

Sağlık Sektöründe İş Yeri Şiddetinin Çalışanlara ve İş Yaşamlarına Etkilerinin Analitik Araştırması: Ölçeğin Türkçe Uyarlaması İle

Analytical Research of the Effects of Workplace Violence on Workers and Work Life in the Health Sector: With the Turkish Adaptation of the Scale

^{ID} Yasemin ÇABUK^a, ^{ID} S. Ahmet MENTEŞ^b

^aTekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü, Tekirdağ, Türkiye

^bTekirdağ Namık Kemal Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü, Tekirdağ, Türkiye

ÖZET Amaç: Şiddet, tüm zamanların ve tüm ulusların en önemli sorunlarından biridir. Özellikle iş yeri şiddeti, son zamanlarda gündemden düşmeyen bir konudur. Bu araştırma, sağlık sektöründe maruz kalan iş yeri şiddeti türlerini, yaşanma sıklıklarını, en fazla maruz kalan kesimi, şiddet olaylarının sağlık çalışanları ve iş yaşamları üzerindeki etkisini, şiddet nedenlerini ve şiddet olayı sonrası yapılan kurumsal uygulamaları ortaya koymayı amaçlamaktadır. **Gereç ve Yöntemler:** Araştırma evrenini 682 kamu sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Sağlık sektöründe yaşanan iş yeri şiddetinin çalışanlar üzerindeki etkisini ölçen anketin Türkçe uyarlaması yapılmıştır. Ölçekte geçerlilik, güvenilirlik analizi, açıklayıcı faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi, betimsel analiz yapılmıştır. Araştırma hipotezleri, Pearson ki-kare, bağımsız örneklem t-testi, ANOVA testi ve “post hoc” testlerinden Scheffe testi ile sınanmıştır. **Bulgular:** Son 2 yıl içerisinde sağlık çalışanlarının yarısından fazlası iş yerinde herhangi bir şiddet olayına maruz kalmıştır. Doktorlar, şiddete en fazla maruz kalan kesimdir. Maruz kalan şiddet olaylarının çoğunluğu sözel şiddet olup en fazla hasta yakınları ve hastalar tarafından gerçekleştirilmektedir. Şiddet nedenleri arasında azalan oranda sırasıyla tedavide uzun bekleme süreleri, kişinin aldığı hizmetle ilgili hayal kırıklığı, hastanın bilgilendirme yetersizliği sayılmaktadır. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının iş yaşamları, olumsuz etkilenmektedir. Cinsel şiddete maruz kalanların iş yaşamı, sözel ve fiziksel şiddete “mobbing”e maruz kalanlara oranla daha fazla etkilenmektedir. **Sonuç:** Özveri ve adanmışlık gerektiren sağlık sektöründe şiddet, çalışanların iş yaşamlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Çalışanların iş motivasyonuna, işe bağlılığına ve performansına daha fazla olumsuz yansımaktadır.

ABSTRACT Objective: Violence is one of the most important problems of all times and all nations. Workplace violence is an issue that has not fallen off the agenda lately. This research aims to reveal the types of workplace violence exposed to in the health sector, their frequency, the most exposed group, the effects of violence on health workers and their work lives, the causes of violence and institutional practices after the violence event. **Material and Methods:** The population of the research consists of 682 public health workers. The Turkish version of the questionnaire was made. Validity, Reliability Analysis, Explanatory Factor Analysis, Confirmatory Factor Analysis, Descriptive Analysis were performed in the scale. Research hypotheses were tested with Pearson chi-square, independent sample t-test, ANOVA test and Scheffe test, one of the post hoc tests. **Results:** In the last two years, more than half of health workers have been exposed to any violence at work. Doctors are the group most exposed to violence. The majority of the violent incidents that are exposed are verbal violence and mostly perpetrated by patients’ relatives and patients. Among the causes of violence, long waiting times in treatment, disappointment with the service received, and the patient’s inability to inform. The work lives of health workers who are exposed to violence are adversely affected. The work life of those who are exposed to sexual violence is affected more than those who are exposed to verbal and physical violence and mobbing. **Conclusion:** Violence in the health sector, which requires dedication and dedication, significantly affects the work lives of employees. It reflects more negatively on the work motivation, commitment and performance of the employees.

Anahtar Kelimeler: Şiddet; mobbing; psikolojik şiddet; şiddet ve iş yaşamı; sağlık sektörü

Keywords: Violence; mobbing; psychological violence; violence and work life; health sector

Correspondence: Yasemin ÇABUK
Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü, Tekirdağ, Türkiye
E-mail: yasemincabuk2@gmail.com



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences.

Received: 12 Jul 2021

Received in revised form: 19 Nov 2021

Accepted: 06 Dec 2021

Available online: 06 Jan 2022

2536-4391 / Copyright © 2022 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Diyalog, tartışma ve anlaşmazlık iş yeri iletişiminin en önemli unsurlarıdır.¹ Başarılı bir iletişim, verimliliği artırmada ve iyi iş ilişkileri sürdürmede temel yapı taşıdır. Artan müşteri odaklı hizmet anlayışı ve rekabet koşulları, günümüz iş yaşamını önemli ölçüde etkilemektedir. Bazen bu durum, hizmete taraf olanlar arasında ciddi boyutlarda çatışmalara neden olabilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütüne göre şiddet; fiziksel güç veya iktidarın kişinin kendisine, kişiye, gruba veya topluluğa karşı kasıtlı bir tehdit sonucunda psikolojik ve/veya fiziksel zarar vermesi, ölüme neden olması veya olasılığının bulunmasıdır.² Kesin bir şiddet tanımının sınırları belirsizdir ve istenmeyen, kasıt, gereksiz ve zararlı davranış olarak 4 temel unsur gerektirir. Bu unsurlar, kendini savunma ya da kaza gibi eylemleri şiddet olayından ayırmak için gereklidir.³ Kasten zarar verme, şiddet olayı olarak açıktır. Bazen ise anlaşılması daha güçtür ve yaşamın getirdiği sosyoekonomik veya kültürel yapıya dayanır.

