değeri 1,’den büyük 3 faktörlü bir yapı sergilemektedir. Döndürme işlemi sonrası birinci faktör toplam varyansın

%20,276'sını, ikinci faktör toplam varyansın %20,187'sini ve üçüncü faktör toplam varyansın %19,911'ini açıklamaktadır. Üç faktörün birlikte açıkladıkları toplam varyans ise %60,374 olup, sosyal bilimlerde açıklanan varyansın %40 ile %60 arasında olması yeterli kabul edilmektedir. Ölçeğe ait yamaç grafiği incelendiğinde, ölçeğin 3 faktörlü yapıda incelenmesinin yeterli olacağı kanısına varılmıştır.

Tablo 3.9: Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait Faktör Yük Değerleri

Maddeler	Faktörler			Güvenirlilik Düzeyi
	1	2	3	
11.Yardım için yaptığım çalışmalarımın dolaylı zaman zaman kendimi zorda hissediyorum.	0,815			0,886
10.Yardım eden olarak kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum.	0,818			
13.Yardım eden olmamın sonucunda kendimi çökkün hissediyorum.	0,832			
5.Ani ya da beklenmedik ses duyunca sırıyorum ya da ürküyorum.		0,486		0,819
23.Bana, yardım ettiğim insanların korku verici yaşantılarını hatırlattığı için, çeşitli etkinlik ve durumlarda bulunmaktan kaçınıyorum.		0,511		
25.Yardım etmemin sonucu olarak sıkıntı verici veya korkutucu düşüncelerim oluyor.		0,518		
21.Yaptığım işin yorgunluğu veya yardım ettiğim kişilerin çokluğu gibi nedenlerle kendimi tükenmiş hissediyorum.		0,627		
19.Kendimi tükenmiş hissediyorum.		0,661		
26.Çalışma sisteminden dolayı kendimi çıkmaza girmiş gibi hissediyorum.		0,726		
28.Travma mağdurlarıyla yaptığım çalışmaların önemli bölümlerini hatırlayamıyorum.		0,739		0,805
2.Yardım ettiğim kişiler zihnimi çok meşgul ediyor.			0,469	
9.Yardım ettiğim kişilerin yaşadığı stresin bana de geçebileceğini düşünüyorum.			0,559	
7.Yardım eden rolümle, kendi özel hayatımı birbirinden ayırmakta zorlanıyorum.			0,672	

Tablo 3.9.'de döndürme sonrası oluşan faktör yapısı ve faktör yük değerleri sunulmaktadır. Tablodaki bulgular değerlendirilirken faktör yük değerinin $>,45$ ve iki faktör yük değeri arasındaki farkın en az $>,10$ olması dikkate alınmıştır. Bu kurala uymayan madde olmadığından ölçekten madde çıkarılmasına gerek duyulmamıştır. Maddelere ait faktör yükleri incelendiğinde, faktör yük değerlerinin $0,469-0,832$ arasında olduğu belirlenmiştir. Faktör 1 altındaki maddelere “**Empati Yorgunluğu**” adının verilmesinin uygun olacağına karar verilmiştir. Faktör 1 boyutuna ait güvenilirlik analizi ($\alpha= ,886$) sonucu, yüksek düzeydedir. Faktör 2 altındaki maddeler incelendiğinde, faktör 2’ye “**Tükenmişlik**” adının verilmesinin uygun olacağına karar verilmiştir. Faktör 2 boyutuna ait güvenilirlik analizi ($\alpha= ,819$) sonucu, yüksek düzeydedir. Faktör 3 altındaki maddelere, “**Duyusal Tükenme**” adının verilmesinin uygun olacağına karar verilmiştir. Faktör 3 boyutuna ait güvenilirlik analizi ($\alpha= ,805$) sonucu da yüksek düzeydedir.

Yaşam Kalitesi ölçeğinin, ölçtüğü özellik açısından kişileri ayırt etmede ne kadar yeterli olduğunu belirlemek amacıyla, madde toplam korelasyonları ile özgün ölçekteki toplam puana göre belirlenmiş Alt-Üst %27’lik grup ortalamalarının farkına dayalı madde analizi yapılmıştır. Ölçek aracılığıyla hesaplanan puanlarla, puanlara göre belirlenen Alt-Üst % 27’lik gruplar arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için, bağımsız örneklem t-testi yöntemine başvurulmuştur.

Tablo 3.10: Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait Madde Ayırt Edicilik Analizi

Madde No	Grup	N	\bar{X}	Ss	t	Sd	p
Madde 2	Alt	35	2,23	0,97	-6,206	68	0,000**
	Üst	35	3,74	1,07			
Madde 5	Alt	35	2,40	1,09	-5,158	68	0,000**
	Üst	35	3,69	0,99			
Madde 7	Alt	35	1,51	0,70	-12,004	68	0,000**
	Üst	35	3,63	0,77			
Madde 8	Alt	35	1,77	0,84	-10,826	68	0,000**
	Üst	35	3,97	0,86			
Madde 9	Alt	35	1,63	0,73	-10,928	68	0,000**

	Üst	35	3,85	0,95			
Madde 10	Alt	35	1,11	0,32	-9,568	68	0,000**
	Üst	35	3,26	1,29			
Madde 11	Alt	35	1,46	0,61	-9,773	68	0,000**
	Üst	35	3,64	1,17			
Madde 13	Alt	35	1,31	0,58	-10,736	68	0,000**
	Üst	35	3,60	1,12			
Madde 14	Alt	35	2,17	0,98	-6,829	68	0,000**
	Üst	35	3,69	0,87			
Madde 19	Alt	35	2,29	0,99	-5,084	68	0,000**
	Üst	35	3,54	1,07			
Madde 21	Alt	35	2,00	0,94	-8,809	68	0,000**
	Üst	35	3,94	0,91			
Madde 23	Alt	35	1,61	0,95	-8,615	68	0,000**
	Üst	35	3,60	0,98			
Madde 25	Alt	35	1,31	0,58	-11,01	68	0,000**
	Üst	35	3,49	1,01			
Madde 26	Alt	35	1,85	0,93	-5,997	68	0,000**
	Üst	35	3,31	1,11			
Madde 28	Alt	35	1,93	0,89	-5,159	68	0,000**
	Üst	35	3,19	1,13			

**p<0.01

Tablo 3.10. incelendiğinde; Yaşam Kalitesi ölçeğinin Alt-Üst % 27'lik gruplar arasındaki puan ortalamaları farklarının, istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür ($p<,01$). Bu bulgular, ölçek maddelerinin iç tutarlılığının yüksek ve bireyleri ayırt etmede yeterli olduğunu gösterir niteliktedir.

3.1.3. İş Performansı Ölçeğine Ait Açıklayıcı Faktör Analizi

İş Performansı ölçeği, 16 sorudan oluşmaktadır. Madde-toplam korelasyon değeri 0,25'in altında madde bulunmadığından herhangi bir maddenin çıkarılmasına gerek duyulmamıştır.

Tablo 3.11: İş Performansı Ölçeğinin Madde ve Toplam Ölçek Korelasyonu Değerleri

Madde No	r	P
1	0,680	0,000**
2	0,678	0,000**
3	0,707	0,000**
4	0,750	0,000**
5	0,543	0,000**
6	0,583	0,000**
7	0,582	0,000**
8	0,625	0,000**
9	0,667	0,000**
10	0,520	0,000**
11	0,632	0,000**
12	0,622	0,000**
13	0,646	0,000**
14	0,593	0,000**
15	0,718	0,000**
16	0,610	0,000**
Güvenilirlik: 0,900		

**p<0.01

Ölçeğin iç tutarlılığını belirlemek için Cronbach's Alpha analizi kullanılmış olup, ölçeğin güvenilirlik seviyesinin yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($\alpha=0,90$). İş performansı ölçeğinde madde ve toplam ölçek korelasyon değerlerinin 520-,750 arasında ve her madde için ilişkinin anlamlı olduğu görülmektedir ($p<,01$).

İş Performansı ölçeği, faktör analizinin ön şartı olan değişkenler arasında belli oranda korelasyon bulunması koşuluna sahiptir. Veri setinin faktör analizine uygunluğuna karar vermek amacıyla KMO değeri, Bartlett Küresellik testi ve değişkenler arasındaki ilişkiler esas alınmıştır. KMO değerinin ,60'tan büyük olması, veriler üzerinden faktör analizin yapılabileceğini göstermektedir.

Tablo 3.12: İş Performansı Ölçeği KMO ve Bartlett Testi Sonucu

İstatistik		Değer
KMO Örneklem Yeterliliği		0,866
Bartlett Küresellik Testi	Ki-kare Değeri (χ^2)	1165,753
	Serbestlik Derecesi (df)	120
	Anlamlılık Değeri (p)	0,000

Tablo 3.12.'de görüldüğü üzere KMO değeri ,866 ($>,60$) ve Bartlett küresellik testi $p<0,01$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Bu bulgular, örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğunu ve verilerin çok değişkenli normal dağılımdan elde edildiğini göstermektedir.

Aşağıda tabloda, iş performansı ölçeğine ait faktör döndürme işlemi öncesi ve sonrası “öz değerlerine ve açıkladıkları varyans düzeylerine” yer verilmiştir.

Tablo 3.13: İş Performansı Ölçeğinin Alt Boyutlarının Öz Değerleri ve Açıkladıkları Varyans Düzeyleri

Bileşenler	Başlangıç Öz Değerleri			Döndürme Sonrası Yüklerin Kareler Toplamı		
	Toplam	Varyans%	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %
1	6,522	40,761	40,761	3,944	24,648	24,648
2	2,302	14,389	55,15	3,369	21,054	45,702
3	1,381	8,634	63,784	2,893	18,082	63,784

İş Performansı ölçeğinin faktör yapısının çıkarımı için Temel Bileşenler Analizi kullanılmıştır. Faktörlerin nasıl döndürüleceğinin belirlenmesi için de dikey döndürme yöntemlerinden olan varimax dik döndürme yöntemi tercih edilmiştir. Ölçekteki maddelerin kalması ya da kalmaması durumuna karar vermede faktör yük değerlerinin ,45 veya daha üzeri bir değer olması ölçüt olarak alınmıştır. Bununla birlikte maddelerin tek bir faktör altında yük değeri taşıma özelliği de dikkate alınmıştır. İş Performansı ölçeğinin öz değeri 1,00'den büyük 3 faktörlü bir yapı sergilemektedir. Döndürme işlemi sonrası, birinci faktör toplam varyansın

%24,648'ini; ikinci faktör toplam varyansın %21,054'ünü, üçüncü faktör ise toplam varyansın %18,082'sini açıklamaktadır. Üç faktörün birlikte açıkladıkları toplam varyans ise %63,784 olup, sosyal bilimlerde açıklanan varyansın %40 ile %60 arasında olması yeterli kabul edilmektedir. Ölçeğe ait yamaç grafiğinde, ölçeğin 3 faktörlü yapıda incelenmiştir.

Tablo 3.14: İş Performansı Ölçeğine Ait Faktör Yük Değerleri

Maddeler	Faktör			Güvenirlilik Düzeyi
	1	2	3	
6.Standart kullanım prosedürlerini takip eder ve yetkisiz kısa yollardan kaçınırım.	0,497			0,897
4.Kurum imajına uygun tavır ve tutum sergilerim.	0,804			
3.Bir görevi tamamlamak için engellerin üstesinden gelirim.	0,874			
1.Denetçiler mevcut olmasa bile talimatlara uyarım.	0,899			
2.Takımdaki diğer kişilerle işbirliği içinde çalışırım.	0,903			
10.Denetim otoritesinin kararlarını savunurum.		0,595		0,814
9.Önemli ayrıntılara çok dikkat ederim.		0,605		
8.Başkalarına, işlerini başarmada yardım etmeyi teklif ederim.		0,623		
16.Gönüllü olarak işten daha fazlasını yapar, başkalarına yardım eder veya şirket etkinliğine katkıda bulunurum.		0,643		
5.Ek sorumluluklar için gönüllü olur isterim.		0,679		
7.Zorlu görevleri isterim.		0,860		
11.Uygun iş nezaketiyle davranırım.			0,451	0,824
13.Bir işi çözmek için girişimci olurum.			0,646	
15.Zor bir işle heyecanla uğraşırım.			0,653	
14.Kişisel disiplin ve kendi kendini kontrol etmeyi başarıyorum.			0,782	
12.İş arkadaşlarımı sorunlarında destekler ve teşvik ederim.			0,792	

Tablo 3.14'te, döndürme sonrası oluşan faktör yapısı ve faktör yük değerleri sunulmaktadır. Tablodaki bulgular değerlendirilirken faktör yük değerinin $>,45$ ve iki faktör yük değeri arasındaki farkın en az $>,10$ olması dikkate alınmıştır. Bu kurala uymayan madde olmadığından ölçekten madde çıkarılmasına gerek duyulmamıştır. Maddelere ait faktör yükleri incelendiğinde, faktör yük değerlerinin 0,451-0,903

arasında olduğu belirlenmiştir. Faktör 1 altındaki maddelere “**Görev Performansı**” adının verilmesinin uygun olacağına karar verilmiştir. Faktör 1 güvenilirlik analizi ($\alpha = ,897$) sonucu yüksek düzeydedir. Faktör 2 altındaki maddeler incelendiğinde faktör 2’ye “**İşe Adanmışlık**” adının verilmesinin uygun olacağına karar verilmiştir. Faktör 2 boyutuna ait güvenilirlik analizi ($\alpha = ,814$) sonucu yüksek düzeydedir. Faktör 3 altındaki maddelere “**Kişisel uyum**” adının verilmesinin uygun olacağına karar verilmiştir. Faktör 3 boyutuna ait güvenilirlik analizi ($\alpha = ,824$) sonucu da yüksek düzeydedir.

İş Performansı ölçeğinin, ölçtüğü özellik açısından kişileri ayırt etmede ne kadar yeterli olduğunu belirlemek amacıyla madde toplam korelasyonları ile özgün ölçekte toplam puana göre belirlenmiş Alt-Üst % 27’lik grup ortalamaları farkına dayalı madde analizi yapılmıştır. Ölçek aracılığıyla hesaplanan puanlarla, puanlara göre belirlenen Alt-Üst % 27’lik gruplar arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için, bağımsız örneklem t-testi yöntemine başvurulmuştur.

Tablo 3.15:İş Performansı Ölçeğine Ait Madde Ayırt Edicilik Analizi

Madde No	Grup	N	\bar{X}	Ss	T	Sd	p
Madde 1	Alt	35	2,69	1,32	-8,72	68	0,000**
	Üst	35	4,74	0,44			
Madde 2	Alt	35	2,80	1,21	-8,947	68	0,000**
	Üst	35	4,77	0,49			
Madde 3	Alt	35	2,94	1,05	-9,532	68	0,000**
	Üst	35	4,77	0,43			
Madde 4	Alt	35	2,91	1,07	-10,712	68	0,000**
	Üst	35	4,91	0,28			
Madde 5	Alt	35	2,80	1,08	-5,288	68	0,000**
	Üst	35	4,09	0,95			
Madde 6	Alt	35	3,03	0,86	-7,413	68	0,000**
	Üst	35	4,54	0,85			
Madde 7	Alt	35	2,60	0,91	-7,88	68	0,000**
	Üst	35	4,11	0,68			
Madde 8	Alt	35	2,80	0,87	-8,864	68	0,000**

	Üst	35	4,43	0,65			
Madde 9	Alt	35	2,91	0,89	-9,542	68	0,000**
	Üst	35	4,60	0,55			
Madde 10	Alt	35	3,00	1,06	-5,679	68	0,000**
	Üst	35	4,22	0,70			
Madde 11	Alt	35	3,49	0,78	-9,456	68	0,000**
	Üst	35	4,86	0,36			
Madde 12	Alt	35	3,23	1,03	-7,958	68	0,000**
	Üst	35	4,74	0,44			
Madde 13	Alt	35	3,17	0,85	-8,098	68	0,000**
	Üst	35	4,60	0,60			
Madde 14	Alt	35	3,23	1,00	-7,095	68	0,000**
	Üst	35	4,63	0,60			
Madde 15	Alt	35	2,71	0,83	-10,201	68	0,000**
	Üst	35	4,49	0,61			
Madde 16	Alt	35	2,94	1,06	-7,334	68	0,000**
	Üst	35	4,51	0,70			

**p<0.01

İş Performansı ölçeğinin Alt-Üst % 27'lik gruplar arasındaki puan ortalamaları farklarının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür (p<,01). Bu bulgular, ölçek maddelerinin iç tutarlılığının yüksek ve bireyleri ayırt etmede yeterli olduğunu gösterir niteliktedir.

3.2. Ölçeklere İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi

Sağlık sektöründe işyeri şiddeti, yaşam kalitesi ve iş performansı ölçeklerine ait Doğrulayıcı Faktör Analizleri (DFA) sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir.

3.2.1. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeğine Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi

Tablo 3.16’da ana çalışma sonucu elde edilen veriler ile yapılan Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti ölçeğine ait DFA analizi sonucunda elde edilen madde istatistikleri bulguları yer almaktadır.

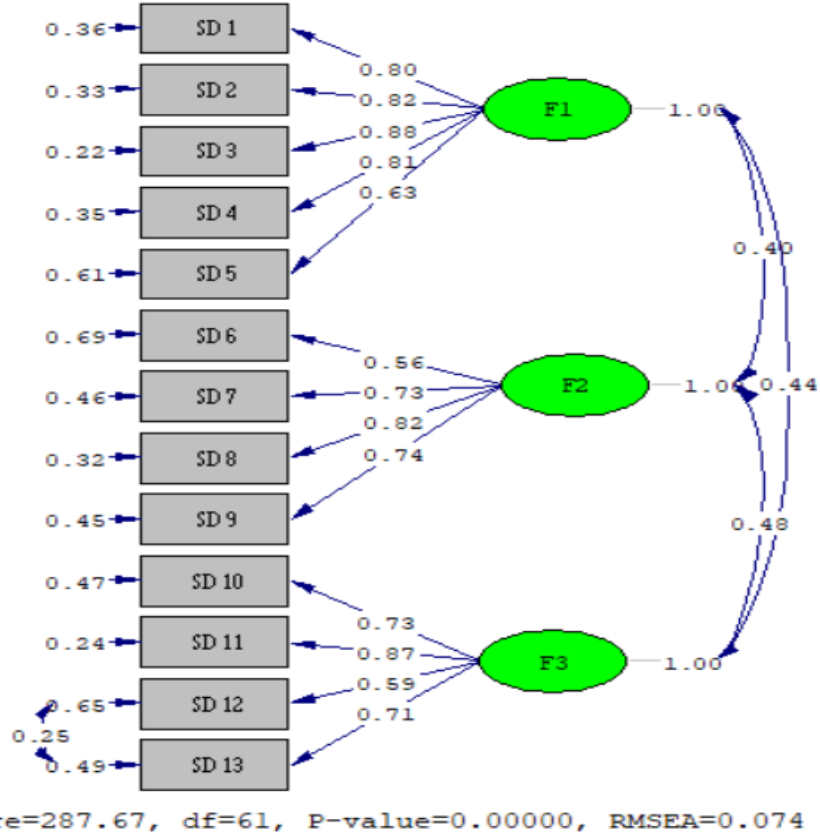
Tablo 3.16: Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeğine Ait DFA Bulgularına İlişkin Madde İstatistikleri

Madde No	Faktör Yük Değeri	R ²	Hata	T
1	0,80	0,64	0,36	25,54**
2	0,82	0,67	0,33	25,39**
3	0,88	0,77	0,22	28,46**
4	0,81	0,66	0,35	24,79**
5	0,63	0,40	0,61	17,56**
6	0,56	0,31	0,69	13,87**
7	0,73	0,53	0,46	20,89**
8	0,82	0,67	0,32	24,41**
9	0,74	0,55	0,45	21,35**
10	0,73	0,53	0,47	20,38**
11	0,87	0,76	0,24	25,47**
12	0,59	0,35	0,65	15,43**
13	0,71	0,50	0,49	19,70**

**p<0.01

Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti ölçeğinin pilot çalışma sonucu elde edilen AFA yapısı ve farklı bir veri ile elde edilen DFA bulguları incelendiğinde, maddelerin faktör yük değerleri 0,56-0,88 arasında değişmektedir. Söz konusu değerler, kabul edilebilir faktör yükü olarak değerlendirilebilir. Maddeler ile örtük değişkenler arasındaki ilişkilerin istatistiksel anlamlılık düzeyinin ifadesi olan t değerleri ise, p<,01 düzeyinde anlamlı bulunmuş ve bütün değerlerin 2,58’den büyük olduğu görülmüştür. Aşağıda DFA’ya ait path diyagramı aşağıda sunulmuştur.

Şekil 3.1:Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeğine Ait Path Diagramı



Path diyagramı incelendiğinde, modele ait uyum indekslerinin daha iyi seviyede çıkması için 12 ile 13 numaralı maddeler arasında modifikasyon yapılmıştır.

DFA sonucu elde edilen uyum indekslerinin düşükleri uyum kriterleri aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 3.17: Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeği Uyum İyiliği Değerleri

X ² /df	P	RMSEA	CFI	GFI	AGFI	NNFI	NFI	RMR	SRMR
4,715	0,000	0,065	0,96	0,94	0,91	0,95	0,96	0,092	0,071

DFA sonucu elde edilen uyum indeksi değerlerinin kabul edilebilir ve mükemmel uyum indeksleri içerisinde düştüğü görülmektedir. En önemli uyum

indeksi değeri olan X^2/df değerinin 4,715 ile kabul edilebilir uyum aralığına, RMSEA değerinin 0,065 ile kabul edilebilir uyum aralığına düştüğü diğer uyum indekslerinin de kabul edilebilir ve mükemmel uyum indeksleri içerisinde olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar açıklanan faktör yapısının doğrulandığını göstermektedir.

3.2.2. Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi

Ana çalışma ile yaşam kalitesi ölçeğine ait DFA analizi sonucunda elde edilen madde istatistikleri bulguları, aşağıda yer almaktadır.

Tablo 3.18: Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait DFA Bulgularına İlişkin Madde İstatistikleri

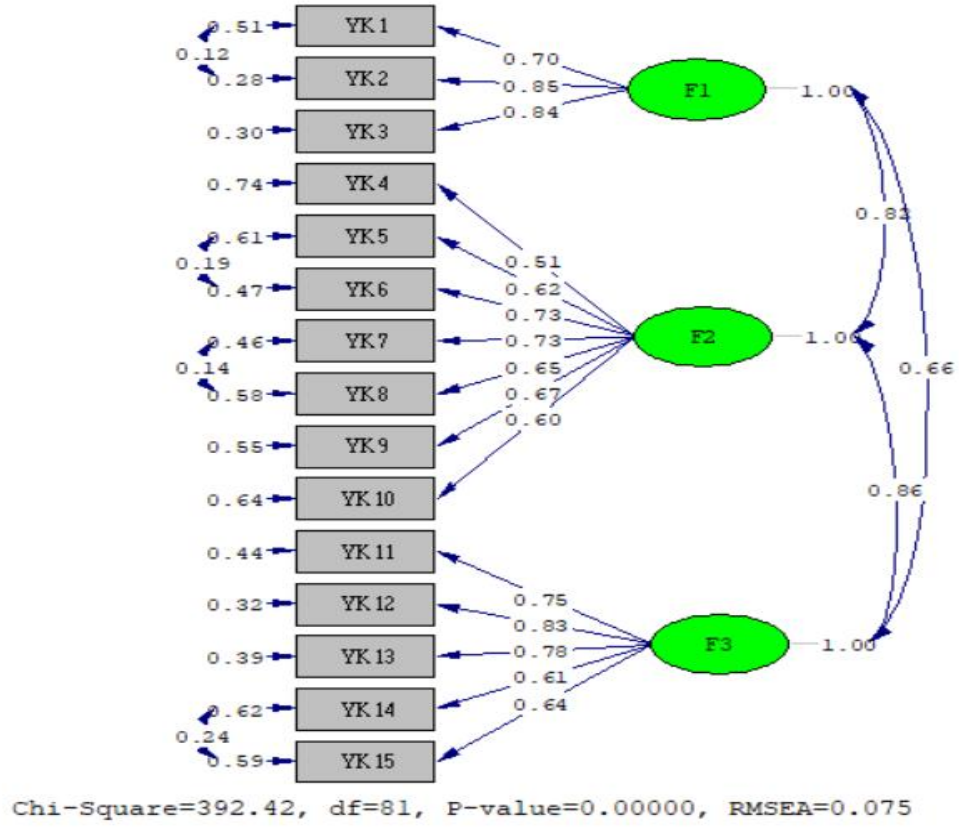
Madde No	Faktör Yük Değeri	R ²	Hata	T
1	0,70	0,49	0,51	18,78**
2	0,85	0,72	0,28	25,15**
3	0,84	0,71	0,30	24,79**
4	0,51	0,26	0,74	13,46**
5	0,62	0,38	0,61	17,09**
6	0,73	0,53	0,47	20,92**
7	0,73	0,53	0,46	21,06**
8	0,65	0,42	0,58	17,90**
9	0,67	0,45	0,55	18,72**
10	0,60	0,36	0,64	16,31**
11	0,75	0,56	0,44	21,85**
12	0,83	0,69	0,32	25,20**
13	0,78	0,61	0,39	23,27**
14	0,61	0,37	0,62	16,76**
15	0,64	0,41	0,59	17,74**

**p<0.01

Tablo 3.18’de Yaşam Kalitesi ölçeğinin pilot çalışma sonucu elde edilen AFA yapısı ve farklı bir veri ile elde edilen DFA bulguları incelendiğinde, maddelerin faktör yük değerleri 0,51-0,85 arasında değişmektedir. Söz konusu değerler, kabul edilebilir faktör yükü olarak değerlendirilebilir. Maddeler ile örtük değişkenler arasındaki ilişkilerin istatistiksel anlamlılık düzeyinin ifadesi olan t değerleri ise p<,01 düzeyinde anlamlı bulunmuş ve bütün değerlerin 2,58’den büyük

olduğu görülmüştür. Bu değerlerin 1,96'dan büyük olması ,05 düzeyinde, 2,58'den büyük olması, 01 düzeyinde anlamlılığı ifade etmektedir (Field, 2009). Aşağıda DFA'ya ait path diyagramı sunulmuştur.

Şekil 2.2: Yaşam Kalitesi Ölçeği DFA Path Diyagramı



Path diyagramını incelendiğinde, modele ait uyum indekslerinin daha iyi seviyede çıkması için 1-2, 5-6, 7-8 ve 14-15 numaralı maddeler arasında modifikasyon yapılmıştır.

DFA sonucu elde edilen uyum indekslerinin düştükleri uyum kriterleri aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 3.19: Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ölçeği Uyum İyiliği Değerleri

χ^2/df	P	RMSEA	CFI	GFI	AGFI	NNFI	NFI	RMR	SRMR
3,844	0,000	0,075	0,98	0,93	0,89	0,98	0,98	0,070	0,052

Bir modelin bütün olarak kabul edilebilir olması için, raporlanan uyum iyiliği indekslerinin kabul edilebilir veya mükemmel uyum sınırları içinde olması gerekmektedir. DFA sonucu elde edilen uyum indeksi değerlerinin, kabul edilebilir ve mükemmel uyum indeksleri içerisinde düştüğü görülmektedir. En önemli uyum indeksi değeri olan χ^2/df değerinin 3,844 ile kabul edilebilir uyum aralığına, RMSEA değerinin 0,075 ile kabul edilebilir uyum aralığına düştüğü, diğer uyum indekslerinin kabul edilebilir ve mükemmel uyum indeksleri içerisinde olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, açıklanan faktör yapısının doğrulandığını göstermektedir.

3.2.3. İş Performansı Ölçeğine Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi

Ana çalışma sonucu elde edilen veriler ile yapılan İş Performansı ölçeğine ait DFA analizi sonucunda elde edilen madde istatistikleri bulguları, aşağıda yer almaktadır.

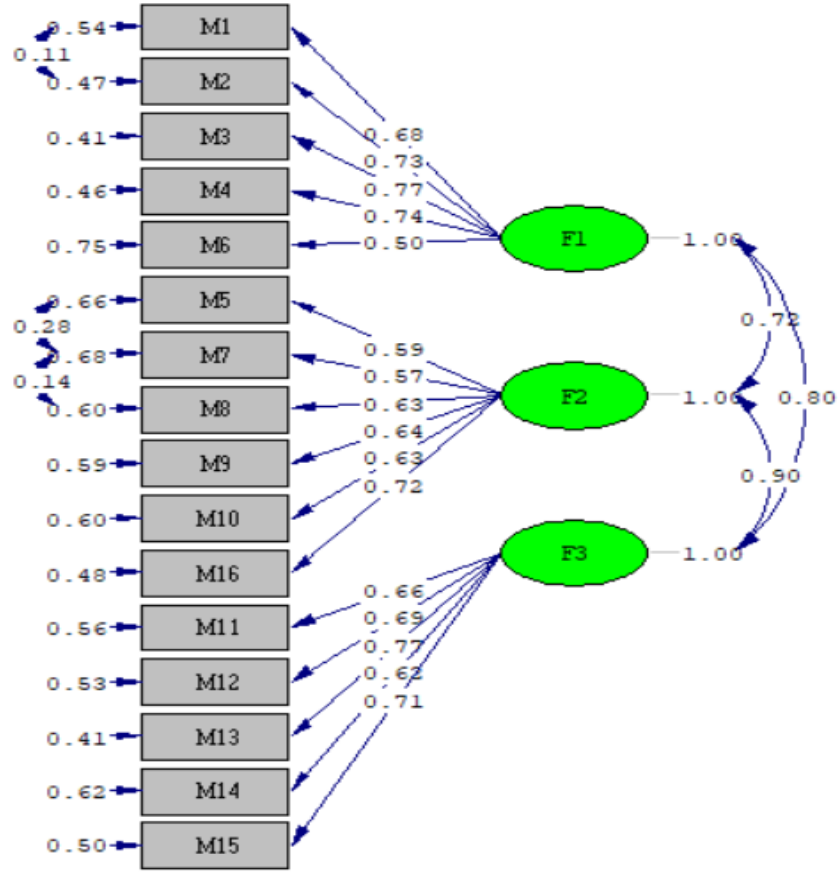
Tablo 3.20: İş Performansı Ölçeğine Ait DFA Bulgularına İlişkin Madde İstatistikleri

Madde No	Faktör Yük Değeri	R ²	Hata	T
1	0,68	0,46	0,54	18,53**
2	0,73	0,53	0,47	20,29**
3	0,77	0,59	0,41	22,13**
4	0,74	0,55	0,46	20,98**
6	0,5	0,25	0,75	12,93**
5	0,59	0,35	0,66	15,62**
7	0,57	0,32	0,68	14,86**
8	0,63	0,40	0,60	17,17**
9	0,64	0,41	0,59	17,49**
10	0,63	0,40	0,60	17,01**
16	0,72	0,52	0,48	20,35**
11	0,66	0,44	0,56	18,30**
12	0,69	0,48	0,53	19,47**
13	0,77	0,59	0,41	22,70**
14	0,62	0,38	0,62	16,99**
15	0,71	0,50	0,50	20,08**

****p<0.01**

Tablo 3.20’de İş Performansı ölçeğinin pilot çalışma sonucu elde edilen AFA yapısı ve farklı bir veri ile elde edilen DFA bulguları incelendiğinde, maddelerin faktör yük değerleri 0,50-0,77 arasında değişmektedir. Söz konusu değerler, kabul edilebilir faktör yükü olarak değerlendirilebilir. Maddeler ile örtük değişkenler arasındaki ilişkilerin istatistiksel anlamlılık düzeyinin ifadesi olan t değerleri ise, p<,01 düzeyinde anlamlı bulunmuş ve bütün değerlerin 2,58’den büyük olduğu görülmüştür. Aşağıda DFA’ne ait path diyagramı sunulmuştur.

