T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Aysu ZEKİOĞLU

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET OLAYLARININ HEMŞİRELERİN MESLEKİ BAĞLILIĞI ÜZERİNE ETKİSİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Medine ACAR

Referans No: 10306945

EDİRNE-2022

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Aysu ZEKİOĞLU

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET OLAYLARININ HEMŞİRELERİN MESLEKİ BAĞLILIĞI ÜZERİNE ETKİSİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Medine ACAR

Destekleyen Kurum: Trakya Üniversitesi

Tez No:

EDİRNE-2022

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 3

ŞİDDET KAVRAMI VE TANIMI 3

ŞİDDETİN SINIFLANDIRILMASI 4

ŞİDDETE NEDEN OLAN ETMENLER 7

İŞYERİNDE ŞİDDET 9

SAĞLIK KURUMLARINDA ŞİDDET 10

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDETİN ÖNLENMESİNDE YASAL MEVZUAT 13

MESLEKİ BAĞLILIK İLE İLGİLİ KAVRAMLAR 19

MESLEKİ BAĞLILIĞI ETKİLEYEN ETMENLER 20

MESLEKİ BAĞLILIK BOYUTLARI 20

GEREÇ VE YÖNTEMLER 23

BULGULAR 27

TARTIŞMA 41

SONUÇ VE ÖNERİLER 47

ÖZET 52

SUMMARY 54

KAYNAKLAR 57

TABLOLAR LİSTESİ 65

ÖZGEÇMİŞ 67

EKLER

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimde ve tezimi yazmamda her zaman bana destek olan annem Emeti ACAR ve babam Mehmet ACAR' a çok teşekkür ederim.

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ANA: Amerika Hemşireler Derneği

ATO: Ankara Tabip Odası

CDC: Centers For Disease Control and Prevention

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EPC: Emergency Primary Health Care

ICN: Uluslararası Hemşireler Birliği

ILO: International Labour Office

NIOSH: National Institute for Occupational Safety and Health

PSI: Public Services International

SABİM: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi

GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlık tarihi boyunca hayatın bir parçası olan şiddet bireyin kendisine (psikolojik) veya başkasına karşı bireyleri olumsuz etkileyen davranışlar olarak tanımlanır. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) şiddeti *"kendine, bir insana veya gruba karşı, kişide yaralanma ihtimalini arttıran, ölüm, psikolojik zarar, yetersiz gelişim veya yoksunluk sonucunu fiziksel güç ve kuvvetin bilinçli kullanılması"* olarak tanımlamıştır (1).

İş yerinde şiddet tüm dünyada çalışanlar için önemli bir sorun kaynağıdır. Kime yönelirse yönelsin ve ne ile sonuçlanırsa sonuçlansın şiddetin halk sağlığı sorunu olduğu açıktır (2). Sağlık kurumları iş yeri şiddetine maruz kalma açısından yüksek riskli iş yerleri arasında yer almaktadır. Sağlık kurumlarında çalışan personelin diğer iş yerlerine göre şiddete maruz kalma yönünden 16 kat fazla risk altında olduğu belirlenmiştir (3). Sağlık kurumlarında yaşanan şiddet olaylarından yalnızca fiziksel şiddet olayları dikkati çekmekte olup psikolojik ve sözel şiddet gerekli ilgiyi görmemektedir. Bu nedenle sağlık kurumlarındaki şiddet olayları az oranda bilinmektedir (4).

Şiddetin kurbanları arasında en önde gelen meslek gruplarından olan sağlık çalışanları aynı zamanda şiddete karşı insanlara yardım etmek konusunda eşsiz bir yere sahiptirler (1). Bu üstünlükleri nedeniyle öncelikle kendilerine yönelme potansiyeli taşıyan şiddetin nedenleri ve önleme yolları konularında sağlık çalışanlarının görüşleri önem taşımaktadır.

Mesleki bağlılık; bireyin mesleğin etkinliğinde aktif bir şekilde rol alarak mesleğini devam ettirme davranışıdır. Bir kişinin kişisel inançları ile mesleğin hedefleri arasındaki uyum, meslek adına daha fazla bireysel çaba göstermesi mesleki bağlılığı ifade etmektedir. (5). Mesleki bağlılık seviyesi hem örgütsel gelişmede hem de bireyin mesleki gelişiminde etkilidir (6).

Donanımlı hemşire eksikliği dünya çapında devam eden bir sorundur (7). Hemşireler sağlık işgücünün büyük çoğunluğunu temsil ettiği için hemşirelerin yetersiz donanımı ve eksikliğinin sağlık hizmet kalitesini olumsuz etkileyeceği aşikardır (8).

Bu çalışmanın amacı sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin hemşirelerin mesleki bağlılığı üzerine etkisini araştırmaktır. Çalışma Edirne ili Trakya Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezinde görev yapan 332 gönüllü katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma ile sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin hemşirelerin mesleklerine olan duygusal, devam ve normatif bağlılıkları üzerine etkisi araştırılıp, şiddeti önlemek için bilimsel önerilerde bulunulması amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

ŞİDDET KAVRAMI VE TANIMI

Şiddet; "zorbalık ve baskı yaparak mağdurun veya mağdurların malına zarar verme, yakma, yaralama, öldürme, dayak, rehin alma, tecavüz, ötekileştirme, hakaret etme, duygusal baskı altına alma gibi her türlü negatif eylemleri içeren, kişiye maddi ve manevi zarar veren bireysel veya grup eylemlerinin bütünü" şeklinde tanımlanmaktadır (9).

DSÖ şiddeti; *"kendine, bir insana veya gruba karşı, kişide yaralanma ihtimalini arttıran, ölüm, psikolojik zarar, yetersiz gelişim veya yoksunluk sonucunu fiziksel güç ve kuvvetin bilinçli kullanılması"* olarak tanımlamıştır. Tanım kişilerarası şiddete ek olarak silahlı çatışmayı ve intihar davranışını da şiddet olarak tanımlamaktadır. DSÖ şiddetin fiziksel ve psikolojik sonuçlarına ek olarak bireylerin yetersiz gelişimlerini ve kötü yaşam koşullarını da eklemiştir (1).

Türk Hukuk Bilimi şiddeti 6284 sayılı "Ailenin Korunması Ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun" ikinci madde d bendinde "*Kişinin, fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik açıdan zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel hareketleri, buna yönelik tehdit ve baskıyı ya da özgürlüğün keyfî engellenmesini de içeren, toplumsal, kamusal veya özel alanda meydana gelen fiziksel, cinsel, psikolojik, sözlü veya ekonomik her türlü tutum ve davranış"* olarak açıklamıştır (10).

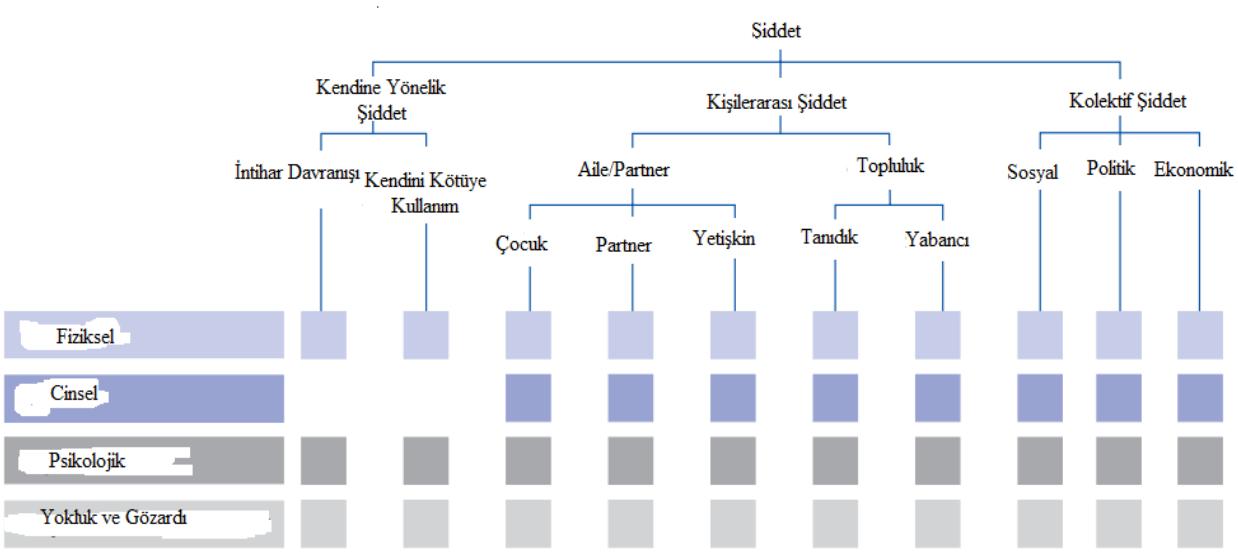
Genel anlamda şiddet; insanların bedensel bütünlüğüne karşı dışarıdan yöneltilen, sert ve acı verici bir eylemin olmasıdır. Şiddet unsuru içerisinde insanın malına, canına, sağlığına, bedensel bütünlüğüne ve birey özgürlüğüne karşı bir tehdit oluşturması söz konusudur. (11).

ŞİDDETİN SINIFLANDIRILMASI

Şiddet çok yönlü olgu olmasından dolayı farklı disiplinlerden birçok araştırmacı tarafından farklı biçimde sınıflandırılarak incelenmiştir (12).

DSÖ şiddet sınıflandırması Tablo 1`de verilmiştir.

Tablo 1. DSÖ şiddet sınıflandırması (1)



DSÖ şiddet tipolojisine göre şiddet; bireyin kendisine, kişilerarası ve kolektif şiddet olarak 3 gruba ayrılmaktadır (1).

a. Bireyin kendisine yönelttiği şiddet: İntihar davranışı, fiziksel, psikolojik, yoksunluk (alkol ve madde bağımlılığı) ve ihmalkar davranışlarıdır.

b. Kişilerarası şiddet: aile ve topluluk şiddeti olarak iki gruba ayrılmaktadır. Aile şiddeti içerisine ebeveynler, çocuk ve yaşlılar arasında olan fiziksel, cinsel, psikolojik, yoksunluk ve görmezden gelme/ihmalkar davranışlar (duygusal istismar, kişiyi kullanmak gibi.) girmektedir. Partner şiddeti içerisine ise flört şiddeti, çocuk istismarı, kardeş şiddeti, yaşlı şiddeti ve kadına yönelik şiddet örnek verilebilir.

Kişilerarası şiddetin ikinci grubunda olan topluluk şiddeti ise; yetersiz kurum politikaları, yoksulluk, yüksek işsizlik, yüksek göç oranları, yüksek suç oranları, yolsuzluk, uyuşturucu ticareti gibi risk faktörleri sonucu tanıdık veya yabancı kişiler arasında oluşan şiddet türleri gruptadır. Bu gruba örnek en basit anlamda mülteci şiddeti, taciz ve tecavüz saldırılardır.

c. Kolektif şiddet; sosyal, politik ve ekonomik şiddet olmak üzere 3 grupta ele alınmaktadır. Toplumdaki hızlı değişme, cinsiyet eşitsizliği, eşitsizliği arttıran politikalar, yetersiz kanunlar, silahlara erişim kolaylığı, gelir eşitsizliği, yetersiz sosyal güvenlik ağı, şiddeti destekleyen kültürel normlar sonucu toplumda meydana gelen LGBT şiddeti, terör ve savaş, endüstriyel şiddet, mülteci şiddeti, ideolojik şiddet ve silahlı eylemler bu gruptadır.

DSÖ şiddet tipolojisi haricinde literatürde beş şiddet sınıflandırması bulunmaktadır (13).

1. Fiziksel Şiddet
2. Psikolojik Şiddet
3. Sözel Şiddet
4. Cinsel Şiddet
5. Ekonomik şiddet

Fiziksel Şiddet

Fiziksel şiddet; tokat atmak, tekme atmak, yumruk atmak, boğazını sıkmak, birisine bir şeyler fırlatmak, sertçe itip kakmak veya sarsmak, çimdiklemek, yakmak, birisini bağlamak, ısırmak, el kol bükmek, kırmak, yere ya da duvara fırlatmak, kesici, delici alet ve ateşli silah kullanmak gibi davranışlardır (14). Karşıdaki kişinin canının yanmasına sebep olan kasıtlı yapılan davranışlardır.

2006 yılında Kuzey Doğu Amerika Eyaletleri ve ABD (Amerika Birleşik Devletleri) de gaziler hastanesinde yapılan bir çalışmada fiziksel şiddet; bir kişiye karşı yapılan veya bir kişiyi korumak için yapılan tehdit ve zarar olarak açıklanmıştır. Çalışmanın sonucunda fiziksel şiddetin yaygın olduğu sonucuna varılması ile birlikte fiziksel olmayan şiddetin de etkili ve kalıcı sonuçlarının olduğu sonucuna varılmıştır (15).

Psikolojik Şiddet

Kişinin ruh sağlığını bozan davranışlardır. Kişiye sistemli bir şekilde sürekli ve tekrarlı yapılan kişinin benliğini, sosyal ve psikolojik gelişimini, ruhsal durumunu etkileyen olumsuz davranışlardır (14). Kadınların çalışma hayatında çok sık karşılaştığı mobbing davranışı psikolojik şiddetin en bilindik örneklerindendir (16).

Psikolojik şiddete neden olan davranışlar kişiyi birey olarak görmeme ve reddetme, yıldırma(mobbing), tek başına bırakma, suça yöneltme, duygusal tepki vermeyi reddetme, aşağılama, kendi çıkarına kullanma, zorbalık, ırkçılık ve gereğinden daha fazla sorumluluk yüklemedir (17). Fiziksel parametrelerin yokluğundan dolayı ispatlaması ve tanımlaması en zor şiddet türüdür (18).

Jamaica'da yapılan çalışmada sağlık sektöründe en sık karşılaşılan şiddet türünün psikolojik şiddet olduğu ifade edilmiştir. Psikolojik şiddetin önlemleri alınmadığı ve müdahalede bulunulmadığı durumlarda personelde devamsızlığa, memnuniyetsizliğe, tatminsizliğe, iş, aile ve arkadaşlar ile ilişkilerin zayıflamasına neden olduğu kaydedilmiştir (19).

Sözel Şiddet

Sözel şiddet korkutma, sindirme ve cezalandırma, kişinin kendine güvenini sarsmak amacıyla hakaret etmek, bağırmak, küçük düşürücü sözler söylemek, olumsuz eleştiri yapmak ve alay etmek gibi davranışlardır (17). Psikolojik şiddet ile benzerlik göstermektedir. Sözel şiddet psikolojik şiddete yol açmaktadır ve fiziksel şiddeti tetiklemektedir (12).