“Occupational Safety and Health Administration” a göre iş yeri şiddeti; bir işçiye iş yerinde fiziksel yaralanmaya neden olabilecek fiziksel güç kullanımı, kullanma denemesi veya tehdidi olarak tanımlanmaktadır.⁴ Şiddet içeren davranışları; kötü muamele, çalışan istismarı, korkutma, psikoterör, psikolojik şiddet, uygunsuz veya istenmeyen davranış olarak sıralamak mümkündür.⁵

Şiddet, tüm toplumların ve tüm zamanların en önemli sorunlarından biridir. Her türlü istismarı kapsayan kabul edilemez davranıştır.¹ Şiddet, psikolojik veya fiziksel açıdan birçok farklı şekilde ortaya çıkmaktadır. Psikolojik şiddet, sözel şiddet, cinsel şiddet, tehdit, zorlama, ırksal taciz, “mobbing” gibi türleri kapsamaktadır.⁶

Chappell ve Di Martino, Kaliforniya eyaletinde resmî kayıtlara dahil edilmiş fail özelliklerine odaklanan bir tipoloji ile 3 tehlikeli kişi türünü tanımlamaktadır.⁷ 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 iş yeri veya mağdur tarafından hizmet verilen ve/veya almak isteyen müşteri ya da hastadır.

■ Tip III hor görülen çalışan: Fail, hâlen aktif veya eski bir çalışan olarak diğer çalışanlara zorbalık, “mobbing” veya fiziksel şiddet uygulayarak mağdur eden çalışan veya yönetici olabilir.

Çalışma koşulları, daha büyük psikolojik ve fiziksel iş talepleri, daha fazla iş yorgunluğu, iş güvensizliği, iş yeri çatışması ve kötü yönetim gibi uygulamalar, iş yerinde şiddet ve taciz olasılığını artırmaktadır.¹ Bu nedenle tüm sorunları ele alabilmek, basit çözümlerle gerçekleştirilemeyebilir. Gerçekçi çözüm için şiddete neden olan tüm durumlar analiz edilmeli, çeşitli müdahale stratejileri planlanmalı ve uygulanmalıdır.⁷ Özellikle sağlık sektöründe verilen hizmetin özelliği göz önünde bulundurulduğunda, çalışanların performansını artırıcı koşulları sağlamak, şiddete zemin hazırlayan etkenleri minimize etmek hizmet kalitesi ve çalışanların yaşam kalitesi açısından oldukça önemlidir.

Dünyada ve Türkiye’de iş yerinde şiddet konusu üzerine birçok araştırma yapılmıştır. Ancak araştırmalar genellikle sözel/fiziksel/cinsel/”mobbing” gibi şiddet türlerini, yaşanma sıklıklarını ya da yaşa/cinsiyete dayalı daha çok demografik verilerle şiddeti kapsamaktadır. Bu araştırma, sağlık sektöründe yaşanan şiddet olaylarının çalışanların iş yaşamına ve işe bağlılığına olan etkisini, saldırgan özelliklerini, şiddete neden olan etkenleri ortaya koymaktadır. Ayrıca şiddet olayları sırasında ya da sonrasında ortaya konulan kurumsal tutumları ve uygulamaları, bu tutumlara çalışanların bakış açısını tespit etmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ÖRNEKLEM

Bu araştırmada, kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Zaman ve maliyet gibi etkenler araştırma evreninin tümüne ulaşmayı imkânsız kılmaktadır. İş temposu yüksek sağlık sektöründe katılımcılara ulaşmak ve iştiraklerini sağlamak ayrı bir zorluktur. Araştırma evrenini, Tekirdağ il genelinde 10 ilçe devlet hastanesi, hizmet başkanlıkları ve Tekirdağ il ambulans servisi oluşturmaktadır. Gerekli belgelerle birlikte Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Komisyonundan bilimsel araştırma izni alınmıştır. Ayrıca Namık Kemal Üniversitesinden Bilimsel Etik Kurul (T2019-13, 13.12.2019) onayı alın-

mıştır. Bu araştırma, Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne uygun olarak hazırlanmıştır. Bu kurumlarda toplam 4.500 kamu sağlık çalışanı bulunmaktadır. Bu çalışmada, 4.500 kişilik evren için 354 örneklem hacminin yeterli olduğu belirlenmesine rağmen toplamda geçerli 682 katılımcıya ulaşılmıştır.⁸ Ulaşılan örneklem sayısının hesaplanan örneklem sayısından çok fazla olması, yapılacak olan analizlerde standart hatanın azalmasını, sonuçların daha güvenilir çıkmasını sağlayacaktır.

KULLANILAN ÖLÇÜM ARAÇLARI

Sağlık sektöründe iş yeri şiddeti, Calnan ve Gabe tarafından geliştirilen anket ile ölçülmüştür.^{9,10} İşyerinde Şiddet Ölçeği, C2 düzeyinde İngilizce bilen araştırmacı ve Türkçe dil uzmanları ile Türkçeye çevrilmiştir. Türkçeye çevrilen formdan randomize seçilen maddeler tekrar İngilizceye çevrilerek orijinali ile karşılaştırılmıştır. Dil uzmanları tarafından kontrol edilmiştir. Sağlık yönetimi uzmanları ve sağlık sektörü yöneticileri ile ölçeğin anlaşılır ve uygulanabilir olup olmadığı test edilmiştir. Uzman görüşleri ve ön uygulama sonuçları doğrultusunda ölçeğe son şekli verilmiş ve Türkçe uyarlaması yapılmıştır. Ölçek, 5'li Likert ile 1-5 arası puanlanmış olup: "Hiç katılmıyorum", "Katılmıyorum", "Kararsızım", "Katılıyorum", "Tamamen katılıyorum" şeklinde toplam puan üzerinden değerlendirilmiştir.

Araştırmadaki demografik özellikler formu, hipotezlerin farklı değişkenler açısından nasıl bir dağılım gösterdiğinin belirlenmesine yöneliktir. Katılımcılara cinsiyet, yaş, medeni durumu, eğitim durumu, meslek, işteki mevcut konumları, kadro durumları, gelir düzeyleri, sektördeki tecrübeleri, grup, son 2 yılda şiddete maruz kalma durumları ve maruz kalınan şiddet türü, maruz kalma sıklığı ve şiddet olayı sonrası iş yerinin aldığı aksiyon soruları sorulmuştur.