Şekil 3.2: İş Performansı Ölçeğine Ait Path Diagramı



Chi-Square=343.03, df=94, P-value=0.00000, RMSEA=0.079

Path diyagramı incelendiğinde, modele ait uyum indekslerinin daha iyi seviyede çıkması için 1-2, 5-7 ve 7-8 numaralı maddeler arasında modifikasyon yapılmıştır.

DFA sonucu elde edilen uyum indekslerin düştükleri uyum kriterleri aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 3.21: İş Performansı Ölçeği Uyum İyiliği Değerleri

X ² /df	P	RMSEA	CFI	GFI	AGFI	NNFI	NFI	RMR	SRMR
3,649	0,000	0,079	0,97	0,92	0,88	0,96	0,96	0,042	0,058

Bir modelin bütün olarak kabul edilebilir olması için raporlanan uyum iyiliği indekslerinin kabul edilebilir veya mükemmel uyum sınırlar içinde olması gerekmektedir. DFA sonucu elde edilen uyum indeksi değerlerinin kabul edilebilir ve mükemmel uyum indeksleri içerisine düştüğü görülmektedir. En önemli uyum indeksi değeri olan X^2/df değerinin 3,649 ile kabul edilebilir uyum aralığına, RMSEA değerinin 0,079 ile kabul edilebilir uyum aralığına düştüğü, diğer uyum indekslerinin de kabul edilebilir ve mükemmel uyum indeksleri içerisinde olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar açıklanan faktör yapısının doğrulandığını göstermektedir.

3.3. Betimsel Analiz Sonuçları

Sağlık sektöründe işyeri şiddeti, yaşam kalitesi ve iş performansı araştırma verilerine ilişkin betimsel analiz sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir.

Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeğine Ait Betimsel Bulgular

Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti ölçeği alt boyutlarına ilişkin betimsel analiz sonuçları, Tablo 3.22’de verilmiştir.

Tablo 3.22: Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeğine Ait Bakış Açıklarına İlişkin Betimsel Bulgular

Ölçek	\bar{x}	Ss
Şiddet ve İş Yaşamı	2,91	1,09
Şiddet Nedenleri	2,38	0,89
Saldırgan Özellikleri	3,11	1,08
Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti	2,81	0,77

Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti ölçeği incelendiğinde; genel ortalamasının ($\bar{x}=2,81$) olduğu, şiddet ve iş yaşamı alt boyut ortalamasının ($\bar{x}=2,91$), şiddet nedenleri alt boyut ortalamasının ($\bar{x}=2,38$), saldırgan özellikleri alt boyut ortalamasının ($\bar{x}=3,11$) olduğu belirlenmiştir.

Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait Betimsel Bulgular

Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyutlarına ilişkin betimsel analizlere aşağıda yer verilmiştir.

Tablo 3.23: Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait Bakış Açıklarına İlişkin Betimsel Bulgular

Ölçek	\bar{x}	Ss
Empati Yorgunluğu	2,15	0,99
Tükenmişlik	2,34	0,83
Duygusal Tükenme	2,27	0,89
Yaşam Kalitesi	2,28	0,77

Yaşam Kalitesi ölçeği incelendiğinde; genel ortalamasının ($\bar{x}=2,28$) olduğu, empati yorgunluğu alt boyut ortalamasının ($\bar{x}=2,15$), tükenmişlik alt boyut ortalamasının ($\bar{x}=2,34$), duygusal tükenme alt boyut ortalamasının ($\bar{x}=2,27$) olduğu belirlenmiştir.

İş Performansı Ölçeğine Ait Betimsel Bulgular

İş performansı ölçeği alt boyutlarına ilişkin betimsel analizlere aşağıda yer verilmiştir.

Tablo 3.24: İş Performansı Ölçeğine Ait Bakış Açıklarına İlişkin Betimsel Bulgular

Ölçek	\bar{x}	Ss
Görev Performansı	4,28	0,55
İşe Adanmışlık	3,66	0,69
Kişisel Uyum	4,15	0,60
İş Performansı	4,01	0,54

İş Performansı ölçeği incelendiğinde; genel ortalamasının ($\bar{x}=4,01$) olduğu, görev performansı alt boyut ortalamasının ($\bar{x}=4,28$), işe adanmışlık alt boyut ortalamasının ($\bar{x}=3,66$), kişisel uyum alt boyut ortalamasının ($\bar{x}=4,15$) olduğu belirlenmiştir.

3.4. Ölçeklere İlişkin Verilerin Dağılım Normallliği Analizleri ve Araştırma Hipotezleri

Bu bölümde, yaşam kalitesi, iş performansı ve işyeri şiddeti ölçeğine ait verilerin dağılım normallliği analizlerine ve araştırma hipotezlerine yer verilmiştir.

3.4.1. Verilerin Dağılım Normallliği Analizleri

Sağlık sektöründe işyeri şiddeti, yaşam kalitesi ve iş performansı ölçeğine ilişkin verilerin dağılım normallliği analizlerine aşağıda yer verilmiştir.

Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeğine Ait Verilerin Dağılım Normallliği Analizi

Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti ölçeğine ait verilerin dağılım normallliğini belirlemeye yönelik kriterlere göre analiz sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 3.25: Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeğine Ait Bakış Açıklarına İlişkin Verilerin Dağılımına Ait Normallik Testi Sonuçları

Ölçek	Statistic	Sd	p	\bar{x}	Medyan	Çarpıklık	Basıklık
Şiddet ve İş Yaşamı	0,078	682	0,000	2,91	3,00	-0,055	-0,853
Şiddet Nedenleri	0,091	682	0,000	2,38	2,25	0,370	-0,218
Saldırgan Özellikleri	0,116	682	0,000	3,11	3,25	-0,303	-0,565
Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti	0,066	682	0,000	2,81	2,84	-0,238	0,162

Verilerin hangi dağılımdan geldiğini belirlemek için; aritmetik ortalama, medyan, çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiş olup, aritmetik ortalama ve medyanın eşit ya da yakın olması, çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 2 sınırları içinde bulunmasından verilerin dağılımının normallikten geldiği belirlenmiştir. (Tabachnick ve Fidell, 2013).

Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait Verilerin Dağılım Normallliği Analizi

Yaşam Kalitesi ölçeğine ait verilerin dağılım normalliğini belirlemeye yönelik kriterlere göre analiz sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 3.26: Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait Bakış Açıklarına İlişkin Verilerin Dağılımına Ait Normallik Testi Sonuçları

Ölçek	Statistic	Sd	P	\bar{x}	Medyan	Çarpıklık	Basıklık
Empati	0,140	682	0,000	2,15	2,00	0,772	-0,064
Yorgunluğu							
Tükenmişlik	0,088	682	0,000	2,34	2,28	0,633	0,318
Duygusal							
Tükenme	0,108	682	0,000	2,27	2,20	0,700	0,096
Yaşam Kalitesi	0,078	682	0,000	2,28	2,16	0,768	0,614

Verilerin hangi dağılımdan geldiğini belirlemek için; aritmetik ortalama, medyan, çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiş olup, aritmetik ortalama ve medyanın eşit ya da yakın olması, çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 2 sınırları içinde bulunmasından dolayı, verilerin dağılımının normallikten geldiği belirlenmiştir.

İş Performansı Ölçeğine Ait Verilerin Dağılım Normallliği Analizi

İş Performansı ölçeğine ait verilerin dağılım normalliğini belirlemeye yönelik kriterlere göre analiz sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 3.27: İş Performansı Ölçeğine Ait Bakış Açlarına İlişkin Verilerin Dağılımına Ait Normallik Testi Sonuçları

Ölçek	Statistic	Sd	P	\bar{x}	Medyan	Çarpıklık	Basıklık
Görev Performansı	0,106	682	0,000	4,28	4,40	-0,900	1,345
İşe Adanmışlık	0,071	682	0,000	3,66	3,66	-0,315	0,309
Kişisel Uyum	0,103	682	0,000	4,15	4,20	-0,742	0,691
İş Performansı	0,051	682	0,000	4,01	4,00	-0,442	0,254

Verilerin hangi dağılımdan geldiğini belirlemek için; aritmetik ortalama, medyan, çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiş olup, aritmetik ortalama ve medyanın eşit ya da yakın olması, çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 2 sınırları içinde bulunması, verilerin dağılımının normallikten geldiğini belirlemiştir.

3.4.2. Araştırma Hipotezleri Sonuçları

Bu bölümde araştırmaya ilişkin hipotezler test edilmiş, sonuçlarına yer verilmiştir.

3.4.2.1. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeğine Ait Hipotez Sonuçları

Bu başlık altında, katılımcıların işyeri şiddeti algılarının demografik özellikleri ile karşılaştırılmasına ve işyeri şiddetine ait hipotezlere yer verilmiştir.

Tablo 3.28: Katılımcıların Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Algılarının Cinsiyet Gruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

Ölçek	Cinsiyet	n	\bar{X}	Ss	T	p
Şiddet ve İş Yaşamı	Kadın	418	2,97	1,09	1,802	0,072
	Erkek	264	2,82	1,10		
Şiddet Nedenleri	Kadın	418	2,31	0,89	-2,853	0,004**
	Erkek	264	2,51	0,90		
Saldırgan Özellikleri	Kadın	418	3,15	1,09	1,341	0,180
	Erkek	264	3,04	1,06		
Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti	Kadın	418	2,83	0,76	0,531	0,595
	Erkek	264	2,79	0,80		

p<0,01**

H₁: Katılımcıların sağlık sektöründe işyeri şiddeti algılarının,cinsiyet gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.

Katılımcıların sağlık sektöründe işyeri şiddeti algılarının,cinsiyet gruplarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi için yapılan t-testi sonucuna göre; katılımcıların şiddet nedenleri alt boyut algılarının,cinsiyet gruplarına göre farkı, istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğinden (t=-2,853; p=0.004; p<0.01) **H₁** hipotezi kabul edilmiştir. Cinsiyeti erkek ($\bar{X}=2,51$) olanların şiddet nedenleri algıları, kadınlara ($\bar{X}=2,31$) göre daha fazladır.

Tablo 3.29: Katılımcıların Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Algılarının Son 2 Yıl İçinde Şiddete Maruz Kalma Gruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

Ölçek	Son 2 Yıl İçinde Şiddete Maruz Kalma	n	\bar{X}	ss	T	p
Şiddet ve İş Yaşamı	Evet	399	3,10	1,07	5,288	0,000**
	Hayır	283	2,66	1,07		
Şiddet Nedenleri	Evet	399	2,39	0,91	0,231	0,817
	Hayır	283	2,38	0,88		
Saldırgan Özellikleri	Evet	399	3,27	1,05	4,595	0,000**
	Hayır	283	2,89	1,09		
Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti	Evet	399	2,93	0,72	4,866	0,000**
	Hayır	283	2,64	0,81		

p<0,05*

H₂: Katılımcıların sağlık sektöründe işyeri şiddeti algılarının,son 2 yıl içinde şiddete maruz kalma gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.

Katılımcıların sağlık sektöründe işyeri şiddeti algılarının,son 2 yıl içinde şiddete maruz kalma gruplarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi için yapılan t-testi sonucuna göre; katılımcıların şiddet ve iş yaşamı alt boyut algılarınınşiddete maruz kalma gruplarına göre farkı, istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğinden (t=-5,288; p=0.000; p<0.01) **H₂**hipotezi kabul edilmiştir.Son 2 yıl içinde şiddete maruz kalanların (\bar{X} =3,10) şiddet ve iş yaşamı algıları, maruz kalmayanlara (\bar{X} =2,66) göre daha fazladır. Saldırgan özellikleri alt boyut algılarının şiddete maruz kalma gruplarına göre farkı, istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğinden (t=4,595; p=0.000; p<0.01) **H₂** hipotezi kabul edilmiştir. Son 2 yıl içinde şiddete maruz kalanların (\bar{X} =3,27)saldırgan özellikleri algıları, maruz kalmayanlara (\bar{X} =2,89) göre daha fazladır. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti ölçeği algılarınınşiddete maruz kalma gruplarına göre farkı, istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğinden (t=4,866; p=0.000; p<0.01) **H₂** hipotezi kabul

edilmiştir. Son 2 yıl içinde şiddete maruz kalanların ($\bar{X}=2,93$) işyeri şiddet algıları, maruz kalmayanlara ($\bar{X}=2,64$) göre daha fazladır.

Tablo 3.30: Katılımcıların Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Algılarının Eğitim Durumu Gruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları

Ölçek	Eğitim Durumu	n	\bar{X}	ss	F	P	Scheffe
Şiddet ve İş Yaşamı	Ortaöğretim ⁽¹⁾	32	2,65	1,30	2,586	0,025*	(3-4) (3-5)
	Lise ⁽²⁾	87	2,82	1,12			
	Yüksekokul ⁽³⁾	157	2,73	1,08			
	Üniversite ⁽⁴⁾	330	3,03	1,06			
	Yüksek Lisans ⁽⁵⁾	45	3,13	0,99			
	Doktora ⁽⁶⁾	31	2,84	1,19			
Şiddet Nedenleri	Ortaöğretim ⁽¹⁾	32	2,50	1,16	2,655	0,022*	(1-5) (2-5) (3-5) (4-5)
	Lise ⁽²⁾	87	2,51	0,94			
	Yüksekokul ⁽³⁾	157	2,46	0,83			
	Üniversite ⁽⁴⁾	330	2,39	0,89			
	Yüksek Lisans ⁽⁵⁾	45	2,09	0,87			
	Doktora ⁽⁶⁾	31	2,02	0,74			
Saldırgan Özellikleri	Ortaöğretim	32	3,25	1,21	1,499	0,188	
	Lise	87	3,10	1,03			
	Yüksekokul	157	3,17	1,13			
	Üniversite	330	3,13	1,05			
	Yüksek Lisans	45	3,05	1,11			
	Doktora	31	2,63	1,04			
Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti	Ortaöğretim	32	2,79	1,06	1,262	0,279	
	Lise	87	2,81	0,77			
	Yüksekokul	157	2,78	0,76			
	Üniversite	330	2,86	0,74			
	Yüksek Lisans	45	2,79	0,77			
	Doktora	31	2,52	0,76			

p<0,05*

H₃: Katılımcıların sağlık sektöründe işyeri şiddeti algılarının, eğitim durumugruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.

Katılımcıların sağlık sektöründe işyeri şiddeti algılarının, eğitim durumugruplarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi için yapılan ANOVA testi sonucuna göre; katılımcıların şiddet ve iş yaşamı algılarının eğitim durumugruplarındaki farkı, istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden (F=2,586, p=0.026; p<0.05) **H₃** hipotezi kabul edilmiştir. Eğitim durumu yüksekokul ($\bar{X}=2,73$) olanların şiddet ve iş yaşamı algıları, eğitim durumu üniversite ($\bar{X}=3,03$) ve yüksek lisans ($\bar{X}=3,13$) olanlara göre daha düşüktür. Şiddet nedenleri algılarının eğitim durumugruplarındaki farkı, istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden (F=2,655, p=0.022; p<0.05) **H₃** hipotezi kabul edilmiştir. Eğitim durumu Yüksek lisans ($\bar{X}=2,09$) olanların şiddet ve iş yaşamı algıları, eğitim durumu ortaöğretim ($\bar{X}=2,50$), lise ($\bar{X}=2,51$), yüksekokul ($\bar{X}=2,46$) ve üniversite ($\bar{X}=2,39$) olanlara göre daha düşüktür. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi için, post hoc test grupları içerisinde Scheffe testi kullanılmıştır.

Tablo 3.31: Katılımcıların Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Algılarının Meslek Gruplarına Göre Farklaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları

Ölçek	Meslek	n	\bar{X}	ss	F	P	Scheffe
Şiddet ve İş Yaşamı	Doktor ⁽¹⁾	85	2,91	1,07	4,796	0,000**	(2-6) (3-6)
	Hemşire ⁽²⁾	228	3,13	1,04			
	Ebe ⁽³⁾	35	3,23	1,08			
	Eczacı ⁽⁴⁾	18	2,56	1,13			
	Diğer Sağlık Personeli ⁽⁵⁾	178	2,80	1,06			
	Diğer ⁽⁶⁾	138	2,66	1,16			
Şiddet Nedenleri	Doktor ⁽¹⁾	85	2,05	0,82	4,055	0,001**	(5-1) (5-2)
	Hemşire ⁽²⁾	228	2,35	0,86			
	Ebe ⁽³⁾	35	2,28	0,69			
	Eczacı ⁽⁴⁾	18	2,43	0,88			
	Diğer Sağlık Personeli ⁽⁵⁾	178	2,54	0,91			
	Diğer ⁽⁶⁾	138	2,49	0,98			
Saldırgan Özellikleri	Doktor ⁽¹⁾	85	2,92	1,18	2,838	0,015*	(4-2) (4-3) (4-5)
	Hemşire ⁽²⁾	228	3,26	1,05			
	Ebe ⁽³⁾	35	3,30	0,83			
	Eczacı ⁽⁴⁾	18	2,56	1,06			
	Diğer Sağlık Personeli ⁽⁵⁾	178	3,10	1,11			
	Diğer ⁽⁶⁾	138	3,01	1,05			
Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti	Doktor ⁽¹⁾	85	2,65	0,80	3,139	0,008**	(4-2) (4-3)
	Hemşire ⁽²⁾	228	2,93	0,71			
	Ebe ⁽³⁾	35	2,96	0,50			
	Eczacı ⁽⁴⁾	18	2,52	0,90			
	Diğer Sağlık Personeli ⁽⁵⁾	178	2,81	0,78			
	Diğer ⁽⁶⁾	138	2,71	0,85			

p<0,05* p<0,01**

H₃: Katılımcıların sağlık sektöründe işyeri şiddeti algılarının, meslek gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.

Katılımcıların sağlık sektöründe işyeri şiddeti algılarının, meslek gruplarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi için yapılan ANOVA testi sonucuna göre; katılımcıların şiddet ve iş yaşamı algılarının meslek gruplarındaki farkı, istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden ($F=4,796$, $p=0.000$; $p<0.01$) H_3 hipotezi kabul edilmiştir. Mesleği diğer ($\bar{X}=2,66$) olanların şiddet ve iş yaşamı algıları, mesleği hemşire ($\bar{X}=3,13$) ve ebe ($\bar{X}=3,23$) olanlara göre daha düşüktür. Şiddet nedenleri algılarının meslek gruplarındaki farkı, istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden ($F=4,055$, $p=0.001$; $p<0.01$) H_3 hipotezi kabul edilmiştir. Mesleği diğer sağlık personeli ($\bar{X}=2,54$) olanların şiddet nedenleri algıları, mesleği doktor ($\bar{X}=2,05$) ve hemşire ($\bar{X}=2,35$) olanlara göre daha yüksektir. Saldırgan özellikleri algılarının meslek gruplarındaki farkı, istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden ($F=2,822$, $p=0.015$; $p<0.05$) H_3 hipotezi kabul edilmiştir. Mesleği eczacı ($\bar{X}=2,56$) olanların saldırgan özellikleri algıları, mesleği hemşire ($\bar{X}=3,26$), ebe ($\bar{X}=3,30$) ve diğer sağlık personeli ($\bar{X}=3,10$) olanlara göre daha düşüktür. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti algılarının meslek gruplarındaki farkı, istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden ($F=3,139$, $p=0.008$; $p<0.01$) H_3 hipotezi kabul edilmiştir. Mesleği eczacı ($\bar{X}=2,52$) olanların Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti algılarının, mesleği hemşire ($\bar{X}=2,93$), ve ebe ($\bar{X}=2,96$) olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi için, post hoc test grupları içerisinde Scheffé testi kullanılmıştır.

Tablo 3.32: Katılımcıların Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Algılarının Gelir Durumu Gruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları

Ölçek	Gelir Durumu	n	\bar{X}	Ss	F	P
Şiddet ve İş Yaşamı	2001-4000 TL	315	2,83	1,12	1,841	0,160
	4001-6000 TL	277	3,00	1,08		
	6001 TL ve üzeri	90	2,97	1,04		
Şiddet Nedenleri	2001-4000 TL	315	2,42	0,90	1,310	0,271
	4001-6000 TL	277	2,40	0,88		
	6001 TL ve üzeri	90	2,25	0,91		
Saldırgan Özellikleri	2001-4000 TL	315	3,10	1,12	1,057	0,348
	4001-6000 TL	277	3,16	1,03		
	6001 TL ve üzeri	90	2,98	1,10		
Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti	2001-4000 TL	315	2,79	0,80	1,142	0,320
	4001-6000 TL	277	2,86	0,73		
	6001 TL ve üzeri	90	2,75	0,77		

H₄: Katılımcıların sağlık sektöründe işyeri şiddeti algılarının, gelir durumu gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.

Katılımcıların sağlık sektöründe işyeri şiddeti algılarının, gelir durumu gruplarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi için yapılan ANOVA testi sonucuna göre; katılımcıların Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti algılarının gelir durumu gruplarındaki farkı, istatistiksel olarak anlamlılık göstermediğinden ($p > 0.05$) **H₄** hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 3.33: Katılımcıların Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Algılarının Çalışılan BirimGruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları

Ölçek	Çalışılan Birim	n	\bar{X}	ss	F	P	Scheffe
Şiddet ve İş Yaşamı	Ameliyathane ⁽¹⁾	48	2,64	1,28	6,249	0,000**	(2-1) (2-5) (2-6)
	Acil ⁽²⁾	99	3,28	0,99			
	Yoğun Bakım ⁽³⁾	40	2,90	1,01			
	Yataklı Servis ⁽⁴⁾	117	3,20	1,11			
	İdari ⁽⁵⁾	117	2,68	1,01			
	Diğer ⁽⁶⁾	261	2,81	1,08			
Şiddet Nedenleri	Ameliyathane	48	2,28	1,11	1,654	0,144	
	Acil	99	2,43	0,90			
	Yoğun Bakım	40	2,31	0,72			
	Yataklı Servis	117	2,24	0,83			
	İdari	117	2,55	0,88			
	Diğer	261	2,40	0,91			
Saldırgan Özellikleri	Ameliyathane ⁽¹⁾	48	2,82	1,36	6,620	0,000**	(2-1) (2-4) (2-5) (2-6)
	Acil ⁽²⁾	99	3,50	1,03			
	Yoğun Bakım ⁽³⁾	40	3,58	0,93			
	Yataklı Servis ⁽⁴⁾	117	3,20	1,03			
	İdari ⁽⁵⁾	117	3,01	0,96			
	Diğer ⁽⁶⁾	261	2,95	1,09			
Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti	Ameliyathane ⁽¹⁾	48	2,58	1,00	4,957	0,000**	(2-1) (2-5) (2-6)
	Acil ⁽²⁾	99	3,09	0,72			
	Yoğun Bakım ⁽³⁾	40	2,93	0,65			
	Yataklı Servis ⁽⁴⁾	117	2,90	0,73			
	İdari ⁽⁵⁾	117	2,74	0,74			
	Diğer ⁽⁶⁾	261	2,72	0,76			

p<.01**

H₅: Katılımcıların sağlık sektöründe işyeri şiddeti algılarının, çalışılan birim gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.

Katılımcıların sağlık sektöründe işyeri şiddeti algılarının, çalışılan birim gruplarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi için yapılan ANOVA testi sonucuna göre; katılımcıların şiddet ve iş yaşamı algılarının çalışılan birim gruplarındaki farkı, istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden ($F=6,249$, $p=0.000$; $p<0.01$) H_5 hipotezi kabul edilmiştir. Çalışılan birim acil ($\bar{X}=3,28$) olanların şiddet ve iş yaşamı algıları, çalışılan birim ameliyathane ($\bar{X}=2,64$), idari ($\bar{X}=2,68$) ve diğer ($\bar{X}=2,81$) olanlara göre daha yüksektir. Saldırgan özellikleri algılarının çalışılan birim gruplarındaki farkı, istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden ($F=6,620$, $p=0.000$; $p<0.01$) H_5 hipotezi kabul edilmiştir. Çalışılan birim acil ($\bar{X}=3,50$) olanların saldırgan özellikleri algıları, çalışılan birim ameliyathane ($\bar{X}=2,82$), yataklı servis ($\bar{X}=3,20$), idari ($\bar{X}=3,01$) ve diğer ($\bar{X}=2,95$) olanlara göre daha yüksektir. Sağlık sektöründe işyeri şiddeti algılarının çalışılan birim gruplarındaki farkı, istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden ($F=4,957$, $p=0.000$; $p<0.01$) H_5 hipotezi kabul edilmiştir. Çalışılan birim acil ($\bar{X}=3,09$) olanların işyeri şiddeti algıları, çalışılan birim ameliyathane ($\bar{X}=2,58$), idari ($\bar{X}=2,74$) ve diğer ($\bar{X}=2,72$) olanlara göre daha yüksektir. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi için, post hoc test grupları içerisinde Scheffe testi kullanılmıştır.

Tablo 3.34: Katılımcıların Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Algılarının En Çok İletişim Kurulan Hastalar Gruplarına Göre Farklaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları

Ölçek	En Çok İletişim Kurulan Hastalar	n	\bar{X}	ss	F	P	Scheffe
Şiddet ve İş Yaşamı	Yeni Doğan ⁽¹⁾	18	3,23	1,05	3,581	0,003**	(2-3) (2-4) (2-5) (2-6)
	Çocuk ⁽²⁾	30	3,53	0,88			
	Yetişkin ⁽³⁾	137	2,94	1,10			
	Yaşlı ⁽⁴⁾	71	3,03	0,98			
	Hepsi ⁽⁵⁾	289	2,89	1,13			
	Hiçbiri ⁽⁶⁾	137	2,70	1,05			
Şiddet Nedenleri	Yeni Doğan	18	2,64	0,96	2,010	0,075	
	Çocuk	30	2,48	0,99			
	Yetişkin	137	2,36	0,86			
	Yaşlı	71	2,31	0,78			
	Hepsi	289	2,31	0,93			
	Hiçbiri	137	2,57	0,88			
Saldırgan Özellikleri	Yeni Doğan ⁽¹⁾	18	3,11	0,94	3,551	0,004**	(6-2) (6-3) (6-4)
	Çocuk ⁽²⁾	30	3,28	1,03			
	Yetişkin ⁽³⁾	137	3,37	1,08			
	Yaşlı ⁽⁴⁾	71	3,19	0,92			
	Hepsi ⁽⁵⁾	289	3,07	1,12			
	Hiçbiri ⁽⁶⁾	137	2,85	1,06			
Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti	Yeni Doğan ⁽¹⁾	18	3,01	0,79	2,351	0,039*	(6-2) (6-3)
	Çocuk ⁽²⁾	30	3,13	0,69			
	Yetişkin ⁽³⁾	137	2,89	0,75			
	Yaşlı ⁽⁴⁾	71	2,86	0,61			
	Hepsi ⁽⁵⁾	289	2,77	0,80			
	Hiçbiri ⁽⁶⁾	137	2,70	0,79			

p<0,05* p<0,01**

H₆: Katılımcıların sağlık sektöründe işyeri şiddeti algılarının, en çok iletişim kurulan hasta gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.

Katılımcıların sağlık sektöründe işyeri şiddeti algılarının, en çok iletişim kurulan hasta gruplarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi için yapılan ANOVA testi sonucuna göre; katılımcıların şiddet ve iş yaşamı algılarının en çok iletişim kurulan hasta gruplarındaki farkı, istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden ($F=3,581$, $p=0.003$; $p<0.01$) H_6 hipotezi kabul edilmiştir. En çok iletişim kurulan hasta, çocuk hasta ($\bar{X}=3,53$) olanların şiddet ve iş yaşamı algıları, en çok iletişim kurulan hasta yetişkin ($\bar{X}=2,94$), yaşlı ($\bar{X}=3,03$), hepsi ($\bar{X}=2,89$) ve hiçbiri ($\bar{X}=2,70$) olanlara göre daha yüksektir. Saldırgan özellikleri algılarının en çok iletişim kurulan hasta gruplarındaki farkı, istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden ($F=3,551$, $p=0.004$; $p<0.01$) H_6 hipotezi kabul edilmiştir. En çok iletişim kurulan hasta hiçbiri ($\bar{X}=2,85$) olanların saldırgan özellikleri algılarının, en çok iletişim kurulan hasta çocuk ($\bar{X}=3,28$), yetişkin ($\bar{X}=3,37$) ve yaşlı ($\bar{X}=3,19$) olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Sağlık sektöründe işyeri şiddeti algılarının en çok iletişim kurulan hasta gruplarındaki farkı, istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden ($F=2,351$, $p=0.039$; $p<0.05$) H_6 hipotezi kabul edilmiştir. En çok iletişim kurulan hasta hiçbiri ($\bar{X}=2,70$) olanların şiddet algıları, en çok iletişim kurulan hasta çocuk ($\bar{X}=3,13$) ve yetişkin ($\bar{X}=2,89$) olanlara göre daha düşüktür. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi için, post hoc test grupları içerisinde Scheffe testi kullanılmıştır.

Tablo 3.35: Katılımcıların Sağlık Sektöründe İşyeriAlgularının Maruz Kalınan Şiddet Olayı Gruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları

Ölçek	Maruz Kalınan Şiddet Olayı	n	\bar{X}	ss	F	P	Scheffe
Şiddet ve İş Yaşamı	Sözel ⁽¹⁾	297	3,14	1,06	6,710	0,000**	(1-3) (2-3) (4-3)
	Fiziksel ⁽²⁾	36	2,55	0,89			
	Cinsel ⁽³⁾	15	3,92	0,90			
	Mobbing ⁽⁴⁾	51	2,98	1,13			
Şiddet Nedenleri	Sözel	297	2,40	0,90	0,070	0,976	
	Fiziksel	36	2,39	0,88			
	Cinsel	15	2,38	0,99			
	Mobbing	51	2,34	0,99			
Saldırgan Özellikleri	Sözel ⁽¹⁾	297	3,37	1,02	4,347	0,005**	(1-2) (1-4)
	Fiziksel ⁽²⁾	36	2,95	1,00			
	Cinsel ⁽³⁾	15	3,35	1,02			
	Mobbing ⁽⁴⁾	51	2,89	1,17			
Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti	Sözel ⁽¹⁾	297	2,99	0,69	4,978	0,002**	(1-2) (1-4) (2-3)
	Fiziksel ⁽²⁾	36	2,62	0,70			
	Cinsel ⁽³⁾	15	3,27	0,67			
	Mobbing ⁽⁴⁾	51	2,76	0,86			

p<0,01**

H₇: Katılımcıların sağlık sektöründe işyeri şiddeti algularının,maruz kalınan şiddet olayı gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.

Katılımcıların sağlık sektöründe işyeri şiddeti algularının,maruz kalınan şiddet olayı gruplarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi için yapılan ANOVA testi sonucuna göre; katılımcıların şiddet ve iş yaşamı algularınınmaruz kalınan şiddet gruplarındaki farkı, istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden (F=6,710, p=0.000; p<0.01) **H₇** hipotezi kabul edilmiştir. Maruz kalınan şiddet olayı cinsel şiddet ($\bar{X}=3,92$) olanların şiddet ve iş yaşamı alguları, maruz kalınan şiddet olayı sözel şiddet ($\bar{X}=3,14$), fiziksel şiddet ($\bar{X}=2,55$) ve

mobbing ($\bar{X}=2,98$) olanlara göre daha yüksektir. Saldırgan özellikleri algılarının maruz kalınan şiddet gruplarındaki farkı, istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden ($F=4,347$, $p=0.005$; $p<0.01$) H_7 hipotezi kabul edilmiştir. Maruz kalınan şiddet olayı sözel şiddet ($\bar{X}=3,37$) olanların saldırgan özellikleri algıları, maruz kalınan şiddet olayı fiziksel şiddet ($\bar{X}=2,95$) ve mobbing ($\bar{X}=2,89$) olanlara göre daha yüksektir. Sağlık sektöründe işyeri şiddeti algılarının maruz kalınan şiddet gruplarındaki farkı, istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden ($F=4,978$, $p=0.002$; $p<0.01$) H_7 hipotezi kabul edilmiştir. Maruz kalınan şiddet olayı sözel şiddet ($\bar{X}=2,99$) olanların şiddet algılarının, maruz kalınan şiddet olayı fiziksel şiddet ($\bar{X}=2,62$) ve mobbing ($\bar{X}=2,76$) olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca maruz kalınan şiddet olayı fiziksel şiddet ($\bar{X}=2,62$) olanların şiddet algıları, maruz kalınan şiddet olayı cinsel şiddet ($\bar{X}=3,27$) olanlara göre daha düşüktür. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi için, post hoc test grupları içerisinde Scheffe testi kullanılmıştır.