Cinsel Şiddet

DSÖ tarafından yayınlanan Dünya Şiddet ve Sağlık Raporu (2002) (World Report on Violence and Health) cinsel şiddeti; *"herhangi bir kişi tarafından mağdurla olan ilişkilerine bakılmaksızın ev, iş veya herhangi bir ortamda istenmeyen cinsel sözler, asılmalar veya kaçırma eylemi şeklinde kişinin cinselliğine karşı zorla baskı uygulayan herhangi bir cinsel eylem olarak"* tanımlamaktadır (1).

Cinsel şiddete her yaş grubundan insanlar maruz kalmaktadır. Fakat toplumda yine de en fazla maruz kalan kesimin kadınlar ve çocuklar olduğu tespit edilmiştir (17).

Cinsel şiddetten söz edebilmek için; bireyin utanmasına sebep olabilecek davranışlar, kadını cinsel meta olarak görmek, şüphecilik, aldatma, laf atma, kaba kuvvet veya duygusal baskı kullanarak kadını cinselliğe zorlamak, kandırarak ikna etmek ve fuhuş yapmaya zorlamak gibi davranışlar söz konusudur (20).

Ekonomik Şiddet

Ekonomik şiddet, toplumsal ve ekonomik yapıda dezavantajlı olan bireylerin ekonomik bağımsızlıklarını engellemektir. Kadının veya çocuğun parasını alıp geri vermemek, kadını zorla çalıştırmak veya çalıştırmamak, ihtiyaçlarını görebilecek kadar para vermemek, kadının iş bulmasını kolaylaştırıcı araçları edinmesini engellemek gibi davranışlar ekonomik şiddete girmektedir (12).

Ekonomik şiddet kişinin ekonomik gücü hakkında tam hak sahibi olamamasıdır. Temel ihtiyaçlardan, sosyal yardımlardan, eğitim ve öğrenim hakkından, sağlık hizmetlerinden ve tarımsal kaynaklardan mahrum olunmasıdır. Sürekli devam eden enflasyon ve düşük ücretler fakirlik ve yoksulluğa sebep olmakla birlikte gelecek kaygısı olan insanları daha da gergin ve kaygılı yaptığı için insanların şiddete olan yatkınlıkları artmaktadır (21).

ŞİDDETE NEDEN OLAN ETMENLER

İnsanlık tarihi boyunca şiddet ırk, din, dil ve kültür ayrımı olmadan tüm insanlığı etkileyen küresel bir sorun olmaktadır. Şiddet, içgüdüsel, biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve ekonomik boyutları olan karmaşık bir olgudur (22). Şiddet kavramını kuramlarla açıklayan bilim insanları şiddetin nedenlerini de bu kuramlar ile açıklamışlardır. Temel olarak şiddetin nedenleri biyolojik, psikolojik, sosyal öğrenme ve engelleme-saldırganlık kuramları ile ele alınmaktadır.

Biyolojik Kuram

Şiddetin limbik sistem ile beynin frontal ve temporal lobları ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Bu yaklaşıma göre sinir sistemi, beyin salgı bezleri, genetik, vücuda alınan gıda maddeleri ve kimyasallar, istismarlar bireyin sinirsel yapısını etkilemekte ve şiddete yatkın hale getirmektedir. Bireyin dış görünüşünü etkileyen genetik yapı davranışları da etkileyebilmektedir. Biyolojik çevre etkileri genlerden farklı olarak bireyi biyolojik olarak

etkileyen bir takım olaylardır. Örneğin trafik kazalarında yaşanan kafa travmalarının bireyin daha sonra kişiliğini değiştirdiği düşünülmektedir (23).

Psikolojik Kuram

Şiddet psikoloji biliminde psikodinamik (psikodavranış) ve psikososyal kuramlar olarak incelenmiştir.

Psikodinamik veya psikodavranış şiddeti, Freud`un ortaya koyduğu zorlayıcı cinsel dürtüler ve öz korumayı içeren egoya bağlı nedenlere bağlamıştır. Kişilerin şiddet eğilimi içten gelmektedir. Bu kuramda şiddet doğuştan gelmektedir (23).

Psikososyal yaklaşımda ise; kişiliğin gelişmesinde ve olgunlaşmasında meydana gelen olumsuzluklar sonucunda bireyin gereksiz yere öfkelenerek çevresine şiddet göstermesi ele alınmaktadır. Bu olumsuzluklara örnek olarak; bireyin fiziksel ya da cinsel olarak kötüye kullanılmış olması, çocuk yaşta şiddete tanık olmuş olması ve anne veya baba kaybı yaşaması örnek verilebilir. Bu tür olumsuzluklar sosyokültürel veya ekonomik şartlarda yetersizlik yaşayan kişilerde kontrol kaybına sebep olmaktadır (23).

Sosyal Öğrenme Kuramı

Sosyal öğrenme teorisi iletişimin, düşünce ve davranışların nasıl anlaşılması ve incelenmesi gerektiğine dair teorik bir yaklaşım sunmaktadır. Bu yaklaşıma göre birey yaşama boş bir levha gibi başlamakta ancak şiddete tanık olarak ve şiddeti gözlemleyerek bu boş levhayı doldurmaktadır (22).

Engelleme Saldırganlık Kuramı

Şiddeti anlamak için öğrenmeye önemli bir rol atfeden engelleme ve saldırganlık teorisi Yale Üniversitesinde 1939 yılında Dollard vd. tarafından geliştirilmiştir. Engelleme; amaç veya hedeflere ulaşmanın bloke edilmesidir. Bu teoriye göre şiddet genellikle engellemenin sonucudur. Engelleme şiddete yol açmaktadır (24). Sağlık kurumlarındaki şiddet bu kuram ile ifade edilmektedir (24).

Temel olarak insan doğasında var olan "şiddet uygulama" eğiliminin yararlı faaliyetlere yönlendirilememesi, çocukluktan itibaren sorunları şiddet kullanarak çözme alışkanlığının pekiştirilmesi, gençlerin medyanın etkisi ile şiddet sahnesi seyrederek yetişmeleri, toplumsal ahlakta güçlü olanın haklı olduğu fikrinin yaygınlaşması, sorunları

açıklıkla konuşma, dinleme ve empati alışkanlığının olmaması şiddete sebebiyet vermektedir (4).

İŞYERİNDE ŞİDDET

DSÖ işyerinde şiddeti, *"diğer bir kişi ya da gruba, işine ilişkin bir durumda yaralanma, ölüm, psikolojik zarar görme, gelişim bozukluğu ile sonuçlanan ya da yüksek oranda bu neticelerle sonuçlanma ihtimali bulunan gerçekleştirme ya da kasten güç kullanma davranışları"* olarak ifade etmektedir (1).

İşyeri şiddeti 1990`lı yıllardan önce göz ardı edilmekteydi. Ancak değişen dünya şartları, toplum düzeni ve halkın bilinç düzeyinin artması ile işyeri şiddeti önem kazanmış olup çalışan güvenliği daha fazla ön planda tutulur olmuştur. Önceleri işyerinde şiddetten bahsederken çalışanların karşılaştığı tehlikeler kastedilirdi. Günümüzde ise bu tehlikelere işyeri şiddeti olarak nitelendirilen stres ve cinsel taciz gibi psikolojik faktörlerde eklenmiştir. Küresel ölçekte işyeri şiddeti yaygın bir sorundur (25). Dünyada 25 milyon insan işyerinde şiddete maruz kalmaktadır (1).

İşyerinde şiddet, şiddetin kaynağına ve oluş şekline göre sınıflandırılmaktadır. İşyerinde şiddetin kaynağına veya saldırgana göre sınıflamasında, Kaliforniya İş Güvenliği ve Sağlığı İdaresi'nin geliştirdiği sınıflama tercih edilmekte ve dört tip olarak incelenmektedir. Sağlık çalışanları daha çok Tip II şiddete maruz kalmakla birlikte değişik düzeylerde şiddet tipleri ile de karşılaşabilirler.

Tip I: Önceden kuruluşla ilişkisi bulunmayan bireyler tarafından gerçekleştirilen suç eylemlerini kapsar. Bu şiddet türünde ana hedef, nakit para ve değerli şeylerdir. Bu tür şiddet "dışsal şiddet" türüdür. Taksi şoförleri ve tezgahtarlar, güvenlik güçleri, gece çalışanlar ve yalnız çalışanlar risk altındadır.

Tip II: Müşterinin çalışana uyguladığı şiddettir. Sağlık kurumlarına uygulandığında müşteri/hasta veya hasta yakını tarafından sağlık personeline fiziksel veya psikolojik saldırıyı kapsar. Saldırgan kurumdan hizmet aldığı için kurumla ilişkisi bulunmaktadır. Bu tür şiddet "müşteri odaklı" şiddet türüdür. İşyerinde şiddetin en yaygın türüdür. Sağlık personeli, öğretmenler ve sosyal hizmet uzmanları risk altındadır.

Tip III: Kişilerarası anlaşmazlıklar veya işle ilgili anlaşmazlıklar sonucu çalışanın çalışana uyguladığı şiddeti ifade eder ve "içsel şiddet" türüdür. İşyerinde şiddetin bu türü, amirlerine, meslektaşlarına, iş arkadaşlarına, astlarına ve diğer personele karşı şiddet uygulayan eski ya da mevcut çalışanları kapsar.

Tip IV: Yakınların (ailenin veya arkadaşların) gösterdiği şiddet türüdür. Saldırganın işyeri ile bir yakınlığı yoktur, fakat işyerine yansıtmalar söz konusudur (26).

Bir diğer sınıflandırma işyerinde şiddetin oluşum şekline göre, fiziksel ve psikolojik şiddet olarak iki ana başlık altında incelenmektedir. Fiziksel şiddet kavramına saldırı, psikolojik şiddete ise cinsel taciz (fiziksel, sözlü veya jestlerle), mobbing (yıldırma), ve sözel şiddet (tehdit) girmektedir (26).

SAĞLIK KURUMLARINDA ŞİDDET

İşyerinde şiddet; günümüz iş hayatının en büyük güvenlik ve sağlık sorunlarından biri haline gelmiştir (27). Dünyanın her yerinde ırk, cinsiyet, yaş veya eğitim ayrım yapmaksızın her sektörde önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (28).

Sağlık çalışanları, tüm dünyada yüksek şiddet riski altındadır (29). Son çalışmalarda sağlık alanında çalışanların diğer alanlarda çalışanlardan 16 kat fazla şiddet riski olduğu saptanmıştır (24). Şiddet olayları, en çok acil servislerde ve psikiyatri kliniklerinde meydana gelmektedir. Sözel şiddetin sıklığı fiziksel şiddetten daha fazladır (25). En fazla şiddete maruz kalanlar kadınlar, pratisyen hekimler, hemşireler, en çok şiddet uygulayanlar hasta, hasta yakını ve arkadaşlarının olduğu tespit edilmiştir (29). Cinsiyet açısından ise en çok şiddet uygulayanlar erkeklerdir (30).

DSÖ, ILO (International Labour Office) ve ICN (International Council of Nurses) yayınlamış oldukları ortak raporda, sağlık çalışanlarının % 27-67'sinin sözel şiddete, % 10-23'nün psikolojik şiddete, % 3- 17'sinin fiziksel şiddete, % 0,8-2,7'sinin etnik şiddete uğradıkları bildirilmiştir (31).

2013 Sağlık-Sen raporuna göre sağlık kuruluşlarında şiddet uygulayanların özellikleri sırasıyla; hasta yakınları %56,9, hasta %31,8, yönetici %5,4 ve arkadaşları %5,2 olarak tespit edilmiştir (14).

Sağlık kuruluşlarında şiddetin temel nedenleri şiddeti uygulayan ve hastane açısından olmak üzere iki yönlü yaklaşım ile incelenmektedir: (32)

a. Şiddeti Uygulayan Açısından: şiddeti kendine hak görme, uygulanan sağlık politikaları, hastalık psikolojisi, ihmal edildiğini düşünme, kötü iletişim - yanlış anlaşma, tedaviden memnuniyetsizlik, aşırı iş yoğunluğu, uzun bekleme süresi, alkol - ilaç etkisi ve kötü haber alma.

b. Hastane Açısından: Hastanede güvenlik önlemlerinin yetersizliği, şiddet gerçekleştikten sonra yöneticinin desteklememesi, şiddetle baş etme eğitimi almama, çalışan güvenliği biriminin işleyişi konusunda bilgi sahibi olmama, işyeri şiddetine karşı önlem alınmaması, şiddet olaylarının nasıl rapor edileceği konusunda bilgilendirilmeme, kendi suçunun olduğu ve hastanede çalışan güvenliği birimi olmaması.

Eğitim düşüklüğü ve kurallara uymama, çok sayıda muayene ve test yapılması, akıl ve zihin sağlığının bozukluğu, hasta ve hasta yakınlarının isteklerinin fazlalığı ve yerine getirilememesi, stresli ve gürültülü ortamlar, sağlık çalışanı yetersizliği, iletişim eksikliği ve yanlış anlamalar, kişisel sorunlar ve sağlık hizmetlerinde yararlanmada eşitsizlik olması şiddetin en olası nedenlerdir (33).

ATO Hekime Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet 2010-2011 Raporunda şiddeti arttıran nedenler arasında sağlık kuruluşlarında örgütsel faktörlere sorumluluk yüklemiştir. Bunlar; sağlık kuruluşlarında donanım ve altyapı eksikliği, yedi gün yirmi dört saat hizmet verilmesi, bekleme salonlarının konforsuzluğu, uzun bekleme süreleri sonucu hasta yoğunluğunun artması, hastane yatak kapasitesi yetersizliği, sağlıksız ve şiddete yatkın personelle çalışma, personel azlığı, personel arası iletişim azlığı ve yönetici desteğinin olmaması, hastane güvensizliği, hastaneyi özgürce dolaşma, koridor ve ünite aydınlatma da eksiklikler, personel eğitimsizliği, kriz yönetimi başarısızlığı ve sağlık kurumlarının ticarileşmesi ve verimsizliğidir (34).

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Oranları İle İlgili Çalışmalar

DSÖ, ILO (International Labour Office), ICN (International Council of Nurses) ve PSI (Public Services International) 2002 yılında raporda; yapılan araştırmaya dahil olan ülkelerin sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının son bir yıl içerisinde fiziksel ya da sözel şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir. Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma oranı; Bulgaristan'da % 75,8, Avustralya'da % 67,2, Güney Afrika'da % 61, Tayland'da % 54 ve Brezilya'da % 46.7`dir. Çalışmada fiziksel şiddet oranlarının Bulgaristan'da % 7,5, Brezilya'da % 6,4, Lübnan'da % 5,8, Tayland'da 10,5, Portekiz'de % 3 olduğu, psikolojik şiddet oranlarının ise Brezilya'da % 39,5, Bulgaristan'da % 32,2, Tayland'da % 47,7, Lübnan'da % 40,9 ve Avustralya'da ise % 67 olduğu ifade edilmektedir (1).