İSTATİSTİKSEL ANALİZLER

Araştırma hipotezlerine ilişkin analizler, IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 24 paket programı ve LISREL (Linear Structural Relationships) 8.7 paket programı ile gerçekleştirilmiştir. Ölçekte Geçerlilik, Güvenilirlik Analizi, Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA), Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA), Betimsel Analiz yapılmıştır. Araştırma hipotezleri Pearson Ki kare, Bağımsız Örneklem T-testi ve ANOVA testi ile sınanmıştır. ANOVA testinde farkın hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi için post hoc testlerinden Scheffe testi kullanılmıştır.

FAKTÖR ANALİZLERİ

Bu çalışmada, ölçekteki soruların anlaşılabilirliğini, ölçmek istenilen boyutlar için yeterliliğini, geçerliliğini, güvenilirliğini ve AFA'yı gerçekleştirmek için geçerli 128 adet anket ile pilot çalışma yapılmıştır. Ana çalışma için 761 kişiye anket uygulanmış ve toplamda 682 katılımcının anketi geçerli sayılmıştır.

Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeği'nin AFA'sında, madde-toplam korelasyon değeri 0,25'in altında bulunan 3 madde, madde ölçme gücünün zayıf olması nedeniyle ölçekten çıkarılmıştır.¹¹ Madde çıkarımı yaptıktan sonra 16 maddeden 13 maddeye düşen ölçekte, madde ilişki düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığını belirlemek için Cronbach alfa analizi kullanılmış olup, ölçeğin güvenilirlik seviyesinin yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($\alpha=0,912$).

Ölçek yapısının geçerliliğini test etmek için temel bileşenler analizi (açıklayıcı faktör analizi) ve DFA yapılmıştır. Varimax dik döndürme yöntemi tercih edilmiştir. Verilerin faktör analizine uygunluğunu belirlemek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett küresellik testleri yapılmıştır. KMO değeri 0,879 ($>0,60$) ve Bartlett küresellik testi $p<0,01$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur.¹² Bu bulgular, örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğunu, verilerin çok değişkenli normal dağılımdan elde edildiğini göstermektedir. Aşağıda tabloda, Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeği'ne ait faktör döndürme işlemi öncesi ve sonrası öz değerlerine ve açıkladıkları varyans düzeylerine yer verilmiştir.

Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeği'ne ait maddelerin kalması ya da kalmaması durumuna karar vermede faktör yük değerlerinin, 45 veya üzeri bir değer olması ölçüt kabul edilmiştir.¹³ Ayrıca maddelerin tek bir faktör altında yük değeri taşıma özelliği de dikkate alınmıştır. Tablo 1'de görüldüğü üzere Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeği'nin öz değeri 1,00'den büyük 3 faktörlü bir yapı sergilemektedir. Döndürme işlemi sonrası 1. faktör toplam varyansın

TABLO 1: Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeği'nin 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

%26,883'ünü; 2. faktör toplam varyansın %22,523'ünü, 3. faktör ise toplam varyansın %21,457'sini açıklamaktadır. Üç faktörün birlikte açıkladıkları toplam varyans ise %70,863 olup, sosyal bilimlerde açıklanan varyansın %40-60 arasında olması yeterli kabul edilmektedir.¹³ Ölçeğe ait yamaç grafiği incelendiğinde, ölçeğin 3 faktörlü yapıda incelenmesinin yeterli olacağı kanısına varılmıştır.

Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeği'nin, madde ve toplam ölçek korelasyon değerlerinin 0,596-0,853 arasında olduğu ve her madde için ilişkinin anlamlı olduğu görülmektedir ($p < 0,01$). Bu bağlamda $r > 0,30$ düzeyindeki ilişkiler, veri setinin faktör analizine uygunluğuna işaret etmektedir.

Tablo 2'de döndürme sonrası oluşan faktör yapısı ve faktör yük değerleri $> 0,45$ ve 2 faktör yük değeri arasındaki farkın en az $> 0,10$ olması dikkate alınarak değerlendirilmiştir.^{14,15} Bu kurala uymayan madde olmadığından, ölçekten madde çıkarılmasına

gerek duyulmamıştır. Faktör 1 altındaki maddelere "Şiddet ve İş Yaşamı" adı verilmiştir ve güvenilirlik analizi ($\alpha = 0,881$) sonucu yüksek düzeydedir. Faktör 2 altındaki maddelere "Şiddet Nedenleri" adı verilmiştir. Güvenilirlik analizi ($\alpha = 0,852$) sonucu yüksek düzeydedir. Faktör 3 altındaki maddelere "Saldırgan Özellikleri" adı verilmiştir. Güvenilirlik analizi ($\alpha = 0,848$) sonucu da yüksek düzeydedir. Ölçeğin AFA sonucu ortaya çıkan 3 faktörlü yapısı ve geçerliliği DFA ile test edilmiştir.

Sağlık sektöründe işyeri 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. Bu değerler, kabul edilebilir faktör yükü olarak değerlendirilebilir. Maddeler ile örtük değişkenler arasındaki ilişkilerin istatistiksel anlamlılık düzeyinin ifadesi olan t değerleri ise, $p < 0,01$ düzeyinde anlamlı olup bütün değerlerin 2,58'den

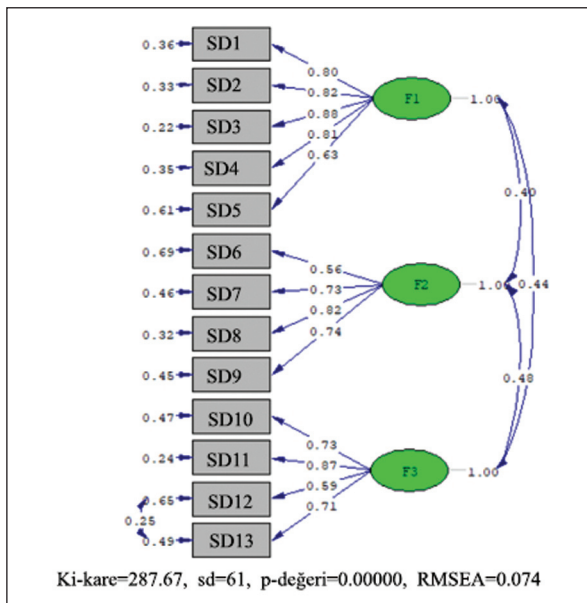
TABLO 2: Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeği'ne ait faktör yük değerleri.