3.4.2.2. Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait Hipotez Sonuçları

Bu başlık altında, katılımcıların yaşam kalitesi algılarının demografik özellikleri ile karşılaştırılmış, yaşam kalitesi boyutuna ait hipotezlere yer verilmiştir.

Tablo 3.36: Katılımcıların Yaşam Kalitesi Algılarının Cinsiyet Gruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

Ölçek	Cinsiyet	n	\bar{X}	Ss	T	p
Empati Yorgunluğu	Kadın	418	2,15	0,99	-0,176	0,860
	Erkek	264	2,16	1,02		
Tükenmişlik	Kadın	418	2,42	0,83	2,824	0,005**
	Erkek	264	2,24	0,82		
Duygusal Tükenme	Kadın	418	2,37	0,90	3,498	0,000**
	Erkek	264	2,13	0,88		
Yaşam Kalitesi	Kadın	418	2,35	0,77	2,695	0,007**
	Erkek	264	2,18	0,78		

$p<0,01$ **

H₈: Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının cinsiyet gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.

Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının cinsiyet gruplarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi için yapılan t-testi sonucuna göre; katılımcıların tükenmişlik alt boyut algılarının cinsiyet gruplarına göre farkı, istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğinden ($t=2,824$, $p=0.005$; $p<0.01$) **H₈** hipotezi kabul edilmiştir. Cinsiyeti kadın ($\bar{X}=2,42$) olanların tükenmişlik algıları, erkeklere ($\bar{X}=2,24$) göre daha fazladır. Duygusal tükenme alt boyut algılarının cinsiyet gruplarına göre farkı, istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğinden ($t=3,498$, $p=0.000$; $p<0.01$) **H₈** hipotezi kabul edilmiştir. Cinsiyeti kadın ($\bar{X}=2,37$) olanların duygusal tükenme algıları, erkeklere ($\bar{X}=2,13$) göre daha fazladır. Yaşam kalitesi alt boyut algılarının cinsiyet gruplarına göre farkı, istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğinden ($t=2,695$, $p=0.007$; $p<0.01$) **H₈** hipotezi kabul edilmiştir. Cinsiyeti kadın ($\bar{X}=2,35$) olanların yaşam kalitesi algıları erkeklere ($\bar{X}=2,18$) göre daha fazladır.

Tablo 3.37: Katılımcıların Yaşam Kalitesi Algılarının En Çok İletişim Kurulan Hasta Cinsiyeti Gruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

Ölçek	En Çok İletişim Kurulan Hasta Cinsiyeti	n	\bar{X}	Ss	T	p
Empati Yorgunluğu	Kadın	302	2,13	0,97	0,102	0,919
	Erkek	150	2,12	0,95		
Tükenmişlik	Kadın	302	2,43	0,82	2,453	0,015*
	Erkek	150	2,23	0,82		
Duygusal Tükenme	Kadın	302	2,36	0,91	2,294	0,022*
	Erkek	150	2,16	0,87		
Yaşam Kalitesi	Kadın	302	2,35	0,77	2,145	0,033*
	Erkek	150	2,19	0,76		

$p<0,01$ ** $p<0,05$ *

H₉: Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının, en çok iletişim kurulan hasta cinsiyeti gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.

Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının en çok iletişim kurulan hasta cinsiyeti gruplarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi için yapılan t-testi sonucuna göre; katılımcıların tükenmişlik alt boyut algılarının en çok iletişim kurulan hasta cinsiyeti gruplarına göre farkı, istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğinden (t=2,453, p=0.005; p<0.01) **H₉** hipotezi kabul edilmiştir. En çok iletişim kurulan hasta cinsiyetinin ($\bar{X}=2,43$) olanların tükenmişlik algıları, erkeklere ($\bar{X}=2,23$) göre daha fazladır. Duygusal tükenme alt boyut algılarının en çok iletişim kurulan hasta cinsiyeti gruplarına göre farkı, istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğinden (t=2,294, p=0.022; p<0.05) **H₉** hipotezi kabul edilmiştir. En çok iletişim kurulan hasta cinsiyetinin ($\bar{X}=2,36$) olanların duygusal tükenme algıları, erkeklere ($\bar{X}=2,16$) göre daha fazladır. Yaşam kalitesi alt boyut algılarının en çok iletişim kurulan hasta cinsiyeti gruplarına göre farkı, istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğinden (t=2,145, p=0.033; p<0.05) **H₉** hipotezi kabul edilmiştir. En çok iletişim kurulan hasta cinsiyetinin ($\bar{X}=2,35$) olanların yaşam kalitesi algıları, erkeklere ($\bar{X}=2,19$) göre daha fazladır.

Tablo 3.38: Katılımcıların Yaşam Kalitesi Algılarının Son 2 Yıl İçinde Şiddetle Maruz Kalma Gruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

Ölçek	Son 2 Yıl İçinde Şiddetle Maruz Kalma	N	\bar{X}	ss	T	P
Empati Yorgunluğu	Evet	399	2,24	0,97	2,683	0,007**
	Hayır	283	2,03	1,02		
Tükenmişlik	Evet	399	2,45	0,83	3,698	0,000**
	Hayır	283	2,21	0,81		
Duygusal Tükenme	Evet	399	2,31	0,91	1,178	0,239
	Hayır	283	2,23	0,89		
Yaşam Kalitesi	Evet	399	2,36	0,77	2,972	0,003**
	Hayır	283	2,18	0,78		

p<0,01**

H₁₀: Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının,son 2 yıl içinde şiddete maruz kalma gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.

Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının,son 2 yıl içinde şiddete maruz kalma gruplarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi için yapılan t-testi sonucuna göre; katılımcıların empati yorgunluğu alt boyut algılarınınşiddete maruz kalma gruplarına göre farkı, istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğinden (t=2,683; p=0.007; p<0.01) **H₁₀** hipotezi kabul edilmiştir. Son 2 yıl içinde şiddete maruz kalanların ($\bar{X}=2,24$)empati yorgunluğu algıları, maruz kalmayanlara ($\bar{X}=2,03$) göre daha fazladır. Tükenmişlik alt boyut algılarınınşiddete maruz kalma gruplarına göre farkı, istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğinden (t=3,698; p=0.000; p<0.01) **H₁₀** hipotezi kabul edilmiştir. Son 2 yıl içinde şiddete maruz kalanların ($\bar{X}=2,45$)tükenmişlik algıları, maruz kalmayanlara ($\bar{X}=2,21$) göre daha fazladır. Yaşam kalitesi alt boyut algılarınınşiddete maruz kalma gruplarına göre farkı, istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğinden (t=2,972; p=0.003; p<0.01) **H₁₀** hipotezi kabul edilmiştir. Son 2 yıl içinde şiddete maruz kalanların ($\bar{X}=2,36$)yaşam kalitesi algıları, maruz kalmayanlara ($\bar{X}=2,18$) göre daha fazladır.

Tablo 3.39: Katılımcıların Yaşam Kalitesi Algılarının En Sık Şiddete Maruz Kalınan Kişilerin Cinsiyet Gruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

Ölçek	En Sık Şiddete Maruz Kalınan Kişilerin Cinsiyeti	n	\bar{X}	ss	t	p
Empati Yorgunluğu	Kadın	122	2,27	1,02	1,341	0,181
	Erkek	248	2,12	0,91		
Tükenmişlik	Kadın	122	2,51	0,83	2,065	0,040*
	Erkek	248	2,32	0,79		
Duygusal Tükenme	Kadın	122	2,44	0,93	1,759	0,080
	Erkek	248	2,27	0,85		
Yaşam Kalitesi	Kadın	122	2,44	0,75	2,124	0,035*
	Erkek	248	2,26	0,73		

p<0,01** p<0,05*

H₁₁: Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının, en sık şiddete maruz kalan kişilerin cinsiyeti gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.

Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının, en sık şiddete maruz kalan kişilerin cinsiyet gruplarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi için yapılan t-testi sonucuna göre; katılımcıların tükenmişlik alt boyut algılarının en sık şiddete maruz kalan kişilerin cinsiyeti gruplarına göre farkı; istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğinden ($t=2,065$; $p=0.040$; $p<0.05$) **H₁₁** hipotezi kabul edilmiştir. En sık şiddete maruz kalan kişilerin cinsiyet kadın ($\bar{X}=2,51$) olanların tükenmişlik algıları, erkeklere ($\bar{X}=2,32$) göre daha fazladır. Yaşam kalitesi alt boyut algılarının en sık şiddete maruz kalan kişilerin cinsiyeti gruplarına göre farkı, istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğinden ($t=2,124$; $p=0.035$; $p<0.05$) **H₁₁** hipotezi kabul edilmiştir. En sık şiddete maruz kalan kişilerin cinsiyet kadın ($\bar{X}=2,44$) olanların yaşam kalitesi algıları, erkeklere ($\bar{X}=2,26$) göre daha fazladır.

Tablo 3.40: Katılımcıların Yaşam Kalitesi Algılarının Medeni Durum Gruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları

Ölçek	Medeni Durum	N	\bar{X}	ss	F	p	Scheffe
Empati Yorgunluğu	Evli ⁽¹⁾	448	2,16	1,00	3,229	0,040*	(2-3)
	Bekâr ⁽²⁾	203	2,06	0,93			
	Diğer ⁽³⁾	31	2,54	1,34			
Tükenmişlik	Evli ⁽¹⁾	448	2,34	0,82	3,812	0,023*	(1-3)
	Bekâr ⁽²⁾	203	2,30	0,78			
	Diğer ⁽³⁾	31	2,74	1,16			
Duygusal Tükenme	Evli ⁽¹⁾	448	2,28	0,87	3,823	0,022*	(1-3)
	Bekâr ⁽²⁾	203	2,21	0,90			
	Diğer ⁽³⁾	31	2,69	1,17			
Yaşam Kalitesi	Evli ⁽¹⁾	448	2,29	0,77	4,733	0,009**	(1-3)
	Bekâr ⁽²⁾	203	2,23	0,72			
	Diğer ⁽³⁾	31	2,68	1,11			

$p<0,01$ ** $p<0,05$ *

H₁₂: Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının,medeni durum gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.

Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının,medeni durum gruplarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi için yapılan ANOVA testi sonucuna göre; katılımcıların empati yorgunluğu algılarınınmedeni durumgruplarındaki farkı,istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden (F=3,299, p=0.040, p<0.05) **H₁₂** hipotezi kabul edilmiştir. Medeni durumu diğer ($\bar{X}=2,54$) olanların empati yorgunluğu algılarının, bekâr ($\bar{X}=2,06$) olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Tükenmişlik algılarınınmedeni durumgruplarındaki farkı, istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden (F=3,812, p=0.023, p<0.05) **H₁₂** hipotezi kabul edilmiştir. Medeni durumu diğer ($\bar{X}=2,74$) olanların tükenmişlik algılarının, bekâr ($\bar{X}=2,30$) veevli ($\bar{X}=2,34$) olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Duygusal tükenme algılarınınmedeni durumgruplarındaki farkı,istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden (F=3,823, p=0.022, p<0.05) **H₁₂** hipotezi kabul edilmiştir. Medeni durumu diğer ($\bar{X}=2,69$) olanların duygusal tükenme algılarının,bekâr ($\bar{X}=2,21$) veevli ($\bar{X}=2,28$) olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşam kalitesi algılarınınmedeni durumgruplarındaki farkı,istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden (F=4,733, p=0.009, p<0.01) **H₁₂** hipotezi kabul edilmiştir. Medeni durumu diğer ($\bar{X}=2,68$) olanların yaşam kalitesi algılarının, bekâr ($\bar{X}=2,23$) veevli ($\bar{X}=2,29$) olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi için, post hoc test grupları içerisinde Scheffe testi kullanılmıştır.

Tablo 3.41: Katılımcıların Yaşam Kalitesi Algılarının Eğitim Durumu Gruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları

Ölçek	Eğitim Durumu	n	\bar{X}	Ss	F	p	Scheffe
Empati Yorgunluğu	Ortaöğretim ⁽¹⁾	32	2,45	1,25	4,273	0,001**	(3-6)
	Lise ⁽²⁾	87	2,09	1,05			
	Yüksekokul ⁽³⁾	157	1,93	0,88			
	Üniversite ⁽⁴⁾	330	2,17	0,98			
	Yüksek Lisans ⁽⁵⁾	45	2,35	1,06			
	Doktora ⁽⁶⁾	31	2,67	0,96			
Tükenmişlik	Ortaöğretim	32	2,63	1,16	1,888	0,094	
	Lise	87	2,33	0,92			
	Yüksekokul	157	2,23	0,78			
	Üniversite	330	2,40	0,82			
	Yüksek Lisans	45	2,34	0,77			
	Doktora	31	2,15	0,52			
Duygusal Tükenme	Ortaöğretim ⁽¹⁾	32	2,59	1,21	2,671	0,021*	(3-6)
	Lise ⁽²⁾	87	2,35	0,93			
	Yüksekokul ⁽³⁾	157	2,22	0,85			
	Üniversite ⁽⁴⁾	330	2,31	0,89			
	Yüksek Lisans ⁽⁵⁾	45	2,19	0,86			
	Doktora ⁽⁶⁾	31	1,85	0,70			
Yaşam Kalitesi	Ortaöğretim	32	2,58	1,14	1,948	0,085	
	Lise	87	2,29	0,82			
	Yüksekokul	157	2,17	0,72			
	Üniversite	330	2,32	0,76			
	Yüksek Lisans	45	2,29	0,76			
	Doktora	31	2,15	0,56			

p<0,01** p<0,05*

H₁₃: Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının, eğitim durumugruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.

Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının, eğitim durumugruplarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi için yapılan ANOVA testi sonucuna göre; katılımcıların empati yorgunluğualgılarının eğitim durumugruplarındaki farkı, istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden ($F=4,273$, $p=0.001$, $p<0.01$) H_{13} hipotezi kabul edilmiştir. Eğitim durumu doktora ($\bar{X}=2,67$) olanların empati yorgunluğu algıları, yüksekokul ($\bar{X}=1,93$) olanlara göre daha yüksektir. Duygusal tükenmealgılarının eğitim durumugruplarındaki farkı, istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden ($F=2,671$, $p=0.021$, $p<0.05$) H_{13} hipotezi kabul edilmiştir. Eğitim durumu yüksekokul ($\bar{X}=2,22$) olanların duygusal tükenme algıları, doktora ($\bar{X}=1,85$) olanlara göre daha yüksektir. Farkın hangi gruptan kaynaklandığının belirlenmesi için, post hoc test grupları içerisinde Scheffe testi kullanılmıştır.

Tablo 3.42: Katılımcıların Yaşam Kalitesi Algılarının Meslek Gruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları

Ölçek	Meslek	n	\bar{X}	ss	F	p	Scheffe
Empati Yorgunluğu	Doktor	85	2,42	0,97	2,125	0,061	
	Hemşire	228	2,12	0,93			
	Ebe	35	2,35	0,97			
	Eczacı	18	1,89	0,90			
	Diğer Sağlık Personeli	178	2,07	0,98			
	Diğer	138	2,12	1,13			
Tükenmişlik	Doktor ⁽¹⁾	85	2,21	0,65	2,262	0,047*	(2-1) (2-5) (2-6)
	Hemşire ⁽²⁾	228	2,49	0,79			
	Ebe ⁽³⁾	35	2,40	0,74			
	Eczacı ⁽⁴⁾	18	2,17	0,71			
	Diğer Sağlık Personeli ⁽⁵⁾	178	2,28	0,83			
	Diğer ⁽⁶⁾	138	2,30	1,00			
Duygusal Tükenme	Doktor ⁽¹⁾	85	1,95	0,70	3,585	0,003*	(1-2) (1-3) (1-5) (1-6)
	Hemşire ⁽²⁾	228	2,31	0,82			
	Ebe ⁽³⁾	35	2,62	1,04			
	Eczacı ⁽⁴⁾	18	2,39	0,79			
	Diğer Sağlık Personeli ⁽⁵⁾	178	2,29	0,90			
	Diğer ⁽⁶⁾	138	2,32	1,04			
Yaşam Kalitesi	Doktor	85	2,17	0,61	1,316	0,255	
	Hemşire	228	2,36	0,71			
	Ebe	35	2,46	0,78			
	Eczacı	18	2,19	0,63			
	Diğer Sağlık Personeli	178	2,24	0,78			
	Diğer	138	2,27	0,96			

p<0,01** p<0,05*

H₁₄: Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının,meslek gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.

Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının,meslek gruplarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi için yapılan

ANOVA testi sonucuna göre; katılımcıların tükenmişlik algılarının meslek gruplarındaki farkı, istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden ($F=2,262$, $p=0.047$, $p<0.01$) H_{14} hipotezi kabul edilmiştir. Mesleği hemşire ($\bar{X}=2,49$) olanların tükenmişlik algılarının, mesleği doktor ($\bar{X}=2,21$), diğer sağlık personeli ($\bar{X}=2,28$) ve diğer ($\bar{X}=2,30$) olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Duygusal tükenme algılarının meslek gruplarındaki farkı, istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden ($F=3,585$, $p=0.003$, $p<0.01$) H_{14} hipotezi kabul edilmiştir. Mesleği doktor ($\bar{X}=1,95$) olanların duygusal tükenme algılarının, mesleği hemşire ($\bar{X}=2,31$), ebe ($\bar{X}=2,62$), eczacı ($\bar{X}=2,39$), diğer sağlık personeli ($\bar{X}=2,29$) ve diğer ($\bar{X}=2,32$) olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi için, post hoc test grupları içerisinde Scheffe testi kullanılmıştır.

Tablo 3.43: Katılımcıların Yaşam Kalitesi Algılarının İşteki Mevcut Konum Gruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları

Ölçek	İşteki Mevcut Konum	n	\bar{X}	ss	F	p
Empati Yorgunluğu	Yönetici	23	2,26	1,09	0,148	0,862
	Birim Amiri	53	2,16	0,91		
	Diğer	606	2,15	1,00		
Tükenmişlik	Yönetici	23	2,37	1,13	0,681	0,506
	Birim Amiri	53	2,47	0,76		
	Diğer	606	2,34	0,83		
Duygusal Tükenme	Yönetici	23	2,48	1,17	0,781	0,458
	Birim Amiri	53	2,35	0,79		
	Diğer	606	2,27	0,89		
Yaşam Kalitesi	Yönetici	23	2,38	1,09	0,540	0,583
	Birim Amiri	53	2,37	0,69		
	Diğer	606	2,27	0,77		

H_{15} : Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının, işteki mevcut konum gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.

Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının,işteki mevcut konum gruplarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan ANOVA testi sonucuna göre; katılımcıların yaşam kalitesi algılarının,işteki mevcut konum gruplarındaki farkı, istatistiksel olarak anlamlılık göstermediğinden ($p>0.05$) H_{15} hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 3.44: Katılımcıların Yaşam Kalitesi Algılarının Gelir Durumu Gruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları

Ölçek	Gelir Durumu	n	\bar{X}	ss	F	P	Scheffe
Empati Yorgunluğu	2001-4000 TL ⁽¹⁾	315	2,04	0,95	8,155	0,000**	(1-3) (2-3)
	4001-6000 TL ⁽²⁾	277	2,16	1,03			
	6001 TL ve üzeri ⁽³⁾	90	2,51	1,00			
Tükenmişlik	2001-4000 TL	315	2,33	0,81	0,748	0,474	
	4001-6000 TL	277	2,39	0,90			
	6001 TL ve üzeri	90	2,28	0,69			
Duygusal Tükenme	2001-4000 TL	315	2,33	0,89	2,013	0,134	
	4001-6000 TL	277	2,28	0,94			
	6001 TL ve üzeri	90	2,11	0,78			
Yaşam Kalitesi	2001-4000 TL	315	2,27	0,76	0,180	0,835	
	4001-6000 TL	277	2,31	0,83			
	6001 TL ve üzeri	90	2,27	0,68			

$p<0,01^{**}$

H_{16} : Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının,gelir durumu gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.

Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının,gelir durumu gruplarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi için yapılan ANOVA testi sonucuna göre; katılımcıların empati yorgunluğu algılarının,gelir durumugruplarındaki farkı,istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden ($F=8,155$, $p=0.000$, $p<0.01$) H_{16} hipotezi kabul edilmiştir. Gelir durumu 6001 TL ve üzeri ($\bar{X}=2,51$) olanların empati yorgunluğu algılarının,gelir durumu 2001-4000 TL (\bar{X}

=2,04) ve 4001-6000 TL ($\bar{X}=2,16$) olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi için, post hoc test grupları içerisinde Scheffe testi kullanılmıştır.

Tablo 3.45: Katılımcıların Yaşam Kalitesi Algılarının Çalışılan BirimGruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları

Ölçek	Çalışılan Birim	n	\bar{X}	Ss	F	P	Scheffe
Empati Yorgunluğu	Ameliyathane ⁽¹⁾	48	2,33	1,14	3,110	0,009**	(2-4) (2-5) (2-6)
	Acil ⁽²⁾	99	2,43	1,06			
	Yoğun Bakım ⁽³⁾	40	2,34	0,87			
	Yataklı Servis ⁽⁴⁾	117	2,13	0,96			
	İdari ⁽⁵⁾	117	2,00	1,02			
	Diğer ⁽⁶⁾	261	2,06	0,95			
Tükenmişlik	Ameliyathane ⁽¹⁾	48	2,39	0,96	4,101	0,001**	(5-2) (5-3) (5-4)
	Acil ⁽²⁾	99	2,60	0,92			
	Yoğun Bakım ⁽³⁾	40	2,51	0,73			
	Yataklı Servis ⁽⁴⁾	117	2,44	0,75			
	İdari ⁽⁵⁾	117	2,21	0,88			
	Diğer ⁽⁶⁾	261	2,24	0,77			
Duygusal Tükenme	Ameliyathane	48	2,45	1,01	1,414	0,217	
	Acil	99	2,43	0,91			
	Yoğun Bakım	40	2,34	0,81			
	Yataklı Servis	117	2,17	0,83			
	İdari	117	2,21	0,96			
	Diğer	261	2,26	0,88			
Yaşam Kalitesi	Ameliyathane ⁽¹⁾	48	2,40	0,90	3,136	0,008**	(2-4) (2-5) (2-6)
	Acil ⁽²⁾	99	2,51	0,85			
	Yoğun Bakım ⁽³⁾	40	2,42	0,69			
	Yataklı Servis ⁽⁴⁾	117	2,29	0,67			
	İdari ⁽⁵⁾	117	2,17	0,85			
	Diğer ⁽⁶⁾	261	2,21	0,73			

p<0,01**

H₁₇: Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının,çalışılan birim gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.

Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının,çalışılan birim gruplarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi için yapılan ANOVA testi sonucuna göre; katılımcıların empati yorgunluğu algılarınınçalışılan birim gruplarındaki farkı,istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden (F=3,110, p=0.009, p<0.01) **H₁₇** hipotezi kabul edilmiştir. Çalışılan birim acil ($\bar{X}=2,43$) olanların empati yorgunluğu algılarının,çalışılan birim yataklı servis ($\bar{X}=2,13$), idari ($\bar{X}=2,00$) ve diğer ($\bar{X}=2,06$) olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Tükenmişlik algılarınınçalışılan birim gruplarındaki fark,istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden (F=4,101, p=0.001, p<0.01) **H₁₇** hipotezi kabul edilmiştir. Çalışılan birim idari ($\bar{X}=2,21$) olanların tükenmişlik algılarının,çalışılan birim acil ($\bar{X}=2,60$), yoğun bakım ($\bar{X}=2,51$) ve yataklı servis ($\bar{X}=2,44$) olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yaşam kalitesi algılarınınçalışılan birim gruplarındaki fark,istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden (F=3,136, p=0.008, p<0.01) **H₁₇** hipotezi kabul edilmiştir. Çalışılan birim acil ($\bar{X}=2,51$) olanların empati yorgunluğu algılarının,çalışılan birim yataklı servis ($\bar{X}=2,29$), idari ($\bar{X}=2,17$) ve diğer ($\bar{X}=2,21$) olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi için, post hoc test grupları içerisinde Scheffe testi kullanılmıştır.

Tablo 3.46: Katılımcıların Yaşam Kalitesi Algılarının Maruz Kalınan Şiddet Olayı Gruplarına Göre Farklaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları

Ölçek	Maruz Kalınan Şiddet Olayı	n	\bar{X}	Ss	F	P	Scheffe
Empati Yorgunluğu	Sözel	297	2,28	1,00	0,908	0,437	
	Fiziksel	36	2,03	0,84			
	Cinsel	15	2,04	0,75			
	Mobbing	51	2,22	0,98			
Tükenmişlik	Sözel	297	2,45	0,86	1,196	0,311	
	Fiziksel	36	2,25	0,69			
	Cinsel	15	2,71	0,79			
	Mobbing	51	2,48	0,76			
Duygusal Tükenme	Sözel ⁽¹⁾	297	2,33	0,91	2,862	0,037*	(2-1)
	Fiziksel ⁽²⁾	36	1,93	0,79			(2-3)
	Cinsel ⁽³⁾	15	2,55	0,62			(2-4)
	Mobbing ⁽⁴⁾	51	2,43	1,00			
Yaşam Kalitesi	Sözel	297	2,37	0,79	1,737	0,159	
	Fiziksel	36	2,10	0,66			
	Cinsel	15	2,52	0,56			
	Mobbing	51	2,41	0,74			

p<0,05*

H₁₈: Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının,maruz kalınan şiddet olayı gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.

Katılımcıların yaşam kalitesi algılarının,maruz kalınan şiddet olayı gruplarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi için yapılan ANOVA testi sonucuna göre; katılımcıların duygusal tükenme algılarınınmaruz kalınan şiddet olayıgruplarındaki farkı, istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden (F=2,862, p=0.037, p<0.05) **H₁₈** hipotezi kabul edilmiştir. Maruz kalınan şiddet olayı fiziksel şiddet ($\bar{X}=1,93$) olanların duygusal tükenme algılarının,maruz kalınan şiddet olayı sözel şiddet ($\bar{X}=2,33$), cinsel şiddet ($\bar{X}=2,55$)

ve mobbing ($\bar{X}=2,43$) olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi için, post hoc test grupları içerisinde Scheffe testi kullanılmıştır.

3.4.2.3. İş Performansı Ölçeğine Ait Hipotez Sonuçları

Bu başlık altında, katılımcıların iş performansı algılarının demografik özellikleri ile karşılaştırılması ve iş performansı boyutuna ait hipotezlere yer verilmiştir.

Tablo 3.47: Katılımcıların İş Performansı Algılarının En Çok İletişim Kurulan Hasta Cinsiyeti Gruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

Ölçek	En Çok İletişim Kurulan Hasta Cinsiyeti	n	\bar{X}	ss	t	p
Görev Performansı	Kadın	302	4,24	0,56	-0,694	0,488
	Erkek	150	4,28	0,54		
İşe Adanmışlık	Kadın	302	3,56	0,68	-2,428	0,016*
	Erkek	150	3,73	0,68		
Kişisel Uyum	Kadın	302	4,09	0,59	-2,167	0,031*
	Erkek	150	4,22	0,56		
İş Performansı	Kadın	302	3,94	0,53	-2,171	0,031*
	Erkek	150	4,05	0,51		

p<0,05*

H₁₉: Katılımcıların iş performansı algılarının, en çok iletişim kurulan hasta cinsiyeti gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.

Katılımcıların iş performansı algılarının, en çok iletişim kurulan hasta cinsiyeti gruplarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi için yapılan t-testi sonucuna göre; katılımcıların işe adanmışlık alt boyut algılarının en çok iletişim kurulan hasta cinsiyeti gruplarına göre farkı, istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğinden (t=-2,428; p=0.016; p<0.05) **H₁₉** hipotezi kabul

edilmiştir. En çok iletişim kurulan hasta cinsiyetierkek ($\bar{X}=3,73$) olanların işe adanmışlık algıları, kadınlara ($\bar{X}=3,56$) göre daha fazladır. Kişisel uyum alt boyut algılarının en çok iletişim kurulan hasta cinsiyeti gruplarına göre farkı da istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğinden ($t=-2,167$; $p=0.031$; $p<0.05$) H_{19} hipotezi kabul edilmiştir. En çok iletişim kurulan hasta cinsiyetierkek ($\bar{X}=4,22$) olanların kişisel uyum algıları, kadınlara ($\bar{X}=4,09$) göre daha fazladır. İş performansı ölçeği algılarının en çok iletişim kurulan hasta cinsiyeti gruplarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğinden ($t=-2,171$; $p=0.031$; $p<0.05$) H_{19} hipotezi kabul edilmiştir. En çok iletişim kurulan hasta cinsiyetierkek ($\bar{X}=4,05$) olanların iş performansı algıları, kadınlara ($\bar{X}=3,94$) göre daha fazladır.

Tablo 3.48: Katılımcıların İş Performansı Algılarının Son 2 Yıl İçinde Şiddete Maruz Kalma Gruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

Ölçek	Son 2 Yıl İçinde Şiddete Maruz Kalma	n	\bar{X}	ss	T	p
Görev Performansı	Evet	399	4,26	0,58	-1,715	0,080
	Hayır	283	4,33	0,52		
İşe Adanmışlık	Evet	399	3,63	0,69	-1,626	0,104
	Hayır	283	3,71	0,69		
Kişisel Uyum	Evet	399	4,11	0,60	-2,523	0,012*
	Hayır	283	4,22	0,60		
İş Performansı	Evet	399	3,97	0,54	-2,205	0,028*
	Hayır	283	4,07	0,54		

$p<0,05^*$

H₂₀: Katılımcıların iş performansı algılarının, son 2 yıl içinde şiddete maruz kalma gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.

Katılımcıların iş performansı algılarının, son 2 yıl içinde şiddete maruz kalma gruplarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi için yapılan t-testi sonucuna göre; katılımcıların kişisel uyum alt boyut

algılarının şiddete maruz kalma gruplarına göre farkı, istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğinden ($t=-2,523$; $p=0.012$; $p<0.05$) H_{20} hipotezi kabul edilmiştir. Son 2 yıl içinde şiddete maruz kalmayanların ($\bar{X}=4,22$) kişisel uyum algıları, maruz kalanlara ($\bar{X}=4,11$) göre daha fazladır. İş performansı algısının şiddete maruz kalma gruplarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğinden ($t=-2,205$; $p=0.028$; $p<0.05$) H_{20} hipotezi kabul edilmiştir. Son 2 yıl içinde şiddete maruz kalmayanların ($\bar{X}=4,07$) iş performansı algıları, maruz kalanlara ($\bar{X}=3,97$) göre daha fazladır.