Bulgaristan'da şiddetin fazla olmasının nedeni toplumun genelinde hakim olan cinsiyetçilik yaklaşımı ve cinsel taciz olaylarıdır. Bulgaristan' da hem özel hem de kamu sektörlerinde kadınlara karşı yaygın bir problem olay cinsiyetçi yaklaşım işyerinde uygulanmakta hatta tacize kadar gitmektedir. Bu davranışların olmasının sebebi ise kadınlarına korumaya yönelik yasa eksikliği ve izolasyon yetersizliği olarak vurgulanmaktadır (35). Güney Afrika'da şiddetin nedenlerini ise; nüfus içerisindeki kültürel farklılıklar, personellerin iletişim alanındaki yetersizliği, hastanelerdeki güvenlik koşullarının azlığı, yasa veya politika azlığı ve toplumdaki işsizliğin insanlardaki stresi daha da arttırması sebep olarak gösterilmektedir. Tayland'da insanların çalışma koşullarından kaynaklı stresin şiddete neden

olduğu öne sürülmüştür. Avustralya'da şiddetin temel sebebi ise belirli tipteki insanlar olarak gösterilmiştir. Uyuşturucu ve alkol bağımlıları, demans ve ruhsal sorunları olan şiddetin sebebi görülmektedir (36).

Tablo 2. Bazı ülkelerde sağlık çalışanlarının işyerinde şiddete maruz kalma durumlarının şiddet türlerine göre dağılımı (1).

Ülkeler	Fiziksel şiddet (%)	Sözel şiddet (%)	Mobbing (%)	Cinsel taciz (%)
Avustralya (400 kişi)	12.0	67.0	10.5	–
Brezilya (1.569 kişi)	6.4	39.5	15.2	5.7
Bulgaristan (508 kişi)	7.5	37.2	30.9	2.2
Lübnan (1.016 kişi)	5.8	40.9	22.1	2.3
Güney Afrika (1.018 kişi)	17.0	52.0	20.6	4.6
Tayland (1.090 kişi)	10.5	47.7	10.8	1.9
Portekiz (498 kişi)	2.6	27.4	16.5	2.7

Kanada'da yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının şiddete uğrama sıklığının %60, sözel istismarın %76, fiziksel tehdit veya saldırının %86 olduğu tespit edilmiştir (37).

İngiltere'de 1141 sağlık çalışanı ile yapılan bir araştırmada sağlık çalışanların % 27'sinin iş yerinde şiddet mağduru olduğu, çalışanların % 23'ünün hastalar, % 15,5'inin ise hasta yakınları tarafından davranışsal tehdide maruz kaldığı belirtilmiştir. Çalışmaya katılanların fiziksel şiddete maruz kalma oranlarının % 20 olduğu belirtilirken, hemşirelerin % 43'ünün, hekimlerin ise % 13,8'inin şiddete maruz kaldığı ifade edilmektedir (38).

2002-2003 yılları arasında Belçika, Almanya, Finlandiya, Fransa, İtalya, Hollanda, Norveç, Polonya, Slovakya ve İngiltere'de hemşireler ile yapılan çalışmada 77.681 hemşireye anket gönderilmiş, 39.894 kişiden cevap alınmış ve hemşirelerin %22,0'sinin (8.778) şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. İngiltere, Almanya, Belçika ve Fransa sağlık çalışanlarına yönelik şiddette en fazla orana sahiptir (39).

Yunanistan'da kamu hastanelerinde hasta yakınları tarafından sağlık çalışanına uygulanan ekonomik krizin şiddete etkileri ve şiddetin sebepleri ile ilgili yapılan çalışmada 250 katılımcı sağlık personelinden elde edilen bilgiye göre sözel, fiziksel, psikolojik ve cinsel

şiddet türlerinden en fazla sözel şiddetin uygulandığı ve sözel şiddeti takiben psikolojik şiddetin uygulandığı bilgisine erişilmiştir. Şiddetin sebebi olarak en fazla ziyaret saatleri ve uzun bekleme süreleri gösterilmiştir. Hemşireler personel yetersizliğinden dolayı şiddetin en büyük sebebi olarak ekonomik krizi tanımlamıştır (40).

Hemşirelere karşı yapılan iş yeri şiddetinin oranı Tayvan'da %62, Birleşmiş Milletlerde %88 ve Avusturalya'da %95 olarak belirtilmiştir. En sık fiziksel saldırı rapor edilmiştir (41).

Avustralya'da 9449 hekim üzerinde yapılmış ulusal çalışmada pratisyen hekimlerin son 12 ay içinde fiziksel şiddete %32,3, sözel şiddete %70,6 oranında maruz kaldıkları saptanmıştır (42).

2009 yılında Japonya'da 19 hastanede 8771 katılımcı ile işyeri risk faktörlerini belirlemek için yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının son bir yıl içerisinde %36.4 oranında hasta veya hasta yakınları tarafından şiddete maruz kaldığı ve şiddetin türü ise %15.9 fiziksel şiddet, %29.8 sözel şiddet ve %9.9 cinsel şiddet olarak tespit edilmiştir (43).

ABD Michigan eyaleti acil servislerde çalışan hekimlerin son bir yıl içerisinde %74.9 oranında sözel, %28.1 oranında fiziksel şiddete, %11.7 acil departmanı dışında şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (44).

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDETİN ÖNLENMESİNDE YASAL MEVZUAT

Türkiye'deki Uygulama Ve Öneriler

Türkiye` de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sanıldığından daha yüksek oranlardadır; ancak bildirimi çok azdır. Bunun en önemli nedeni çalışanların haklarını savunacak yeterli ve etkin yasal düzenlemelerin olmamasıdır (4).

Türkiye`de sağlık personellerine özellikle doktorlara yönelik şiddet vakalarında artış gözlenmektedir. 2012 yılında Kayseri merkez ilçesinde yapılan çalışmaya göre; 597 hekim meslek hayatı boyunca en az bir kez sözlü şiddete maruz kaldığını belirtilmiştir. Doktorlar şiddetin sebebinin ise hastaların isteklerinin çok fazla olması ve sorunların doktorlar tarafından çözüleceğini düşünmesi olarak bildirmiştir. Doktorların şiddeti önlemek için önerileri ise; çalışma alanlarına kameralar yerleştirilmesi gerektiği, hasta yakınlarının çalışma alanlarına erişiminin kısıtlanması, çalışma şartlarının düzeltilmesi, toplumun eğitilmesi

gerektiğini, şiddetin raporlandırılması, hekimlerin seslerini yükseltip medyanın ve yöneticilerin konuya dikkatlerini çekmelerini gerektiğini belirtmişlerdir (45).

2004 yılında sağlık kuruluşlarındaki aksaklıkların giderilmesi, kısa sürede etkin, verimli ve sürdürülebilir, doğruyu gösterici, çift taraflı güvenilir hizmet sunumu için hasta şikayet hattı SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi) hizmet vermeye başlamıştır. SABİM aracılığıyla vatandaşlar 7/24 talep, eleştiri ve önerilerde bulunabilmektedir (46).

Sağlıkta şiddetin önlenmesine yönelik çalışmaların başlangıcı ve bu kapsamda ilk düzenleme, 29 Nisan 2009 tarih ve 27214 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan *"Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ"*dir. Tebliğ'de; çalışan güvenliğinin sağlanması için, çalışanların kesici delici alet ile yaralanması, kan ve vücut sıvılarıyla temas etmesi, radyasyon ve kemoterapi ilaçlarına maruz kalması gibi riskli ve tehlikeli durumlar ile fiziksel şiddet ve cinsel tacizden korunması amacıyla alınması gereken önlemler ve bu durumlara maruz kalma halinde yapılacaklar belirlenerek, takip ve sorumluluğu kurumlara verileceği düzenleme altına alınmıştır (47).

16/10/2009 tarih ve 27378 sayılı *"Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulanması Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ"*de şiddet ile ilgili yasal düzenlemeler yapılmıştır. Bu tebliğ ile acil servislerde hasta, hasta yakınları ve çalışanların güvenliği için sağlık kurumu yönetimlerince gerekli önlemlerin alınması amaçlanmıştır. Acil servislerde resmi kolluk kuvveti, özel güvenlik görevlileri, alanlarda her açıdan görebilen kameraların olması zorunlu tutulmuştur. Tıbbi açıdan gerekli işlemlerin yapılacağı yoğun bakım odaları, müdahale odaları ve ameliyathane gibi alanlara görevli personel dışında giriş çıkış yapılmaması için kilit kapılar konulması kararlaştırılmıştır (48).

06 Nisan 2011 tarih ve 27897 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanarak yürürlüğe giren ve kamu, üniversite ve özel sektör ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını kapsayan *"Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik"* hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanması, hizmet sunumunda kalitenin artırılması, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin ve bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasını amaçlamış ve bu hususlara yönelik usul ve esaslar düzenleme altına almıştır (49).

Türkiye'de Hizmet Kalite Standartları doğrultusunda acil durum kodları geliştirilmiştir. 2008 yılında mavi kod, 2009 yılında pembe kod, 2012 yılında beyaz kod uygulaması başlamıştır. Mavi kod; acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyulduğunda örneğin;

kalbin durması gibi durumlarda 2222, pembe kod servislerde bulunan çocuk kaçırma veya bebek kaçırma durumunda 3333 kodlanmasıdır (50).

14.05.2012 tarihinde yayınlanan *Çalışan Güvenliği Genelgesi* ile beyaz kod uygulaması başlamıştır. Acil durum yönetim aracı olan beyaz kod hasta veya hasta yakını tarafından herhangi bir şiddet olması durumunda 1111 numarayı telefona kodlayarak şiddeti hastane kolluk kuvvetlerine veya güvenlik personellerine bildirmektedir. 24 saat boyunca hizmet verecek olan "Bakanlık Beyaz Kod Birimi", 113 numaralı telefon ve www.beyazkod.saglik.gov.tr internet sayfası oluşturulmuştur (51).

Çalışan Sağlığı Genelgesi ile birlikte hastanelerde çalışan sağlığı güvenliği komitesinin kurulmasına, çalışan güvenliği eğitim programının hazırlanmasına, çalışanların sağlık taramalarının yapılmasına ve koruyucu önlemlerin alınmasına da ayrıca karar verilmiştir (51).

Eş zamanlı olarak hekimler tarafından da "*Emeğe Saygı Şiddete Sıfır Tolerans"* kampanyası başlatılmıştır. Bu kampanya ile medyayı sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet vakaları hakkında bilgilendirilmek, halka ulaşmak, toplumu bilinçlendirmek ve sağduyu sağlamak amaçlanmıştır (52).

Güncel olarak sağlıkta şiddeti önlemek amacıyla *"2.1.2014 tarihli 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi"* ile 15.04.2020 tarihinde *" Ek Madde-12 Sağlıkta Şiddet Yasası"* olarak kabul edilmiştir. Yasa sağlıkta şiddet durumunda ceza arttırıcı ve şiddeti önlemeye yönelik düzenlemeler içermektedir. Özel hastane sağlık personeli şiddet mağduru olduğunda "kamu görevlisi sayılarak" gibi tüm haklardan yararlanabilmesi yasallaştırılmıştır. Şiddet uygulayan kişiye Cumhuriyet Savcısı tarafından işlemler yapılması, mağdur olan müşteki, tanık veya sağlık personelinin ifadesi hastanede yani işyerinde alınması kararlaştırılmıştır (53).

Sağlıkta şiddetin önlenmesi için; hastaların öfke davranışlarını tanıma ve öfkesini olumlu bir şekilde ifade edebilmesine yardımcı olması için sağlık personeline devamlılığı olan ve kendi öfke düzeylerinin bilincinde olmalarını sağlayan öğretim planının yapılmasının faydalı olacağının düşüncesi ile eğitimler verilmektedir (54).

Şiddeti önlemek yapılan düzenlemelerde sağlık çalışanlarının %36'sının eğitim aldıkları ve sadece %11'inin bu eğitimlerin şiddeti azaltacağına inandıkları belirtilmiştir ve bu oran yetersiz görülmektedir (4).

Sağlık kurumlarında şiddetin önlenmesi için; yazılı bir iş güvenliği politikası belirlenmeli, tüm sağlık çalışanları bilgilendirilmeli ve bu politikaya katılmalı, yönetici desteği ve denetimi olmalıdır. Şiddete riskli yerler belirlenmeli ve tehdit haritası

çıkarılmalıdır. Hastane girişlerinde metal arama detektörü ve güvenlik kameraları bulundurulmalı ve artırılmalıdır. Güvenlik personellerine ve sağlık çalışanlarına, hastalara veya hasta yakınlarına davranış ve şiddet konusunda eğitim verilmelidir. Sağlık kurumlarında meydana gelen şiddeti kayıt tutan ve bu kayıtları düzenli olarak inceleyen bir birim olmalıdır. Kamu kurumları, meslek örgütleri ve sendikaların işbirliği sağlanmalıdır (55).

Sağlık personel sayısı arttırılmalı, iş yükü ve yoğunluğu azaltılmalı, nöbetler tek tutulmamalı ve performans sistemi değiştirilmelidir. (14).

Sağlık personeline yapılan sözel saldırılar, yaralamalar, darp ve öldürmeye ilişkin hükümler genel hükümlere tabi tutulmalıdır. Ayrıca sosyal medya gibi iletişim araçları aktif olarak kullanılmalı, kamu spotları yapılmalıdır (4).

Dünya'daki Uygulama Ve Öneriler

Amerika'da 1970 yılında devletleri teşvik edip geliştirerek, güçlendirerek ve birleştirerek, eğitim, bilgi, deneme ve araştırma imkanı vererek çalışan sağlığı ve güvenliği için çalışmalar yapan OSHA (Occupational Safety and Health Administration) kurulmuştur. Çalışan sağlığı ve güvenliği için eylemlerde bulunmak, işverenlerin ve çalışanların iş sağlığı ve güvenliği alanında sorumluluklarını belirlemek, çalışanları çalışmalarından dolayı sağlık, fonksiyonel kapasite ve yaşam kalitesinde eksilmeler olmayacağına dair tıbbi kriterler yapmak ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili haklar ve maddeler hazırlama ve devletleri bu maddeleri uygulamaları için teşvik etmek OSHA'nın görevleri ve yetkileri arasındadır (56).