Maddeler	Faktör			Güvenilirlik 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.İş yerimde 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: Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeği'ne ait DFA bulgularına ilişkin madde istatistikleri.

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; DFA: Doğrulayıcı faktör analizi.

**ŞEKİL 1:** Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeği'ne ait path diyagramı.

büyük olduğu görülmüştür (Tablo 3). Şekil 1'de DFA'ya ait path diyagramı sunulmuştur.

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 Tablo 4'de verilmiştir.

DFA sonucu elde edilen uyum indeksi değerlerinin kabul edilebilir ve mükemmel uyum indeksleri içerisinde olduğu görülmektedir.¹⁶ En önemli uyum indeksi değeri olan c^2/df değerinin 4,715 ile kabul edilebilir uyum aralığına, yaklaşık hataların ortalama karekökü değerinin 0,065 ile kabul edilebilir uyum aralığında olduğu, diğer (CFI, AGFI, GFI, NNFI, NFI, RMR ve SMSR) uyum indekslerinin de kabul edilebilir ve mükemmel uyum indeksleri içerisinde olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, açıklanan faktör yapısının doğrulandığını göstermektedir.

Araştırmaya yön veren hipotezler aşağıda yer almaktadır:

H₁: Katılımcıların sağlık sektöründe işyeri şiddeti algılarının son 2 yıl içinde şiddete maruz kalma gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.

H₂: Katılımcıların şiddet nedenleri algılarının cinsiyet gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.

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

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

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

H₆: Katılımcıların sağlık sektöründe işyeri şiddeti algılarının, maruz kalınan şiddet olayı gruplarına göre farklılıkları anlamlıdır.

TABLO 4: Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeği uyum iyiliği değerleri.

χ^2/df	p değeri	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

RMSEA: Yaklaşık hataların ortalama karekökü; CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi; GFI: İyilik Uyum İndeksi; AGFI: Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi; NNFI: Normlaştırılmamış Uyum İndeksi; NFI: Normlaştırılmış Uyum İndeksi; RMR: Kök ortalama kare artık; SRMR: Standartlaştırılmış Hata Kareler Ortalamasının Karekökü.

BULGULAR

Altı yüz seksen iki sağlık çalışanı ile gerçekleştirilen araştırmada %61,3'ünün kadın, %38,7'sinin erkek olduğu; %27,1'inin 20-30 yaş, %28,9'unun 31-40 yaş, %24,2'sinin 41-50 yaş, %19,8'inin 51 veya üzeri yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanları arasında kadınların yoğunlukta olduğu düşünüldüğünde, katılımcılar homojen bir yapıda dağılım göstermektedir. Katılımcıların %12,5'i doktor, %33,4'ü hemşire, %5,1'i ebe, %2,6'sı eczacı, %26,1'i diğer sağlık personeli, %20,2'si ise diğer personeldir. İşteki mevcut konumları, %3,4'ünün yönetici, %7,8'inin birim amiri, %88,9'unun diğer olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %73,9'u kadrolu, %19,5'i sözleşmeli, %6,6'sı diğer personel olarak görev yapmaktadır ve %7,5'i 1 yıldan az, %22,4'ü 1-5 yıl, %21,7'si 6-10 yıl, %15,8'i 11-15 yıl, %13,6'sı 16-20 yıl, %18,9'u 21 yıl ve üzeri çalışma yılına sahiptir. Katılımcıların %7,0'ı ameliyathanede, %14,5'i acilde, %5,9'u yoğun bakımda, %17,2'si yataklı serviste, %17,2'si idari birimde, %38,3'ü diğer birimlerde çalışmaktadır. Katılımcıların eğitim düzeyi %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; gelir durumları, %46,2'sinin 2.001-4.000 TL, %40,6'sının 4.001-6.000 TL, %13,2'sinin 6.001 TL ve üzeridir.

Sağlık sektöründe çalışan katılımcıların son 2 yıl içinde %58,5'inin şiddete maruz kaldığı, bu oranın %74,4'ünün sözel şiddet, %9,0'ının fiziksel şiddet, %3,8'inin cinsel şiddet, %12,8'inin "mobbing" olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamındaki meslek grupları ile son 2 yıl içerisinde şiddete maruz kalma durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi için ki-kare analizi yapılmıştır ($\chi^2=37,623$; $Sd=5$; $p=0,001$). Buna göre son 2 yıl içerisinde doktorların %71,8'inin, hemşirelerin %64'ünün, ebelerin %68,6'sının, eczacıların %11,1'inin, diğer sağlık personelinin %58,4'ünün, diğer katılımcıların %44,9'unun son şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir. Şiddet olaylarının %21,7'sinin hasta, %62,7'sinin hasta yakını, %15,6'sının personel veya yönetim tarafından gerçekleştirildiği ve saldırganların cinsiyetlerinin %33,0'ünün kadın, %67,0'sinin erkek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların şiddet olaylarına maruz kalma sıklıkları; 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; "mobbing"e maruz kalma sıklığının %46,8'inin 1-2 kez, %28,1'inin 3-4 kez, %25,2'sinin 5 kez veya üzeri olduğu belirlenmiştir.

İş yerinde şiddet olayı ortaya çıktıktan sonra kurumda yapılan işlemleri; katılımcıların %55,9'u "Davranış gayriresmî olarak tartışılır ancak rapor edilmez", %53,3'ü "İş yeri uygulama olayı dosyalarında resmî rapor hazırlanır", %39,7'si "Hastanın dosyasına bir giriş yapılır", %80,1'inin "Beyaz kod uygulaması devreye alınır", %69,9'u "Sağlık otoritesine resmî bildirim yapılmıştır" şeklinde ifade etmiştir.

Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Ölçeği'nin genel ortalaması ($\bar{X}=2,81$), şiddet ve iş yaşamı alt boyut ortalaması ($\bar{X}=2,91$), şiddet nedenleri alt boyut ortalaması ($\bar{X}=2,38$), saldırgan özellikleri alt boyut ortalaması ($\bar{X}=3,11$) olarak belirlenmiştir.