Tablo 3.49: Katılımcıların İş Performansı Algılarının İşteki Mevcut Konum Gruplarına Göre Farklaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları

Ölçek	İşteki Mevcut Konum	n	\bar{X}	ss	F	P	Scheffe
Görev Performansı	Yönetici	23	4,37	0,59	0,857	0,425	
	Birim Amiri	53	4,37	0,49			
	Diğer	606	4,28	0,56			
İşe Adanmışlık	Yönetici ⁽¹⁾	23	3,98	0,77	3,666	0,026*	(1-3)
	Birim Amiri ⁽²⁾	53	3,79	0,59			
	Diğer ⁽³⁾	606	3,64	0,70			
Kişisel Uyum	Yönetici	23	4,23	0,63	0,634	0,531	
	Birim Amiri	53	4,23	0,57			
	Diğer	606	4,15	0,61			
İşe Adanmışlık	Yönetici	23	4,18	0,61	2,149	0,117	
	Birim Amiri	53	4,11	0,50			
	Diğer	606	4,00	0,54			

$p<0,05^*$

H₂₁: Katılımcıların iş performansı algılarının, işteki mevcut konum gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.

Katılımcıların iş performansı algılarının, işteki mevcut konum gruplarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi için yapılan ANOVA testi sonucuna göre; katılımcıların işe adanmışlık algılarının, işteki mevcut

konumgruplarındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlılığı kabul edildiğinden (F=3,666, p=0.026; p<0.05) H_{21} hipotezi kabul edilmiştir. İşteki mevcut konumu yönetici ($\bar{X}=3,98$) olanların işe adanmışlık algılarının, işteki mevcut konumu diğer ($\bar{X}=3,64$) olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi için, post hoc test grupları içerisinde Scheffe testi kullanılmıştır.

Tablo 3.50: Katılımcıların İş Performansı Algılarının Gelir Durumu Gruplarına Göre Farklaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları

Ölçek	Gelir Durumu	n	\bar{X}	ss	F	P
Görev Performansı	2001-4000 TL	315	4,30	0,56	0,211	0,810
	4001-6000 TL	277	4,27	0,59		
	6001 TL ve üzeri	90	4,29	0,45		
İşe Adanmışlık	2001-4000 TL	315	3,68	0,71	0,355	0,701
	4001-6000 TL	277	3,66	0,69		
	6001 TL ve üzeri	90	3,61	0,63		
Kişisel Uyum	2001-4000 TL	315	4,17	0,63	1,595	0,204
	4001-6000 TL	277	4,17	0,61		
	6001 TL ve üzeri	90	4,05	0,51		
İşe Adanmışlık	2001-4000 TL	315	4,03	0,56	0,556	0,574
	4001-6000 TL	277	4,01	0,55		
	6001 TL ve üzeri	90	3,96	0,45		

H_{22} : Katılımcıların iş performansı algılarının, gelir durumu gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.

Katılımcıların iş performansı algılarının, gelir durumu gruplarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi için yapılan ANOVA testi sonucuna göre; katılımcıların iş performansı algılarının gelir durumu gruplarındaki farkı istatistiksel olarak anlamlılık göstermediğinden (p>0.05) H_{22} hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 3.51: Katılımcıların İş Performansı Algılarının Çalışılan BirimGruplarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları

Ölçek	Çalışılan Birim	n	\bar{X}	ss	F	p	Scheffe
Görev Performansı	Ameliyathane	48	4,25	0,65	0,958	0,426	
	Acil	99	4,27	0,46			
	Yoğun Bakım	40	4,18	0,54			
	Yataklı Servis	117	4,25	0,55			
	İdari	117	4,36	0,49			
	Diğer	261	4,31	0,61			
İşe Adanmışlık	Ameliyathane ⁽¹⁾	48	3,69	0,65	2,497	0,030*	(5-4) (5-6)
	Acil ⁽²⁾	99	3,67	0,61			
	Yoğun Bakım ⁽³⁾	40	3,67	0,55			
	Yataklı Servis ⁽⁴⁾	117	3,53	0,67			
	İdari ⁽⁵⁾	117	3,84	0,72			
	Diğer ⁽⁶⁾	261	3,64	0,74			
Kişisel Uyum	Ameliyathane	48	4,09	0,66	1,129	0,343	
	Acil	99	4,19	0,51			
	Yoğun Bakım	40	4,15	0,56			
	Yataklı Servis	117	4,06	0,58			
	İdari	117	4,23	0,61			
	Diğer	261	4,16	0,64			
İşe Adanmışlık	Ameliyathane	48	3,99	0,56	1,754	0,120	
	Acil	99	4,02	0,46			
	Yoğun Bakım	40	3,98	0,42			
	Yataklı Servis	117	3,92	0,53			
	İdari	117	4,13	0,55			
	Diğer	261	4,01	0,59			

p<0,05*

H₂₃: Katılımcıların iş performansı algıları,çalışılan birimgruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.

Katılımcıların iş performansı algılarının, çalışılan birim gruplarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi için yapılan ANOVA testi sonucuna göre; katılımcıların işe adanmışlık algılarının, çalışılan birim gruplarındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden ($F=2,497$, $p=0.030$; $p<0.05$) H_{23} hipotezi kabul edilmiştir. Çalışılan birim idari ($\bar{X}=3,84$) olanların işe adanmışlık algıları, çalışılan birim yataklı servis ($\bar{X}=3,53$) ve diğer ($\bar{X}=3,64$) olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi için, post hoc test grupları içerisinde Scheffe testi kullanılmıştır.

Tablo 3.52: Katılımcıların İş Performansı Algılarının Tarafından Şiddet Görülen Kişi Gruplarına Göre Farklaşmasının Belirlenmesine Ait ANOVA Testi Sonuçları

Ölçek	Tarafından Şiddet Görülen Kişi	n	\bar{X}	Ss	F	P	Scheffe
Görev Performansı	Hasta ⁽¹⁾	297	4,26	0,56	3,408	0,035*	(2-3)
	Hasta Yakını ⁽²⁾	36	4,16	0,79			
	Personel veya Yönetim ⁽³⁾	15	4,12	0,47			
İşe Adanmışlık	Hasta	51	4,37	0,56	2,321	0,100	
	Hasta Yakını	297	3,63	0,65			
	Personel veya Yönetim	36	3,67	0,85			
Kişisel Uyum	Hasta	15	3,42	0,83	1,363	0,258	
	Hasta Yakını	51	3,64	0,78			
	Personel veya Yönetim	297	4,12	0,57			
İşe Adanmışlık	Hasta	36	4,02	0,83	2,925	0,055	
	Hasta Yakını	15	4,03	0,59			
	Personel veya Yönetim	51	4,13	0,63			

$p<0,05^*$

H₂₄: Katılımcıların iş performansı algılarının, tarafından şiddet görülen kişi gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.

Katılımcıların iş performansı algılarının, tarafından şiddet görülen kişi gruplarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi için

yapılan ANOVA testi sonucuna göre; katılımcıların görev performansı algılarının, tarafından şiddet görülen kişigruplarındaki farkıistatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiğinden ($F=3,408$, $p=0.035$; $p<0.05$) H_{24} hipotezi kabul edilmiştir. Tarafından şiddet görülen kişi hasta yakını ($\bar{X}=4,16$) olanların görev performansı algılarının, tarafından şiddet görülen kişi personel veya yönetim ($\bar{X}=4,12$) olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi için, post hoc test grupları içerisinde Scheffe testi kullanılmıştır.

3.4.3. Ölçeklerin Alt Boyutlarının Birbirleriyle İlişkisi

Sağlık sektöründe işyeri şiddeti, yaşam kalitesi ve iş performansı ölçeklerinin alt boyutlarının birbirleriyle olan ilişkileri analiz edilmiş, sonuçlara aşağıda yer verilmiştir.

Tablo 3.53: Katılımcıların Yaşam Kalitesi Ölçeği ve İş Performansı Ölçeği Alt Boyutlarının Birbirleri Arasındaki İlişki

Değişkenler		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Yaşam Kalitesi (1)	r	1	0,781	0,936	0,863	-0,193	-0,181	-0,123	-0,219
	p		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000
Empati Yorgunluğu (2)	r		1	0,657	0,511	-0,151	-0,143	-0,096	-0,170
	p			0,000	0,000	0,000	0,000	0,012	0,000
Tükenmişlik (3)	r			1	0,696	-0,216	-0,177	-0,161	-0,235
	p				0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Duygusal Tükenme (4)	r				1	-0,121	-0,147	-0,047	-0,149
	p					0,002	0,000	0,225	0,000
İş Performansı (5)	r					1	0,806	0,895	0,900
	p						0,000	0,000	0,000
Görev Performansı (6)	r						1	0,530	0,667
	p							0,000	0,000
İşe Adanmışlık (7)	r							1	0,708
	p								0,000
Kişisel Uyum (8)	r								1
	p								

H₂₅: Katılımcıların Yaşam Kalitesi ölçeği ve İş Performansı ölçeği alt boyutlarının birbirleri ile arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi için pearson korelasyon analizi yapılmış olup, yapılan korelasyon analizi sonucuna göre; Yaşam Kalitesi ölçeği ile İş Performansı ölçeği arasında negatif yönlü çok düşük seviyede bir ilişki olduğu (**p=0,000; r=-0,193**) belirlendiğinden, **H₂₅** hipotezi kabul edilmiştir. Yaşam Kalitesi ölçeği ve İş Performansı ölçeği alt boyutları birbirleri ile karşılaştırıldığında; en yüksek ilişkinin, tükenmişlik alt boyutu ile kişisel uyum alt boyutu arasında negatif yönlü düşük seviyede olduğu (**p=0,000; r=-0,235**) belirlendiğinden, **H₂₅** hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3.54: Katılımcıların Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeği Alt Boyutlarının Birbirleri Arasındaki İlişki

Değişkenler	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	
Yaşam Kalitesi (1)	r	1	0,781	0,936	0,863	0,457	0,477	0,274	0,229
	p		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Empati Yorgunluğu (2)	r		1	0,657	0,511	0,318	0,356	0,163	0,152
	p			0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Tükenmişlik (3)	r			1	0,696	0,445	0,467	0,255	0,229
	p				0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Duygusal Tükenme (4)	r				1	0,398	0,397	0,273	0,196
	p					0,000	0,000	0,000	0,000
Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti (5)	r					1	0,801	0,655	0,762
	p						0,000	0,000	0,000
Şiddet ve İş Yaşamı (6)	r						1	0,266	0,374
	p							0,000	0,000
Şiddet Nedenleri (7)	r							1	0,353
	p								0,000
Saldırgan Özellikleri (8)	r								1
	p								

H₂₆: Katılımcıların Yaşam Kalitesi ölçeği ve Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti ölçeği alt boyutlarının birbirleri ile arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi için pearson korelasyon analizi yapılmış olup, yapılan korelasyon analizi sonucuna göre; Yaşam Kalitesi ölçeği ile Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti alt boyutu arasında pozitif yönlü orta seviyede bir ilişki olduğu (**p=0,000; r=0,457**) belirlendiğinden, **H₂₆** hipotezi kabul edilmiştir. Yaşam Kalitesi ölçeği ve Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti ölçeği alt boyutları birbirleri ile karşılaştırıldığında; en yüksek ilişkinin, tükenmişlik alt boyutu ile şiddet ve iş yaşamı alt boyutu arasında pozitif yönlü orta seviyede olduğu (**p=0,000; r=0,467**) belirlendiğinden, **H₂₆** hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3.55: Katılımcıların Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Sağlık Sektöründe Şiddeti Ölçeği Alt Boyutlarının Birbirleri Arasındaki İlişki

Değişkenler	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti (1)	r 1	0,801	0,655	0,762	-0,113	-0,133	-0,053	-0,131
	p	0,000	0,000	0,000	0,003	0,001	0,170	0,001
Şiddet ve İş Yaşamı (2)	r	1	0,266	0,374	-0,155	-0,100	-0,148	-0,151
	p	0,000	0,000	0,000	0,009	0,000	0,000	0,000
Şiddet Nedenleri (3)	r		1	0,353	-0,083	-0,175	0,035	-0,125
	p		0,000	0,030	0,000	0,367	0,001	
Saldırgan Özellikleri (4)	r			1	0,002	-0,037	0,036	-0,009
	p				0,954	0,331	0,347	0,819
İş Performansı (5)	r				1	0,806	0,895	0,900
	p					0,000	0,000	0,000
Görev Performansı (6)	r					1	0,530	0,667
	p						0,000	0,000
İşe Adanmışlık (7)	r						1	0,708
	p							0,000
Kişisel Uyum (8)	r							1
	p							

H₂₇: Katılımcıların Yaşam Kalitesi ölçeği ve Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti ölçeği alt boyutlarının birbirleri ile arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi için pearson korelasyon analizi yapılmış olup, yapılan korelasyon analizi sonucuna göre; Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti ile İş Performansı alt boyutu arasında negatif yönlü çok düşük seviyede bir ilişki olduğu (**p=0,000; r=-0,113**) belirlendiğinden, **H₂₇** hipotezi kabul edilmiştir. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti ölçeği ve İş Performansı ölçeği alt boyutları birbirleri ile karşılaştırıldığında; en yüksek ilişkinin şiddet nedenleri alt boyutu ile görev performansı alt boyutu arasında negatif yönlü çok düşük seviyede bir ilişki olduğu (**p=0,000; r=-0,175**) belirlendiğinden, **H₂₇** hipotezi kabul edilmiştir.

4. YAPISAL EŞİTLİK MODELİ (YEM) BULGULARI ve ARAŞTIRMA ANALİZİ YORUMLARI

Bu bölümde, araştırma modeline ilişkin “sağlık sektöründe işyeri şiddetinin, yaşam kalitesi ve iş performansı üzerine etkisi; işyeri şiddetinin, iş performansı üzerindeki etkisinde yaşam kalitesinin aracılık rolü” Yapısal Eşitlik Modeli” sonuçları ile araştırma hipotez sonuçlarına ilişkin yorumlara yer verilmiştir.

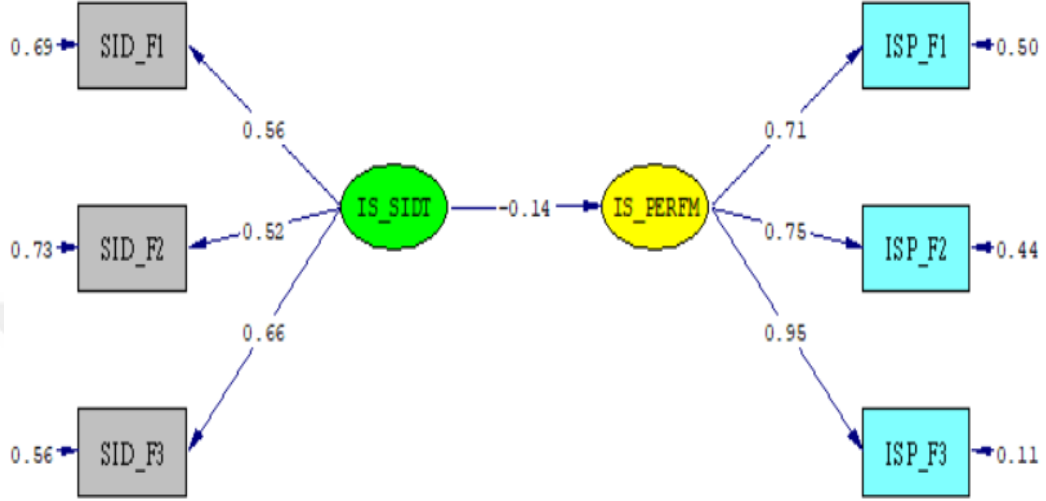
4.1. Yapısal Eşitlik Modeli Analiz Sonuçları

Araştırma konusuna yönelik kurulan modele ait bulgulara ve sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir.

4.1.1. İşyerinde Şiddetin, İş Performansı Üzerindeki Etkisine Ait Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde; işyerinde şiddetin, iş performansı üzerindeki etkisine ait hipotezin belirlenmesi için kurulan modele ait path diyagramı Şekil 4.1.’de, analiz sonuçları ise özet olarak Tablo 4.1.’de verilmiştir.

Şekil 4.1: Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin İş Performansı Üzerindeki Etkisine Ait Path Diagramı



Chi-Square=16.94, df=6, P-value=0.00000, RMSEA=0.052

IS_SDT=İşyerinde Şiddet, IS_PERFM= İş Performansı

Tablo 4.1: Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin İş Performansı Üzerindeki Etkisine Ait YEM Sonuçları

Hipotez Yolu	Standarlaştırılmış Parametre Tahminleri	t değerleri	Sonuç
(IS_SDT)→(IS_PERFM)	-0,14	-2,75**	Doğrulandı

*p<0.01

Tablo 4.1. incelendiğinde; işyerinde şiddetin, iş performansı üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç; katılımcıların işyerişiddetinde bir birimlik artışın, iş performansı üzerinde 0,14 birimlik azalışa neden olacağını ifade etmektedir.

Araştırma modelinin uygunluğunu değerlendirmek için Tablo 4.2. incelendiğinde, X^2/sd , RMSEA, SRMR, NFI, IFI, RFI, NNFI, CFI, GFI ve AGFI

ölçütlerinin kabul edilebilir uyum ve mükemmel uyum indekslerilimitleri içinde kaldığından, geçerli bir model olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 4.2: Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin İş Performansı Üzerindeki Etkisine Ait Uyum İyiliği Değerleri

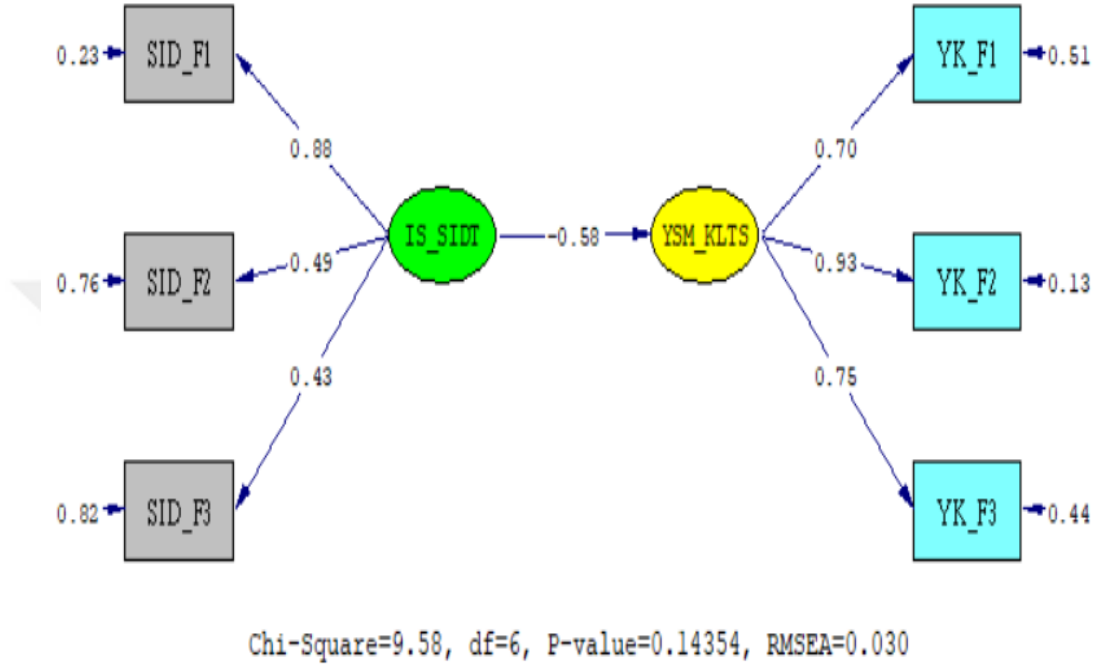
X ² /df	P	RMSEA	CFI	GFI	AGFI	NNFI	NFI	RMR	SRMR
2,823	0,000	0,052	0,990	0,980	0,970	0,990	0,990	0,014	0,023

Bir modelin bütün olarak kabul edilebilir olması için, raporlanan uyum iyiliği indekslerinin kabul edilebilir sınırlar içinde olması gerekmektedir (Schermelleh-Engel ve Moosbrugger, 2003). Kurulan model sonucu elde edilen uyum indeksi değerlerinin, kabul edilebilir ve mükemmel uyum indeksleri içerisine düştüğü görülmektedir. En önemli uyum indeksi değeri olan X²/df değerinin 2,823 ile mükemmel uyum aralığına, RMSEA değerinin 0,52 ile kabul edilebilir uyum aralığına düştüğü belirlenirken diğer uyum indeksi değerlerinin mükemmel uyum kriterleri içerisine düştüğü belirlenmiştir.

4.1.2. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisine Ait Bulgular

Araştırma kapsamındaki işyerinde şiddetin, yaşam kalitesi üzerindeki etkisine ait hipotezin belirlenmesi için kurulan modele ait path diyagramı Şekil 4.2.'de, analiz sonuçları ise özet olarak Tablo 4.3.'te verilmiştir.

Şekil 4.2: Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisine Ait Path Diagramı



IS_SIDT=İşyerinde Şiddet, YSM_KLTS= Yaşam Kalitesi

Tablo 4.3: Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisine Ait YEM Sonuçları

Hipotez Yolu	Standarlaştırılmış Parametre Tahminleri	t değerleri	Sonuç
(IS_SIDT)→(YSM_KLTS)	-0,58	-9,69**	Doğrulandı

*p<0.01

Tablo 4.3. incelendiğinde; işyerinde şiddetin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre, katılımcıların işyerişiddetinde bir birimlik artışın, yaşam kalitesi üzerinde 0,58 birimlik azalışa neden olacağını ifade etmektedir.

Araştırma modelinin uygunluğunu değerlendirmek için Tablo 4.4. incelendiğinde, X^2/sd , RMSEA, SRMR, NFI, IFI, RFI, NNFI, CFI, GFI ve AGFI ölçütlerinin kabul edilebilir uyum ve mükemmel uyum indeksleri limitleri içinde kaldığından geçerli bir model olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 4.4: Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisine Ait Uyum İyiliği Değerleri

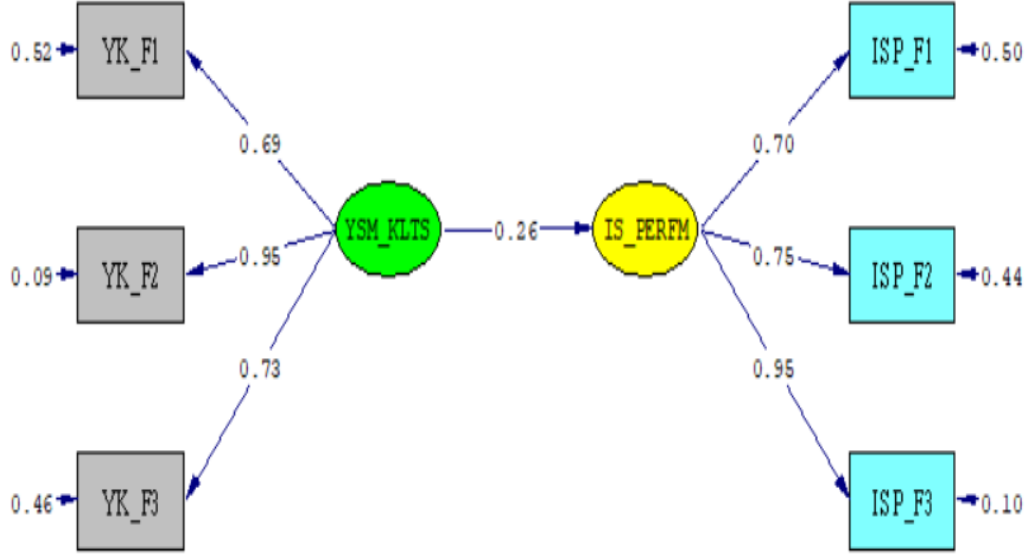
X^2/df	P	RMSEA	CFI	GFI	AGFI	NNFI	NFI	RMR	SRMR
1,596	0,000	0,030	0,990	0,990	0,980	0,990	0,990	0,014	0,017

Bir modelin bütün olarak kabul edilebilir olması için raporlanan uyum iyiliği indekslerinin kabul edilebilir sınırlar içinde olması gerekmektedir (Schermele-Engel ve Moosbrugger, 2003). Kurulan model sonucu elde edilen uyum indeksi değerlerinin kabul edilebilir ve mükemmel uyum indeksleri içerisine düştüğü görülmektedir. En önemli uyum indeksi değeri olan X^2/df değerinin 1,596 ile mükemmel uyum aralığına, RMSEA değerinin 0,030 ile mükemmel uyum aralığına düştüğü belirlenirken diğer uyum indeksi değerlerinin mükemmel uyum kriterleri içerisine düştüğü belirlenmiştir.

4.1.3. Yaşam Kalitesinin İş Performansı Üzerindeki Etkisine Ait Bulgular

Araştırma kapsamındaki, yaşam kalitesinin iş performansı üzerindeki etkisine ait hipotezin belirlenmesi için kurulan modele ait path diyagramı Şekil 4.3.'te, analiz sonuçları ise özet olarak Tablo 4.5.'te verilmiştir.

Şekil 4.3: Yaşam Kalitesinin İş Performansı Üzerindeki Etkisine Ait Path Diagramı



Chi-Square=15.63, df=8, P-value=0.04801, RMSEA=0.037

IS_PERFM=İş Performansı, YSM_KLTS= Yaşam Kalitesi

Tablo 4.5: Yaşam Kalitesinin İş Performansı Üzerindeki Etkisine Ait YEM Sonuçları

Hipotez Yolu	Standartlaştırılmış Parametre Tahminleri	t değerleri	Sonuç
(YSM_KLTS)→(IS_PERFM)	0,26	5,96**	Doğrulandı

*p<0.01

Tablo 4.5. incelendiğinde; yaşam kalitesinin iş performansı üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç, katılımcıların yaşam kalitelerinde bir birimlik artışın iş performansı üzerinde 0,26 birimlik artışa neden olacağını ifade etmektedir.

Araştırma modelinin uygunluğunu değerlendirmek için Tablo 4.6. incelendiğinde, X^2/sd , RMSEA, SRMR, NFI, IFI, RFI, NNFI, CFI, GFI ve AGFI

ölçütlerinin kabul edilebilir uyum ve mükemmel uyum kriterleri limitleri içinde kaldığından, geçerli bir model olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 4.6: Yaşam Kalitesinin İş Performansı Üzerindeki Etkisine Ait Uyum İyiliği Değerleri

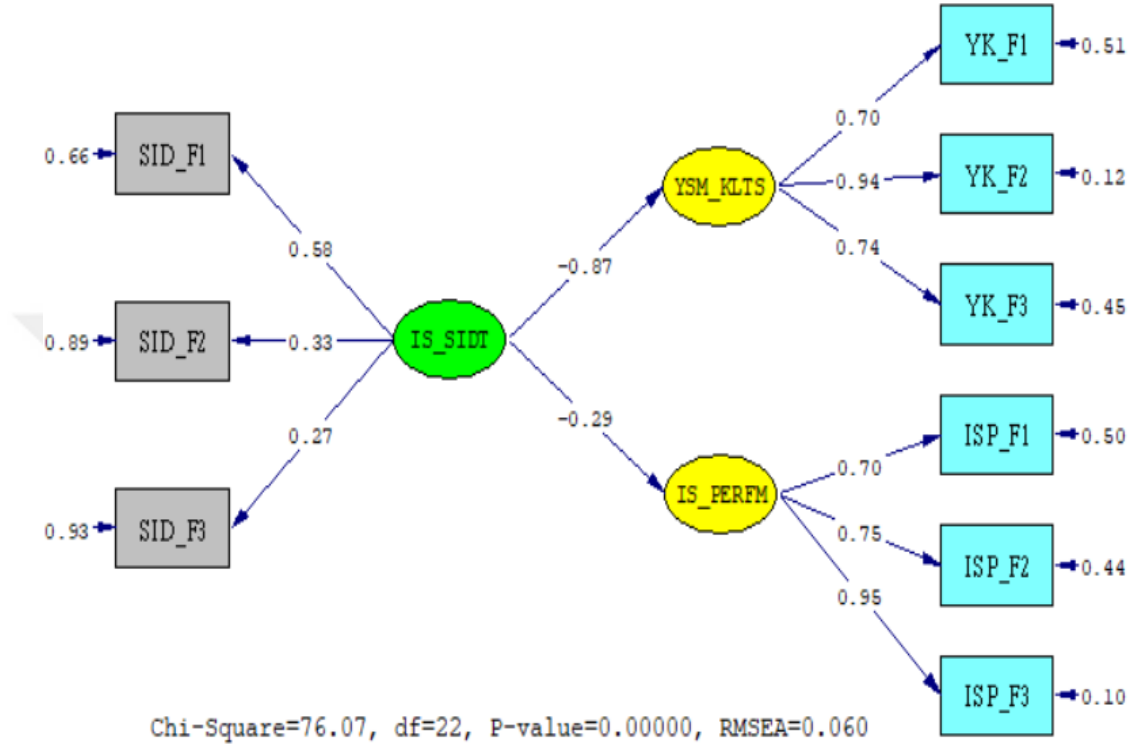
X ² /df	P	RMSEA	CFI	GFI	AGFI	NNFI	NFI	RMR	SRMR
1,953	0,000	0,037	0,990	0,990	0,980	0,990	0,990	0,015	0,024

Bir modelin bütün olarak kabul edilebilir olması için, raporlanan uyum iyiliği indekslerinin kabul edilebilir sınırlar içinde olması gerekmektedir (Schermelleh-Engel ve Moosbrugger, 2003). Kurulan model sonucu elde edilen uyum indeksi değerlerinin kabul edilebilir ve mükemmel uyum indeksleri içerisine düştüğü görülmektedir. En önemli uyum indeksi değeri olan X²/df değerinin 1,953 ile mükemmel uyum aralığına, RMSEA değerinin 0,037 ile mükemmel uyum aralığına düştüğü belirlenirken diğer uyum indeksi değerlerinin mükemmel uyum kriterleri içerisine düştüğü belirlenmiştir.

4.1.4. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin, Yaşam Kalitesi ve İş Performansı Üzerindeki Etkisine Ait Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde, işyerinde şiddetin, yaşam kalitesi ve iş performansı üzerindeki etkisine ait hipotezin belirlenmesi için kurulan modele ait path diyagramı Şekil 4.4.'te, analiz sonuçları ise özet olarak Tablo 4.7.'de verilmiştir.

Şekil 4.4: Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin Yaşam Kalitesi ve Performansı Üzerindeki Etkisine Ait Path Diagramı



IS_PERFM=İş Performansı, YSM_KLTS= Yaşam Kalitesi IS_SIDT= İşyerinde Şiddet

Tablo 4.7: Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin Yaşam Kalitesi ve Performansı Üzerindeki Etkisine Ait YEM Sonuçları

Hipotez Yolu	Standarlaştırılmış Parametre Tahminleri	t değerleri	Sonuç
(IS_SDT)→(YSM_KLTS)	-0,87	-8,80**	Doğrulandı
(IS_SDT)→(IS_PERFM)	-0,29	-5,81**	Doğrulandı

*p<0.01

Tablo 4.7. incelendiğinde; işyerinde şiddetin aynı anda yaşam kalitesi ve iş performansı üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlar, katılımcıların işyerinde şiddet algıları arttığında, yaşam kalitelerinde ve iş performansları üzerinde düşüşe neden olacağı anlamına gelmektedir. İşyerinde şiddetin bağımsız değişken olarak ele alındığı bu modelde, yaşam kalitesi üzerindeki

etkisinin -0,87 düzeyinde, iş performansı üzerindeki etkisinin ise -0,29 düzeyinde olduğu ve bu iki yolunda istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t > 2.58$).