NIOSH (National Institute For Occupational Safety and Health); ABD`de işverenlerin ve çalışanların güvenli ve sağlıklı işyerleri yaratmak için araştırma ofisi olarak 1970 yılında OSHA tarafından kurulmuştur. NIOSH, ABD`de CDC (Centers for Disease Control and Prevention) merkezinin bir parçasıdır. Çalışan sağlığı için araştırmalar yapmak, tehlikeleri azaltmak için müdahaleler yapmak, teknolojiyi ve araştırma bulgularını uygulamaya teşvik etmek ve küresel çapta işyeri sağlığı ve güvenliği için çalışmalar amaçları arasındadır. (57).

Amerika`da sağlık hizmetlerinde şiddete karşı ilk yasa 1993 yılında California'da yürütülmeye başlanmıştır. "California Hospital and Security Act" şiddeti önlemek için OSHA yasaları altında çalışmalar yapılmakta ve cezalar bu düzenlemelere göre verilmektedir (58).

Ayrıca ANA (American Nurses Association) işyerinde şiddeti birlikte önlemek için OSHA' ya dilekçe vermiştir (59).WHO ve Avrupa Bölge Komitesi 2005 yılında yaptığı çalışması ile Avrupa Birliğinde yaralanmaların önlenmesine yönelik EUR/RC 55/R9 kararı ve WHO 56.24 şiddeti önleme ve sağlık raporu yayınlamıştır (60).

ILO, işyerinde şiddeti ve tacizi engellemek ve gözardı edilmemesi için 2019 yılında 190 sayılı Şiddet ve Taciz Sözleşmesini ve 206 sayılı tavsiye niteliğindeki sözleşmeyi yayınlamıştır. Tavsiye kararı niteliğindeki 190 sayılı Şiddet ve Taciz Sözleşmesini kabul eden her ülke şiddet ve tacizi önlemek için işverenleri ve çalışanları ile istişare ederek düzenlemeler yapmayı, maruz kalan işçi gruplarını ya da meslek gruplarını tespit ederek koruma altına almayı, işverenleri ile istişare ederek işyeri politikası belirlemeyi hesaba kattığını varsaymaktadır. Böylelikle işyerinde gerçekleşen her türlü şiddet, bağırma, hakaret, aşağılama, insan onurunu zedeleyen tüm davranışlar ve cinsel tacizin önlemesi uluslararası güvence altına alınmıştır (61).

Dünya`da profesyonel iş hayatında çalışanlara yönelik şiddet oranlarının en fazla sağlıkta görüldüğü ve sağlık personellerin içinde de en fazla hemşirelerin maruz kaldığı tespit edilmiştir. İtalya`da yapılan bir çalışmaya göre sağlık çalışanlarına yönelik şiddet %63 oranı ile acil servislerde saptanmıştır. Uzun bekleme süreleri hasta ve hasta yakınlarındaki stres, kaygı ve üzüntüyü artırmakta personele şiddet olarak sonuçlanmaktadır. Şiddet olaylarından sonra hemşirelerde travma sonrası bozukluğun gözlemlenmesi sonucunda sağlık çalışanları ve hastane yönetimi ortak bir karar ile şiddete maruz kalan çalışanlara psikolojik destek verilmesini amaçlamışlardır. Böylelikle stres ve anksiyete gibi psikolojik sonuçları en aza indirgemek amaçlanmıştır. (62).

İtalya`da 15 genel hastanede doktor, hemşire, başhemşire ve hemşire asistanı olarak çalışan 745 sağlık personelinde yapılan bir diğer çalışmanın sonuçlarına göre hasta veya hasta yakınlarında görülen şizofreni, demans, intihar girişimleri, alkol ve uyuşturucu intoksikasyonu veya akut stres reaksiyonları şiddete eğilime neden olmakta ve sağlık çalışanlarını zorlamaktadır. Bu çalışmada şiddeti önlemek için primer öneriler arasında; şiddet alanından personelin güvenli bir şekilde uzaklaştırılması, acil servislerdeki yoğunluğun ve bekleme sürelerinin azaltılmasına yer verilmiştir. İkincil olarak; şiddetin iyi raporlanması ve hasta ve personel arasında etkili iletişim kurulması, personellerin iletişim becerilerini geliştirmesi ve eğitim verilmesi önerilmiştir (63).

Norveç`in farklı kısımlarından EPC (Emergency Primary Health Care)`ler; acil birincil bakım servisleri olup zorunlu doktoru, hemşiresi, hasta bakıcısı ve diğer personeli ile hizmet verilen bölgenin yoğunluğuna göre değişen 7/24 hizmet veren resmi kuruluşlardır. EPC merkezlerinden 37 katılımcı hemşire ile şiddet ile ilgili deneyimlerini sözlü ifadeleri istenmiştir. Hem çalışmanın sonucu hem de şiddet önleme önerisi olarak ise; örgütsel faktörlerin personelin tek başına çalışmasını önlemesi, hastaların hizmet beklentilerinin ve hizmetler arası uyumsuzluğun giderilmesi ve şiddet sonrası yönetici desteği önerilmektedir.

Ayrıca sağlık personellerin özellikle yalnız çalıştığı zamanlar için riske karşı halihazırda bir alarm sistemin bulunması gerektiğinin ve şiddetin yönetimi için eğitim özellikle vurgulanmıştır (64).

Kıbrıs`ta 2013 yılında acil servislerde 180 hemşire ve 30 doktorun katılımı ile yapılan çalışmaya göre, sağlık çalışanları erkek hasta yakınları tarafından sıklıkla sözlü şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir. Şiddete çoğunlukla tedavi sahası alanında, cuma ve cumartesi günleri 21:00-06:00 zaman diliminde maruz kaldıkları sonuçlanmıştır. Yürütülen çalışma sonucunda; şiddetin önlenmesi için hastaların acil servis kullanımı ile ilgili bilinçlendirilmesi, polis ve güvenlik görevlilerinin hastanede olması, alarm, kapalı devre televizyon, erişim kontrolü için metal dedektörler gibi ekipmanların sağlanması tavsiye edilmiştir (65).

Budapeşte hastanelerinde çalışan personel ile kişisel görüşmeler ve anket verilerinden yararlanılarak yapılan çalışmaya göre, hastanelerde şiddetin sebepleri olarak; aşırı iş yükü, çalışma alanına hasta yakınları tarafından erişimin kolay olması, psikolojik rahatsızlıkları olan hastalarla yakın temas, travma yaşamış hasta yakınları, mevcut personelin azlığı, personelin şiddet riski karşısında nasıl davranacağının öğretilmemesi ve yetersiz ışıklı park alanları gösterilmiştir. Şiddeti önlemede; alarm gibi erken uyarı sistemlerinin oluşturulması, şiddet olaylarının raporlanması ve önemsenmesi, personelin iletişim konusunda eğitime tabi tutulması, güvenlik kurallarının belirlenmesi, açık alanda kesici, delici aletlerin bulunmaması önerilmektedir (66).

Çin`de psikiyatri hastanelerinde 387 katılımcı hemşire ile yapılan çalışmanın sonucuna göre son 6 ayda sözlü, fiziksel ve cinsel şiddetin yaygınlaştığı ve en fazla şiddete maruz kalan grup olduğu ve hemşireler içerisinde de mesleğe yeni başlayan ve gece vardiyasında tek çalışan hemşirelerin daha fazla şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Hasta yükünün fazla olması, yatak sayısının az olması ve yetersiz personel ile çalışılması şiddetin sebepleri olarak saptanmıştır. Şiddeti önlemek için şiddete karşı stratejilerin geliştirilmesi, etkin raporlama, hastaların duygusal ve davranışsal tepkilerini anlama konusunda hemşirelere eğitim verilmesi önerilmektedir (67).

ABD'de acil departmanında çalışan 3,465 hemşirenin katılımı ile yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, hemşirelerin şiddete en fazla acil departmanı olmak üzere psikiyatri kliniklerinde ve geriatri bölümlerinde maruz kaldıkları saptanmıştır. Hemşirelerin %35 ile %80'inin meslek hayatları boyunca en az 1 kez şiddete maruz kaldıkları belirtilmiştir. Şiddet vakalarının yüksek olmasının sebepleri olarak; personel sayısının yetersiz olması, potansiyel olarak tehlikeli olabilecek hastalara yaklaşımın yanlış olması, caydırıcı cezaların olmaması, şiddetin raporlanmaması, güvenlik önlemlerinin yetersiz olması, bekleme

sürelerinin uzun olması öne sürülmüştür. Acil servislere her açıyı alan kameraların yerleştirilmesi, eğitimli güvenlik personellerinin bulundurulması, hastanelerin hasta yükünün azaltılması ve personel sayısının arttırılması, bekleme odalarının daha geniş olması, sağlık personeline iletişim eğitimlerinin verilmesi öneri olarak sunulmuştur (68).

ABD`de Acil Hemşireler Derneği tarafından gerçekleştirilen çalışmada şiddetin hemşirelerin verimliliğini ve motivasyonunu negatif etkilediği sonucuna varılmıştır. Hastane ve çevresinin güvenliğinin önemsenmesi, gözetim ve raporlamanın yapılması ve takip edilmesi, şiddetin nasıl önlenebileceğine dair hemşirelere eğitimler verilmesi öneri olarak sunulmuştur (69).

MESLEKİ BAĞLILIK İLE İLGİLİ KAVRAMLAR

İş; örgütsel ortamda belirli bir zaman diliminde gerçekleşen, beraberinde kimi ilişkileri getiren ve ücret karşılığı girişilen mal ve hizmet üretme çabasıdır (70). İş; bir dizi gerçekleştirilen faaliyetler ve bireylerin çabası**,** bir hedefe ulaşma hedefi ve kazanç sağlamaya yönelik çalışmalar olarak tanımlanmaktadır (71).

Meslek; "genellikle uzun ve yüksek dereceli bir öğrenim gerektiren, kendine özgü yasal ve ahlaksal kuralları bulunan ve bir kimsenin geçimini sağlayan iş" olarak tanımlanmaktadır (70). Bir diğer tanıma göre ise meslek; "*insanlara yararlı mal ya da hizmet üretmek ve karşılığında para kazanmak için yapılan ve eğitimle alınarak elde edilen bilgi ve becerilere dayalı faaliyetler"* olarak tanımlanmaktadır (72). Kariyere ilişkin planlar erken yaşlarda başlamakta ve bireylerin yaşamında önemlidir bir yer edinmektedir (73).

Kariyer; genel anlamıyla seçilen bir iş hattında ilerlemek ve sorumluluk üstlenmek, saygınlık elde etmek, güç ve statü kazanmak anlamını taşımaktadır. Çalışma hayatında sorumluluk, aktivite, davranış, tutumların ve iş hayatında dikey veya yatay hareketliliğin gelişimidir (74).

Bağlılık; kişinin kendi iyiliği, refahını ve geleceğini güvenceye almak için bir şeye, topluma, bir kuruma veya düşünceye bağlı hissetmesidir (75).

Mesleki bağlılık; bireyin mesleğini ne derece benimsediği ve önemsediği ile ilgilenilir (76). Mesleki bağlılık kavramını ilk kez kullanan Morrow (1983) kavramı *"mesleki kimliğin ön plana çıkarılması, mensubu olunan meslek için çaba sarf edilmesi, mesleki hedef, değer, norm ve etik ilkelere bağlılık geliştirilmesi"* olarak tanımlamaktadır (77). Tak ve Çiftçioğlu'nun da ifade ettiği gibi meslekî bağlılık, *"meslekî kimlikle özdeşleme, mesleğe katılım ve meslek üyeliği için gayret etme, mesleğe dair bağlılık geliştirilmesi"*dir (78). Blau (2003) ise meslekî bağlılığı, bireyin çalışma motivasyonu olarak tanımlamaktadır (79).

Örgütsel bağlılık kavramının tanımı üzerinde tek bir tanım çerçevesinde fikir birliği kurulamamıştır. Bunun temel sebebi ise örgütsel bağlılık konularına tek bir bakış açısı olmamasıdır (80). Araştırmacılar çalışma alanlarının ihtiyaçlarına göre farklı tanımlar yapmaktadır. Örgütsel davranış araştırmacıları için örgütsel bağlılık; bireyin çalıştığı örgüte karşı hissettiği sadakat' in ve örgütün amaç ve değerleri için çalışmasının gücünü ifade etmektedir (81). Bir diğer tanıma göre ise; örgütün değerlerine ve amaçlarına gönülden inanma, örgütten yana her şeyini ortaya koymaya gönüllü olma ve son olarak da örgütte kalma noktasında güçlü bir iradeyi ortaya koyma olarak tanımlanmıştır (82). Örgütsel bağlılık, çalışanların örgüt amaçlarını benimsemesinde, kurumda kalma isteğini sürdürmesinde, örgüt yönetimine ve faaliyetlerine katılmalarında, örgüt için yenilikçi ve yaratıcı tavır sergilemelerinde önemli bir olgudur (83).

MESLEKİ BAĞLILIĞI ETKİLEYEN ETMENLER

Dünya çapında işletmeler arası artmakta olan rekabet ile birlikte işletmeler beklentilerini karşılayan yetenek ve beceriler bulunduran çalışanlara sahip olma endişesi de artmaktadır. Küresel rekabetin baskısı sonucunda çalışanların mesleki bağlılığı ve örgüte bağlılığına daha fazla odaklanılmaktadır (84).

Örgütün misyon, hedef, politika, maaş/ücret, ödül ve terfi sistemi, faaliyet tarzlarının birey tarafından içselleştirilmesi, çalışanların kararlara katılımına izin verme, mesai saatleri, iş güvenliği, takım çalışması, rol çatışması veya belirsizliği, örgütsel destek, örgüt kültürü ve kurumla psikolojik anlaşmalar, mesleki bağlılığı etkileyen örgütsel etmenler içerine girmektedir. Mesleğe yapılan bireysel yatırımlar örneğin; aynı kurumda çok uzun süreli çalışmalar sonucu elde edilen yaş, cinsiyet, eğitim durumu, bireysel performanslar, iş tatmini, özel beceriler, mesai arkadaşları ile kurulan ilişkiler, emeklilik hakları ve kariyer gibi. faktörler mesleki bağlılığı etkileyen bireysel etmenler içerisine girmektedir (85). Meslek ile ilgili yapılan ekonomik, yasal ve politik düzenlemeler, verilen eğitimler, çalışma şartları ve kurum işleyişi mesleki bağlılığı etkileyen meslek ile ilgili faktörlerdir. Ayrıca salgın, savaş ve terör, ekonomik kriz, etnopolitik çatışmalar ve olumsuz çevresel etmenlerde mesleki bağlılığı etkilemektedir (86).