ARAŞTIRMA HİPOTEZ BULGULARI

H₁: Yapılan t-testi sonucuna göre katılımcıların şiddet ve iş yaşamı algılarının şiddete 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 kalan katılımcıların şiddet ve iş yaşamı algıları ($\bar{X}=3,10$), maruz kalmayanlara ($\bar{X}=2,66$) göre daha fazladır. Son 2 yıl içinde şiddete maruz kalanların saldırgan özellikleri algıları ($\bar{X}=3,27$), maruz kalmayanlara ($\bar{X}=2,89$) göre daha fazladır ($t=4,595$; $p=0,000$; $p<0,01$). Son 2 yıl içinde şiddete maruz kalanların genel olarak iş yeri şiddeti algıları ($\bar{X}=2,93$), maruz kalmayanlara ($\bar{X}=2,64$) göre daha fazladır ($t=4,866$; $p=0,000$; $p<0,01$).

H₂: Yapılan t-testi sonucuna göre katılımcıların şiddet nedenleri algılarının cinsiyet gruplarına göre farkı, istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=-2,853$; $p=0,004$; $p<0,01$). Erkek katılımcıların şiddet nedenleri algıları ($\bar{X}=2,51$), kadınlara ($\bar{X}=2,31$) göre daha fazladır ($t=-2,853$; $p=0,004$; $p<0,01$).

H₃: Yapılan ANOVA testi sonucu istatistiksel olarak anlamlıdır (F=2,586, p=0,026; p<0,05). Katılımcılardan eğitim durumu yüksekokul olanların şiddet ve iş yaşamı algıları (\bar{X} =2,73), eğitim durumu üniversite (\bar{X} =3,03) ve yüksek lisans (\bar{X} =3,13) olanlara göre daha düşüktür. Şiddet nedenleri algıları, eğitim durumu yüksek lisans (\bar{X} =2,09) olanların 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 (F=2,655, p=0,022; p<0,05).

H₄: Yapılan ANOVA testi sonucu istatistiksel olarak anlamlıdır (F=4,796, p=0,000; p<0,01). Katılımcılardan mesleği diğer olanların şiddet ve iş yaşamı algıları (\bar{X} =2,66), mesleği hemşire (\bar{X} =3,13) ve ebe (\bar{X} =3,23) olanlara göre daha düşüktür. Şiddet nedenleri algıları, mesleği diğer sağlık personeli (\bar{X} =2,54) olanların, mesleği doktor (\bar{X} =2,05) ve hemşire (\bar{X} =2,35) olanlara göre daha yüksektir (F=4,055, p=0,001; p<0,01). Saldırgan özellikleri algıları, mesleği eczacı (\bar{X} =2,56) olanların mesleği hemşire (\bar{X} =3,26), ebe (\bar{X} =3,30) ve diğer sağlık personeli (\bar{X} =3,10) olanlara göre daha düşüktür (F=2,822, p=0,015; p<0,05). Sağlık çalışanlarında genel olarak iş yeri şiddeti algısı, mesleği eczacı (\bar{X} =2,52) hemşire (\bar{X} =2,93) ve ebe (\bar{X} =2,96) olanların daha düşük olduğu belirlenmiştir (F=3,139, p=0,008; p<0,01).

H₅: Yapılan ANOVA testi sonucu istatistiksel olarak anlamlıdır (F=6,249, p=0,000; p<0,01). Acil biriminde çalışanların şiddet ve iş yaşamı algıları (\bar{X} =3,28), ameliyathane (\bar{X} =2,64), idari (\bar{X} =2,68) ve diğer birimlerde (\bar{X} =2,81) çalışanlara göre daha yüksektir. Saldırgan özellikleri algıları, acil biriminde çalışanların (\bar{X} =3,50) ameliyathane (\bar{X} =2,82), yataklı servis (\bar{X} =3,20), idari (\bar{X} =3,01) ve diğer birimlerde (\bar{X} =2,95) çalışanlara göre daha yüksektir (F=6,620, p=0,000; p<0,01). Sağlık çalışanlarının genel olarak iş yeri şiddeti algıları, acil biriminde (\bar{X} =3,09) çalışanların ameliyathane (\bar{X} =2,58), idari (\bar{X} =2,74) ve diğer birimlerde (\bar{X} =2,72) çalışanlara göre daha yüksektir (F=4,957, p=0,000; p<0,01).

H₆: Yapılan ANOVA testi sonucu istatistiksel olarak anlamlıdır (F=6,710, p=0,000; p<0,01). Katılımcıların şiddet ve iş yaşamı algıları, maruz kalınan şiddet olayı cinsel şiddet (\bar{X} =3,92) olanların sözel şiddet (\bar{X} =3,14), fiziksel şiddet (\bar{X} =2,55) ve “mob-

bing” (\bar{X} =2,98) olanlara göre daha yüksektir. Saldırgan özellikleri algıları ise maruz kalınan şiddet olayı sözel şiddet (\bar{X} =3,37) olanların fiziksel şiddet (\bar{X} =2,95) ve “mobbing” (\bar{X} =2,89) olanlara göre daha yüksektir (F=4,347, p=0,005; p<0,01). Genel olarak iş yeri şiddeti algıları, maruz kalınan şiddet olayı sözel şiddet (\bar{X} =2,99) olanların, fiziksel şiddet (\bar{X} =2,62) ve “mobbing” (\bar{X} =2,76) olanlara göre daha yüksektir; maruz kalınan şiddet olayı fiziksel şiddet (\bar{X} =2,62) olanların, cinsel şiddet (\bar{X} =3,27) olanlara göre daha düşüktür (F=4,978, p=0,002; p<0,01).

TARTIŞMA

Şiddet, son yıllarda gündemden düşmeyen, yaşamın her boyutunu etkileyen önemli bir konudur. Özellikle günümüz rekabetçi piyasa koşullarında iş yerinde şiddet olaylarına sık sık rastlanmaktadır. Bu durum, çalışanların işe bağlılığını, motivasyonunu ve özellikle performansını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu araştırma, şiddet olaylarının sağlık çalışanlarını ve iş yaşamlarını nasıl etkilediğini, saldırganların özelliklerini, yaşanan şiddet türlerini, şiddet nedenlerini, maruz kalan kesim ve yaşanma sıklıklarını, şiddet olayı sonrasında yapılan kurumsal eylemleri ortaya koymaktadır.