Araştırma modelinin uygunluğunu değerlendirmek için Tablo 4.8. incelendiğinde, X^2/sd , RMSEA, SRMR, NFI, IFI, RFI, NNFI, CFI, GFI ve AGFI ölçütlerinin kabul edilebilir uyum ve mükemmel uyum kriterleri limitleri içinde kaldığından, geçerli bir model olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 4.8: Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin Yaşam Kalitesi ve Performansı Üzerindeki Etkisine Ait Uyum İyiliği Değerleri

X^2/df	P	RMSEA	CFI	GFI	AGFI	NNFI	NFI	RMR	SRMR
3,457	0,000	0,060	0,990	0,990	0,980	0,990	0,990	0,015	0,017

Bir modelin bütün olarak kabul edilebilir olması için, raporlanan uyum iyiliği indekslerinin kabul edilebilir sınırlar içinde olması gerekmektedir (Schermele-Engel ve Moosbrugger, 2003). Kurulan model sonucu elde edilen uyum indeksi değerlerinin kabul edilebilir ve mükemmel uyum indeksleri içerisine düştüğü görülmektedir. En önemli uyum indeksi değeri olan X^2/df değerinin 3,457 ile kabul edilebilir uyum aralığına, RMSEA değerinin 0,060 ile kabul edilebilir uyum aralığına düştüğü belirlenirken diğer uyum indeksi değerlerinin mükemmel uyum kriterleri içerisine düştüğü belirlenmiştir.

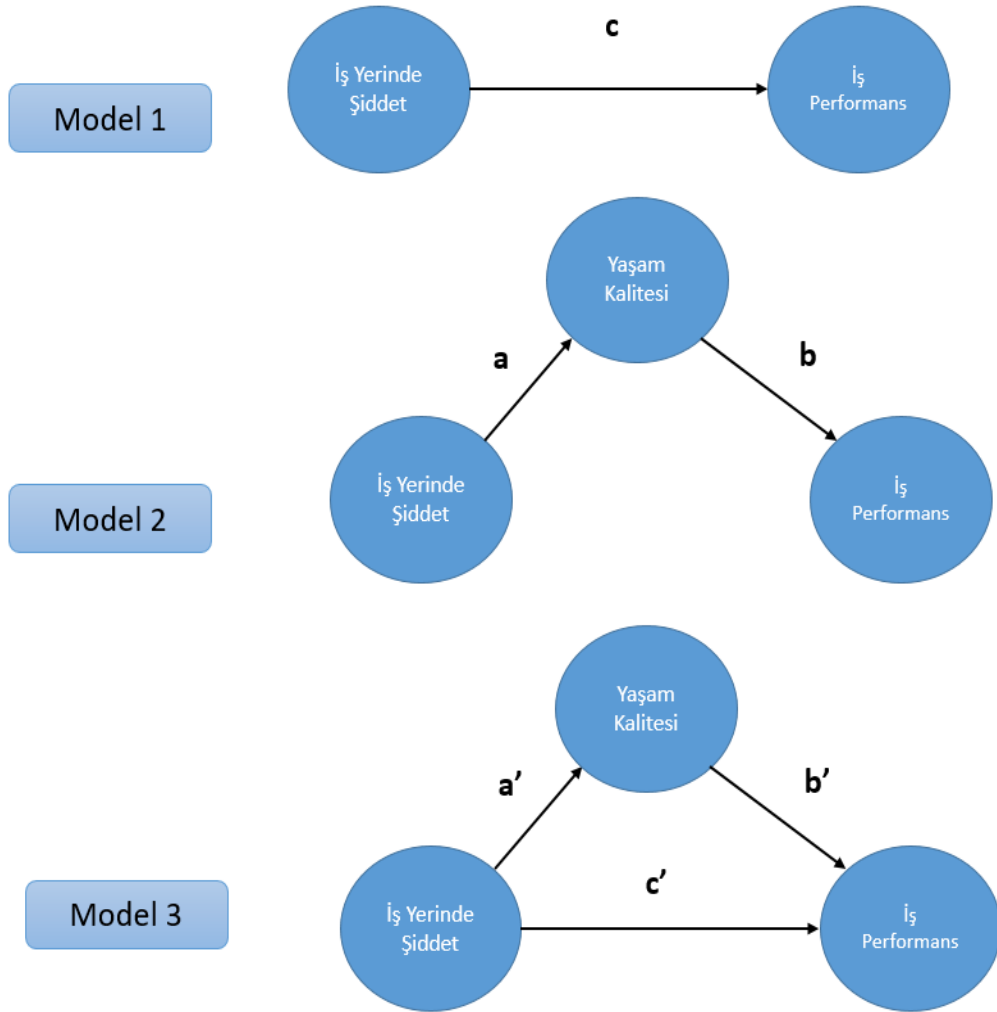
4.2. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin İş Performansı Üzerindeki Etkisinde Yaşam Kalitesinin Aracılık Etkisine Ait Bulgular

İşyerinde şiddetin, iş performansı üzerindeki etkisinde yaşam kalitesinin aracılık rolünü belirlediğimiz modele ait YEM analizi sonuçlarına aşağıda verilmiştir.

Yapısal modellerde bir değişkenin aracılık rolü farklı yöntemlerle test edilebilir. Bu çalışmada kullanılan yöntem, değişkenler arasındaki regresyon

katsayılarının karşılaştırılmasıdır. Bu analizde değişkenin aracılık rolü, üç basamakta test edilmiştir. Birinci basamakta II. Modelde gösterilen a ve b regresyon katsayılarının anlamlı olması gerekmektedir. İkinci basamakta III. modelde yer alan b' regresyon katsayısının anlamlı olup olmadığı incelenir. Son basamakta ise III modelde yer alan bağımsız değişkenin sonuç değişkeniyle direk ilişkisinin, I. Modelde belirlenen ilişkidən daha az önemli olması gerekmektedir (Baron ve Kenny, 1986).

Şekil 4.5: Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin İş Performansı Üzerindeki Etkisinde Yaşam Kalitesinin Aracılık Rolünün Belirlenmesi İçin Kurulan Modeller

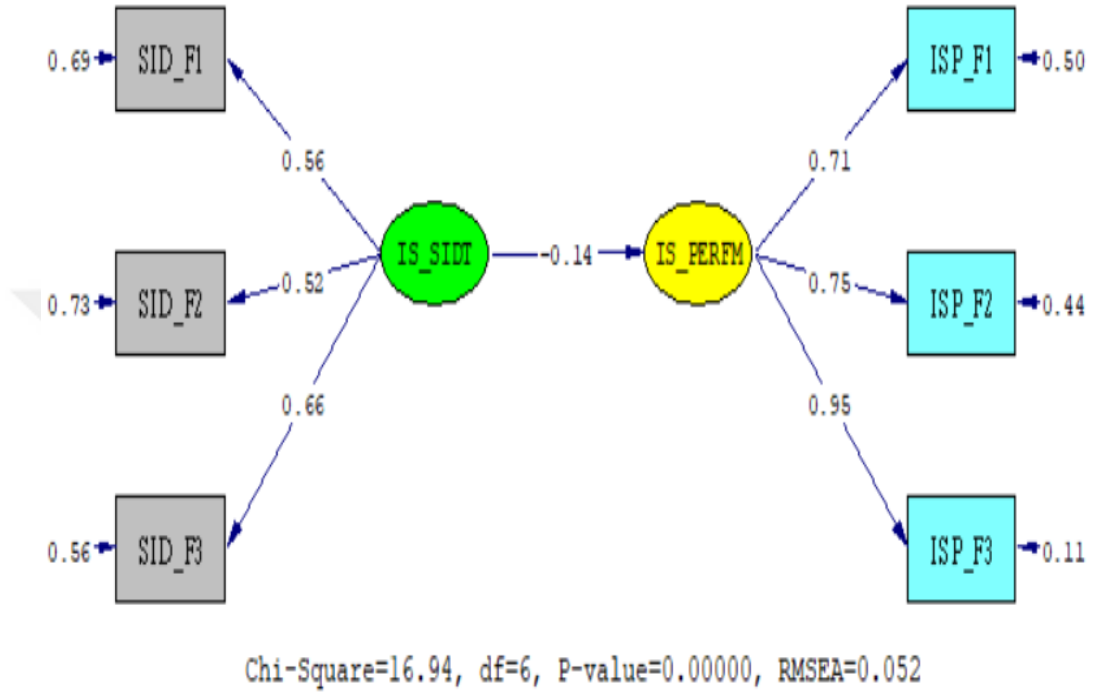


Kurulan modellere ait yollar Şekil 4.5.'teayrıntılı olarak verilmiştir. Buna göre; c regresyon katsayısının c' değerinden daha yüksek olması gerekmektedir. Bu koşullar sağlandığında, yaşam kalitesi değişkeninin iş performansı ile işyeri şiddeti değişkenleri arasındaki ilişkide aracı değişken olduğu belirlenir.

Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetiile İş Performansı Arasındaki İlişkiye Yönelik Kurulan Modelin Test Edilmesi

Şekil 4.6.'daverilen, işyerinde şiddet ve iş performansı değişkeninin oluşturduğu I. Model test edildiğinde, işyerinde şiddet ve iş performansı ($t=-2,75$, $p<.01$) arasında kurulan ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Modele ilişkin Ki-kare $X^2= 16,94$; $sd = 6$; , $p = 0.0000<0.01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranı incelendiğinde ($\chi^2/sd = 2,823$) 3 değerinin altında olması mükemmel uyuma işaret etmektedir.

Şekil 4.6: Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti ile İş Performansının Oluşturduğu Modelin Test Edilmesi



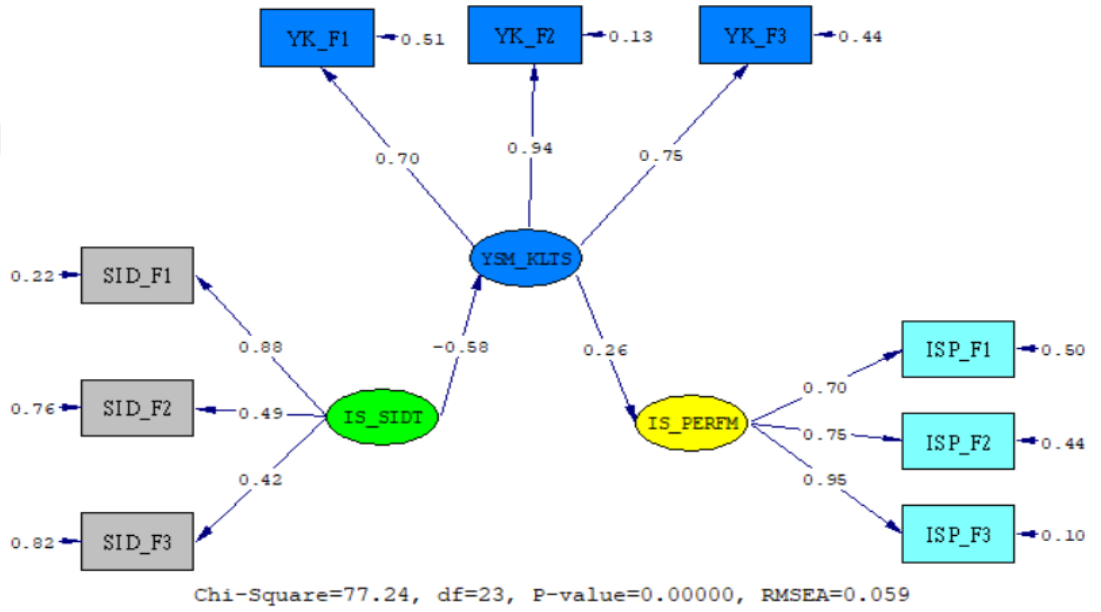
Yapısal modele ait uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde RMSEA = .052, RMR = .014, SRMR = .023, GFI = .98, AGFI = .97, CFI = .99, NFI= .99 ve NNFI= .99 değerlerini aldığı görülmektedir. Bu değerler; kurulan yapısal modelinin kabul edilebilir uyuma sahip olduğunu göstermektedir.

Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin, İş Performansının ve Yaşam Kalitesinin Oluşturduğu Modelin Test Edilmesi

Şekil 4.7.'de verilen işyerinde şiddet, iş performansı ve yaşam kalitesi değişkeninin oluşturduğu II. Model test edildiğinde; işyerinde şiddet ile yaşam kalitesi ($t = -9,66, p < .01$), yaşam kalitesi ile iş performansı ($t = 5,92, p < .05$) arasında kurulan ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Modele ilişkin Ki-kare $X^2=77,24, sd = 23, p = .000$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Ki-kare değerinin

serbestlik derecesine oranı incelendiğinde, ($\chi^2/sd = 3,358$) 5 değerinin altında olması, kabul edilebilir uyuma işaret etmektedir.

Şekil 4.7: İşyerinde Şiddetin İş Performansının ve Yaşam Kalitesinin Oluşturduğu Modelin Test Edilmesi



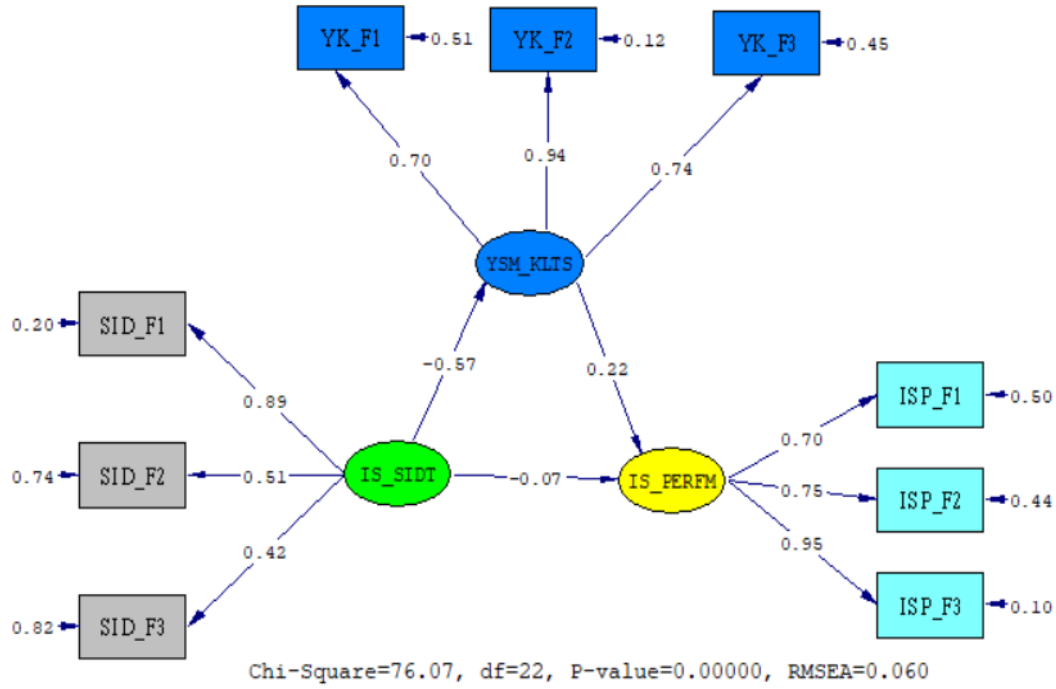
Yapısal modele ait uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde RMSEA = .059, RMR = .023, SRMR = .036, GFI = .98, AGFI = .95 ve CFI = .98 NFI= .96 ve NNFI= .97 değerlerini aldığı görülmektedir. Bu değerler kurulan yapısal modelinin mükemmel uyuma sahip olduğunu göstermektedir.

4.2.1. Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin, İş Performansı Üzerindeki Etkisinde Yaşam Kalitesinin Aracı Rolünün İncelenmesi

Şekil 4.8.'da verilen III. Modelde, işyerinde şiddet ile iş performansı üzerindeki etkisinde yaşam kalitesinin aracılık rolü test edildiğinde; işyerinde şiddet

ile yaşam kalitesi ($t = -9,50, p < .01$), yaşam kalitesi ile iş performansı ($t = 4,02, p < .01$) etkisi anlamlı bulunurken, işyerinde şiddet ile iş performansı ($t = -1,23, p > .05$) arasında kurulan ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Modele ilişkin Ki-kare $X^2 = 76,07, sd = 22, p = .000$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranı incelendiğinde ($\chi^2/sd = 3,457$) 5 değerinin altında olması kabul edilebilir uyuma işaret etmektedir.

Şekil 4.8: Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddetinin İş Performansı Üzerindeki Etkisinde Yaşam Kalitesinin Aracı Rolü



Yapısal modele ait uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde, RMSEA = .060, RMR = .023, SRMR = .036, GFI = .98, AGFI = .95 ve CFI = .98 NFI= .97 ve NNFI= .97 değerlerini aldığı görülmektedir. Bu değerler kurulan yapısal modelinin kabul edilebilir uyuma sahip olduğunu göstermektedir.

Yaşam kalitesinin değişkeninin aracı değişken olup olmadığının belirlenmesinde Model II için hesaplanan, işyerinde şiddet ile yaşam kalitesi ($\beta = -.58$)

ve yaşam kalitesi ile iş performansı ($\beta=0,26$) arasında hesaplanan katsayıların anlamlı olduğu görülmektedir. III. Model için katsayılar incelendiğinde, yaşam kalitesi ile iş performansının ($\beta=0,22$) hala anlamlı olduğu görülmektedir. Üçüncü aşamada Model I için belirlenen bağımsız değişken ile sonuç değişkeni arasındaki ilişkinin değişim miktarı incelendiğinde, işyerinde şiddetin iş performansı üzerindeki etkisinin Model I de gözlenen katsayısı $\beta= 0,14$ iken, Model III de aynı katsayı 0,07'ye düşmüş ve anlamlı olan etkisini yitirmiştir. Normalde işyerinde şiddetin iş performansı üzerindeki etkisi -0,14 iken modele yaşam kalitesi dâhil edildiğinde, işyerinde şiddetin iş performansı üzerindeki etkisinin ortadan kalktığı belirlenmiştir.

Yapısal Eşitlik Modellemesi sonucu elde edilen verilere göre;

Katılımcılar arasında işyeri şiddetinde bir birimlik artış, yaşam kalitesi üzerinde 0,58 birimlik azalışa neden olmaktadır. İşyerinde yaşanan şiddet, yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiler yaşanmasına neden olmaktadır.

Yaşam kalitesindeki bir birimlik artış, iş performansında 0,26 birimlik artışa neden olmaktadır. Yaşam kalitesi yükseldiğinde, çalışanların iş performansı artmaktadır.

İşyerinde şiddet algısı arttığında, yaşam kalitelerinde -0,87 ve iş performanslarında 0,29 düzeyinde düşüşe neden olmaktadır. İşyerinde yaşanan şiddet olayları, çalışanların hem yaşam kalitesini hem de iş performansını olumsuz etkilemektedir.

Yaşam kalitesi değişkeninin aracı değişken olup olmadığının belirlenmesinde, işyerinde şiddet ile yaşam kalitesi ($\beta=-58$) ve yaşam kalitesi ile iş performansı ($\beta=0,26$) arasında hesaplanan katsayıların anlamlı olduğu görülmektedir. Yaşam kalitesi ile iş performansı ($\beta=0,22$) katsayıları da anlamlıdır. İşyerinde şiddetin, iş performansı üzerindeki etkisinin katsayısı $\beta= 0,14$ iken, aynı katsayının 0,07'ye düştüğü, anlamlı olan etkisini yitirdiği görülmektedir. Normalde işyerinde

şiddetin iş performansı üzerindeki etkisi -0,14 iken, modele yaşam kalitesi dâhil edildiğinde, işyerinde şiddetin iş performansı üzerindeki etkisinin ortadan kalktığı belirlenmiştir. Yani yaşam kalitesi, yaşanan şiddet olayının iş performansını etkilememesi açısından, büyük bir güçtür.

Lin ve arkadaşları tarafından 2015 yılında Çin’de yapılan “Toplum Sağlık Çalışanları Arasındaki İşyeri Şiddeti ve İş Performansı: Yaşam Kalitesinin Aracı Rolü” araştırmasında; İşyerinde şiddetin, iş performansı üzerindeki aracısız etkisinin -0,13 olduğu belirlenirken; bu çalışmada işyerinde şiddetin iş performansı üzerindeki etkisinin aracısız modelde -0,14 olduğu belirlenmiştir. Sonuçlar, her iki çalışmada aynı yönde ve beta değerleri birbirine çok yakın olduğunu göstermektedir. Çin’de yapılan çalışmada, işyerinde şiddetin iş performansı üzerindeki etkisine yaşam kalitesi dahil edildiğinde, yaşam kalitesinin aracılığı ile -0,11’e düştüğü ve anlamlılığını yitirmediği belirlenmiştir. Bu nedenle Çin’de yapılan çalışmada; işyerinde şiddetin iş performansı üzerindeki etkisinde, yaşam kalitesinin yarı aracılık etkisi gösterdiği belirlenmiştir. Bu çalışmada ise, işyerinde şiddetin iş performansı üzerindeki etkisine yaşam kalitesi dahil edildiğinde, yaşam kalitesinin aracılığı ile -0,07’e düştüğü ve anlamlılığını yitirdiğinden, işyerinde şiddetin iş performansı üzerindeki etkisinde yaşam kalitesinin tam aracılık etki gösterdiği belirlenmiştir. Sonuç olarak bu çalışmada, Çin’de yapılan çalışmaya nazaran yaşam kalitesinin yüksek olmasının, işyeri şiddeti ve iş performansı üzerine ciddi olumlu etkisi olduğu ve negatif etkileri azalttığı tespit edilmiştir.

İşyerinde yaşanan şiddet olayları, çalışan sağlığı ve performansı açısından önemli bir etkiye sahiptir. Çalışma koşulları, iş yorgunluğu, yüksek iş talepleri, iş güvensizliği, işyeri çatışması ve kötü yönetim gibi uygulamalar, işyerinde şiddet ve taciz olasılığını artırabilmektedir. Bu nedenle, şiddete zemin hazırlayan tüm sorunlar ve etkenler gerçekçi analiz edilmeli, çeşitli müdahale stratejileri planlanmalı ve uygulanmalıdır. İşyerinde şiddete katkıda bulunan faktörlerin çeşitliliğinin ve karmaşıklığının tanımlanması, etkili şiddet karşıtı kontrol programlarının tasarımı ve uygulanmasında kilit öneme sahiptir (Chappell ve Di Martino, 2006).

4.3. Araştırma Analiz Sonuçlarına İlişkin Yorumlar

“İşyerinde şiddetin, iş performansı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi, işyeri şiddetinin iş performansına etkisinde yaşam kalitesinin aracılık rolü”nü ortaya koyan araştırmanın demografik verilerine göre; 682 katılımcının 418’i (%61,3) kadın, 264’ü (%38,7) erkektir. Sağlık çalışanları arasında kadınların yoğunlukta olduğu düşünüldüğünde, katılımcılar homojen bir yapıda dağılım göstermektedir. Katılımcıların %12,5’inin doktor, %33,4’ünün hemşire, %5,1’inin ebe, %2,6’sının eczacı, %26,1’inin diğer sağlık personeli, %20,2’sinin diğer personel olduğu; işteki mevcut konumlarının %3,4’ünün yönetici, %7,8’inin birim amiri, %88,9’unun diğer olduğu belirlenmiştir.

Bu araştırmada, son iki yıl içerisinde katılımcıların %58,5’i işyerinde şiddet olayına maruz kalmıştır. Yaşanılan şiddet olaylarının %74,4’ü sözel, %9’u fiziksel, %3,8’i cinsel, %12,8’i mobbing olarak tespit edilmiştir. Şiddet uygulayanların %21,7’sinin hastalar, %62,7’sinin hasta yakınları, %15,6’sının personel veya yönetim olduğu belirlenmiştir. Meslek gruplarına göre şiddete maruz kalma durumları değerlendirildiğinde; doktorların %71,8’inin, hemşirelerin %64’ünün, ebelerin %68,6’sının, eczacıların %11,1’inin, diğer sağlık personelinin %58,4’ünün, diğer çalışanların ise %44,9’unun şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Buna göre doktorlar, en fazla şiddet olayına maruz kalan meslek grubudur. Doktorları sırasıyla ebeler, hemşireler, diğer sağlık personeli ve diğer personel takip etmekte olup eczacılar, sağlık çalışanları arasında en az şiddete maruz kalan kesimdir. Şiddet uygulayıcılarının büyük çoğunluğunun hasta/hasta yakını olduğu düşünüldüğünde, eczacıların hasta ile bire bir muhatap olunmamasından kaynaklı daha az şiddete maruz kaldığı düşünülmektedir.

Demiroğlu ve arkadaşlarına (2015) göre, Türkiye’de sağlık çalışanlarının çalışma yaşamı boyunca işyerinde herhangi bir şiddet türü ile karşılaşma oranı, %74,6’dır. En sık yaşanan şiddet türü; sözlü tehdit (%41), sözlü taciz (%39), fiziksel tehdit (%17) ve sözlü cinsel taciz (%3)’dir. Hemşireler ve diğer sağlık

personeli, doktorlardan daha fazla güvende olduklarını bildirmiştir. Mantzouranis ve arkadaşları (2015), Yunanistan'da sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun (%83.4) işle ilgili şiddet yaşadığını, ancak bunların yarısının olayı hastane yönetimine bildirmediğini; sözel şiddetin, en sık görülen olay (%98,6) olduğunu tespit etmiştir. Arnetz ve arkadaşları (2015), USA'da bir hastanenin veri tabanında kayıtlı şiddet olaylarının yaklaşık %90'ının hastane çalışanlarına yönelik fiziksel şiddet olduğunu ve %34'ünün işten uzaklaşma gerektiren yaralanmalarla sonuçlandığını, olayların çoğunluğunun hemşireler (%39,8), güvenlik personeli (%15,9) ve hemşire yardımcıları (%14,4) tarafından yaşandığını bildirilmiştir. Elston ve arkadaşları (2015), İngiltere'de pratisyen hekimlerin son iki yıl içerisinde; %78'inin saldırı, tehdit veya tacizden herhangi birine maruz kaldığını, saldırıların %80'inin hasta veya yakınları tarafından gerçekleştirildiğini; Lin ve arkadaşları (2015), Çin'de sağlık çalışanlarının son 12 ayda, %51,64'ünün işyerinde şiddet yaşadığını ve bunların %9.69'u fiziksel saldırı, %46.23'ü duygusal istismar, %23.08'i tehdit, %10.54'ü sözel cinsel saldırı, %4.34'ü cinsel saldırı olduğunu tespit etmiştir. Terzoni ve arkadaşları (2015), İtalya'da son 12 ayda sağlık çalışanlarının %11,5'inin fiziksel şiddet gördüğünü ve %40,2'sinin sözlü şiddete maruz kaldığını tespit etmiştir. Aytaç ve arkadaşları (2016), Türkiye'de sağlık çalışanlarının %57'sinin bir önceki yıl en az bir kez fiziksel, sözlü veya cinsel tacizle karşı karşıya kaldığını; Bilişli ve arkadaşları (2016), beyaz kod bildirimlerine göre, fiziksel ve sözel şiddet bildirimlerinin %59'unun hekimler, %17'sinin hemşireler, %22'sinin ise diğer sağlık çalışanlarından oluştuğunu; Sun ve arkadaşları (2017), Çin'de sağlık çalışanlarının %83,3'ünün işyerinde şiddete maruz kaldığını ve %68,9'unun fiziksel olmayan şiddet olduğunu tespit etmiştir. Cinsiyet, eğitim, vardiyalı çalışma, anksiyete düzeyi ve meslek değişkenleri, fiziksel şiddet ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu ve doktorların, diğer hastane çalışanlarına kıyasla yüksek oranda fiziksel olmayan işyeri şiddetine maruz kaldığını tespit etmiştir. Cheung ve arkadaşları (2017), Çin'de hemşire ve doktorların %57,2'sinin bir yıl içerisinde işyerinde şiddete maruz kaldığını; en yaygın sözlü taciz (%53.4) olup, onu fiziksel saldırı (%16.1), zorbalık/taciz (%14.2), cinsel taciz (%4.6) ve ırk tacizin (%2.6) takip ettiğini, şiddet vakalarının çoğunun hasta veya yakınları, meslektaşları ve süpervizörler tarafından gerçekleştirildiğini tespit etmiştir. Cerit ve arkadaşları (2018), Türkiye'de

hemşirelerin %60,6'sının çalışma süresi içinde herhangi bir şiddet türünü yaşadığını, en fazla sözel şiddete maruz kaldığını, hasta veya hasta yakınlarınca ve mesai saatleri içerisinde gerçekleştirildiğini; yaş, meslekte çalışma süresi, kurumda çalışma süresi, cinsiyet, çalışılan bölüm ve çalışma pozisyonuna göre hemşirelerin şiddete maruz kalma durumlarında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğunu saptamıştır. Çuvadar (2017), Türkiye'de hekim ve hemşirelerin %73.8'inin çalışma yaşamlarının herhangi bir döneminde şiddete uğradığını belirtmektedir. Pınar ve arkadaşlarına (2017) göre, Türkiye'de 22 sağlık yönetimi bölgesinde son 12 ayda, işyerinde şiddete maruz kalan sağlık çalışanları oranı %44,7'dir. Bu oranın %6,8 fiziksel, %43,2 sözlü, %2,4 mobbing (zorbalık) ve %1 cinsel tacizdir. Fiziksel şiddet en çok hasta yakınları (%45,7) tarafından, bunu yakınları ile birlikte hastalar (%30) ve tek başına hastalar (%23,6) gerçekleştirmiştir. Sözlü şiddet en çok hasta yakınları (%71,1) ve hastaların kendisi (%34,3) tarafından gerçekleştirilmiştir. Sözlü tacizde bulunan diğer gruplar; meslektaşlar (%8,6), yöneticiler (%4,9) ve genel halktır (%1,9). Coşkun ve Karahan (2019), Türkiye'de acil servislerde çalışanların %90,4'ünün sözel şiddete, %23,2 fiziksel şiddete maruz kaldığını, şiddet olaylarının büyük çoğunluğunun hasta/hasta yakını tarafından gerçekleştirildiğini; Devebakan (2018), sağlık çalışanlarının %86,9'unun sözel şiddete, %13,1'inin fiziksel şiddete, %57,5'i tehdide, %71,3'ü kötü söze (küfür) maruz kaldığını; Liu ve arkadaşları (2018), Çin'de hemşirelerin son 12 ayda fiziksel şiddet ve psikolojik şiddet yaygınlığını sırasıyla% 9.60 ve% 59.64 olduğunu tespit etmiştir. Cai ve arkadaşlarına (2019) göre, Çin'de hastaneler, en yüksek oranlarda ciddi işyeri şiddetine maruz kalmıştır. Acil servisler ve doktorlar, diğer departmanlara ve diğer sağlık çalışanlarına kıyasla daha yüksek risk altındadır. Emiroğlu ve arkadaşlarına (2020) göre, Türkiye'de şiddet olaylarının, en sık Marmara Bölgesi'nde (%26), devlet hastanelerinde (%53,5) ve acil servislerde (%34,5) yaşandığını bildirmiştir. Hekimlerin daha fazla şiddet yaşadığını (%62), en sık sözel şiddete maruz kalındığını (%48), şiddetin çoğunlukla hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiğini tespit etmiştir. Tian ve arkadaşları (2020), Çin'de sağlık çalışanlarının %56,4'ünün geçen yıl en az bir tür işyeri şiddetine marul kaldığını, psikolojik şiddetin en yüksek orana (%48.6) sahip olduğunu, bunu tehdit (%27.0), sözel cinsel şiddet (%16.2), fiziksel şiddet (%15.9) ve cinsel şiddetin (%8.1) izlediğini bildirmiştir. Avrupa Çalışma Koşulları Anketi (EWCS) (2010)

göre; Avrupa Birliği (AB27) ülkelerinde, genel olarak mobbing ve tacizin en üst seviyelerde olduğu, fiziksel şiddetin açık ara fark ile onu takip ettiği, cinsel tacizin ise en düşük seviyelerde seyrettiği görülmektedir. Fransa, Belçika, Hollanda, Avusturya, Finlandiya, İrlanda, Lüksemburg, Letonya, Slovenya, Litvanya, Almanya, İngiltere’de fiziksel ve cinsel şiddet, mobbing ve tacizin en üst seviyelerde olduğu ancak Litvanya, Slovenya ve Letonya’da cinsel şiddetin en düşük seviyelerde olduğu görülmektedir. İtalya, Bulgaristan, Polonya, Slovakya, Kıbrıs, Estonya, Romanya’da ise tüm şiddet türlerine maruz kalma en düşük seviyelerde seyretmektedir

Katılımcıların şiddete maruz kalma sıklıkları incelendiğinde; fiziksel şiddetin %81,6’sının 1-2 kez, %11,2’sinin 3-4 kez, %7,1’inin 5 kez veya üzeri, sözel şiddetin %40,1’inin 1-2 kez, %26,9’unun 3-4 kez, %33,1’inin 5 kez veya üzeri olduğu belirlenmiştir. Cinsel şiddetin %66,7’sinin 1-2 kez, %11,1’inin 3-4 kez, %22,2’sinin 5 kez veya üzeri, mobbinge maruz kalanların %46,8’inin 1-2 kez, %28,1’inin 3-4 kez, %25,2’sinin 5 kez veya üzeri olduğu belirlenmiştir. Mobbing, cinsel ve sözel şiddetin yaşanma sıklığı “5 kez veya üzeri” kategorisinde yüksek oranlarda seyretmektedir. Fiziksel şiddetin yaşanma sıklığı, daha düşük seviyelerdedir.