MESLEKİ BAĞLILIK BOYUTLARI

Mesleği bağlılık üç alt düzeyde incelenmektedir:

1. İşe yönelik genel tutum: İşe yönelik verilen değer yargılarını içerir. Bu durumda kişi iş ile hayatını özdeşleştirir. Örneğin; meslekten veya işten memnun olmadan yaşamdan haz alınmayacağı gibi söylemler geliştirir.

2. Mesleki planlama düşüncesi: Mesleki Planlama Düşüncesi: Bu düzeyde kişi, mesleği ile ilgili olarak gelecek için çeşitli yatırımlar yapmaktadır. Kişi kendisini yetiştirmek ve mesleğinde ilerleyebilmek için uzun vadeli fikir ve planlar geliştirmektedir. Blau' ya göre kişilerin bu türdeki çabaları, çeşitli yayın organlarından, mesleki ve eğitim kurumlarından ve çeşitli olanaklardan yararlanmaları, mesleklerin ilişkin toplantılara katılmalarıyla ölçülebilmektedir.

3. İşin nispi önemi: iş ile iş dışı faaliyetler arasındaki seçimlerin ortaya çıkarılmasıdır. (70).

Örgütsel bağlılık kavramının işyeri açısından önemini incelemek için kavram çok boyutlu gruplar altında incelenmiştir. Bu incelemeler doğrultusunda mesleki bağlılığın incelenmesi için "örgütsel" ifadesinin yerine "meslek" uyarlanması ile; mesleki duygusal, mesleki normatif ve mesleki devamlılık bağlılığı olmak üzere üç boyutlu bağlılık kavramları altında mesleki bağlılık incelenmiştir (87).

Mesleki Duygusal bağlılık, en çok gerçekleşmesi istenen boyuttur. Kişinin mesleğini gönülden severek yapması, meslekte kalmayı istemesi ve mesleği ile özdeşleşmesidir. Mesleğine duygusal olarak yüksek bağlılık gösteren çalışanların davranışları incelendiğinde örgüte daha fazla bağlı oldukları ve mesleki gelişimlerine önem verdikleri gözlemlenmiştir (72.). Duygusal bağlılığın artmasını sağlayan bireyin yeteneklerini mesleğinde uygulaması ve sonucunda da ödüller elde etmesi, kariyer hedeflerine ulaşmasıdır (88).

Mesleki Normatif bağlılık; meslekte kalma yükümlülüğüdür. Bireylerin mesleği ahlaki bir görev olarak düşünmeleri ve mesleklerinden ayrılmamaları gerekiyormuş gibi algılandıklarından dolayı meslekte kalmalarıdır. Bireyler özel kurallar veya tanımlamalardan dolayı meslekte kalma zorunluluğu hissetmektedir (89).

Mesleki Devamlılık bağlılığı; mesleği bırakamayacak kadar çok fazla yatırım yapmış olmayı dolayısı ile meslekten ayrılmanın maliyetinin yüksek olduğunu ifade etmektedir (90). Buradaki maliyet değerlendirmesi personelin işindeki görev süresi ve pozisyonundan etkilenmektedir. Somons (1995); bireylerin örgüte bağlılığında etkisi olan bu maliyetleri Beckers' in "yan bahisler" teorisine odaklanarak açıklamıştır. Çalışanların finansal zorunlulukları, sağlık yardımları ve emeklilik avantajlarından dolayı işine devam etmesidir (91).

Normatif veya duygusal bağlılığı yüksek olan bireyin mesleki bağlılığı yüksek iken devam bağlılığı yüksek olan bireyin mesleğe bağlılığı düşük olmak ile birlikte mesleği ile ilgili gelişmeleri takip etmemektedir. Devam bağlılığının yüksek olması iş doyumsuzluğuna, verimlilik sorunlarına, işe geç gelme sorunlarına, örgüte bağlılığın düşük olmasına, personel devir hızının yüksek ve maliyetlerinin fazla olmasına sebep olduğuna çeşitli çalışmalarda ulaşılmıştır (92).

Mesleki bağlılık iş tatmininden daha durağan olmalıdır. İşyerinde şiddet çalışan duygularını ve bağlılığını olumsuz etkilemektedir (93).

Yapılan araştırma sonuçlarına ve gözlemlerine göre; hemşirelerin iş yüklerinin fazla olması, çatışma yaşamaları rol belirsizliği, hasta bakımı, hasta ve hasta yakınları ile iletişim, vardiyalı çalışma, hafta sonu çalışma, beklenmedik kriz ya da kaos ortamının olması gibi iş yüklerindeki zorluklar, terfi için gerekli ölçütlerin öznel olmaması, amir sayısının çok fazla olması gibi faktörler hemşirelerin mesleki bağlılıklarını daha çok etkilediği tespit edilmiştir (94).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN AMACI VE YÖNTEMİ

Bu araştırma; sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin hemşirelerin mesleki bağlılığı üzerine etkisinin inceleyen tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evrenini araştırmanın yapıldığı tarihlerinde poliklinik ve klinik birimlerinde çalışan 575 hemşire oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemi basit tesadüfi örneklem yöntemi ile belirlenmiştir. Araştırma kapsamına 332 hemşire gönüllü olarak çalışmaya katılmıştır.

Araştırma Edirne ilinde faaliyet gösteren Trakya Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde yürütülmüştür. Veriler 22.12.2021- 21.01.2022 tarihleri arasında toplanmıştır.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama aracı olarak ölçek kullanılmıştır. Kullanılan araştırma formu iki bölümden meydana gelmektedir. İlk bölümde "Hemşire Bilgi Formu" (EK-1), ikinci bölüm ise "Mesleki Bağlılık Ölçeği" (EK-2) kullanılarak yapıldı.

Hemşire Bilgi Formu

Hemşire bilgi formu; araştırmacı ve danışman tarafından konu ile ilgili literatür taraması sonucu geliştirilmiştir. Hemşirelerin sosyo demografik değişkenleri ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili; "meslek hayatınız boyunca şiddete maruz kaldınız mı, son 1 yıl içinde şiddete maruz kaldınız mı, çalıştığınız birimde/hastanede çalışma arkadaşlarınız şiddete maruz kaldı mı, Şiddete maruz kaldıysanız/çalışma arkadaşınız şiddete maruz kaldı ise; kim tarafından şiddet gördünüz/gördü, siz/çalışma arkadaşınız hangi tür şiddete maruz kaldınız/kaldı ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili bir haber, olay duyduğunuzda ne hissettiniz" sorularını içermektedir.

Mesleki Bağlılık Ölçeği

Meyer, Allen ve Smith (1993); 3 boyutlu Örgütsel Bağlılık Ölçeğini mesleğe uyarlamıştır. Mesleki bağlılık ölçeği mesleki duygusal, mesleki devamlılık ve mesleki normatif bağlılık olarak alt dallara ayrılıp, 18 ifade soru içermekte olup ölçek 2008 yılında Tak ve Çiftçioğlu tarafından Türkçeye uyarlanıp, geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır (95). Mesleki Bağlılık ölçeği; "1=Kesinlikle Katılmıyorum", "2=Katılıyorum", "3=Kararsızım", "4=Katılıyorum" ve "5=Kesinlikle Katılıyorum" şeklinde beşli likert tipindedir (EK-1).

ARAŞTIRMADA YANITLANMASI GEREKEN SORULAR

1. Meslekte toplam çalışma yılı ile mesleğe bağlılık düzeyleri arasında ilişki nedir?

2. Meslek hayatı boyunca şiddete maruz kalma durumu ile mesleğe bağlılık arasında ilişki var mıdır?

3. Son bir yıl içerisinde şiddete maruz kalma durumu ile mesleğe bağlılık arasında fark var mıdır?

4. Şiddet en çok kim tarafından uygulanmaktadır?

Araştırmanın hipotezleri ve alt hipotezleri ise;

H_0: Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının hemşirelerin mesleki bağlılıkları üzerine etkisi yoktur.

H_1: Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını hemşirelerin mesleki bağlılıkları üzerine etkisi vardır.

H_{a0}: Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının hemşirelerin mesleki duygusal bağlılıkları üzerine etkisi yoktur.

H_{a1}: Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının hemşirelerin mesleki duygusal bağlılıkları üzerine etkisi vardır.

H_{b0}: Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının hemşirelerin mesleki devam bağlılıkları üzerine etkisi yoktur.

H_{b1}: Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının hemşirelerin mesleki devam bağlılıkları üzerine etkisi vardır.

H_{c0}: Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının hemşirelerin mesleki normatif bağlılıkları üzerine etkisi yoktur.

H_{c1}: Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının hemşirelerin mesleki normatif bağlılıkları üzerine etkisi vardır.

şeklindedir.

ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER

Araştırmanın yapılabilmesi için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 14.10.2019 tarih 327 nolu (Ek-3) etik kurul onayı alınmıştır. Ayrıca, araştırma verilerinin toplandığı Trakya Üniversitesi Sağlık ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü'nden (Ek-4) yazılı izinler alınmıştır.

VERİ KISITLILIKLARI

Çalışma Covid-19 salgını sebebiyle yalnızca bir hastanede gerçekleştirilebilmiştir. Çalışmanın yürütüldüğü hastanedeki sağlık çalışan sayısı örneklem zeminine yeterli olmadığı için örneklem seçimi evrenin tamamına gönüllük esasıyla ulaşılmaya çalışılmıştır.

VERİLERİN ANALİZİ

Verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 26.0 programı ile yapıldı. %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır.

Kategorik değişkenler için frekans (n) ve yüzde (%), sayısal değişkenler için ortalama (Ort), standart sapma (ss), minimum ve maksimum, istatistikleri verilmiştir.

Tablo 3. Mesleki bağlılık ölçek puanlarının normalliğinin sınanması, güvenilirlik analizi sonuçları

	Min.	Maks.	Ort.	ss.	Çarpıklık	Basıklık	Cronbach Alpha
Duygusal Bağlılık	6	30	21,24	5,13	-0,542	0,213	0,815
Devam Bağlılığı	6	30	19,54	4,22	0,052	0,035	0,621
Normatif Bağlılık	6	30	18,15	4,64	-0,084	-0,089	0,719
Mesleki Bağlılık	28	86	58,92	9,59	-0,117	0,282	0,763

Ölçeğin güvenilirlik düzeyi hesaplanmıştır. Cronbach's alfa katsayısının 0-1 arasında değiştiği, değerlendirme kriterlerine göre "0.00 < 0.40 ise ölçek güvenilir değil, 0.40 < 0.60 ise ölçek düşük güvenirlikte, 0.60 < 0.80 ise ölçek oldukça güvenilir ve 0.80 < 1.00 ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçek" olarak değerlendirildiği ifade edilmektedir (96).

Ölçeklerden elde edilen puanların normal dağılıma uygunluğunun incelenmesi için yapılan bir işlem çarpıklık ve basıklık değerlerinin hesaplanmasıdır. Ölçek puanlarından elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir (97-98). Buna göre ölçek puanlarının normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir. Analizlerde parametrik yöntemler kullanılmıştır. Veri testi normal dağılım gösterdiği için ANOVA test tekniği kullunılmıştır. Güvenilirlik analizi sonucuna göre ölçek genelde ve alt boyutlarda yüksek güvenilirliğe sahiptir (Cronbach Alpha>0,600).

BULGULAR

Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özellikleri aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 4. Demografik özelliklerin dağılımı

		n	%
Yaş	25 altı	41	12,4
	25-29	99	30,0
	30-34	40	12,1
	35-39	55	16,7
	40-44	55	16,7
	44 üstü	40	12,1
Cinsiyet	Kadın	284	85,8
	Erkek	47	14,2
Meslekte toplam çalışma yılı	1-5	109	33,0
	6-10	71	21,5
	10 üzeri	150	45,5
Hastanede toplam çalışma yılı	1-5	137	41,4
	6-10	54	16,3
	10 üzeri	140	42,3

Hemşirelerin %30,0'u 25-29 yaşında olup, %85,8'ini kadınlar oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan hemşirelerin %45,5'nin meslekte toplam çalışma yılı ve %42,3`ünün hastanede toplam çalışma yılı 10 yıl ve üzeridir.

Tablo 5. Sağlıkta şiddet ile ilgili özelliklerin dağılımı

		n	%
Meslek hayatında şiddete maruz kalma	Evet, 1-2 kez	144	43,5
	Evet, sıklıkla	40	12,1
	Hayır, hiçbir zaman	147	44,4
Son 1 yıl içerisinde şiddete maruz kalma	Evet, 1-2 kez	82	24,8
	Evet, sıklıkla	21	6,3
	Hayır, hiçbir zaman	228	68,9
Çalışılan birimde/hastanede arkadaşların şiddete maruz kalması	Evet, 1-2 kez	154	46,5
	Evet, sıklıkla	53	16,0
	Hayır, hiçbir zaman	124	37,5
Şiddet uygulayan kişi(ler)	Hasta	106	32,1
	Hasta yakını/ziyaretçisi	193	58,5
	Hastane çalışanı	32	9,7
	Yönetici/supervisor	24	7,3
	Diğer	6	1,8
Maruz kalınan şiddet tür(ler)	Fiziksel şiddet	77	23,3
	Sözlü şiddet	229	69,2
	Tehdit	95	28,7
	Silah/bıçak ile saldırı	7	2,1
	Diğer	8	2,4

Meslek hayatları boyunca hemşirelerin %44,4'ü şiddete maruz kalmamış iken; %43,5'i 1-2 kez şiddete maruz kalmıştır. Hemşirelerin %68,9'unun son 1 yıl içerisinde şiddete maruz kalmadığı saptanmıştır. Çalışılan birimde arkadaşların şiddete maruz kalmasına %46,5'i şahit olmuş veya duymuştur.

Şiddetine maruz kalınan kişiler incelendiğinde %58,5 ile en yüksek oran hasta yakını, ziyaretçi ve %32,1 ile hasta kaynaklıdır. Maruz kalınan şiddet türleri incelendiğinde %69,2 ile en yüksek oran sözlü şiddet, tehdit kaynaklıdır.

Tablo 6. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sonrası hissedilen duygular

		n	%
Sağlık çalışanlarına yönelik haber, olay duyulduğunda hissedilen duygu(lar)	Üzüntü, kırgınlık	209	63,1
	Öfke, sinir	87	26,3
	Halsizlik	24	7,3
	Değersiz hissetme	53	16,0
	Saygısızlık	19	5,7
	Korku, endişe	16	4,8
	Kanunsuzluk, adaletsizlik	23	6,9
	Umutsuzluk, motivasyonsuzluk	37	11,2
	Güven sorunu	11	3,3
	Diğer	37	11,2

Şiddet olayına ilişkin oluşan duygular incelendiğinde %63,1 ile en yüksek oran üzüntü/kırgınlık, %26,3 ile öfke/sinir ve %16,0 oran ile değersiz hissetme şeklindedir.