Araştırma sonuçlarına göre son 2 yıl içinde katılımcıların %58,5’inin şiddete maruz kaldığı; bu oranın %74,4’ünün sözel şiddet, %9,0’ının fiziksel şiddet, %3,8’inin cinsel şiddet, %12,8’inin “mobbing” olduğu belirlenmiştir. Meslek gruplarına göre ise doktorların %71,8’inin, hemşirelerin %64’ünün, ebelerin %68,6’sının, eczacıların %11,1’inin, diğer sağlık personelinin %58,4’ünün, diğer katılımcıların %44,9’unun şiddete maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Mantzouranis ve ark., Yunanistan’da sağlık çalışanlarının %83,4’ünün işle ilgili şiddet yaşadığını, sözel şiddetin, en sık görülen olay (%98,6) olduğunu tespit etmiştir.¹⁷ Lin ve ark., Çin’de sağlık çalışanlarının son 12 ayda %51,64’ünün iş yerinde 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.¹⁸ Terzoni ve ark., İtalya’da son 12 ayda sağlık çalışanlarının %11,5’inin fiziksel şiddet gördüğünü ve %40,2’sinin sözlü şiddete maruz kaldığını tespit etmiştir.¹⁹ Aytaç ve ark., Türkiye’de

sağlık çalışanlarının %57'sinin bir önceki yıl en az bir kez fiziksel, sözlü veya cinsel tacizle karşı karşıya kaldığını; Sun ve ark., Çin'de sağlık çalışanlarının %83,3'ünün iş yerinde şiddete maruz kaldığını ve %68,9'unun fiziksel olmayan şiddet olduğunu, doktorların, diğer hastane çalışanlarına kıyasla yüksek oranda fiziksel olmayan iş yeri şiddetine maruz kaldığını tespit etmiştir.^{20,21} Cheung ve ark., Çin'de hemşire ve doktorların %57,2'sinin 1 yıl içerisinde iş yerinde şiddete maruz kaldığını; en yaygın sözlü taciz (%53,4) olup, fiziksel saldırı (%16,1), zorbalık/taciz (%14,2), cinsel taciz (%4,6) ve ırk tacizinin (%2,6) takip ettiğini tespit etmiştir.²² Pınar ve ark.na göre Türkiye'de 22 sağlık yönetimi bölgesinde son 12 ayda, iş yerinde şiddete maruz kalan sağlık çalışanları oranı %44,7'dir.²³ Bu oranın %6,8 fiziksel, %43,2 sözlü, %2,4 "mobbing" (zorbalık) ve %1 cinsel tacizdir. Devedbakan, sağlık çalışanlarının %86,9'unun sözel şiddete, %13,1'inin fiziksel şiddete, %57,5'i tehdide, %71,3'ü kötü söze (küfür) maruz kaldığını; Emiroğlu ve ark., Türkiye'de doktorların daha fazla şiddet yaşadığını (%62), en sık sözel şiddete maruz kaldığını (%48) tespit etmiştir.^{24,25} Tian ve ark., Çin'de sağlık çalışanlarının %56,4'ünün geçen yıl en az bir tür iş yeri şiddetine maruz 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.²⁶ Diğer araştırma sonuçlarında da görüldüğü üzere doktorlar meslek grupları içerisinde en fazla, diğer sağlık çalışanları ise azımsanmayacak derecede şiddete maruz kalmaktadır. Şiddet olayları arasında en fazla sözel şiddete maruz kalınmaktadır. Psikolojik şiddet, sağlık çalışanlarını en fazla tehdit eden unsur olarak tespit edilmiştir. Katılımcılar, iş yerinde şiddet konusunda ortalamanın üzerinde endişeli olduklarını ifade etmiştir. Bu durum, yönetsel açıdan iş güvenliği konusuna daha fazla hassasiyet gösterilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Araştırma sonucuna göre şiddet olayları, %21,7 hasta, %62,7 hasta yakını, %15,6 personel veya yönetim tarafından gerçekleştirilmiştir. Cheung ve ark., şiddet vakalarının çoğunun hasta veya yakınları, meslektaşları ve süpervizörler tarafından gerçekleştirildiğini tespit etmiştir.²² Pınar ve ark.na göre ise en fazla hasta yakınları, hastalar, meslektaşlar, yönetici-

ler ve genel halk tarafından yaşatıldığını bildirmişlerdir.²³ Emiroğlu ve ark., şiddetin çoğunlukla hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiğini bildirmiştir.²⁵ Bu sonuçlara göre şiddet en fazla hasta yakınları ve hastalar tarafından gerçekleştirilmekte olup, diğer araştırma sonuçları ile desteklenmektedir.

İş yerinde meydana gelen şiddet nedenleri arasında; tedavide uzun bekleme süreleri, kişinin aldığı hizmetle ilgili hayal kırıklığı, hastanın bilgilendirme yetersizliği sayılmaktadır. Demiroğlu ve ark. şiddet nedenlerini; şiddet olayına ceza verilmemesi, sağlık politikaları, hasta ve hasta yakınlarının ihmal edildikleri hissi, yanlış medya haberleri, güven eksikliği olarak saptamıştır.²⁷ Devedbakan, şiddet nedenleri arasında bekleme süresinin daha fazla sözlü şiddete, yasal olmayan hasta taleplerinin ise daha fazla fiziksel şiddete neden olduğunu tespit etmiştir.²⁴ Cai ve ark. ise bir hastanın ölümünden sonra tıbbi uygulama hatası olarak algılanması, hastanın ölümü, hastanın ölümünden sonra tazminat görüşmelerinin başarısız olması ve tedavi sonuçlarından memnuniyetsizlik olarak tespit etmiştir.²⁸ Emiroğlu ve ark., şiddet nedenlerini hasta kaybı, bilgi eksikliği, uzun bekleme süreleri, hizmet alamama, haksız davranışlar ve tartışmalar olarak saptamıştır.²⁵ Belirsizlik duyguları içerisinde yaşanan uzun bekleme süreleri, hasta ve yakınlarının tahammüllerini zorlayan en önemli unsur olarak ortaya çıkmaktadır. 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 yaşanan olumsuz tutumlara karşı tepkiler, çok daha ağır olmaktadır.