Katılımcılar, işyerindeşiddet olayı ortaya çıktıktan sonra gerçekleşen davranışları büyük çoğunlukla, “Beyaz kod uygulaması devreye alınır (%80,1) ve Sağlık otoritesine resmi bildirim yapılmıştır (%69,9)” şeklinde ifade etmiştir. Ancak, %55,9’u “Davranış gayri resmi olarak tartışılır, ancak rapor edilmez” olarak belirtmiştir. Bu oran ciddi bir gösterge olup, özellikle sağlık sektöründe şiddet olaylarının önüne geçebilmek adına yönetsel tutum ve kararların, şikâyeti teşvik edici ve destekleyici olmasını, kurumsal politikaların bu doğrultuda geliştirilmesinin gerekliliğini göstermektedir. Demiroğlu ve arkadaşları (2015), şiddete maruz kalanların %63,9’unun işlem yapılmadığı için şikâyette bulunmadığını, işlem yapılsa da genelde uzlaştırma yapıldığını (%46,1) ya da güvenlik personeli tarafından saldırganın uzaklaştırıldığını (%28,1) ifade etmiştir.

Günümüzde şiddet olaylarının gerçek boyutuyla tespit edilememesinin nedeni, yetersiz kayıtlardır. Bireyler, olay sonrasında gerekli idari ve cezai işlemlerin yetersiz yapılacağına/hiç yapılmayacağına endişesi, sosyal baskı ve utanç gibi sonuçlardan dolayı bildirimde bulunmaktan kaçınmaktadır. Ülkemizde sağlık sektörü, beyaz kod uygulaması ile birçok şiddet olayının kayıt altına alınmasını sağlamıştır. Ancak, kayıt altına alınan şikâyetlerin ciddiye alınması ve yaptırımların caydırıcı nitelikte olması gereklidir. Olaylara karşı tutumlar ve olaya ait sonuçlar, çalışanları, yapılan haksızlığı bildirmeye teşvik edecek nitelikte ve ağırlıkta olmalı, haksızlıkların önüne geçebilecek şekilde ölçülü uygulanmalıdır.

Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Değişkenine Ait Analiz Yorumları

Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti ölçeğine ait ortalamalar (5 puan üzerinden) değerlendirildiğinde; Sağlık sektöründe işyeri şiddeti genel ortalamasının ($\bar{x}=2,81$) olduğu, şiddet ve iş yaşamı alt boyut ortalamasının ($\bar{x}=2,91$), şiddet nedenleri alt boyut ortalamasının ($\bar{x}=2,38$), saldırgan özellikler alt boyut ortalamasının ise ($\bar{x}=3,11$) olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre işyeri şiddeti algısı, genel olarak ortalamanın üzerindedir. Saldırgan özelliklerinin tanımlanması, en yüksek değere sahiptir. Yaşanılan şiddet olaylarının iş yaşamını etkilemesini belirleyen “şiddet ve iş yaşamı” algısı ise, ortalamanın üzerindedir. Bu sonuç; özellikli hizmet verem sağlık sektöründe, şiddetin çalışanları fazlasıyla etkilediğinin göstergesidir.

Cinsiyet gruplarına göre erkeklerin “şiddet nedenleri algıları” kadınlara göre daha fazladır. Erkekler, şiddet nedenlerine daha vakıftır. Şiddet algısı, gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlılık göstermemektedir. Şiddet nedenleri arasında; tedavide uzun bekleme süreleri ($\bar{x}=2,51$), kişinin aldığı hizmetle ilgili hayal kırıklığı ($\bar{x}=2,43$), hastanın bilgilendirme yetersizliği ($\bar{x}=2,43$) sayılmaktadır. Demiroğlu ve arkadaşları (2015), şiddet nedenlerini; en fazla ve sırasıyla şiddet olayına ceza verilmemesi, sağlık politikaları, hasta ve hasta yakınlarının ihmal edildikleri hissi, yanlış medya haberleri, güven eksikliği olarak saptamıştır. Devebakan (2018), şiddet nedenlerinde bekleme süresinin daha fazla sözlü şiddete,

yasal olmayan hasta taleplerinin ise, daha fazla fiziksel şiddete neden olduğunu tespit etmiştir. Caive arkadaşları (2019), ciddi işyeri şiddetinin en sık bildirilen nedenini, bir hastanın ölümünden sonra failin tıbbi uygulama hatası olarak algılaması ve bir hastanın ölümü olduğunu; diğerlerinin, bir hastanın ölümünden sonra tazminat görüşmelerinin başarısız olması ve tedavi sonuçlarından memnuniyetsizlik olarak karşılıklarına çıktığını tespit etmiştir. Alzahrani ve arkadaşları (2015), şiddet olaylarının rapor edilmemesinin nedenlerini sırasıyla; karşılığında hiçbir şey yapılmaması, ceza eksikliği, personel sayısındaki kıtlık, güvenlik eksikliği olarak ortaya koymuştur. Emiroğlu ve arkadaşları (2020), şiddet nedenlerinin en sık hasta kaybı, bilgi eksikliği, uzun bekleme süreleri, hizmet alamama, haksız davranışlar ve tartışmalar olduğunu ve şiddet olaylarının %59,7'sinin basına yansımadığını saptamıştır.

Son 2 yıl içinde şiddete maruz kalanların “şiddet ve iş yaşamı algıları” maruz kalmayanlara göre daha yüksektir. Şiddet olayına maruz kalan çalışanların, iş yaşamı da olumsuz etkilenmektedir. Katılımcıların “şiddet ve iş yaşamı algıları” mesleği diğer olanların, mesleği hemşire ve ebe olanlara göre daha düşüktür. Mesleği diğer olan grup, hasta tanı-tedavi sürecinde aktif bulunmadığı için daha az şiddete maruz kalmaktadır. Mesleği diğer sağlık personeli olanların ise doktor ve hemşirelere olanlara göre daha yüksektir. Mesleği diğer olanlar genel olarak laboratuvar, radyoloji, acil servis ya da 112 hizmetlerinde çalışan, hastayla hastaneye gelindiğinde ilk olarak karşı karşıya kalan kesimdir. Bu durum, şiddete daha fazla maruz kalmalarını tetiklemektedir. Çalışanların saldırgan özellikleri algıları ise; mesleği eczacı olanların hemşire, ebe ve diğer sağlık personeline göre daha düşüktür. Genel olarak eczacılar, hemşire ve ebelere nazaran şiddet olaylarına daha az maruz kalmaktadır. Diğer sağlık personeli ise şiddete maruz kalma durumunda, iş yaşamına daha fazla olumsuz yansıtılmaktadır. Maruz kalınan şiddet olayına göre; “şiddet ve iş yaşamı” algısı, cinsel şiddete uğrayanların sözel şiddet, fiziksel şiddet ve mobbing olanlara göre daha yüksektir. Cinsel şiddet, iş yaşamını daha fazla olumsuz etkilemektedir. “Saldırgan özellikleri” algıları ise; sözel şiddete maruz kalanların, fiziksel şiddet ve mobbinge göre daha yüksektir. Katılımcıların genel olarak sağlık sektöründe şiddet algıları, sözel şiddete maruz kalanların, fiziksel şiddet ve mobbinge maruz kalanlara oranla daha yüksektir. Maruz kalınan şiddet olayı fiziksel

şiddet olanların ise, cinsel şiddet olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Cinsel şiddet, iş yaşamını en kötü etkileyen faktördür.

“Şiddet ve iş yaşamı algısı ve sağlık sektöründe şiddet algısı” acil biriminde çalışanların ameliyathane, idari birim ve diğer birimlerde çalışanlara göre daha yüksektir. “Saldırgan özellikleri” algısı ise; acil biriminde çalışanların ameliyathane, yataklı servis, idari ve diğer olanlara göre daha yüksektir. Genel olarak acil biriminde çalışanlar, kötü muameleye karşı daha savunmasızdır ve şiddete olaylarına daha fazla maruz kalmaktadır.

En çok iletişim kurulan hasta gruplarına göre “şiddet ve iş yaşamı” algısı; çocuk hasta olanların yetişkin, yaşlı, hepsi ve hiçbiri olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Saldırgan özellikleri algıları ise, hastalarla hiçbir ilgisi olmayanların çocuk, yetişkin ve yaşlı olanlara göre daha düşük olduğu, hastalarla hiçbir ilgisi olmayanların sağlık sektöründe şiddet algılarının en çok iletişim kurulan çocuk ve yetişkin olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Hastalarla iletişimi olmayanların genel olarak işyeri şiddeti algıları düşüktür. Ancak diğer yaş gruplarına göre çocuk hasta ile ilgilenen çalışanlar, daha fazla işyeri şiddeti algısı yaşamaktadır. Hasta yakınları, çocuklarına olan hassasiyetlerini hizmet edenlere karşı negatif olarak yansıtmaktadırlar.

Bu araştırmada; test edilen hipotezlerden bazılarında, anlamlı bir fark ya da ilişki tespit edilememiştir. Bunlara göre katılımcıların; “iş performansı” algıları; “cinsiyet gruplarına göre, en sık şiddete maruz kalınan kişilerin cinsiyet gruplarına göre, şiddet uygulayan kişinin cinsiyetine göre, yaş gruplarına göre, medeni durumlarına göre, eğitim durumlarına göre, meslek gruplarına göre, kadro durumlarına göre, mesleki kıdemlerine göre, en çok iletişim kurulan hasta gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir. Katılımcıların “sağlık sektöründe işyeri şiddeti” algısı olarak; maruz kalınan şiddet olayı gruplarına göre, en çok iletişim kurulan hasta cinsiyetine göre, en sık şiddete maruz kalınan kişilerin cinsiyet gruplarına göre, yaş gruplarına göre, medeni durumlarına göre, işteki mevcut

konumlarına göre, kadro durumlarına göre, mesleki kıdemlerine göre, tarafından şiddet görülen kişigruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir. Katılımcıların “yaşam kalitesi” algısı; yaş gruplarına göre, kadro durumlarına göre, mesleki kıdemlerine göre, en çok iletişim kurulan hasta gruplarına göre, tarafından şiddet görülen kişigruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir.

İşyerinde şiddet, yaşam kalitesi ve iş performansı ayrı ayrı değerlendirildiğinde; cinsiyete, yaş grubuna, medeni duruma, kadro durumuna, işteki kıdeme göre anlamlı bir fark içermemektedir.

Değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde; yaşam kalitesi ile iş performansı arasında negatif yönlü ve çok düşük seviyede bir ilişki olduğu belirlendiğinden, katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ve iş performansı ölçeği alt boyutlarının birbirleri arasında anlamlı bir ilişkisi olmadığı kabul edilmiştir. Ancak yaşam kalitesi ölçeği ve iş performansı ölçeği alt boyutları birbirleri arasında karşılaştırıldığında; en yüksek ilişki, tükenmişlik alt boyutu ile kişisel uyum alt boyutu arasında ve negatif yönlü düşük seviyede bir ilişkidir. Çalışanlarda tükenmişlik algısı arttıkça, işe kişisel uyum çok düşük seviyede azalmaktadır.

Yaşam kalitesi ile sağlık sektöründe işyeri şiddeti arasında, pozitif yönlü orta seviyede bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Yaşam kalitesi ölçeği ve sağlık sektöründe işyeri şiddeti ölçeği alt boyutları birbirleri arasında karşılaştırıldığında; en yüksek ilişki, tükenmişlik alt boyutu ile şiddet ve iş yaşamı alt boyutu arasında ve pozitif yönlü orta seviyede bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Çalışanların tükenmişlik algısı arttıkça, şiddet ve iş yaşamları orta düzeyde olumsuz etkilenmektedir.

Sağlık sektöründe işyeri şiddeti ile iş performansı arasında, negatif yönlü çok düşük seviyede bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Sağlık sektöründe işyeri şiddeti ölçeği ve iş performansı ölçeği alt boyutları birbirleri arasında karşılaştırıldığında; en yüksek ilişki, şiddet nedenleri alt boyutu ile görev performansı alt boyutu arasında,

negatif yönlü çok düşük seviyede bir ilişkidir. Çalışanların yaşadığı işyeri şiddeti, iş performansını çok düşük seviyede olumsuz etkilemektedir.

Yaşam Kalitesi Değişkenine Ait Analiz Yorumları

Yaşam kalitesi ölçeğine ait ortalamalar değerlendirildiğinde; Yaşam kalitesi ölçeğinin genel ortalamasının ($\bar{x}=2,28$) olduğu, empati yoğunluğu alt boyut ortalamasının ($\bar{x}=2,15$), tükenmişlik alt boyut ortalamasının ($\bar{x}=2,34$), duygusal tükenme alt boyut ortalamasının ise ($\bar{x}=2,27$) olduğu belirlenmiştir. Yaşam kalitesi, alt boyutları ile birlikte genel olarak ortalamanın altındadır. Bu sonuçlar, sağlık çalışanlarının yaşam kalitesinin düşük olduğunun göstergesidir. Sağlık çalışanlarının empati yorgunluğunu daha çok yaşadığı belirlenmiştir. Sağlık sektöründe verilen hizmetler göz önüne alındığında, bu durum kaçınılmazdır. Teles ve arkadaşlarının (2014) Brezilya'da yaptıkları bir araştırmada; çalışanların çoğunun (%84,6) iyi yaşam kalitesine sahip olduğu, kötü yaşam kalitesine (%15,4) daha az çalışanın sahip olduğu tespit edilmiştir. Çakır ve arkadaşları (2015), algılanan ekonomik durumun iyileşmesi ve haftalık çalışma süresinin azalmasıyla yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının olumlu etkilendiğini saptamıştır. Durmuş ve arkadaşları (2018), hemşirelerin tükenmişlik seviyelerinin yüksek, yaşam kalitelerinin düşük olduğunu bildirmiştir. Yılmaz ve Üstün (2018), hemşirelerin şefkat yorgunluğunun giderek arttığını ve bu durumun profesyonel yaşam kalitesini düşürdüğünü saptamıştır.

Bu araştırmaya göre; en çok iletişim kurulan hasta cinsiyetikadın olanların “tükenmişlik” algıları, erkek hastalarla daha fazla iletişim kuranlara göre daha yüksektir. Kadın hastalar, çalışanlar açısından tükenmişliği daha fazla yaşatan kesimdir. Acil serviste çalışanların “empati yorgunluğu ve genel olarak yaşam kalitesi” algıları, yataklı servis, idari birim ve diğer olanlara göre daha yüksektir. İdari birimlerde çalışanların “tükenmişlik algıları”, acil, yoğun bakım ve yataklı servislerde çalışanlara göre daha düşüktür. Genel olarak acil çalışanlarının, çalışma şartlarından dolayı yaşam kaliteleri daha fazla olumsuz etkilenmektedir. Ancak

katılımcıların genel yaşam kalitesi algısı,yönetici, diğer gibiişteki mevcut konumuna göre, istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir. Çalışılan birim, işteki mevcut konumuna kıyasla yaşam kalitesi algısını daha fazla etkilemektedir. Durmuş ve arkadaşları (2018), hemşirelerin çalıştığı bölüm, meslek seçme durumu gibi bazı değişkenler ile tükenmişlik düzeylerinin, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini tespit etmiştir.

“Empati yorgunluğu, tükenmişlik ve genel olarak yaşam kalitesi” algıları;son 2 yıl içinde şiddete maruz kalanların, maruz kalmayanlara oranla daha yüksektir. Şiddet olaylarının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği, tükenmişliği beraberinde getirdiği açıktır. Ayrıca en sık kadınlar tarafından şiddete maruz kalanların “tükenmişlik algısı”,erkekler tarafından şiddete maruz kalanlara oranla daha yüksektir.

“Empati yorgunluğu” algısı medeni durumudiğer olanların, bekâr olanlara göre daha yüksektir. Diğer kapsamındaki dul ve boşanmış olan çalışanlar, bekarlara oranla daha fazla empati yorgunluğu yaşamaktadır. “Tükenmişlik ve duygusal tükenme” algıları,medeni durumu diğer olanların bekâr veevli olanlara göre daha yüksektir. Evli ve bekârlara oranla, diğer medeni durumda olanlar, daha fazla “empati yorgunluğu ve tükenmişlik” yaşamaktadır. Bu sonuçlar, geçmişte ya da bugün yaşanan olayların, çalışanların iş yaşamına ve genel yaşam kalitesine olumsuz yansıdığını göstermektedir.

“Empati yorgunluğu”algısı;eğitimi doktora olanların yüksekokul olanlara göre daha yüksektir. “Duygusal tükenme”algısının,eğitim durumuyüksekokul olanların doktora olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Doktorlar, empati yorgunluğunu daha fazla yaşamaktadır. Hasta bakımı ile daha fazla ilgilenen kesim ise, daha çok duygusal tükenme yaşamaktadır. Gelir durumuna göre “empati yorgunluğu” algısı değerlendirildiğinde,6001 TL ve üzeri olanların empati yorgunluğu daha fazladır. Bu durum, doktorların ve yöneticilerin daha fazla empati yorgunluğu yaşadığını teyit etmektedir.

“Tükenmişlik” algısı hemşirelerin, doktor, diğer sağlık personeli ve diğer personel olanlara göre daha düşüktür. Doktorlar, teşhis, tedavi ve müdahaleye yönelik karar verici, yasal sorumlu ve uygulayıcı olarak, tükenmişlik duygusunu en fazla yaşıyan kesimdir. “Duygusal tükenme” algısı ise doktorların, hemşire, ebe, eczacı, diğer sağlık personeli ve diğer personele göre daha düşüktür. Yardımcı sağlık personeli, diğer personel ve en az seviyede eczacılar, hastayla bire bir uzun süreli iletişim kurmaları ve hasta bakımından sorumlu olmaları nedeniyle daha fazla duygusal tükenme yaşamaktadır.

“Duygusal tükenme” algısı; fiziksel şiddet görenlerin, sözel şiddet, cinsel şiddet ve mobbinge maruz kalanlara oranla daha düşüktür. Genel olarak yaşanan şiddet türleri değerlendirildiğinde, fiziksel şiddetin daha az yaşanması kaynaklı ya da psikolojik şiddet kadar derin yaralar bırakmaması nedeniyle daha az duygusal tükenmeye neden olabilmektedir.

Katılımcılar arasında “tükenmişlik” algısı, “kişisel uyumu” düşük seviyede negatif yönde etkilemektedir. Tükenmişlik algısı, çalışanların işyeri şartlarına ve iş koşullarına uyumunu düşük seviyede etkilemektedir. Tükenmişlik algısı arttıkça bireylerin işe ve iş koşullarına uyumu azalmaktadır.

“Tükenmişlik” algısı, “şiddet ve iş yaşamı” algısını pozitif yönlü orta seviyede etkilemektedir. Tükenmişlik algısı arttıkça, şiddet ve iş yaşamı algısı da artmaktadır. Tükenmişlik yaşayan bir personel şiddete karşı daha savunmasızdır ya da iş yaşamına bu durumu olumsuz yansıtmasına neden olmaktadır.

İş Performansı Değişkenine Ait Analiz Yorumları

İş performansı ölçeğine ait ortalamalar değerlendirildiğinde; İş Performansı ölçeğinin genel ortalamasının ($\bar{x}=4,01$) olduğu, görev performansı alt boyut ortalamasının ($\bar{x}=4,28$), işe adanmışlık alt boyut ortalamasının ($\bar{x}=3,66$), kişisel uyum alt boyut ortalamasının ise ($\bar{x}=4,15$) olduğu tespit edilmiştir. Bu oranlar genel olarak, çalışanların iş performansı algılarının ortalamasının üzerinde ve yüksek

olduğunu göstermektedir. Sağlık sektöründe verilen hizmetler, yüksek performans gerektirir. Yaşam kalitesi algılarının düşük, iş performansını artırıcı teşviklerin yetersiz olması dahi, bu duruma engel olmamaktadır. Ancak Deriba ve arkadaşları (2017), sağlık profesyonellerinde genel iş tatmini düzeyinin düşük olduğunu, maaş ve teşviklerin, yönetim tarafından tanınmanın, gelişim fırsatlarının, iş tatmini için güçlü öngörüler olduğunu saptamıştır. Kuzey (2018), iyi organizasyonel performansın büyük ölçüde yönetimin çalışanlara yönelik tutumuna bağlı olduğunu, performans faktörünün ücret/ödül ve meslektaşlarla önemli bir ilişkisi olduğunu ve iş güvenliğinin performansla ilişkili en düşük sıradaki faktör olduğunu belirtmektedir. Deng ve arkadaşları (2019), sağlık çalışanlarının genellikle yüksek iş stresinden muzdarip olduklarını ve bu durumun kötü iş performansına yol açtığını; iş performansını ve kamu hizmeti kalitesini artırmak için kamu hastane yöneticilerinin dikkatini, zorluk stresi, engelleme stresi, toplum hizmeti motivasyonu ve iş performansı arasındaki ilişkilere çekmek gerektiğini vurgulamıştır.

“İşe adanmışlık ve kişisel uyum alt boyut algıları ve genel iş performansı algısı”, erkeklerin kadınlara göre daha yüksektir. İş performansı algısı, gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı değildir. Yöneticilerin işe adanmışlık algıları, işteki mevcut konumu diğer olanlara göre daha yüksektir ve bu sonuçlar bizlere yöneticilerin işlerine daha sıkı bağlı olduğunu, durumun gelir ile ilgisi olmadığını, çalışanlar açısından bu konuyu teşvik edecek, destekleyecek uygulamalara ağırlık vermeleri gerekliliğini göstermektedir. İdari birimlerde çalışanların işe adanmışlık algıları, yataklı servis ve diğer birimlerde çalışanlara göre daha yüksektir. Bu durum, bire bir hasta ve yakınlarıyla iletişim kurmanın, işe bağlılığı olumsuz etkilediğini göstermektedir.

Son 2 yıl içinde şiddete maruz kalmayanların; “kişisel uyum ve genel iş performansı algısı” maruz kalanlara göre daha yüksektir. Bu durum şiddetin, çalışanın iş performansını ve işe, iş koşullarına genel uyumunu olumsuz etkilediğini göstermektedir. Hasta yakınından şiddete maruz kalanların görev performansı algıları; personel veya yönetim tarafından şiddete maruz kalanlara oranla daha yüksektir. Hasta yakınının yaşamış olduğu hastalık sürecini iyi yönetememesi,

Çalışanlar nezdinde daha hoşgörü ile karşılanmakta, personel ya da yöneticiler tarafından maruz kalınan şiddet olayı, görev performansı algısını hasta yakınına oranla daha fazla negatif yönde etkilemektedir.



SONUÇ

Diyalog, anlaşmazlık ve tartışma, işyeri iletişiminin en önemli unsurlarıdır. Diyalogun olumlu gelişemediği ortamlarda, taraflar arasındaki ilişkilerin kötüleştiği, verimli çalışmanın ve sonuçlar elde etmenin olumsuz yönde etkilendiği açıktır. Yöneticiler ve çalışanlar, kaygı, çatışma, üretim sıkıntıları, kıt kaynaklarla üretim gibi kişisel ve organizasyonel birçok nedenle, zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Etkin maliyet kontrolünün yapıldığı günümüzde birçok kuruluş, asgari personel seviyesi ile çalışmaktadır. Bu gibi durumlar, işyerinde şiddetin tırmanmasına zemin hazırlar. Bu nedenle, şiddete karşı sıfır tolerans politikalarının etkin şekilde uygulanması için, personel seviyeleri ve iş uygulamaları gözden geçirilmelidir. Belirlenmiş kurumsal politika ve stratejiler, riskleri şiddetlendirebilir, azaltabilir veya engel olabilir. Direkt para-mal değişiminin olduğu veya müşteri/hasta ile bire bir temas gerektiren işlerde, bu risk çok daha yüksek olacaktır. Şiddetin neden gerçekleştiğini, sebeplerini, şiddet riskini azaltan/artıran faktörleri, müdahale yollarını araştırmak, maliyet etkin programlar uygulamak, işverenlerin birincil sorumluluğudur. Şiddet, yaşamın her alanında yaşanıldığı gibi, yaşamın her alanını da olumsuz etkilemektedir. Çalışanlardan beklenen performans, yaşamından genel anlamda memnun olan ve güvenli iş ortamında olduğunu hisseden bireylerce gerçekleştirilebilir.

“İşyerinde şiddetin, iş performansı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi; işyerinde şiddetin, iş performansı üzerindeki etkisinde yaşam kalitesinin aracılık rolünü” ispatlamaya yönelik, 682 katılımcı ile gerçekleştirilen bu araştırmaya göre; son iki yıl içerisinde katılımcıların yarısından fazlası, işyerinde herhangi bir şiddet olayına maruz kalmıştır. Yapılan araştırmalar, sağlık sektöründe çalışanların şiddet olaylarına fazla maruz kaldığını desteklemektedir (Demiroğlu vd., 2015; Bahar vd., 2015; Mantzouranis vd., 2015; Arnetz vd., 2015; Elston ve Gabe, 2015; Lin vd., 2015; Al-Omari, 2015; Sun vd., 2017; Cheung vd., 2017; Cerit vd., 2018; Çuvadar, 2017; Hamzaoğlu, 2019; Tian vd., 2020). Doktorlar, hastanın teşhis ve tedavi

sürecinin aktörü olarak, en fazla şiddete maruz kalan kesimdir (Mantzouranis vd.,2015; Bilişli ve Hizay, 2016).Doktorları sırasıyla ebeler, hemşireler, diğer sağlık personeli ve diğer personel takip etmekte olup, eczacılar sağlık çalışanları arasında en az şiddete maruz kalan kesimdir. Teşhis ve tedavi sürecinde aktif rol alan çalışanlar, genel olarak şiddete daha fazla maruz kalmaktadır. Yaşanılan şiddet olaylarının büyük çoğunluğu sözel şiddettir (Al-Omari, 2015; Terzoni vd., 2015; Aytaç vd., 2016; Anand vd., 2016; Cheung vd., 2017; Pınar vd., 2017; Coşkun ve Karahan, 2019; Devebakan, 2018; Liu vd., 2018; Hamzaoğlu, 2019; Tian vd., 2020).Sözel şiddeti sırasıyla; mobbing, fiziksel ve cinsel şiddet takip etmektedir.Psikolojik şiddet kapsamındaki sözel şiddet, mobbing ve cinsel taciz olayları; çalışanlarınözellikle ruh sağlığını, işe/kuruma bağlılığını,önemli ölçüde olumsuz etkilemektedir.Bu durum, iş performansına ve dolayısıyla verimliliğe yansımaktadır.Sağlık sektöründe verilen hizmetler göz önüne alındığında, çalışanların moral ve motivasyonunun yüksek olması, hizmet kalitesine de olumlu yansıtacaktır.

Sağlık sektöründe yaşanan şiddet olaylarının büyük çoğunluğu, hasta yakınları ve hastalar tarafından gerçekleştirilmektedir (Elston ve Gabe, 2015; Cheung vd., 2017; Cerit vd., 2018; Pınar vd., 2017). Bu sonuçlar, hasta/hasta yakınlarının refakat ettikleri ya da yaşadıkları bu hastalık sürecini iyi yönetemediklerini göstermektedir. Hasta ve yakınlarıyla kurulan birebir iletişim ya da artan duvarsız hastane hizmetleri, sağlık çalışanlarını, birçok sektörde çalışanlara göre daha fazla savunmasız kılmaktadır. En fazlaşiddet uygulayanları, hasta yakınları ve hastalardan sonra personel veya yönetici grubu izlemektedir. Şiddet olaylarının 5 kez ve üzeri yaşanma sıklığı, mobbing ve cinsel şiddet türünde en fazladır; en az, fiziksel şiddette görülmektedir.Mobbing, çalışanların sadece iş yaşamını değil, yaşam kalitesini de olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle, yasal ve kurumsal işleyiş açısından şiddete yönelik önlem ve yaptırımların en üst seviyede olmasının gerekliliği, göz ardı edilemeyecek kadar önemlidir. Sağlığın emanet edildiği kişiler için çalışma ortamları, kendilerini gerçekleştirebilecekleri fırsatları sunan ve aitlik hissi veren yerler olmalıdır.

Şiddet olayları sırasında veya sonrasında, kurumsal ve yasal boyutuyla alınan destek, tutum ve davranışlar, durumun bireyde hafifletilmesine veya ağırlaştırılmasına neden olmaktadır. Bu araştırmada katılımcılar, yaşanan şiddet olayları sonrası yapılan uygulamayı en fazla “Beyaz kod uygulaması devreye alınır ve Sağlık otoritesine resmi bildirim yapılır” şeklinde ifade etmiştir. Azımsanmayacak bir kesim ise, davranışların gayri resmi olarak tartışıldığını, rapor edilmediğini bildirmiştir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde 2012 yılında uygulanmaya başlanan “Beyaz Kod” uygulaması ile yaşanan şiddet olaylarının, anında bildirilmesi ve kayıt altına alınması sağlanmıştır. Ancak, yaşanan şiddet olaylarına karşı yönetsel tutumlar ve destek, çalışanların şiddet olaylarını bildirme durumlarını olumlu ya da olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle kurum politikalarının, bu tür istenmeyen davranış ve şiddet olaylarına karşı destekleyici rolü çok önemlidir ve şiddetin bildirilmesini teşvik etmelidir. Şiddetin gerçek boyutları, ancak gerçekçi kayıt ile tespit edilebilir. Şiddete maruz kalan kesim, yöneticilerden yana herhangi bir işlem yapılmayacağı ya da bildirilirse iş durumunun daha kötü olacağı düşüncesiyle bildirmekten kaçınmaktadır. Bu tür durumlar çalışanları, işten kaçınmaktan başlayıp, tükenmişliğe kadar sürükleyebilmektedir. Yaşam kaliteleri de, aynı ölçüde zarar görmektedir.