Tablo 7. Mesleki bağlılık ölçek ifadelerine ilişkin katılım düzeyleri

Boyut	Madde	1	2	3	4	5	Ort.	Düzey %
Duygusal Bağlılık	Hemşirelik kişisel imajım açısından önem taşımaktadır.	7,3	12,7	16,0	34,4	29,6	3,66	73,3
	Hemşirelik mesleğine girdiğim için pişmanım.	19,9	27,5	29,9	12,7	10,0	2,65	53,1
	Hemşire olduğum için gurur duyuyorum.	5,4	7,3	27,2	36,9	23,3	3,65	73,1
	Bir hemşire olmaktan hoşlanmıyorum	27,5	34,1	19,6	9,7	9,1	2,39	47,7
	Hemşirelik mesleği ile kendimi özdeşleştiremiyorum	28,1	37,2	17,5	10,6	6,6	2,31	46,1
	Hemşireliği heyecan verici bir meslek olarak görüyorum.	9,1	18,4	23,0	36,3	13,3	3,26	65,3
Devam Bağlılığı	Bu mesleğe şimdi değiştirmeyi düşünemeyecek kadar çok şey verdim.	5,1	13,6	22,4	35,6	23,3	3,58	71,7
	Benim için mesleğimi değiştirmek şu anda çok zor olur.	6,6	11,5	16,6	39,3	26,0	3,66	73,3
	Eğer mesleğimi değiştirirsem hayatım büyük ölçüde altüst olur.	13,0	23,9	26,3	22,4	14,5	3,02	60,3
	Şu anda mesleğimi değiştirmem bana çok pahalıya patlar.	10,3	19,3	20,2	31,1	19,0	3,29	65,9
	Beni hemşirelik mesleğini değiştirmekten alıkoyacak herhangi bir neden yok	13,3	29,6	27,8	19,3	10,0	2,83	56,6
	Şu anda mesleğimi değiştirmem için kişisel olarak çok önemli fedakarlıklara katlanmam gerekir.	14,8	25,7	33,2	16,0	10,3	2,81	56,3

Tablo 7. Mesleki bağlılık ölçek ifadelerine ilişkin katılım düzeyleri (devam)

	Belirli bir mesleğin eğitimini almış kişilerin o mesleği makul bir süre yapma sorumluluğu taşımaları gerektiğine inanıyorum.	6,9	13,9	16,3	35,6	27,2	3,62	72,4
	Hemşirelik mesleğinde kalmak için herhangi bir yükümlülük hissetmiyorum.	14,8	33,8	26,0	16,9	8,5	2,70	54,1
Normatif Bağlılık	Hemşirelik mesleğine devam etmeyi, yerine getirmem gereken bir sorumluluk olarak görüyorum	9,4	23,0	25,1	27,8	14,8	3,16	63,1
	Bana avantaj sağlayacak olsa bile, hemşirelik mesleğini bırakmaya hakkım olmadığını düşünüyorum.	25,7	35,3	25,4	7,6	6,0	2,33	46,6
	Hemşireliği bırakırsam kendimi suçlu hissederim.	22,4	30,2	25,4	12,1	10,0	2,57	51,4
	Mesleğime duyduğum sadakatten dolayı hemşirelik yapmaya devam ediyorum	10,6	23,6	20,5	29,0	16,3	3,17	63,4

%1: Kesinlikle katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Kararsızım 4: Katılıyorum 5: Kesinlikle katılıyorum

Tabloda mesleki bağlılık ölçek ifadelerine katılım düzeyleri verilmiştir. Ölçeğe en fazla katılım %73,3 oran ile "benim için mesleğimi değiştirmek şu anda çok zor olur", %73,3 oran ile "hemşirelik kişisel imajım açısından önem taşımaktadır" ve %73,1 oran ile "hemşire olduğum için gurur duyuyorum" ifadelerinedir.

Ölçeğe en az katılım ise %46,1 oran ile "hemşirelik mesleği ile kendimi ile özdeşleştiremiyorum", %46,1 oran ile "bana avantaj sağlayacak olsa bile, hemşirelik mesleğini bırakmaya hakkım olmadığını düşünüyorum" ve %47,7 ile "bir hemşire olmaktan hoşlanmıyorum" ifadelerinedir.

Tablo 8. Mesleki bağlılığın yaşa göre karşılaştırılması

		n	Ort.	ss	F	p
Duygusal Bağlılık	25 altı	41	21,46	5,11	0,819	0,537
	25-29	99	21,70	5,35		
	30-34	40	19,85	4,75		
	35-39	55	21,35	5,04		
	40-44	55	20,91	5,46		
	44 üstü	40	21,45	4,69		
Devam Bağlılığı	25 altı	41	19,00	4,03	1,510	0,186
	25-29	99	19,20	4,33		
	30-34	40	18,80	4,79		
	35-39	55	19,47	3,77		
	40-44	55	20,53	4,19		
	44 üstü	40	20,48	4,09		
Normatif Bağlılık	25 altı	41	18,76	4,59	1,380	0,232
	25-29	99	18,45	4,27		
	30-34	40	16,70	4,77		
	35-39	55	17,62	4,79		
	40-44	55	18,22	5,03		
	44 üstü	40	18,93	4,64		
Mesleki Bağlılık	25 altı	41	59,22	8,35	1,581	0,165
	25-29	99	59,35	8,62		
	30-34	40	55,35	10,13		
	35-39	55	58,44	10,06		
	40-44	55	59,65	11,09		
	44 üstü	40	60,85	9,44		

Tabloda hemşirelerin yaşlarının mesleki bağlılık ile ilgisi verilmiştir. Yaş ile mesleki bağlılık arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 9. Mesleki bağlılığın cinsiyete göre karşılaştırılması

		n	Ort.	ss	t	p
Duygusal Bağlılık	Kadın	284	21,27	5,07	0,278	0,781
	Erkek	47	21,04	5,56		
Devam Bağlılığı	Kadın	284	19,38	4,14	-1,708	0,089
	Erkek	47	20,51	4,67		
Normatif Bağlılık	Kadın	284	18,13	4,55	-0,175	0,861
	Erkek	47	18,26	5,24		
Mesleki Bağlılık	Kadın	284	58,77	9,46	-0,686	0,493
	Erkek	47	59,81	10,47		

Tabloda mesleki bağlılık ile cinsiyet ilişkisi verilmiştir. Cinsiyet ile mesleki bağlılık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 10. Mesleki bağlılığın mesleki çalışma süresine göre karşılaştırılması

		n	Ort.	ss	F	p
Duygusal Bağlılık	1-2	51	22,18	5,04	1,052	0,387
	3-5	58	21,90	5,15		
	6-10	71	20,38	5,08		
	11-15	42	21,10	5,27		
	16-20	48	21,56	5,01		
	20 üstü	60	20,87	4,99		
Devam Bağlılığı	1-2	51	19,04	3,89	1,557	0,172
	3-5	58	18,91	4,57		
	6-10	71	19,24	4,54		
	11-15	42	19,45	4,24		
	16-20	48	19,94	3,84		
	20 üstü	60	20,75	3,91		

Tablo 10. Mesleki bağlılığın mesleki çalışma süresine göre karşılaştırılması (devam)

Normatif Bağlılık	1-2	51	19,31	4,35	2,191	0,055
	3-5	58	18,28	4,64		
	6-10	71	17,58	4,21		
	11-15	42	16,48	4,54		
	16-20	48	18,56	5,41		
	20 üstü	60	18,62	4,56		
Mesleki Bağlılık	1-2	51	60,53	8,64	1,467	0,200
	3-5	58	59,09	8,99		
	6-10	71	57,20	8,68		
	11-15	42	57,02	10,12		
	16-20	48	60,06	11,25		
	20 üstü	60	60,23	9,55		

Mesleki çalışma süresi farklı sağlık çalışanları arasında Mesleki Bağlılık puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 11. Mesleki bağlılığın hastanede çalışma süresine göre karşılaştırılması

		n	Ort.	ss	F	p
Duygusal Bağlılık	1-2	85	21,82	5,28	1,111	0,354
	3-5	52	21,37	5,30		
	6-10	54	20,04	5,02		
	11-15	48	21,48	5,28		
	16-20	43	20,53	5,74		
	20 üstü	49	21,78	3,95		
Devam Bağlılığı	1-2	85	18,47	3,77	2,524	0,029*
	3-5	52	19,56	5,01		
	6-10	54	19,56	4,36		
	11-15	48	19,33	4,26		
	16-20	43	20,16	3,98		
	20 üstü	49	21,00	3,76		

Tablo 11. Mesleki bağlılığın hastanede çalışma süresine göre karşılaştırılması (devam)

Normatif Bağlılık	1-2	85	18,96	4,42	2,115	0,063
	3-5	52	17,90	4,53		
	6-10	54	16,89	4,07		
	11-15	48	17,19	4,94		
	16-20	43	18,70	5,71		
	20 üstü	49	18,82	4,13		
Mesleki Bağlılık	1-2	85	59,26	9,05	1,603	0,159
	3-5	52	58,83	8,51		
	6-10	54	56,48	8,31		
	11-15	48	58,00	11,38		
	16-20	43	59,40	12,32		
	20 üstü	49	61,59	7,84		

Hastanede çalışma süresi farklı sağlık çalışanları arasında Devam Bağlılığı puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). 1-2 yıldır hastanede çalışanlarda Devam Bağlılığı en düşük iken (18,47) 20 yıl üstü süredir çalışanlarda en yüksektir (21,00). Çalışma şartlarında her geçen artan zorluklar, beklenmedik kriz ve kaos ortamları hemşireleri daha hızlı yıpratmakta ve mesleklerine olan duygusal bağlılığı azaltırken devam bağlılığını arttırdığı tespit edilmiştir. Normatif ve Mesleki Bağlılık için ise fark anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 12. Mesleki bağlılığın meslek hayatında şiddete maruz kalma durumuna göre karşılaştırılması

		n	Ort.	ss	F	p
Duygusal Bağlılık	Evet, 1-2 kez	144	20,63	5,11	2,863	0,059
	Evet, sıklıkla	40	20,68	4,85		
	Hayır, hiçbir zaman	147	21,99	5,16		
Devam Bağlılığı	Evet, 1-2 kez	144	19,94	4,02	1,740	0,177
	Evet, sıklıkla	40	19,88	4,42		
	Hayır, hiçbir zaman	147	19,05	4,35		
Normatif Bağlılık	Evet, 1-2 kez	144	17,59	4,59	1,837	0,161
	Evet, sıklıkla	40	18,48	5,04		

	Hayır, hiçbir zaman	147	18,60	4,56		

Tablo 12. Mesleki bağlılığın meslek hayatında şiddete maruz kalma durumuna göre karşılaştırılması (devam)

	Evet, 1-2 kez	144	58,15	9,36		
Mesleki Bağlılık	Evet, sıklıkla	40	59,03	10,26	0,875	0,418
	Hayır, hiçbir zaman	147	59,64	9,65		

Meslek hayatında şiddete maruz kalma durumu ile sağlık çalışanları arasında mesleki bağlılık puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 13. Mesleki bağlılığın son 1 yılda şiddete maruz kalma durumuna göre karşılaştırılması

		n	Ort.	ss	F	p
	Evet, 1-2 kez	82	20,51	5,18		
Duygusal Bağlılık	Evet, sıklıkla	21	20,76	5,47	1,306	0,272
	Hayır, hiçbir zaman	228	21,54	5,08		
	Evet, 1-2 kez	82	19,12	4,03		
Devam Bağlılığı	Evet, sıklıkla	21	20,00	4,67	0,594	0,553
	Hayır, hiçbir zaman	228	19,64	4,26		
	Evet, 1-2 kez	82	17,65	4,53		
Normatif Bağlılık	Evet, sıklıkla	21	18,76	5,34	0,735	0,480
	Hayır, hiçbir zaman	228	18,27	4,63		
	Evet, 1-2 kez	82	57,28	9,52		
Mesleki Bağlılık	Evet, sıklıkla	21	59,52	10,89	1,594	0,205
	Hayır, hiçbir zaman	228	59,45	9,48		

Tabloda son 1 yılda şiddete maruz kalma durumu ile mesleki bağlılık arasındaki ilişki analizi verilmiştir. Son 1 yılda şiddete maruz kalma durumu ile mesleki bağlılık puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 14. Mesleki bağlılığın birimde veya çalışma arkadaşında şiddete maruz kalma durumuna göre karşılaştırılması

		n	Ort.	ss	F	p
Duygusal Bağlılık	Evet, 1-2 kez	154	21,23	4,79	2,236	0,109
	Evet, sıklıkla	53	20,00	5,38		
	Hayır, hiçbir zaman	124	21,77	5,38		
Devam Bağlılığı	Evet, 1-2 kez	154	19,45	4,24	0,086	0,918
	Evet, sıklıkla	53	19,72	4,33		
	Hayır, hiçbir zaman	124	19,57	4,20		
Normatif Bağlılık	Evet, 1-2 kez	154	17,82	4,59	1,267	0,283
	Evet, sıklıkla	53	17,87	4,90		
	Hayır, hiçbir zaman	124	18,67	4,60		
Mesleki Bağlılık	Evet, 1-2 kez	154	58,49	9,59	1,478	0,230
	Evet, sıklıkla	53	57,58	9,58		
	Hayır, hiçbir zaman	124	60,02	9,58		

Tabloda biriminde ve çalışma arkadaşlarının arasında şiddete maruz kalma durumu ile mesleki bağlılık ile ilişkisi verilmiştir. Biriminde veya çalışma arkadaşında şiddete maruz kalınma durumu farklı olan sağlık çalışanları arasında mesleki bağlılık puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 15. Mesleki bağlılığın hasta tarafından şiddete maruz kalınma durumuna göre karşılaştırılması

		n	Ort.	ss	t	p
Duygusal Bağlılık	Evet	106	20,30	5,70	-2,272	0,024*
	Hayır	224	21,67	4,80		
Devam Bağlılığı	Evet	106	20,17	4,32	1,987	0,048*
	Hayır	224	19,19	4,10		
Normatif Bağlılık	Evet	106	17,42	4,89	-1,906	0,058
	Hayır	224	18,46	4,50		
Mesleki Bağlılık	Evet	106	57,90	9,85	-1,269	0,205
	Hayır	224	59,33	9,42		