Araştırma hipotez sonuçlarına göre son 2 yıl içinde şiddete maruz kalan katılımcıların şiddet ve iş yaşamı algıları, genel iş yeri şiddeti algıları ve saldırgan özellikleri algıları, maruz kalmayanlara göre daha fazladır. Bu durum, özellikli hizmet verilen sağlık sektöründe yaşanan şiddetin çalışanları fazlasıyla etkilediğinin göstergesidir. Meslek gruplarına göre iş yeri şiddeti algıları değerlendirildiğinde, mesleği diğer olan grup, idari birimlerde görev alan, tanı ve

tedavi sürecinde aktif bulunmayan, bu nedenle en az şiddete maruz kalan kesimdir. Mesleği diğer sağlık personelinin şiddet ve iş yaşamı algıları ise doktor ve hemşirelere oranla daha yüksektir. Diğer sağlık personeli genel olarak laboratuvar, radyoloji, acil servis ya da 112 hizmetlerinde çalışan, hastayla ilk olarak karşı karşıya kalan kesimdir. Bu durum, şiddete daha fazla maruz kalmalarını ve iş yaşamlarının olumsuz etkilemesini tetiklemektedir. Çalışanların saldırgan özellikleri algısı; mesleği eczacı olanların hemşire, ebe ve diğer sağlık personeline göre daha düşüktür. Eczacılar, hasta ve yakınlarıyla birebir temasta bulunmadığı için şiddeti ve etkilerini en az yaşamaktadır.

Sağlık sektöründe çalışılan birim gruplarına göre şiddet ve iş yaşamı algısı ile sağlık sektöründe genel iş yeri şiddeti 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 birimler olanlara göre daha yüksektir. Coşkun ve Karahan, Türkiye’de acil servislerde çalışanların %90,4’ünün sözel şiddete, %23,2’sinin fiziksel şiddete maruz kaldığını bildirmiştir.²⁹ Genel olarak acil biriminde çalışanlar, kötü muameleye karşı daha savunmasızdır ve şiddet olaylarına daha fazla maruz kalmaktadır. Bu nedenle iş güvenliği konusunda acil birim öncelikli ve özellikli bir birim olmalı, güvenlik tedbirleri açısından yeterli önlem alınmasına özen gösterilmelidir.

Katılımcıların 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 algısı ise sözel şiddete maruz kalanların, fiziksel şiddet ve “mobbing”e göre daha yüksektir. Katılımcıların genel olarak iş yeri şiddeti algısı, sözel şiddete maruz kalanların fiziksel şiddet ve “mobbing”e maruz kalanlara oranla daha yüksektir. Maruz kalınan şiddet olayı fiziksel şiddet olanların ise cinsel şiddet olanlara göre daha düşüktür. Cinsel şiddet, iş yaşamını en kötü etkileyen şiddet türüdür. Sözel şiddet ise çalışanların en fazla maruz kaldığı şiddet türü olarak iş yaşamını cinsel şiddetten sonra en fazla olumsuz etkilemektedir.

Katılımcılar, iş yerinde şiddet olayı sonrası kurumda yapılan işlemleri; davranış gayriresmî olarak tartışılır, ancak rapor edilmez, iş yeri uygulama olayı dosyalarında resmî rapor hazırlanır, hastanın dosyasına bir giriş yapılır, beyaz kod uygulaması devreye alınır, sağlık otoritesine resmî bildirim yapılmıştır şeklinde ifade etmiştir. Alzahrani ve ark., şiddet olaylarının rapor edilmemesinin nedenlerini, karşılığında hiçbir şey yapılmaması, ceza eksikliği, personel sayısındaki kıtlık, güvenlik eksikliği olarak ortaya koymuştur.³⁰ Mantzouranis ve ark., katılımcı sağlık çalışanların yarısının olayı hastane yönetimine bildirmediğini tespit etmiştir.¹⁷ Türkiye’de sağlık çalışanlarına karşı şiddet olaylarının kayıt altına alınması ve çalışanlar açısından daha güvenli bir iş ortamı sağlanması amacıyla beyaz kod uygulaması kullanılmaktadır. Burada esas olan başvuruların ciddiye alınarak değerlendirilmesi, gerekli ve yeterli cezai yaptırımların hayata geçirilmesidir. Ancak katılımcılar, şiddet olayı sonrası beyaz kod uygulamasının devreye alındığını ifade etse de katılımcıların yarısından fazlası davranış gayriresmî olarak tartışılır ancak rapor edilmez şeklinde düşüncesini belirtmiştir. Bu sonuçlar, şiddeti önlemeye yönelik cezai yaptırımların yetersizliğini vurgulamaktadır.

SONUÇ

Literatürde genel olarak iş yeri şiddeti türleri, yaşanma sıklıkları, kimler tarafından şiddete maruz kaldığı ve şiddet nedenleri ile ilgili araştırmalar mevcut olup, bu araştırmada ayrıca şiddete maruz kalan kesim ve çalışılan birim bazında şiddetin iş yaşamı üzerine etkisi, saldırgan özellikleri ve detaylı şiddet nedenleri ortaya konulmaya çalışılmıştır. Bu açıdan öncü bir araştırmadır. Araştırmada kullanılan kapsamlı ölçeğin Türkçe uyarlaması ile literatüre katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

Özellikli hizmet veren sağlık sektöründe çalışma koşulları, iş yerinde şiddet ve taciz olasılığını artırabilmektedir. Yaşanılan şiddet olayları, çalışanların işe bağlılığını, motivasyonunu ve işi ele alış biçimlerini olumsuz etkilemektedir. Bu araştırma ile ayrıca tanımlanan saldırgan özellikleri ve şiddet nedenleri ise hastanelerde şiddet risk faktörlerinin tanımlanmasına önemli katkı sağlayacaktır. Tüm sorunlar için tek ve homojen bir çözüm yoktur. İş yerinde şiddete katkıda bulunan faktörlerin çeşitliliğinin ve karmaşıklığının

tanımlanması, etkili şiddet karşıtı kontrol programlarının tasarımı 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. Kurumsal politikalar açısından iş performansını düşürmemek ve şiddeti tırmandırmamak adına, yönetsel kararlar adil bir şekilde işletilmeli, çalışanlara gerekli destek ve güvenli bir iş ortamı sağlanmalıdır. Bilhassa koronavirüs hastalığı-2019 gibi salgın hastalık sürecinde olduğumuz şu günlerde, özel ve sosyal yaşamını bir kenara bırakıp özveriyle çalışan sağlık çalışanlarına, fedakârlıklarının bilincinde ve takdir edildiği hissi ile davranışlar sergilenmelidir.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Bu çalışma hazırlanırken tüm yazarlar eşit katkı sağlamıştır.