Sağlık çalışanlarının “yaşam kalitesi” genel olarak ortalamanın altındadır (Durmuş vd., 2015). Özellikle vicdan ve merhamet duygularının yoğun yaşandığı sağlık hizmetlerinde çalışanlar, empati yorgunluğunu daha çok yaşayan kesimdir. Empati yorgunluğunu en fazla yaşayanlar ise, doktorlardır. Acil servis çalışanları da, çalışma şartlarından dolayı daha fazla olumsuz etkilenmektedir. Acil servis çalışanlarının “empati yorgunluğu, tükenmişlik ve genel olarak yaşam kalitesi” algıları; son 2 yıl içinde şiddete maruz kalanların, kalmayanlara oranla daha yüksektir. Şiddet olaylarının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği, tükenmişliği beraberinde getirdiği açıktır.

Sağlık sektöründe işyerinde fiziksel şiddet görenlerin “duygusal tükenme” algısı; sözel şiddet, cinsel şiddet ve mobbing olanlara göre daha düşüktür. Fiziksel

şiddet, daha nadir yaşanması kaynaklı ya da psikolojik şiddet kadar derin yaralar bırakmaması nedeniyle daha az duygusal tükenmeye neden olmaktadır. Tükenmişlik duygusu, çalışanların işyerine kişisel uyumunu düşük seviyede ve negatif etkilemektedir; ancak, şiddet algısını artırmakta,iş yaşamına olumsuz yansıtmasına neden olmaktadır.Bu durum, tükenmişlik duygusunun şiddet olayını tetiklediğinin, ancak, çalışanların her şeye rağmen iş performansına minimum düzeyde yansıttığının göstergesidir.

Sağlık çalışanlarının “iş performansı”, ortalamanın üzerinde ve yüksektir;erkeklerin kadınlara göre daha fazladır. Yöneticilerin işe adanmışlık algıları, daha yüksektir. Bu sonuçlar, yöneticilerin işlerine daha sıkı bağlı olduğunu, çalışanlar açısından ise bu konuyu teşvik edecek, destekleyecek uygulamalara ağırlık vermeleri gerekliliğini göstermektedir. Genel olarak araştırma kapsamında, birebir hasta ve yakınlarıyla iletişim kurmayanların işe bağlılığı,birebir iletişim kuranlara oranladaha yüksektir. Bu nedenle, hasta ve yakınlarıyla muhatap olan kesimin desteklenmesinin gerekliliği büyük önem arz etmektedir.

Sağlık sektöründe yaşanan şiddet olayları, çalışanların iş performansını olumsuz etkilemektedir. Son 2 yıl içinde şiddete maruz kalanların “kişisel uyum ve genel iş performansı algısı”, maruz kalmayanlara göre daha düşüktür. Bu durum şiddetin, iş performansını ve işyerindeki genel işleyişe uyumu olumsuz etkilediğini göstermektedir. Hasta yakınından şiddete maruz kalanların görev performansları,personel veya yönetim tarafından şiddete maruz kalanlara oranla daha yüksektir. Hasta yakının yaşamış olduğu hastalık sürecini iyi yönetememesi, çalışanlar nezdinde daha hoşgörü ile karşılanmaktadır. Mobbing, çalışanların göreve adanmışlıklarına ciddi ölçüde zarar vermektedir.

Sağlık çalışanlarının “işyeri şiddeti” algıları genel olarak ortalamaya yakın seviyelerdedir. Erkeklerin “şiddet nedenleri algıları” kadınlara göre daha yüksektir.Şiddet nedenleri arasında azalan oranda sırasıyla; “tedavide uzun bekleme süreleri, kişinin aldığı hizmetle ilgili hayal kırıklığı,hastanın bilgilendirme

yetersizliği”sayılmaktadır. Yapılan araştırma sonuçları, benzer ya da aynı nedenlerle şiddet olaylarının yaşandığını desteklemektedir (Demiroğlu vd., 2015; Devebakan, 2018; Cail vd., 2019).Belirsizlik duyguları içerisinde yaşanan uzun bekleme süreleri, hasta ve yakınlarının tahammllerini zorlayan en önemli unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Online birçok kanaldan sağlanan merkezi randevu sistemleri, her geçen gün artan talepleri karşılayamamaktadır. Özellikle yetersiz doktor ve sağlık personeli kadrolarıyla verilen hizmetler, hem işin kalitesini hem de bekleme sürelerini olumsuz etkilemektedir.Hastalara yeterince zaman ayıramamak, bilgilendirme yetersizliğine neden olmaktadır. Sağlık, en önemli varlıktır. Bu nedenle, bu konuda yaşanılan olumsuz tutumlara karşı tepkiler, çok daha ağır olmaktadır.

şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının iş yaşamları,olumsuz etkilenmektedir ve diğer sağlık personeli en fazla olumsuz etkilenen gruptur. Doktorlar ve hemşireler, diğer sağlık personelini takip etmektedir.Mesleği diğer sağlık personeli olanlar, laboratuvar, görüntüleme merkezleri, acil ve 112 servislerinde çalışan gruptur. Bu grup, hastaneye gelen hasta ile ilk olarak muhatap olan kesim olduğundan, en fazla etkilenen gruptur. Mesleği diğer olan grup, hasta tanı-tedavi sürecinde aktif bulunmadığı ve daha çok idari hizmetlerde çalıştığı için,iş yaşamını en az olumsuz etkilenmektedir.

şiddet türlerinden cinsel şiddete uğrayanların iş yaşamını, sözel ve fiziksel şiddete, mobbinge maruz kalanlara oranla daha fazla etkilenmektedir.Genel olarak sağlık sektöründe şiddet algısı; sözel şiddete maruz kalanların, fiziksel şiddet ve mobbinge maruz kalanlara oranla daha yüksektir.Fiziksel şiddete maruz kalanların şiddet algısı, cinsel şiddete maruz kalanlara göre daha düşüktür. Cinsel şiddet, iş yaşamını kötü etkileyen bir şiddet eylemidir.

Yaşanılan şiddet olayları,acil biriminde çalışanların iş yaşamını, ameliyathane, idari birim ve diğer birimlerde çalışanlara göre daha fazla etkilenmektedir. Genel olarak acil biriminde çalışanlar, kötü muameleye karşı daha savunmasızdır ve şiddet olaylarına daha fazla maruz kalmaktadır. şiddet olaylarının

iş yaşamını en fazla etkilediği hasta grubu, çocuk hastaların olduğu birimlerdir. Diğer yaş gruplarına göre çocuk hasta ile ilgilenen çalışanlar, daha fazla işyeri şiddeti algısı yaşamaktadır. Hasta yakınları, çocuklarına olan hassasiyetlerini, hizmet edenlere karşı negatif olarak yansıtmaktadır. Hastalarla iletişimi olmayanların ise, genel olarak işyeri şiddeti algıları düşüktür.

Sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi ile iş performansı arasında negatif yönlü ve çok düşük seviyede bir ilişki olduğu belirlendiğinden, birbirleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı kabul edilmiştir. Ancak, çalışanlarda tükenmişlik algısı arttıkça, işe kişisel uyumları çok düşük seviyede azalmaktadır. Yaşam kalitesi ile işyeri şiddeti arasında ise, pozitif yönlü orta seviyede bir ilişki vardır. Sağlık çalışanlarının işyeri şiddeti algıları arttıkça, yaşam kalitesi alt boyutları olan, tükenmişlik, duygusal tükenme ve empati yorgunluğu algıları artmaktadır. En yüksek ilişki, tükenmişlik ile şiddet ve iş yaşamı arasında, pozitif yönlü ve orta seviyede bir ilişkidir. Çalışanların yaşam kalitesi açısından tükenmişlik algısı arttıkça, şiddet ve iş yaşamı algıları, orta düzeyde ve olumsuz olarak etkilenmektedir. Düşük yaşam kalitesi, şiddete zemin hazırlamakta ve iş yaşamını olumsuz etkilemektedir.

Sağlık çalışanlarının, işyeri şiddeti ile iş performansı algıları arasında, negatif yönlü ve çok düşük seviyede bir ilişki belirlenmiştir. İşyeri şiddeti ve iş performansı alt boyutları arasında en yüksek ilişki, şiddet nedenleri ile görev performansı arasında, negatif yönlü ve çok düşük seviyededir. Bu sonuçlara göre; çalışanların yaşadığı işyeri şiddeti, iş performansını çok düşük seviyede ve olumsuz etkilemektedir. Sağlık çalışanları, kötü muameleye maruz kalsa dahi, hayati önem taşıyan bir hizmet verdiklerinden dolayı bu durumları, iş performanslarına ciddi boyutlarda yansıtmamaya gayret göstermektedir.

Sağlık çalışanları arasında yaşanan işyeri şiddetindeki artış, çalışanların yaşam kalitesi üzerinde önemli oranda azalışa neden olmaktadır. Çalışanların yaşam kalitesindeki artış ise, iş performansında artışa neden olmaktadır. Yani, yaşam kalitesi yükseldiğinde, çalışanların iş performansı da artmaktadır. Çalışanların

işyerinde şiddet algısı arttığında; yaşam kalitelerinde çok daha ciddi boyutlarda, iş performanslarında ise yaşam kalitelerine oranla daha az düzeyde azalmaya neden olmaktadır. İşyerinde yaşanan şiddet olayları, çalışanların hem yaşam kalitesini, hem de iş performansını olumsuz etkilemektedir.

Sağlık çalışanlarının yaşam kalitesinin yüksek olması, işyerinde şiddetin, iş performansı üzerindeki olumsuz etkisini azaltmaktadır. Yani çalışanların yaşam kalitesi, yaşanan şiddet olaylarının iş performansını etkilememesi açısından büyük bir güçtür ve işyeri şiddetinin olumsuz etkilerini ciddi anlamda hafifletmektedir. İşyeri şiddetinin, iş performansı üzerindeki etkisinde; yaşam kalitesinin aracılık rolü, tam aracılık etkisidir.

Lin ve arkadaşları tarafından 2015 yılında Çin’de yapılan “Toplum Sağlık Çalışanları Arasındaki İşyeri Şiddeti ve İş Performansı: Yaşam Kalitesinin Aracı Rolü” araştırmasında; işyerinde şiddetin, iş performansı üzerindeki etkisinin aracısız olduğu belirlenirken; bu çalışmada, yaşam kalitesinin, işyerinde şiddetin iş performansı üzerindeki etkisine aracılık ettiği belirlenmiştir. Çin’de yapılan çalışmada; işyerinde şiddetin, iş performansı üzerindeki etkisinde yaşam kalitesi, yarı aracılık etkisi göstermektedir. Bu çalışmada ise, işyerinde şiddetin iş performansı üzerindeki etkisine yaşam kalitesi dahil edildiğinde, yaşam kalitesinin tam aracılık etki gösterdiği belirlenmiştir. Çin’de sağlık çalışanları ile yapılan bu çalışmaya göre; çalışanların yaşadığı işyeri şiddetinin iş performanslarına etkisini, yaşam kalitesi anlamlı şekilde değiştirmemektedir. Ancak bu çalışmada; sağlık çalışanlarının yaşam kalitesinin yüksek olması, yaşanan işyeri şiddetinin iş performansı üzerine olumsuz etkilerine anlamlı derecede ettiği; işyeri şiddetinin iş performansı üzerine olumsuz etkilerini ciddi anlamda hafiflettiği tespit edilmiştir.

Sonuç olarak, yaşanan işyeri şiddeti; çalışanların sağlığı, yaşam kalitesi, iş performansı ve üretkenliği üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Çalışma koşulları ve çalışanların yaşam kalitesi, işyerinde şiddet ve taciz olasılığını artırabilmektedir. Bu sorunlar için, tek ve homojen bir çözüm yoktur. İşyerinde şiddete katkıda bulunan

faktörlerin çeşitliliğinin ve karmaşıklığının tanımlanması, etkili şiddet karşıtı kontrol programlarının tasarımında ve uygulanmasında kilit öneme sahiptir. Çalışanların yaşam kalitesini ve refahını artırmaya yönelik makro düzeyde yapılması gereken iyileştirmelerin hayata geçirilmesi, performansı artırmak, şiddetin etkilerini hafifletmek ya da istenmeyen davranışları önlemek adına gereklidir. Özellikle sağlık çalışanlarının aşırı iş yükü olması, yaşamlarının her alanını olumsuz etkilemektedir. Burada, insan kaynakları planlamasının önemi karşımıza çıkmaktadır. Maliyet etkin üretim için yetersiz iş gücü, verimliliği ve kaliteyi etkilemektedir. Aşırı talepler, bir süre sonra çalışanlarda tükenmişliğe varan psikolojik sorunlara neden olmaktadır. İnsan sağlığı gibi önemli ve telafisi olmayan hatalara açık bu hizmet sektöründe, sağlıklı ve üretken iş gücü, temel unsurdur. İşletme yöneticileri kurumsal hedeflere ulaşmak için, örgüt içerisinde iyi bir çalışma ortamı yaratmalıdır. Personelin bilgi, beceri ve yetenekleri geliştirilmeli, sürekli eğitimlerle desteklemelidir. Süreklilik arz eden etkili eğitim programları ile hem teknolojik gelişmelerin yakından takibi, hem de mesleki uygulama değişimlerine adapte olunması sağlanır. Böylece çalışanların iş hataları minimize edilir veya ortadan kaldırılır; iş tanımı ve kapsamı, yetki ve sorumlulukları personele empoze edilir; iş performansını etkileyecek dolaylı ya da direkt etkenler ve baş etme stratejileri konusunda örgütsel davranış ve farkındalık oluşturulur. Yöneticilerin çalışanları için sergiledikleri bu tutum ve davranışlar, hem personel üzerinde, hem de kurumsal imaj olarak olumlu etkiler yaratacaktır.

Bilhassa COVID 19 gibi bir salgın hastalık sürecinde olduğumuz şu günlerde, özveriyle çalışan sağlık çalışanları, özel ve sosyal yaşamını bir kenara bırakıp insans sağlığı için fedakârlık etmektedir. Sağlık çalışanlarının bu fedakârlıklarının bilincinde olarak, davranışlarlatakdir edildiği hissettirilmelidir. Kurumsal politikalar açısından ise, çalışanların motivasyonunu ve yaşam kalitesini düşürmemek, şiddeti tırmandırmamak adına; yönetsel kararlarda adalet sistemiadil bir şekilde işletilmeli, çalışanlara gerekli destek ve güvenli bir iş ortamı sağlanmalıdır. Adil davranış, yöneticilerin birincil sorumluluğu olduğu kadar, kendilerini saygın kılan en önemli unsurdur.

KAYNAKÇA

- AbuAlRub, R. F. (2004). Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *Journal of nursing scholarship*, 36(1), 73-78.
- Age, U. K. (January 2019). Safeguarding older people from abuse and neglect: Factsheet 78. Erişim Tarihi: 22.10.2019.
- Akbaba, S. (2006). Eğitimde motivasyon. *Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi*, (13), 343-361.
- Akpınar, R. B., Küçükoğlu, S., Abdulkadir, A. T. İ. K., Durur, E. K., ve Elif, K. A. N. T. Üniversite öğrencilerinin şiddet türlerine yönelik farkındalıklarını artırmada “şiddete dur de” kamu spotlarının etkisi. *Atatürk Üniversitesi Kadın Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 19-26.
- Akranavičiūtė, D. Ve Ruževičius, J. (2007). Quality of life and its components' measurement. *Engineering economics*, 52(2), 44-49.
- Aksay, B. ve Ünal, A. Y. (2016). Yapısal eşitlik modellemesi kapsamında formatif ve reflektif ölçüm. *Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2), 1-21.
- Akşit, N. D. (2010). Çalışanların iş doyumunu etkileyen bireysel ve örgütsel faktörler ile sonuçlarına ilişkin kavramsal bir değerlendirme. *Türk İdare Dergisi*, 467, 31-51.
- Akyüz, H. E. (2018). Yapı geçerliliği için doğrulayıcı faktör analizi: Uygulamalı bir çalışma. *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 7(2), 186-198.
- Al- Omari, H. (2015). Physical and verbal workplace violence against nurses in Jordan. *International Nursing Review*, 62(1), 111-118.
- Altun, S. A. ve Memişoğlu, S. P. (2008). Performans değerlendirmesine ilişkin öğretmen, yönetici ve müfettiş görüşleri. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*, 14(1), 7-24.
- Alzahrani, T.Y., Almutairi, A.H., Dakheal A.A., Alamri, M.A. (2015). Violence and aggression toward health care professionals in emergency in Tabuk, Saudi Arabia. *European Journal of Pharmaceutical and Medical Research*, 3(1), 5-11.

- Anand, T., Grover, S., Kumar, R., Kumar, M. ve Ingle, G. K. (2016). Workplace violence against resident doctors in a tertiary care hospital in Delhi. *The National Medical Journal of India*, 29(6), 344.
- Anderson, R., Mikulic, B., Vermeulen, G., Lyly-Yrjanainen, M. ve Zigante, V. (2009). Second European quality of life survey-overview.
- Annagür, B. (2010). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2), 161-173.
- Ardito, C., Leombruni, R., Pacelli, L. ve d'Errico, A. (2012). Eurofound. Health and Well-being at Work: A Report Based on The Fifth European Working Conditions Survey". Erişim Tarihi: 01.07.2019, <https://www.researchgate.net/publication/278610442>.
- Arnejčič, B. (2016). Mobbing in company: levels and typology. *Organizacija*, 49(4), 240-250.
- Arnetz, J. E., Hamblin, L., Essenmacher, L., Upfal, M. J., Ager, J. ve Luborsky, M. (2015). Understanding patient- to- worker violence in hospitals: A qualitative analysis of documented incident reports. *Journal of advanced nursing*, 71(2), 338-348.
- Arnetz, J. E., Hamblin, L., Russell, J., Upfal, M. J., Luborsky, M., Janisse, J. ve Essenmacher, L. (2017). Preventing patient-to-worker violence in hospitals: outcome of a randomized controlled intervention. *Journal Of Occupational And Environmental Medicine*, 59(1), 18.
- Astakhova, K. V., Korobeev, A. I., Prokhorova, V. V., Kolupaev, A. A., Vorotnoy, M. V. ve Kucheryavaya, E. R. (2016). The role of education in economic and social development of the country. *International Review of Management and Marketing*, 6(1S).
- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). (2019). *Family, domestic and sexual violence in Australia: Continuing the national story*. Cat. no. FDV 3. Canberra.

- Aytaç, M. ve Öngen, B. (2012). Doğrulayıcı faktör analizi ile yeni çevresel paradigma ölçeğinin yapı geçerliliğinin incelenmesi. *İstatistikçiler Dergisi: İstatistik ve Aktüerya*, 5(1), 14-22.
- Aytaç, S., Dursun, S. ve Akalp, G. (2016). Workplace violence and effects on turnover intention and job commitment: a pilot study among healthcare workers in Turkey. *European Scientific Journal, ESJ*, 12(10), 458-465.
- Bahar, A., Şahin, S., Akkaya, Z. ve Alkayış, M. (2015). Acil serviste çalışan hemşirelerin şiddete maruz kalma durumu ve iş doyumuna etkili olan faktörlerin incelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 6(2), 57-64.
- Bakotić, D. (2016). Relationship between job satisfaction and organisational performance. *Economic research-Ekonomska istraživanja*, 29(1), 118-130.
- Baltaş, A. (2015), *Ekip çalışması ve liderlik*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Bao, C. ve Nizam, I. (2015). The impact of motivation on employee performance in the electronics industry in CHINA. *International Journal of Accounting & Business Management*, 3(2), 29-45.
- Bardakçı, S. (2010). Çevrimiçi öğrenme ortamında algılanan sosyalleşme ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 43(1), 17-39.
- Bayram, N. (2013). *Yapısal eşitlik modellemesine giriş AMOS uygulamaları*. 2. Baskı. İstanbul: Ezgi Kitabevi.
- Beck, W., Van Der Maesen, L. ve Walker, A. (Eds.). (1998). The social quality of Europe. Bristol: Policy Press. EC.EUROPA.EU, Erişim Tarihi: 25.06.2020.
- Bilişli, Y. ve Hizay, D. (2016). Sağlık çalışanlarına yönelik işyerinde şiddet: Üniversite hastanesi örneği. *The Journal of Academic Social Science, Winter*, 52, 473-486.
- Bin, A. S. (2015). The relationship between job satisfaction, job performance and employee engagement: An explorative study. *Issues in Business Management and Economics*, 4(1), 1-8.
- Biswas-Diener, R., Diener, E. ve Lyubchik, N. (2015). Wellbeing in Bhutan. *International Journal of Wellbeing*, 5(2).

- Biswas-Diener, R. ve Wiese, C. W. (2018). Optimal levels of happiness. *Handbook of well-being*. Salt Lake City, UT: DEF Publishers. DOI: nobascholar. com.
- Bloom, S. S. (2008). *Violence against women and girls: A compendium of monitoring and evaluation indicators*. MEASURE Evaluation, Carolina Population Center.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equation with latent variables*. New York, USA: A Wiley-Interscience Publication.
- Borsboom, D., Mellenbergh, G. J. ve Van Heerden, J. (2003). The theoretical status of latent variables. *Psychological Review*, 110(2), 203.
- Boylu, A. A., ve Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 8(15), 137-150.
- Brandt, R. B. (1967). "Happiness." In P. Edwards (ed.), *The Encyclopedia of Philosophy*, pp. 413-414. New York: The Macmillan Company & The Free Press.
- Brown, P., Elston, M. A. ve Gabe, J. (2015). From patient deference towards negotiated and precarious informality: An Eliasian analysis of English general practitioners' understandings of changing patient relations. *Social Science & Medicine*, 146, 164-172.
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York, USA: The Guilford Press.
- Buser, J. K. ve Kearney, A. (2017). Stress, adaptive coping, and life satisfaction. *Journal of College Counseling*, 20(3), 224-236.
- Büyüköztürk, ř. (2002). Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirilmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 32(32), S:470-483.
- Büyüköztürk, ř. (2007). Performansa Dayalı Durum Belirleme Nedir? *İlköğretmen*, 8, 28-32.
- Büyüköztürk, ř. (2009). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı: İstatistik, araştırma deseni, spss uygulamaları ve yorum* (9. Baskı). Ankara: Pegem Yayınları.

- Büyüköztürk, Ş. (2011). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı - İstatistik, araştırma deseni, spss uygulamaları ve yorum*. 15. Baskı. Ankara: Pegem Akademi.
- Cai, R., Tang, J., Deng, C., Lv, G., Xu, X., Sylvia, S. ve Pan, J. (2019). Violence against health care workers in China, 2013–2016: Evidence from the national judgment documents. *Human resources for health*, 17(1), 1-14.
- CAL/OSHA. Division of Occupational Safety and Health, Department of Industrial Relations. (1998). *Guidelines for security and safety of health care and community service workers*.
- Californian Division of Occupational Safety and Health Administration (CAL/OSHA). (1998). *Guidelines for security and safety of health care and community service workers*.
- Calnan, M. ve Gabe, J. (2001). From consumerism to partnership? Britain's National Health Service at the turn of the century. *International Journal of Health Services*, 31(1), 119-131.
- “Can zero tolerance deliver?”. (2003). *Labour Research*, London.
- Cerit, K., Keskin, S.T ve Erdem, R. (2018). Hemşirelerin işyerinde şiddete maruz kalma durumlarının ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (31), 231-242.
- Cesur, M. O. (2008). *Üniversite hazırlık sınıfı öğrencilerinin yabancı dil öğrenme stratejileri, öğrenme stili tercihi ve yabancı dil akademik başarısı arasındaki açıklayıcı ve yordayıcı ilişkiler örüntüsü*. (Doktora Tezi). Yıldız Teknik Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Chang, E. (1999). Career commitment as a complex moderator of organizational commitment and turnover intention. *Human relations*, 52(10), 1257-1278.
- Chappell, D. ve Di Martino, V. (2006). *Violence at work*. International Labour Organization.
- Cheung, T., Lee, P. H. ve Yip, P. S. (2017). Workplace violence toward physicians and nurses: Prevalence and correlates in Macau. *International Journal of Environmental Research And Public Health*, 14(8), 879.

- Cloutier, S. ve Pfeiffer, D. (2015). Sustainability through happiness: A framework for sustainable development. *Sustainable Development*, 23(5), 317-327.
- Coker, A. L., Smith, P. H., Thompson, M. P., McKeown, R. E., Bethea, L. ve Davis, K. E. (2002). Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *Journal of women's health & gender-based medicine*, 11(5), 465-476.
- Coşkun, R., Altunışık, R. ve Yıldırım, E. (2017). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri spss uygulamalı*, Güncellenmiş 9. Baskı, Sakarya: Sakarya Yayıncılık.
- Coşkun, S. ve Karahan, S. (2019). Acil Servis Çalışanlarında Şiddete Maruz Kalma Durumunun İncelenmesi. *Acıbadem Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 493-499.
- Cronbach. L. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Cruz, A.,& Klinger, S. (2016). Gender-based Violence in the World of Work.
- Çakır, M., Piyal, B. ve Aycan, S. (2015). Hekimlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi: tıp fakültesi tabanlı kesitsel bir çalışma. *Ankara Medical Journal*, 15(4), 209-219.
- Çapık, C. (2014). Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 196-205.
- Çekmecelioğlu, H. G. (2005). Örgüt ikliminin iş tatmini ve işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisi: Bir araştırma. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 6(2), 23-39.
- Çınar, Ö. (2019). *Yapısal eşitlik modeli: Örnek bir uygulama: Çok değişkenli analiz metotları: Yapısal eşitlik modellemesi: Banka çalışanlarına yönelik bir uygulama*. Hiperlink Eğitim, Yay. San. Tic. ve Ltd. Şti.
- Çiğdem, Ş. (2019). Tedarik Zinciri İşbirliğinin İnovasyon ve Performans Üzerindeki Etkisinin Yapısal Eşitlik Modellemesi İle Analizi. (Doktora Tezi). Gaziantep Üniversitesi /Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.

- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2016). *Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: Spss ve Lisrel uygulamaları*. 4. Baskı. Ankara: Pegem Akademi.
- Çuvadar, A. (2017). *Edirne merkez ilçede yataklı tedavi kurumlarında çalışan hekim ve hemşirelere yönelik şiddetin boyutu ve nedenleri*. (Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- Delhey, J., Böhnke, P., Habich, R. ve Zapf, W. (2002). Quality Of Life In A European Perspective: The EUROMODULE As A New Instrument For Comparative Welfare Research. *Social Indicators Research*, 58(1), 161-175.
- Demiroğlu, T., Kılınç, E. ve Atay, E. (2015). Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet: Kilis ili örneği. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1), 49-55.
- Deng, J., Guo, Y., Ma, T., Yang, T. ve Tian, X. (2019). How job stress influences job performance among Chinese healthcare workers: a cross-sectional study. *Environmental health and preventive medicine*, 24(1), 2.
- DeNisi, A. S. ve Murphy, K. R. (2017). Performance appraisal and performance management: 100 Years of progress?. *Journal of Applied Psychology*, 102(3), 421.
- Deriba, B. K., Sinke, S. O., Ereso, B. M. ve Badacho, A. S. (2017). Health professionals' job satisfaction and associated factors at public health centers in West Ethiopia. *Human Resources For Health*, 15(1), 36.
- Desjardins, R. (2015). Education and social transformation. *European Journal of Education*, 50(3), 239-244.
- Devebakan, N. (2018). Sağlık kurumlarında işyeri şiddeti ve dokuz eylül üniversitesi uygulama ve araştırma hastanesinde beyaz kod başvurularının değerlendirilmesi. *Suleyman Demirel University Journal of Faculty of Economics & Administrative Sciences*, 23(2), 383-399.
- Dieleman, M. ve Harnmeijer, J. W. (2006). Improving health worker performance: in search of promising practices. *Geneva: World Health Organization*, 5-34.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.

- Diener, E. ve Biswas-Diener, R. (2011). Happiness: Unlocking the mysteries of psychological wealth. *The Journal of Positive Psychology*, 6(3), 234-236.
- Doğan, İ. (2015). Farklı veri yapısı ve örneklem büyüklüklerinde yapısal eşitlik modellerinin geçerliği ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. (Doktora Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Eskişehir.
- Doğan, M., Rana, Ş. ve Yılmaz, V. (2015). İnternet bankacılığına ilişkin davranışların planlanmış davranış teorisi ve teknoloji kabul modeli kullanılarak önerilen bir yapısal eşitlik modeliyle incelenmesi. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(2), 1-22.
- Doğan, N. ve Başokçu, T. O. (Kış 2010) "İstatistik Tutum Ölçeği İçin Uygulanan Faktör Analizi ve Aşamalı Kümeleme Analizi Sonuçlarının Karşılaştırılması" *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*, 1(2), 65-71.
- Doğan, R. ve Bayraktar, O. (2020). Özel sağlık sektöründe yıldırma ile iş performansı arasındaki ilişki: Hemşireler üzerine bir araştırma. *Ekonomi İşletme ve Maliye Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 53-67.
- Durmuş, M., Gerçek, A. ve Çiftçi, N. (2018). Hemşirelerin yaşam kaliteleri ile tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(2), 279-286.
- Dursun, Y. ve Kocagöz, E. (2010). Yapısal eşitlik modellemesi ve regresyon: Karşılaştırmalı bir analiz. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (35), 1-17.
- Düzgün, M. S. ve Marşap, A. (2018). Performans değerlendirme ve ücret uygulamalarına ilişkin algının iş tatmini ve örgütsel bağlılığa etkisi: Bir uygulama. *Yönetim ve Ekonomi*, 25(3), 787.
- Edwards, P. (1967). The encyclopedia of philosophy. *New York*, 2, 176.
- EIGE. (2020). What Is Gender Based Violence? [Internet], available from: <https://eige.europa.eu/gender-basedviolence/>.

- Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. ve Cooper, C.L. (2011). *Bullying and harassment in the workplace developments in theory, Research and Practice* Second Edition, Newyork: CRC Press.
- Eliyana, A. ve Ma'arif, S. (2019). Job satisfaction and organizational commitment effect in the transformational leadership towards employee performance. *European Research on Management and Business Economics*, 25(3), 144-150.
- Elnaga, A.,& Imran, A. (2013). The effect of training on employee performance. *European journal of Business and Management*, 5(4), 137-147.
- Elston, M. A.,& Gabe, J. (2015). Violence in general practice: A gendered risk?. *Sociology of Health & Illness*, 38(3).
- Emiroğlu, O.N., opur, E. . ve Alici, N. K. (2020). Analysis on incidents of violence towards health care workers in Turkey between 2012 and 2016: Reflected in the press. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 82-89.
- Ergül, B. ve Yılmaz, V. (2020). COVID-19 Salgını Süresince Aile İçi İlişkilerin Doğrulamacı Faktör Analizi ile İncelenmesi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, 38-51.
- Erkorkmaz, ., Etikan, İ., Demir, O., zdamar, K., & Sanisoğlu, S. Y. (2013). Doğrulamacı faktör analizi ve uyum indeksleri. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 33(1), 210-223.
- Eriş, E. D. (2008). *Lojistik sektöründe pazar yönlü-öğrenme yönlü olma ve yenilikçiliğin işletme performansına etkisi üzerine bir araştırma*. (Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi/Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Eroğlu, F. ve İrdem, ř. (2016). Örgütlerde fke olgusu ve öfke yönetimi. *Yeni Fikir Dergisi*, 7(17), 22-41.
- Eurofound. (2015). *Violence and harassment in European workplaces: Extent, impacts and policies*. Dublin.

- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). (2010). *Workplace violence and harassment: a european picture*, Publications Office of the European Union. Luxembourg.
- EWCS. (2010). Fifth European Working Conditions Survey (EWCS), *Health and Welfare: Information on Risks*. Erişim Tarihi: 22/07/2019.
- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C. ve Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological methods*, 4(3), 272-299.
- Farooqui, M. S. ve Nagendra, A. (2014). The impact of person organization fit on job satisfaction and performance of the employees. *Procedia economics and Finance*, 11(14), 122-129.
- Feldman, F. (2008). Whole life satisfaction concepts of happiness. *Theoria*, 74(3), 219-238.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS: (and sex and drugs and rock'n'roll)*. Sage Publications.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage Publications.
- Gangoli, G. (2020). Gender-Based Violence, Law, Justice and Health: Some Reflections. *Public Health Ethics*, Vol 3, Issue 1, 29-33.
- Gatignon, H. (2010). Confirmatory Factor Analysis. *Statistical Analysis of Management Data* içinde (59-122). New York, NY: Springer New York.
- Geroge, D. ve Mallery, P. (2003). *SPSS for windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Giancola, F. L. (2011). Examining the job itself as a source of employee motivation. *Compensation & Benefits Review*, 43(1), 23-29.
- Government Of Western Australia/Commission For Occupational Safety And Health. (1996). *Dealing With Bullying At Work A Guide For Workers*. Australia.
- Göldağ, B. (2015). Öğrencilerin şiddet eğilimi düzeyleri ve değer algıları. *TÜBAV Bilim Dergisi*, 8(4), 1-15.
- Hackman, J. R.,& Oldham, G. R. (1975). Development of the job diagnostic survey. *Journal of Applied psychology*, 60(2), 159-170.

- Halász, G. (2015). Education and social transformation in central and eastern europe. *European Journal of Education*, 50(3), 350-371.
- Hamby, S. (2017). "On Defining Violence, And Why It Matters", *Psychology of Violence*, 7(2), 167-180.
- Hamzaoğlu, N. ve Türk, B. (2019). Prevalence of physical and verbal violence against health care workers in Turkey. *International Journal of Health Services*, 49(4), 844-861.
- Haybron, D. M. (2001). Happiness and the importance of life satisfaction. *Department of Philosophy, Rutgers University*.
- Haydar, H. (2019). *Sağlık işletmelerinde ilişkisel pazarlama stratejileri ile hastaların davranışsal niyetleri arasındaki ilişkinin yapısal eşitlik modeli ile incelenmesi*. (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa/Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Hinson, J. ve Shapiro, M. (2003). Violence in the workplace: Awareness and prevention. *Australian Health Review*, 26(1), 84-91.
- Hoff, K. A., Song, Q. C., Wee, C. J., Phan, W. M. J. ve Rounds, J. (2020). Interest fit and job satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 103503.
- Holman, D. ve Walker, A. (2018). Social quality and health: Examining individual and neighbourhood contextual effects using a multilevel modelling approach. *Social Indicators Research*, 138(1), 245-270.
- Hood, J. (2004). Workplace violence prevention: A Guide. *Office of Attorney General. State of Mississippi*.
- International Labour Office (ILO). (2012). *Trainer's Guide SOLVE: Integrating Health Promotion into Workplace OSH Policies*. First published. Edited by Valentina Forastieri. Geneva.
- ILO. (2003). *Violence at Work*. Activities of the International Labour Organization (ILO), in: Labour Education, No. 133/4. Geneva.
- ILO. (2018). *Ending Violence and Harassment Against Women and Men in the World of Work*.

- ILO/ICN/WHO/PSI. (2005). *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*". Switzerland.
- Inegbedion, H., Inegbedion, E., Peter, A. ve Harry, L. (2020). Perception of workload balance and employee job satisfaction in work organisations. *Heliyon*, 6(1), e03160.
- International Labour Office (ILO). (2013). *Work-Related Violence and Its Integration Into Existing Surveys*, 19th International Conference of Labour Statisticians, Geneva.
- İlleez, A. ve Güner, M. (2006). 360 Derece performans değerlendirme ve geri bildirim sistemi 360. *Tekstil ve Konfeksiyon Dergisi*, 1, 325-327.
- Jaffe, J., (April 2008), *Missed opportunities: From awareness to skill building in addressing domestic and workplace violence against women*, PowerPoint slides, *Presented at Workplace Violence Prevention: The New Benchmark for Due Diligence*, OSACH Workplace Violence Prevention Video/Teleconference.
- Johnson, H., McKee, J., Ricks, R. and Webb, K. (2010). *Workplace Violence: Awareness, Prevention and Management, A Reference Manual for CUNY Workplace Violence Advisory Teams*, New York Winter/Spring.
- Johnston, C. S., Maggiori, C., & Rossier, J. (2016). Professional trajectories, individual characteristics, and staying satisfied and healthy. *Journal of Career Development*, 43(1), 81-98.
- Joreskog, K. ve Sörbom, D. (2001). Lisrel 8: User's Reference Guide. *Scientific Software International Inc.*
- Kaba, İ., Erol, M. Ve Güç, K. (2018). Yetişkin yaşam doyumu ölçeğinin geliştirilmesi. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(1), 1-14.
- Kaiser, H. F. ve Rice, J. (1974). Little jiffy, mark IV. *Educational and psychological measurement*, 34(1), 111-117.
- Karadağ, M., Işık, O., Akbolat, M. ve Çelen, Ö. (Winter 2015). Örgütsel bağlılık açısından motivasyon: Sağlık kurumlarında çalışan idari personel üzerinde bir uygulama. *International Journal of Social Science*, 40, 311-320.

- Karagöz, Y., Kınır, S. ve Güvendi, F. (2016). Yapısal eşitlik modellemesi ile hasta memnuniyeti ölçeğinin geliştirilmesi. *Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 7(13), 140-158.
- Karaman, H., Atar, B. Ve Çobanoğlu A. D. (2017). Açımlayıcı faktör analizinde kullanılan faktör çıkartma yöntemlerinin karşılaştırılması. *Gazi University Journal of Gazi Educational Faculty (GUJGEF)*, 37(3).
- Karlsen, S., & Nazroo, J. Y. (2002). Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *American journal of public health*, 92(4), 624-631.
- Kaynak, Z. N. (2012). *Yapısal eşitlik modelleri*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Ticaret Üniversitesi/Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Kılıç, S. (2016). Cronbachs alpha reliability coefficient. *Journal of Mood Disorders*, 6(1), 47-48.
- Kılınç, E. ve Paksoy, H. M. (2017). Sağlık çalışanlarında performans algı düzeyinin bazı sosyo-demografik değişkenlere göre incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 20(2), 151-159.
- Kızılkaya, E. (2020). İktisadın insanı için yeni bir eidos önerisi: rasyonalite yerine özgürlük. *Temaşa Erciyes Üniversitesi Felsefe Bölümü Dergisi*, (13), 86-111.
- Kim, T. H. ve Chang, K. R. (2007). Interactional effects of occupational commitment and organizational commitment of employees in sport organizations on turnover intentions and organizational citizenship behaviors. *International Journal of Applied Sports Sciences*, 19 (2), 63 - 79.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. USA: The Guilford Press.
- Kocabaş, F., Aydın, U., Özgüler, V.C., İlhan, M. N., Demirkaya, S., Nihan, A. K. ve Özbaş, C. (2018). Çalışma ortamında psikososyal risk etmenlerinin iş kazası, meslek hastalıkları ve işle ilgili hastalıklarla ilişkisi. *Sosyal Güvençe*, 14, 28-62.

- Kotzé, M. ve Nel, P. (2020). The influence of job resources on platinum mineworkers' work engagement and organisational commitment: An explorative study. *The Extractive Industries and Society*.
- Kurt, E. (2013). *Algılanan sosyal destek ve iş performansı ilişkisinde işe bağlılığın aracı etkisi: Turizm işletmelerinde bir araştırma*. (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Kutin, J. J. (2019). *Genç yetişkin ilişkilerinde nasıl ekonomik istismar listelerini keşfetme*. Felsefe (PhD) Doktor, Ekonomi, Finans ve Pazarlama, Melbourne University.
- Kuzey, C. (2018). Impact of health care employees' job satisfaction on organizational performance support vector machine approach. *Journal of Economics and Financial Analysis*, 2(1), 45-68.
- Küçüközkan, Y. (2015). Liderlik ve motivasyon teorileri: Kuramsal bir çerçeve. *Uluslararası Akademik Yönetim Bilimleri Dergisi*, 1(2), 85-116.
- Leymann, H. (1985). Somatic and psychological symptoms after the experience of life threatening events: A profile analysis. *Victimology*, 10(1), 512-538.
- Lima, G. H. A., & de Sousa, S. D. M. A. (2015). Psychological violence in the nursing work. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(5), 535-541.
- Lin, K. (2016). Social quality and happiness—An analysis of the survey data from three Chinese cities. *Applied Research in Quality of Life*, 11(1), 23-40.
- Lin, W. Q., Wu, J., Yuan, L. X., Zhang, S. C., Jing, M. J., Zhang, H. S., Luo, J.L., Lei, Y. X. ve Wang, P. X. (2015). Workplace violence and job performance among community healthcare Workers in China: The mediator role of quality of life. *International journal of environmental research and public health*, 12(11), 14872-14886.
- Liu, W., Zhao, S., Shi, L., Zhang, Z., Liu, X., Li, L., ... ve Fan, L. (2018). Workplace violence, job satisfaction, burnout, perceived organisational support and their effects on turnover intention among Chinese nurses in tertiary hospitals: a cross-sectional study. *BMJ open*, 8(6).

- Lobato, R. M., Moya, M., Moyano, M., & Trujillo, H. M. (2018). From oppression to violence: The role of oppression, radicalism, identity, and cultural intelligence in violent disinhibition. *Frontiers in psychology, 9*, 1505.
- Lorcu, F. (2015). *Örneklerle veri analizi: SPSS uygulamalı*. 1. Baskı. Ankara: Detay Yayıncılık.
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S. ve Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods, 4*, 84-99.
- Malaeb, Z. A., Summers, J. K. ve Pugeseck, B. H. (2000). Using structural equation modeling to investigate relationships among ecological variables. *Environmental and Ecological Statistics, 7*(1), 93-111.
- Mallick, E., Pradhan, R. K., Tewari, H. R. ve Jena, L. K. (2014). Organizational citizenship behaviour, job performance and HR practices: A relational perspective. *Management and Labour Studies, 39*(4), 449-460.
- Mantzouranis, G., Fafliora, E., Bampalis, V. G. ve Christopoulou, I. (2015). Assessment and analysis of workplace violence in a Greek tertiary hospital. *Archives of environmental & occupational health, 70*(5), 256-264.
- Mayhew, C.,& Chappell, D. (2001). *Occupational violence: types, reporting patterns, and variations between health sectors* (Vol. 139). School of Industrial Relations, University of New South Wales.
- Merchant, J. A.,& Lundell, J. A. (2001). Workplace Violence Intervention Research Workshop, April 5–7, 2000, Washington, DC1: Background, rationale, and summary. *American journal of preventive medicine, 20*(2), 135-140.
- Mert, İ. S. (2020). İnsan kaynakları yöneticilerinin performans değerlendirme sistemi sorun, çözüm ve etkinliğine ilişkin değerlendirmeleri. *Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 6*(1), 79-96.
- Milczarek, M., Schneider, E., & González, E. (2009). European Agency for Safety and Health at Work European Risk Observatory, *Violence and Harassment at work: Risk Observatory Report*, Brussels. Erişim Tarihi: 08.06.2019.
- Miljković, S. (2007). Motivation of employees and behavior modification in health care organizations. *Acta Medica Medianae, 46*(2), 53-62.
- Morris, C. (2003). *Quantitative Approaches in Business Studies*. USA:Prentice Hall.

- Morris, S. C. (2007). The causes of violence and the effects of violence on community and individual health. *Global Health Education Consortium*.
- Motowidlo, S. J. ve Van Scotter, J. R. (1994). Evidence that task performance should be distinguished from contextual performance. *Journal of Applied psychology*, 79(4), 475-480.
- Munro, L., Rodwell, J., & Harding, L. (1998). Assessing occupational stress in psychiatric nurses using the full job strain model: the value of social support to nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 35(6), 339-345.
- Müezzinoğlu, T. (2005). Yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci*, 1(9), 105-112.
- Namie, G., Christensen, D., & Phillips, D. (2014). WBI US workplace bullying survey. *Workplace bullying institute*, 1-19.
- Nandi, A., Luthra, R., & Benzeval, M. (2020). When does hate hurt the most? Generational differences in the association between ethnic and racial harassment, ethnic attachment, and mental health. *Ethnic and Racial Studies*, 43(16), 327-347.
- National Center for Injury Prevention and Control (NCD)/Division of Violence Prevention. (2014). *Sexual Violence Surveillance Uniform Definitions and Recommended Data Elements*, Atlanta-Georgia.
- New South Wales (NSW). (2013). Protecting People and Property, NSW Health Policy and Standards for Security Risk Management in NSW Health Agencies.
- Nikolić, D. ve Višnjić, A. (2020). Mobbing and violence at work as hidden stressors and work ability among emergency medical doctors in Serbia. *Medicina*, 56(1), 31.
- Niles, N. J. (2020). *Basic concepts of health care human resource management*. Second Edition. Jones & Bartlett Publishers.
- NSW Ministry of Health. (2019). *The Case for Change: integrated prevention and response to violence, abuse and neglect in NSW Health*. North Sidney.

- Ocaktan, E. (Aralık 2014). *Meslek Hastalıkları*. Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi ve Çalıştayı. Ankara.
- OECD. (2019). *Society at a Glance 2019: OECD Social Indicators*, OECD Publishing. Paris.
- Oflaz, M. (2018). *İş stresinin çalışan motivasyonu üzerine etkisi ve buna yönelik bir uygulama*. (Doktora Tezi). İstanbul Aydın Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Oregon Association of Hospitals and Health Systems (OAHHS). (December 2017). *Workplace violence in hospitals: a toolkit for prevention and management*. First printed.
- Osburn, H. G. (2000). Coefficient alpha and related internal consistency reliability coefficients. *Psychological Methods*, 5(3), 343-335.
- OSHA. (2016). *Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers*.
- Öğüt, A., Akgeçici, T., Demirsel, M.T. (2004). Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi Bağlamında Örgütlerde İşgören Motivasyonu Süreci. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (12), 277-290.
- Özdamar, K. (2002). *Paket programlar ile istatistiksel veri analizi*. 4. Baskı. Eskişehir: Kaan Yayınları.
- Özdamar, K. (2004). *Tabloların Oluşturulması, Güvenirlilik ve Soru Analizi. Paket Programlarla İstatistiksel Veri Analizi-1*. 5th Ed. Eskişehir: Kaan Kitabevi.
- Özer, M. ve Karabulut, Ö. (2003). Yaşlılarda yaşam doyumu. *Geriatrics*, 6(2),72- 74.
- Özer, M. (2018). 2023 Eğitim vizyonu ve mesleki ve teknik eğitimde yeni hedefler. *Journal of Higher Education & Science/Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 12(3), 425-435.
- Özkan, K. ve Alkan, H. (2004). Q-Tipi faktör analizinin gerçekleştirilmesi için tersinir matrisin oluşturulmasında minimum etkili değişkenlerin eklenmesi yaklaşımı (Isparta ili Şarkikaraağaç ilçesi orman köyleri örneği). *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(1).
- Pınar, T., Açıklık, C., Pınar, G., Karabulut, E., Saygun, M., Barışkin, E., Guidotti, T.L., Akdur, R., Sabuncu, H., Bodur, S., Eğri, M., Bakır, B., Açıkgoz, E.M.,

- Atçeken, İ. ve Cengiz, M. (2017). Workplace violence in the health sector in Turkey: A national study”, *Journal of Interpersonal Violence*, 32(15), 2345-2365.
- Pickle, H. B. ve Abrahamson, R. L. (1980). *Introduction to business*. Santa Monica: Goodyear Pub. Co.
- Pocnet, C., Antonietti, J. P., Strippoli, M. P. F., Glaus, J., Preisig, M., & Rossier, J. (2016). Individuals’ quality of life linked to major life events, perceived social support, and personality traits. *Quality of life research*, 25(11), 2897-2908.
- Pompeii, L. A., Schoenfisch, A. L., Lipscomb, H. J., Dement, J. M., Smith, C. D., & Upadhyaya, M. (2015). Physical assault, physical threat, and verbal abuse perpetrated against hospital workers by patients or visitors in six US hospitals. *American journal of industrial medicine*, 58(11), 1194-1204.
- Pukeliene, V. ve Starkauskiene, V. (2011). Quality of life: Factors determining its measurement complexity. *Engineering Economics*, 22(2), 147-156.
- Rai, A. ve Agarwal, U. A. (2017). Linking workplace bullying and work engagement: the mediating role of psychological contract violation. *South Asian Journal of Human Resources Management*, 4(1), 42-71.
- Raja, M. A. ve Wajidi, F. A. (2013). Factors Influencing Job Satisfaction in Public Healthcare Sector of Pakistan. *Global Journal of Management and Business Research Administration and Management*, 13(8), 61-66.
- Raykov, T. ve Marcoulides, G.A. 2006. *A first course in structural equation modelling*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Richards, J. (2003). *ILO/ICN/WHO/PSI Workplace Violence in the Health Sector, Cross-Cutting Theme Study Management of Workplace Violence Victims*, Geneva.
- Rose, I. (2009). *School Violence*. London: Karnac Books Ltd.
- Rossier, J. (2015). *Personality assessment and career interventions*. In P. J. Hartung, M. L. Savickas, & W. B. Walsh (Eds.), *APA handbooks in psychology*®.

- APA handbook of career intervention, Vol. 1. Foundations* (p. 327–350). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14438-018>
- Ruževičius, J. (2014, August). Quality of life and of Working Life: Conceptions and Research. In *Liverpool (2014): 17th Toulon-Verona Conference" Excellence in Services"*.
- Sabuncuoğlu, Z. ve Tokol, T. (2001). *İşletme*. Bursa: Ezgi Kitabevi.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2010). Defining and measuring work engagement: Bringing clarity to the concept. In: Bakker, A.B., Leiter, M.P. (Eds.). *Work engagement: A handbook of essential theory and research*, 12, 10-24.
- Sağlık Bakanlığı, T. S., & Müdürlüğü, T. S. H. G. (2011). Sağlık teşviki ve geliştirilmsi sözlüğü. *Bakanlık Yayını*, 814(1).
- Salminen, H., Vanhala, M. ve Heilmann, P. (2017). Work-related attitudes as antecedents of perceived individual-, unit-and organisation-level performance. *International Journal of Organizational Analysis*, 25(4), 577-595.
- San Martín, J., Perles, F. ve Canto, J. M. (2010). Life satisfaction and perception of happiness among university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 617-628.
- Saraçlı, S. (2011). Faktör analizinde yer alan döndürme metotlarının karşılaştırmalı incelenmesi üzerine bir uygulama. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1(3), 22-26.
- Saygılı, M., Avcı, K. ve Sönmez, S. (2016). Sağlık çalışanlarının çalışma yaşam kalitesine ilişkin bir değerlendirme: Bir kamu hastanesi örneği. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 52, 437-451.
- Schat, A. C., & Kelloway, E. K. (2003). Reducing the adverse consequences of workplace aggression and violence: the buffering effects of organizational support. *Journal of occupational health psychology*, 8(2), 110–122.
- Schermelleh-Engel, K. ve Moosbrugger, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Test of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23-74.

- Schumacker, R. E. ve Lomax, R. G. (2010). *A beginner's guide to structural equation modeling*. Thirt Edition. Newyork: Taylor & Francis Group.
- Seyidoğlu, H. (2016). *Bilimsel araştırma ve yazma el kitabı*. Geliştirilmiş 11. Baskı, İstanbul: Güzem can yayınları.
- Sharma, B. (2016). A focus on reliability in developmental research through Cronbach's Alpha among medical, dental and paramedical professionals. *Asian Pacific Journal of Health Sciences*, 3(4), 271-278.
- Sheikh, S., Chokotho, L., Mulwafu, W., Nyirenda, M., Le, G., Mbomuwa, F., Pandit, H., Lavy, C. (2020). Characteristics of interpersonal violence in adult victims at the Adult Emergency Trauma Centre (AETC) of Queen Elizabeth Central Hospital. *Malawi Medical Journal*, 32(1), 24-30.
- Shucksmith, M., Cameron, S., Merridew, T., & Pichler, F. (2009). Urban–rural differences in quality of life across the European Union. *Regional Studies*, 43(10), 1275-1289.
- Silva, J., Keulenaer, F. Ve Johnstone, N. (2012). Environmental Quality and Life Satisfaction. *OECD Environment Working Papers*, 44, 1-40.
- Simanjuntak, P. J. (2011). *Manajemen & evaluasi kinerja*. (3rd edition). *Jakarta: Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia*.
- Sipahi, B., Yurtkoru, E. S. ve Çinko, M. (2010). *Sosyal bilimlerde spss'le veri analizi*. (3nd. ed.). İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Soysal, A. ve Kılınç, E. (2016). İşletmelerde stratejik insan kaynakları yönetimi sürecinde performans değerlendirme ve kariyer yönetimi uygulamaları. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 16(31), 325-347.
- Stamm BH. Professional Quality of Life Scale IV Tests. Elde edilme tarihi A.ustos 18, 2007, http://www.isu.edu/~bhstamm/documents/proqol/ProQOL_vIV_English_Oct05.htm icinden; 2005.
- Sun, P., Zhang, X., Sun, Y., Ma, H., Jiao, M., Xing, K., ... & Yin, M. (2017). Workplace violence against health care workers in North Chinese hospitals: a cross-sectional survey. *International journal of environmental research and public health*, 14(1), 96.

- Şimşek, Ö. F. (2007). *Yapısal eşitlik modellemesine giriş, temel ilkeler ve LISREL uygulamaları*. Ankara: Ekinoks.
- Şimşek, Ö. F. (2020). *Yapısal eşitlik modellemesine giriş: Temel ilkeler ve LISREL uygulamaları*.
- Tabachnick, B. G. ve Fidel, L. S. (2014). *Using multivariate statistics*. USA: Pearson Education Limited.
- Taris, T. W., Ybema, J. F. ve Van Beek, I. (2017). Burnout and engagement: Identical twins or just close relatives?. *Burnout research*, 5, 3-11.
- Taştan, G. (2012). *Yapısal eşitlik modelleri ile öğrenci başarısının belirlenmesi: Özel Darüşşafaka Lisesi örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Teles, M. A. B., Barbosa, M. R., Vargas, A. M. D., Gomes, V. E., e Ferreira, E. F., de Barros Lima, A. M. E. ve Ferreira, R. C. (2014). Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: A cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 72.
- Telman, N. ve Ünsal, P. (2004). *Çalışan Memnuniyeti*. İstanbul: Epsilon Yayınları.
- Terzoni, S., Ferrara, P., Cornelli, R., Ricci, C., Oggioni, C. ve Destrebecq, A. (2015). Violence and unsafety in a major Italian hospital: Experience and perceptions of health care workers. *La Medicina del lavoro*, 106(6), 403-411.
- Tetik, B. K., Bağ, H.G., Gültekin, A., Savaş, Z., Sharifi, Z. ve Sahil, S. A. (2018). Sağlık personeline yönelik şiddet nedenlerinin ve şiddet uygulamayı düşünen bireylerin sosyodemografik özelliklerinin değerlendirmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(1), 2-8.
- Tezcan, C. *Yapısal eşitlik modelleri*. (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi/Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- The Ontario Nurses' Association (ONA). (2016). *Workplace Violence and Harassment A Guide for ONA Members*.

- Tian, Y., Yue, Y., Wang, J., Luo, T., Li, Y. ve Zhou, J. (2020). Workplace violence against hospital healthcare workers in China: a national WeChat-based survey. *BMC Public Health*, 20, 1-8.
- Tomev, L., Daskalova, N., Michailova, T., Naydenova, Z., Ivanova, V. ve Trakieva, D. (2003). Workplace violence in the health sector case study-Bulgaria. *ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector*.
- Tonon, G. (Ed). (2018). Review of the Book. Quality of Life in Communities of Latin Countries. (Community Quality of Life and Well-being Series). (ISBN 978-3-319-53183-0). *Applied Research Quality Life*13.
- Toygar, Ş.A., Kara, D., Kırılıoğlu, M. (2018). İşgörenlerin iş yaşam kalitesinin incelenmesi: Ankara ilinde bir eğitim-araştırma hastanesi örneği. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 10(3), 306-320.
- Tunçer, P. (2013). Örgütlerde performans değerlendirme ve motivasyon. *Sayıştay Dergisi*, 88(1), 87-108.
- Türkoğlu, H. (2015). Sustainable development and quality of urban life. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 202, 10-14.
- UCSS Economic Forum. (2017). 2016 | 2017 Quality of life indicators. UCSS Economic Forum Report. Colorado.
- Uğur, A ve Kutlu, Ö. (2010). Hizmet içi eğitimde verimliliğin ölçülmesi. *Verimlilik Dergisi*, 95-107.
- Ulukan, E. (1978). *Türkiye'de ve teknik eğitim sistemleri*, TES-AR Yayın, No:28.
- Umrani, W. A., Afsar, B., Khan, M. ve Ahmed, U. (2019). Addressing the issue of job performance among hospital physicians in Pakistan: The role of job security, organizational support, and job satisfaction. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 24(3), e12169.
- UNESCO. (1978). Indicators of Environmental Quality Quality of Life, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization 7, Paris.

- Union, E. (2007). *Framework agreement on harassment and violence at work*. TUC Changing the World of Work for Good. (July 2018). *Bullying and harassment - practical guide for reps*. Erişim Tarihi: 11.04.2019.
- United States Department of Agriculture (USDA). (October 2001). *The USDA handbook on workplace violence prevention and response*.
- Uzzell, D. ve Moser, G. (2006). Environment and quality of life. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 56(1), 1-4.
- Vance, R. J. (2006). Employee engagement and commitment. *SHRM foundation*, 1-53.
- Van Ham, T., Blokland, A., Ferwerda, H., Doreleijers, T. ve Adang, O. (2019). Determinants of persistence in collective violence offending. *Deviant Behavior*, 1-17.
- Vecchio, R. (1995). *Organizational behavior*. Harcourt Brace & Company. Florida.
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life: Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39.
- Veenhoven, R. (2012). Happiness: Also known as “life satisfaction” and “subjective well-being”. In *Handbook of social indicators and quality of life research* (pp. 63-77). Springer, Dordrecht.
- Veenhoven, R. (2015). Social conditions for human happiness: A review of research. *International Journal of Psychology*, 50(5), 379-391.
- Verme, P. (2011). *Life satisfaction and income inequality*. The World Bank.
- Walker, A. ve Maesen, L. (2004). Social Quality and Quality of Life. Challenges for Quality of Life in the Contemporary World: Advances in Quality-of-Life Studies. *Theory and Research*. 10.1007/978-1-4020-2903-5_2.
- Wallace, C.,& Abbott, P. (2009). Social quality in Europe. *Civil Society and New Forms of Governance in Europe*.
- Walters, R. H.,& Parke, R. D. (1964). Social motivation, dependency, and susceptibility to social influence. In *Advances in experimental social psychology*, Vol. 1, 231-276.

- Watkins, M. W. (2018). Exploratory factor analysis: A guide to best practice. *Journal of Black Psychology*, 44(3), 219-246.
- Watson, D., Pichler, F., & Wallace, C. (2010). Subjective Well-Being in Europe. Second European Quality of Life Survey, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Webber, D., Babush, M., Schori-Eyal, N., Vazeou-Nieuwenhuis, A., Hettiarachchi, M., Bélanger, J. J., ... ve Gelfand, M. J. (2018). The road to extremism: Field and experimental evidence that significance loss-induced need for closure fosters radicalization. *Journal of personality and social psychology*, 114(2), 270-285.
- Whitehead, A. N. (2013). *The concept of nature*. Courier Corporation.
- Wickramasinghe, V. ve Liyanage, S. (2013). Effects of high performance work practices on job performance in project-based organizations. *Project Management Journal*, 44(3), 64-77.
- WorldatWork. (2006). *What is total rewards?* Retrieved from. Erişim Tarihi: 20.06.2020,
<http://www.worldatwork.org/waw/aboutus/html/aboutuswhatis.html>
- World Health Organization (WHO). (1948). *Constitution*. Newyork.
- World Health Organization (WHO). (1996). *What quality of life?* The WHOQOL Group. In: World Health Forum, Vol 17. Geneva.
- World Health Organization (WHO). (1997). WHOQOL Measuring Quality Of Life.
- World Health Organization (WHO).(2002). *World Report on Violence and Health: Summary*. Geneva.
- Yang, S. Z., Wu, D., Wang, N., Hesketh, T., Sun, K. S., Li, L. ve Zhou, X. (2019). Workplace violence and its aftermath in China's health sector: implications from a cross-sectional survey across three tiers of the health system. *BMJ open*, 9(9), e031513.
- Yardımcıoğlu, D. (2018). Türk iş hukukunda işyerinde şiddet ve uygulanacak hukuki yaptırımlar. *International Journal of Social And Humanities Sciences*, 2(2), 144-160.

- Yaşlıoğlu, M. M. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 46, 74-85.
- Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S. (2014). *SPSS uygulamalı bilimsel araştırma yöntemleri*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Yeşil, A., Ergün, Ü., Amasyalı, C., Er, F., Olgun, N. N. ve Aker, A. T. (2010). Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği türkçe uyarlaması geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Archives Of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 47(2), 111-117.
- Yeşil, A. (2016). Liderlik ve motivasyon teorilerine yönelik kavramsal bir inceleme. *Uluslararası Akademik Yönetim Bilimleri Dergisi*, 2(3), 158-180.
- Yılmaz, F. G. Farklı ülkelere göre yaygın mesleki eğitim. *Çağdaş Yönetim Bilimleri Dergisi*, 1(1), 36-44.
- Yılmaz, G. ve Üstün, B. (2018). Professional Quality of Life in Nurses: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 9(3), 205-211.
- Yılmaz, K. E., Demirdüzen, E., Gelbal, S. ve İnal, H. (2017). Cronbach s coefficient alpha: A meta-analysis study. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi (H.U. Journal of Education)* 32(1), 18-32.
- Yılmaz, V. (2004). Lisrel ile yapısal eşitlik modelleri: Tüketici şikâyetlerine uygulanması. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 1, 77-90.
- Zhao, S., Liu, H., Ma, H., Jiao, M., Li, Y., Hao, Y., ... & Wu, Q. (2015). Coping with workplace violence in healthcare settings: social support and strategies. *International journal of environmental research and public health*, 12(11), 14429-14444.
- OECD, OECD Better Life Index, Life Satisfaction, Erişim Tarihi: 17/09/2019, <http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/turkey/>.
- OECD, OECD Better Life Index: Turkey, Job, Erişim Tarihi: 17.09.2019, <http://www.oecdbetterlifeindex.org/topics/jobs/>.
- OECD, OECD Better Life Index, Erişim Tarihi: 19.09.2019, <http://www.oecdbetterlifeindex.org/>.

OECD/Stat, OECD Better Life Index, Erişim Tarihi: 19.09.2019,
<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=BLI>.

OECD. Better Life İndex, *Life Satisfaction*, Erişim Tarihi: 17/09/2019,
<http://www.oecdbetterlifeindex.org/topics/life-satisfaction/>.

TÜİK. (2019). Daha İyi Yaşam Endeksi, Erişim Tarihi: 19.09.2019,
<http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=istendeks>.



ÖZGEÇMİŞ

Yasemin ÇABUK 20.06.1976 Niksar doğumludur. İlk ve orta öğrenimini Niksar’da tamamlamış olan Yasemin ÇABUK, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik 2011 mezunudur. Yüksek Lisans eğitimini 2014 yılında, Tekirdağ Namık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü’nde, Kamu Hastanelerinde Tedarik Zinciri Yönetimi ve Örnek Uygulama başlıklı tezi ile tamamlamıştır. Anadolu Üniversitesi Adalet Yüksek Okulu mezunudur. Anestezi teknisyenliği eğitimi almıştır. Halen Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü’nde görev yapan Yasemin ÇABUK’un araştırma alanları, sağlık, sağlık yönetimi, hastane yönetimi, yönetim ve organizasyon ve kamu sağlık harcamaları çalışmalarıdır.