Tabloda hasta tarafından şiddete maruz kalma durumu ile mesleki bağlılık arasında ilişki analizi verilmiştir. Hasta tarafından şiddete maruz kalan sağlık çalışanları ile hasta tarafından şiddete maruz kalmayan sağlık çalışanları arasında Duygusal Bağlılık, Devam Bağlılığı puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Hasta tarafından şiddete maruz kalanlarda Duygusal Bağlılık daha düşük iken (20,30) Devam Bağlılığı daha yüksektir (20,17). Normatif ve Mesleki Bağlılık için ise fark anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 16. Mesleki bağlılığın hasta yakını veya ziyaretçi tarafından şiddete maruz kalınma durumuna göre karşılaştırılması

		n	Ort.	ss	t	p
Duygusal Bağlılık	Evet	193	20,80	4,95	-1,798	0,073
	Hayır	137	21,83	5,36		
Devam Bağlılığı	Evet	193	19,56	4,21	0,301	0,763
	Hayır	137	19,42	4,19		
Normatif Bağlılık	Evet	193	17,74	4,72	-1,838	0,067
	Hayır	137	18,69	4,50		
Mesleki Bağlılık	Evet	193	58,10	9,69	-1,725	0,085
	Hayır	137	59,94	9,31		

Hasta yakını veya ziyaretçisi tarafından şiddete maruz kalma ile mesleki bağlılık arasındaki ilişkiyi inceleyen analiz sonuçları tabloda verilmiştir. Hasta yakını veya ziyaretçisi tarafından şiddete maruz kalan sağlık çalışanları ile bu konuda şiddete maruz kalmayan hemşireler arasında mesleki bağlılık puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 17. Mesleki bağlılığın hastane çalışanı tarafından şiddete maruz kalınma durumuna göre karşılaştırılması

		n	Ort.	ss	t	p
Duygusal Bağlılık	Evet	32	20,28	4,52	-1,100	0,272
	Hayır	298	21,33	5,20		
Devam Bağlılığı	Evet	32	18,97	4,56	-0,762	0,446
	Hayır	298	19,56	4,16		
Normatif Bağlılık	Evet	32	17,72	4,18	-0,527	0,599
	Hayır	298	18,17	4,70		
Mesleki Bağlılık	Evet	32	56,97	7,98	-1,182	0,238
	Hayır	298	59,07	9,71		

Tabloda mesleki bağlılığın hastane çalışanı tarafından şiddete maruz kalınma durumuna göre karşılaştıran tablo verilmiştir. Hastane çalışanı tarafından şiddete maruz kalan hemşireler ile bu konuda şiddete maruz kalmayan hemşireler arasında mesleki bağlılık puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 18. Mesleki bağlılığın yönetici tarafından şiddete maruz kalınma durumuna göre karşılaştırılması

		n	Ort.	ss	t	p
Duygusal Bağlılık	Evet	24	20,92	5,27	-0,310	0,757
	Hayır	306	21,25	5,14		
Devam Bağlılığı	Evet	24	19,17	3,52	-0,411	0,681
	Hayır	306	19,53	4,25		
Normatif Bağlılık	Evet	24	16,75	4,70	-1,514	0,131
	Hayır	306	18,24	4,63		
Mesleki Bağlılık	Evet	24	56,83	10,15	-1,082	0,280
	Hayır	306	59,03	9,52		

Tabloda mesleki bağlılığın yönetici tarafından şiddete maruz kalınma durumuna göre karşılaştırılması verilmiştir. Yöneticisi tarafından şiddete maruz kalan hemşireler ile bu

konuda şiddete maruz kalmayan hemşireler arasında mesleki bağlılık puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

TARTIŞMA

Çalışma sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin hemşirelerin mesleki bağlılığı üzerine etkisinin belirlenmesi için yapılmıştır.

Trakya Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi hastanesinde çalışan 332 hemşirelerin katılımı ile yapılan çalışmada %85,8 kadın, %14,2 erkek katılımcı ve yaş grupları %12,4;25 altı, %30,0; 25 ve 29 yaş aralığı, %12,1; 30 ile 34 yaş aralığı, %16,7; 35-39 yaş arası, 16,7; 40 ile 44 yaş aralığı ve %12,1 ise 44 yaş ve üzeri aralığındadır.

Hemşirelerin meslekte toplam çalışma sürelerinin dağılımı ise; %21,5`i 6-10 yıl arası, %17,6`sı 3-5 yıl arası, %15,5`i 1-2 yıl arası, %14,5`i 16-20 yıl arası, %11,5`i 21-25 yıl arası ve %6,7`si ise 25 yıl üzeri süredir çalışmaktadır.

Hemşirelerin hastanede toplam çalışma yıllarının dağılımı ise; %25,7`si 1-2 yıl, %15,7`si 3-5 yıl, %16,3 6-10 yıl, %14,5`i 11-15 yıl, %13,0`i 16-20 yıl, %9,7`si 21-25 yıl ve %5,1`i 25 yıl üstü tıp fakültesi hastanesinde çalışmaktadır.

Çalışmanın sonucuna göre hemşirelerin; %44,4`ü "hayır, hiçbir zaman", %43,5`i "evet, 1-2 kez" ve %12,1`i "evet, sıklıkla" meslek hayatları boyunca şiddete maruz kalmıştır.

Çalışma ile ters orantılı olarak İsrail`de ve Amerika`da sağlık çalışanların %12`si çalışma yaşamı boyunca en az bir kez şiddete maruz kaldığını bildirmiştir (4).

Bir diğer çalışmada ise şiddet toplumsal hayatta küresel bir sorun haline gelmiş olup sağlık çalışanlarının ise diğer sektörlere kıyasla 16 kat daha fazla şiddete maruz kalmakta ve sağlık çalışanlarının içerisinde de en fazla hemşirelerin şiddete maruz kaldığı vurgulanmıştır (3).

Çalışmada hemşireler son 1 yıl içinde şiddete maruz kalma sorusuna ise; %68,9 "hayır hiçbir zaman", %24,8`i "evet,1-2 kez" ve %6,3`ü "sıklıkla" cevaplarını vermişlerdir.

Pakistan`da 822 katılımcı; %21,2`si hemşire, %15,8`si doktor ve %15,1`i tekniker olmak üzere sağlık çalışanları ile yapılan çalışmanın sonucunda; son 1 yıl içerisinde çalışanların üçte biri ya şiddete maruz kalmış ya da şiddete şahit olduğunu bildirdiği tespit edilmiştir (99).

Kanada' da 210 hastanede 8.780 katılımcı ile yapılan çalışmanın sonucunda katılımcıların son 1 yıl içerinde yaklaşık yarısının duygusal taciz, saldırı tehdidi, fiziksel saldırı, sözlü taciz ve cinsel saldırıya uğradığı tespit edilmiştir (100). Ayrıca Avustralya'da hemşireler şiddet olaylarını günlük yapmaları gereken işin parçası olarak kabullendiklerini ifade etmişlerdir (101).

Çalışmada hemşirelerin şiddet türlerinden en fazla %69,2 oranı ile sözlü şiddete, %28,7'sinin tehdit aldığının, %23,3 oranında fiziksel şiddete, %2,4 oranında diğer ve %2,1 oranı ile silahlı/bıçaklı saldırıya maruz kaldığı sonucu saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin %58,5'i hasta yakını/ziyaretçisi, %32,1'i hasta, %9,7'si hastane çalışanı, %7,3'ü yönetici/supervisior ve %1,8'i diğerleri tarafından şiddete maruz kaldığını belirtip şiddeti uygulayan kişiler olarak tanımlamıştır.

2011 yılında yayınlanan ve Neslihan Keser Özcan ve Hülya Bilgin tarafından yürütülen sistematik derleme niteliğindeki bir başka çalışmada, Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin oranının bildirilenden daha fazla olduğu, şiddete en fazla hemşirelerin maruz kaldığı ve sözel şiddetin daha fazla olduğu ve şiddete hasta yakınlarını takiben hasta tarafından maruz bırakıldığı tespit edilmiştir (102).

Behçet Al vd. tarafından yapılan derleme niteliğindeki çalışmada ise bu durumun tersine değinilmiştir. Dünya'da sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin en fazla hastalar tarafından uygulandığı saptanmıştır (4). 15-40 ve 70-85 yaş arasındaki hastaların daha fazla şiddet uyguladığı saptanmıştır (103).

ABD'de acil servislerde 3. 465 hemşire ile gerçekleştirilen çalışmaya göre 811 hemşire; yaklaşık %23'ünün hasta veya hasta yakını kaynaklı son 3 yıl içerisinde fiziksel şiddete maruz kaldıkları ve fiziksel şiddetin sözel şiddete kıyasla 20 kez daha fazla arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca hemşirelerin %20'si aynı zaman içerisinde 200 kez daha fazla sözel şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır (68). Bu çalışmada hemşirelerin fiziksel şiddete daha fazla maruz kamaları çalışma ile benzerlik göstermektedir.

WHO, ILO ve ICN'nun 2002 yılı ortak raporuna göre farklı ülkelerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet oranlarına bakıldığında, çalışanların en fazla %27-67'sinin sözel

şiddete maruz kaldığı saptanmıştır(1). İngiltere, Hong Kong ve Çin'de sözel şiddet oranı %43-73, fiziksel şiddet oranı %5,3-21 olarak tespit edilmiştir (104). Bu oran çalışmamızı doğrulamaktadır.

Hemşireler sağlık çalışanlarına yönelik şiddet haber/olay duyulduğunda hissedilen duyguları tarifinde ise; %63,1'i "üzüntü, kırgınlık", %26,3'ü "öfke, sinir", %16,0'sı "değersiz hissetme", %11,2'si "umutsuzluk, motivasyonsuzluk", %11,2'si "diğer", %7,3'ü "halsizlik", %6,9`u "kanunsuzluk, adaletsizlik", %5,7'si "saygısızlık", %4,8'si "korku, endişe" ve %3,3'ü "güven sorunu" hissettiğini belirtmiştir.

Avrupa'nın en büyük hastane öncesi acil servisi olan SUMMA-112`de 441 katılımcı ile yapılan çalışmanın sonucunda; şiddete maruz kalan sağlık çalışanın daha fazla duygusal tükenme, kaygı, duyarsızlaşma ve daha düşük kişisel başarı gösterdiği saptanmıştır (105).

Pakistan'da yapılan çalışma da şiddete maruz kalan personellerin motivasyon ve performanslarının düştüğü, iş tatminlerinin azaldığına yer verilmiştir. Lübnan'daki çalışmada bu durumun iş bırakma gibi daha ağır sonuçlanabileceğine yer verilmiştir (99).

Şiddet sonrası ise sağlık çalışanlarında üzüntü, kırgınlık, kızgınlık, öfke, değersizlik, saygısızlık, tükenmişlik, akut stres bozukluğu, depresif uyum bozukluğu gibi psikolojik problemler, güvensizlik, endişe gibi durumların hissettikleri tespit edilmiştir (4).

Şiddet personelde güvensizlik, korku, tükenmişlik ve dolayısıyla duyarsızlaşmaya neden olmaktadır. Bu durumda verilen hizmet kalitesinde düşmeye sebep olmaktadır (106).

Kanada'da 210 hastanede 8.780 katılımcı ile yapılan çalışmanın sonucunda hemşirelerin maruz kaldığı şiddetin hemşirelerde sinir, acıtasyon, kontrol, güç kaybına, kendine güvensizlik, iş memnuniyetsizliği, negatif ilişkiler sonucunda aşağılanma ve utanç duymaya ve iş bırakmaya neden olduğu tespit edilmiştir (100).

İngiltere'de yapılan işyerinde şiddet ile ilgili yapılan yazın taraması kapsamında hemşirelerin daha fazla şiddete maruz kaldıkları doğrulanmakla birlikte şiddete maruz kaldıktan veya tanık olduktan sonra; uyku bozukluğu, abartılı irkilme tepkisi, yapılması gereken işlerden kaçınma, stres, öfke, keder, depresyon ve hayata olumsuz bakış açılarını hissettikleri gözlenmiştir (107).

Avustralya'da ve Birleşik Krallık'ta yapılan çalışmanın sonucunda hemşirelerin şiddete maruz kalmalarının sonucunda hemşirelerin kişisel yaşamlarında olumsuz sonuçlara, moral bozukluğuna, işten ayrılmaya ve verimliliğin azalmasına sebep olduğu saptanmıştır (101).

Çalışmada yaş farklılığının sağlık çalışanları arasında mesleki bağlılık puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır.

Kuşak farklılığı yaş farkını belirtmektedir. Kübra Gökalp tarafından (2021) Türkiye`nin doğu illerinden birinde yapılan çalışmada kuşak farkının hemşirelerin mesleki bağlılıkları üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır. Fakat çalışma yaşamında kuşakların gösterdikleri farklılıklar iş ve örgüte yönelik tutumlarına da yansımakta olduğu belirtilmekteydi (94).

Ankara`da üniversite hastanesinde yapılan çalışmanın sonucunda 41 yaş ve üzeri hemşirelerin duygusal bağlılıklarının diğer yaş grubundaki hemşirelere göre yüksek bulunmuştur (76).

Çalışmada kadın ve erkek sağlık çalışanları arasında mesleki bağlılık puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır.

Kübra Gökalp tarafından yapılan (2021) çalışmanın sonucunda da cinsiyet farklılığı tek başına değişken iken hemşirelerin mesleki bağlılıkları üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır (94).

Karaman kamu hastanesi sağlık çalışanlarında psikolojik şiddetin etkisinin bulgularına bakıldığında cinsiyetin mesleki bağlılık ile istatiksel anlamlı farkı bulunmamaktadır. Yani cinsiyetin mesleki bağlılık üzerinde etkisi bulunmamaktadır. Bu sonuç çalışma sonucu ile benzemektedir (108).

Çalışmada mesleki çalışma süresi farklı sağlık çalışanları arasında mesleki bağlılığı puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır. Çalışmada 1-2 yıldır çalışma süresi olan hemşirelerin, 20 yıldır çalışma süresi olan hemşirelere göre mesleki bağlılıkları daha fazladır.

Ankara'da eğitim araştırma hastanesinde yapılan çalışmanın sonucunda meslekte çalışma süresi 21 yıl ve üzeri olan hemşirelerin mesleki bağlılıkları diğer hizmet sürelerine göre daha fazladır (76). Bu durum çalışma ile çelişkilidir.

Hastanede çalışma süresi farklı sağlık çalışanları arasında Devam Bağlılığı puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). 1-2 yıldır hastanede çalışanlarda Devam Bağlılığı en düşük iken (18,47) 20 yıl üstü süredir çalışanlarda en yüksektir (21,00). Duygusal, Normatif, Mesleki Bağlılık için ise fark anlamlı değildir.