KAYNAKLAR

1. Eurofound. Violence and Harassment in European Workplaces: Extent, Impacts and Policies. Dublin; 2015. [Link]
2. World Health Organization. World Report On Violence and Health: Summary. Geneva; 2002. [Link]
3. Hamby S. On defining violence, and why it matters. *Psychology of Violence*. 2017;7(2): 167-80. [Crossref]
4. OSHA. Guidelines For Preventing Workplace Violence For Healthcare and Social Service Workers; 2016. [Link]
5. Milczarek M, Schneider E, González E. European Agency For Safety and Health At Work European Risk Observatory Report. Brussels: Violence and Harassment At Work: Risk Observatory Report; 2009. Erişim tarihi: 08.06. 2019. [Link]
6. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Workplace Violence and Harassment: A European Picture. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010. [Link]
7. Chappell D, Di Martino V. Violence At Work. 3rd ed. Geneva: International Labour Organization; 2006. [Link]
8. Yaşlıoğlu MM. Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması [Factor analysis and validity in social sciences: application of exploratory and confirmatory factor analyses]. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*. 2017;46:74-85. [Link]
9. Calnan M, Gabe J. From consumerism to partnership? Britain's National Health Service at the Turn of the Century. *International Journal of Health Services*. 2001;31(1):119-31. [Crossref] [PubMed]
10. Brown P, Elston MA, Gabe J. From patient deference towards negotiated and precarious informality: An Eliasian analysis of English general practitioners' understandings of changing patient relations. *Soc Sci Med*. 2015; 146:164-72. [Crossref] [PubMed]
11. Lorcu F. Örneklerle Veri Analizi: SPSS Uygulamalı. 1. Baskı. Ankara: Detay Yayıncılık; 2015.
12. Büyüköztürk Ş. Faktör analizi: temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı [Factor analysis: basic concepts and using to development scale]. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*. 2002;32(32):470-83. [Link]
13. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı: İstatistik, Araştırma Deseni SPSS Uygulamaları ve Yorum. 9. Baskı. Ankara: Pegem Yayınları; 2009.
14. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve Lisrel Uygulamaları. 4. Baskı. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2016.
15. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı-İstatistik, Araştırma Deseni SPSS Uygulamaları ve Yorum. 15. Baskı. Ankara: Pegem Akademi; 2011.
16. Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H. Evaluating the fit of structural equation models: test of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*. 2003;8(2):23-74. [Link]
17. Mantzouranis G, Fafiora E, Bampalis VG, Christopoulou I. Assessment and analysis of workplace violence in a Greek Tertiary Hospital. *Arch Environ Occup Health*. 2015; 70(5):256-64. [Crossref] [PubMed]
18. Lin WQ, Wu J, Yuan LX, Zhang SC, Jing MJ, Zhang HS, et al. Workplace violence and job performance among community healthcare workers in China: the mediator role of quality of life. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(11):14872-86. [Crossref] [PubMed] [PMC]
19. Terzoni S, Ferrara P, Cornelli R, Ricci C, Oggioni C, Destrebecq A. Violence and unsafety in a major Italian hospital: experience and perceptions of health care workers. *Med Lav*. 2015;106(6):403-11. [PubMed]
20. Aytaç S, Dursun S, Akalp G. Workplace violence and effects on turnover intention and job commitment: a pilot study among healthcare workers in Turkey. *European Scientific Journal, ESJ*. 2016;12(10):458-65. [Link]
21. Sun P, Zhang X, Sun Y, Ma H, Jiao M, Xing K, et al. Workplace violence against health care workers in north Chinese hospitals: a cross-sectional survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(1):96. [Crossref] [PubMed] [PMC]
22. Cheung T, Lee PH, Yip PSF. Workplace violence toward physicians and nurses: prevalence and correlates in Macau. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(8):879. [Crossref] [PubMed] [PMC]

23. Pınar T, Açıkkel C, Pınar G, Karabulut E, Saygun M, Bariskin E, et al. Workplace violence in the health sector in Turkey: a national study. *Journal of Interpersonal Violence*. 2017;32(15): 2345-65. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
24. Deveci N. Sağlık kurumlarında işyeri şiddeti ve Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinde beyaz kod başvurularının değerlendirilmesi [Workplace violence in health care organizations and evaluation of "code white" application in Dokuz Eylül University Application and Research Hospital]. *Suleyman Demirel University Journal of Faculty of Economics & Administrative Sciences*. 2018;23(2):383-99. [[Link](#)]
25. Emiroğlu ON, Çopur EÖ, Alıcı NK. 2012-2016 Yılları Arasında Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olaylarının Analizi: Basına Yansıdı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;9(2):82-9. [[Crossref](#)]
26. Tian Y, Yue Y, Wang J, Luo T, Li Y, Zhou J. Workplace violence against hospital healthcare workers in China: a national WeChat-based survey. *BMC Public Health*. 2020;20(1): 582. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
27. Demiroğlu T, Kılınç E, Atay E. Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet: Kilis ili örneği [Violence towards health professionals: the case of Kilis city]. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015;24(1):49-55. [[Link](#)]
28. Cai R, Tang J, Deng C, Lv G, Xu X, Sylvia S, et al. Violence against health care workers in China, 2013-2016: evidence from the national judgment documents. *Hum Resour Health*. 2019;17(1):103. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
29. Coşkun S, Karahan S. Acil servis çalışanlarında şiddete maruz kalma durumunun incelenmesi [An analysis of emergency department workers' exposure to violence]. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;10(3): 493-9. [[Link](#)]
30. Alzahrani TY, Almutairi AH, Alamri DA, Alamri MA, Alalawi YS. Violence and aggression toward health care professionals in emergency departments in Tabuk, Saudi Arabia. *European Journal of Pharmaceutical and Medical Research*, 2016;3(1):5-11. [[Link](#)]