Bursa`da otomotiv sektörü çalışanları ile yapılan çalışmada mesleki bağlılıklarının yaşa göre değişmediğini, örgütsel bağlılık boyutlarından sadece devamlılık bağlılığının yaşa göre farklılık gösterdiğini, yaş artıkça devamlılık bağlılığının arttığı sonucu bulunmuştur. Devam bağlılığının yüksek olması istenen bir durum değildir. Örgütten ayrılmanın azalmasına katkıda bulunmasına rağmen duygusal bağlılık hissetmeyen, alternatif azlığı nedeniyle

bağlılık hisseden çalışanların meslekten ayrılmayı daha fazla istedikleri, mesleki tatmine inancın yitirdiği bilinmektedir (109).

Hasta tarafından şiddete maruz kalan sağlık çalışanları ile hasta tarafından şiddete maruz kalmayan sağlık çalışanları arasında Duygusal Bağlılık, Devam Bağlılığı puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0,024,0,048<0,05$). Hasta tarafından şiddete maruz kalanlarda Duygusal Bağlılık daha düşük iken (20,30) Devam Bağlılığı daha yüksektir (20,17). Normatif ve Mesleki Bağlılık için ise fark anlamlı değildir ($p>0,05$).

Mesleki Duygusal bağlılık; çalışanların mesleğin amaç ve değerlerini benimsemesi ve bütünleşmesidir. Duygusal bağlılık, en çok gerçekleşmesi istenen boyuttur. Kişinin mesleğini gönülden severek yapması, meslekte kalmayı istemesi ve mesleği ile özdeşleşmesidir. Mesleğine duygusal olarak yüksek bağlılık gösteren çalışanların davranışları incelendiğinde örgüte daha fazla bağlı oldukları ve mesleki gelişimlerine önem verdikleri gözlemlenmiştir (96). İstatiksel olarak anlamlı fark olması ters yönlü ilişkiyi ifade etmektedir. Çalışmada hasta tarafından şiddete maruz kalan hemşirelerde duygusal bağlılığın zayıf olduğu sonucuna varılmaktadır.

Devamlılık bağlılığı ise; bireyin mesleğine bırakamayacak kadar çok fazla yatırım yapmış olmasını ifade etmektedir (76.). Bireylerin işinden ayrılmaları sonucunda ortaya çıkacak maliyetlerden veya iş alternatiflerinin azlığında dolayı çalışmaya devam etmesidir. (110). Devam bağlılığının yüksek olması iş doyumsuzluğuna, verimlilik sorunlarına, işe geç gelme sorunlarına, örgüte bağlılığın düşük olmasına, personel devir hızının yüksek ve maliyetlerinin fazla olmasına sebep olduğuna çeşitli çalışmalarda ulaşılmıştır (92). Çalışmada hasta tarafından şiddete maruz kalan hemşirelerin işine devam bağlılığı; duygusal bağlılık ve normatif bağlılıktan oldukça yüksek çıkmıştır. Araştırmalar incelendiğinde; çalışmanın sonucu ile benzer olarak duygusal bağlılık ve normatif bağlılığın sağlık çalışanlarında diğer sektör çalışanlarına göre daha düşük olduğu, buna karşın devamlılık bağlılığının sağlık çalışanlarında daha yüksek olduğu görülmektedir (76).

Normatif bağlılık; meslekte kalma yükümlülüğüdür. Bireylerin mesleği ahlaki bir görev olarak düşünmeleri ve mesleklerinden ayrılmamaları gerekiyormuş gibi algılandıklarından dolayı meslekte kalmalarıdır. Bireyler özel kurallar veya tanımlamalardan dolayı meslekte kalma zorunluluğu hissetmektedir (111).

Ankara`da 7 devlet hastanesinde ve 3 üniversite hastanesinde 355 hemşirenin katılımı ile yapılan çalışmada mesleki bağlılık ile duygusal bağlılık arasında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Dolayısıyla mesleğe bağlılık ile duygusal bağlılık arasında ilişki olmayabileceği saptanmıştır. Bu durum çalışmamız ile ters orantılıdır. Çalışmada duygusal

bağlılık istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Çalışmada hasta tarafından şiddete maruz kalma sonucunda devam bağlılığında istatiksel olarak fark saptanmışken sonucunun tersine aynı çalışmada devam bağlılığı ile mesleki bağlılık arasında pozitif zayıf ilişki saptanmıştır. Hemşirelerin devam bağlılığı arttıkça mesleki bağlılıklarının artığı belirtilmiştir. Normatif bağlılık her iki çalışmada istatistiksel olarak fark anlamlı değildir (110).

Tayvan`da 579 hemşireye yapılan çalışmanın bulgularında da hemşirelerde devam bağlılığının yüksek çıkmıştır. Devam bağlılığı hemşireleri elde tutmada etkilidir fakat devam bağlılığından ziyade duygusal bağlılık arttırmak için hemşirelerin iş yükünün azaltılması, istihdam politikalarının gözden geçirilmesi, ekonomik fayda ve maliyet analizinin yapılanmasının gerekli olduğu tespit edilmiştir. Bu analizler bizim çalışmamız ve yazınla paraleldir (6).

SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Hemşirelerin %44,4`ünün meslek hayatları boyunca şiddete maruz kalmamış iken, %43,5'nin meslek hayatında 1-2 kez şiddete maruz kaldığı saptanmıştır.

Hemşirelerin %68,9`unun son 1 yıl içerisinde şiddete maruz kalmamış iken, %24,8`inin sıklıkla maruz kaldığı tespit edilmiştir. Bu durumun temel sebebinin Covid-19 salgını nedeni ile hastanelere yapılan randevuların ve ziyaretlerin kısıtlılığı olarak düşünülmektedir.

Şiddetin %58,5`inin hasta yakını/ziyaretçisi, %32,1`nin hasta, %9,7`sinin hastane çalışanından ve %7,3`ünün yönetici/supervisior tarafından gösterildiği saptanmıştır.

Maruz kalınan şiddetin %69,2`sinin sözlü şiddet, %28,7`sinin tehdit, %23,3`ünün fiziksel şiddet, %2,1`inin silah/bıçak saldırısı olduğu öğrenilmiştir.

Sağlık çalışanlarına şiddet uygulandığında duyulan duyguların dağılımının ise; %63,1 ile "üzüntü, kırgınlık", %26,3`ü "öfke, sinir", %16,0`si "değersiz hissetme", %11,2`si "umutsuzluk ve motivasyonsuzluk" %7,3`ünde "halsizlik", %6,9`unda "kanunsuzluk, adaletsizlik", %5,7`sinde "saygısızlık", %4,8`sinde "korku, endişe" ve %3,3`ünde "güven sorunu" şeklinde olduğu bulundu.

Sağlık çalışanlarının mesleki bağlılık ölçek ifadelerine ilişkin katılım düzeyleri incelendiğinde en çok katılım gösterilen maddeler; %73,3 oran ile "benim için mesleğimi değiştirmek şu anda çok zor olur", %73,3 oran ile "hemşirelik kişisel imajım açısından önem taşımaktadır" ve %73,1 oran ile "hemşire olduğum için gurur duyuyorum" şeklindedir. En az

katılım gösterilen maddeler ise; %46,1 oran ile “hemşirelik mesleği ile kendimi özdeşleştiremiyorum”, %46,1 oran ile “bana avantaj

sağlayacak olsa bile, hemşirelik mesleğini bırakmaya hakkım olmadığını düşünüyorum" ve %46,6 "bir hemşire olmaktan hoşlanmıyorum" şeklindedir.

Hastanede çalışma süresi açısından; sağlık çalışanları arasında devamlılık bağlılığı ile mesleki bağlılık açısından istatiksel anlamlı fark mevcuttur. Hemşirelerin aynı hastanede çalışma süresi arttıkça devam bağlılığı artmaktadır.

Hemşirelerin hasta tarafından şiddete maruz kalan ile kalmayanlar arasında duygusal ve devamlılık bağlılık açısından istatiksel anlamlı fark mevcut iken, normatif bağlılıkta ise istatiksel anlamlı fark bulunmamaktadır. Hasta tarafından şiddete maruz kalanlarda duygusal bağlılık düşük iken; devam bağlılığı yüksektir.

ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre kurumsal ve genel düzeyde öneriler aşağıda yer verilmiştir.

Kurumsal düzeyde;

- ✓ Sağlık kurumlarında iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili politika ve prosedürler geliştirilmeli ve şiddet iyi raporlanıp takip edilmelidir.
- ✓ Sağlık kuruşlarının fiziki koşulları ile güvenlik şartları iyileştirilmeli (giriş bölümlerine metal dedektöklerin konulması, güvenlik kameralarının sayısının artırılması, güvenlik görevlilerinin sayısının artırılması, alarm kurulması vb. gibi).
- ✓ Sağlık çalışanlarına kişilerarası iletişim becerileri, öfke kontrolü, şiddet davranışına eğilimli bireyleri tanıma ve izleme, şiddete karşı tedbir alma ve güvenlik konularında hizmet içi eğitimler uygulanmalıdır.
- ✓ İş güvenliği politikası belirlenmeli, tüm sağlık çalışanları bilgilendirilmeli ve bu politikaya katılmalı, yönetici desteği ve denetimi olmalıdır.
- ✓ Sağlık kuruluşlarında şiddete riskli yerler belirlenmeli ve tehdit haritası çıkarılmalıdır.
- ✓ Sağlık kurumlarında meydana gelen şiddeti kayıt tutan ve bu kayıtları düzenli olarak inceleyen bir birim olmalıdır.
- ✓ Bekleme salonları çalışma sahasının yakınında olmamalı, bekleme süreleri kısaltılmalı ve hasta yoğunluğu azaltılmalıdır.

Genel düzeyde;

- ✓ Sağlık çalışanları tedavi ve bakım süreci ile ilgili olarak, uygun kişilerarası iletişim yöntemlerini kullanarak güven verici ortamda hastaların ve yakınlarının anlayabilecekleri şekilde ayrıntılı olarak bilgilendirmelidir.
- ✓ Toplumdaki yerleşik olan şiddet algısını değiştirmeye yönelik yasal düzenlemeler ve politikalar yapılmalıdır.
- ✓ Sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik tarafların görüşleri alınarak yasal düzenlemeler yapılıp en kısa sürede yürürlüğe koyulmalı ve toplum bilgilendirilmelidir.
- ✓ Hastaların sorunlarını rahatça ifade etmeleri sağlanmalı ve sağlık çalışanlarının hastalar ile güven verici ilişki kurabilmeleri için kişilerarası iletişim ve empati konularında eğitim almaları sağlanmalıdır.
- ✓ Ülke çapında yer alan tüm sağlık kurumlarında şiddeti önleme ve yaşanabilecek olayların önüne geçilebilmesinde şiddet müdahale programları uygulanmalıdır.
- ✓ Toplumu hasta hakları, sağlık çalışanlarına şiddet uygulayanlara karşı yasal düzenlemelerde yer alan cezai yaptırımlar ve şiddete maruz kalan sağlık personelinin yaşadığı zorluklar konularında bilinçlendirmek amacı ile kitle iletişim araçları aracılığıyla yayınlar, haberler ve filmler yapılmalı ve kamu spotları yayınlanmalıdır.
- ✓ Sağlık personel sayısı arttırılmalı, iş yükü ve yoğunluğu azaltılmalı, nöbetler tek tutulmamalı ve performans sistemi değiştirilmelidir.
- ✓ Sağlık personeline yapılan sözel saldırılar, yaralamalar, darp ve öldürmeye ilişkin hükümler genel hükümlere tabi tutulmalıdır.
- ✓ Kamu kurumları, meslek örgütleri ve sendikaların işbirliği sağlanmalıdır.
- ✓ Mesleğe yönelik iyileştirici düzenlemeler yaparak eğitim ve destekler ile mesleki bağlılık arttırılmalıdır.
- ✓ Mesleki bağlılığı arttırmak için şeffaf ödül sistemi olmalıdır.
- ✓ Hemşirelik eğitimi verilirken mesleki aidiyet hissini geliştirici çalışmalar yapılmalıdır.

ÖZET

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan bu araştırmada, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin hemşirelerin mesleki bağlılığı üzerine etkisi amaçlanmıştır.

Araştırmanın hipotezleri;

H_0: Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin hemşirelerin mesleki bağlılıkları üzerine etkisi yoktur.

H_1: Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin hemşirelerin mesleki bağlılıkları üzerine etkisi vardır.

şeklindedir.

Araştırma; 22.12.2021-21.01.2022 tarihleri arasında Edirne ilinde faaliyet gösteren Trakya Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde poliklinik ve klinik birimlerinde çalışan 336 hemşire ile yürütüldü. Veriler "Hemşire Bilgi Formu (EK-1)" ve "Mesleki Bağlılık Ölçeği (EK-2)" kullanılarak toplanmıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin demografik özelliklerine bakıldığında %30`unun 25-29 yaş aralığında olup, %85,8`ni kadınlar oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan hemşirelerin %45,5'nin meslekte toplam çalışma yılı ve %42,3`ünün hastanede toplam çalışma yılı 10 yıl ve üzeridir.

Meslek hayatları boyunca hemşirelerin %44,4'ü şiddete maruz kalmamış iken; %43,5'i 1-2 kez şiddete maruz kalmıştır. Hemşirelerin %68,9'unun son 1 yıl içerisinde şiddete maruz kalmadığı saptanmıştır. Çalıştıkları birimde arkadaşlarının şiddete maruz kalmasına %46,5'i şahit olmuş veya duymuştur.

Maruz kaldıkları şiddetin %58,5`i hasta yakını/ziyaretçi ve %32,1`i ise hasta kaynaklı iken, şiddet türü ise %69,2 oran ile sözlü şiddet, tehdit kaynaklıdır. Hemşirelerde şiddet kaynaklı oluşan duygular incelendiğinde %63,1 ile üzüntü/kırgınlık, %26,3 ile öfke/sinir ve %16,0 oran ile değersiz hissetme duyguları tespit edilmiştir.

Hastanede çalışma süresi farklı sağlık çalışanları arasında Devam Bağlılığı puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). 1-2 yıldır hastanede çalışanlarda Devam Bağlılığı en düşük iken (18,47), 20 yıl ve üzeri süredir çalışanlarda en yüksektir (21,00).

Hasta tarafından şiddete maruz kalan sağlık çalışanları ile hasta tarafından şiddete maruz kalmayan sağlık çalışanları arasında Duygusal ve Devam Bağlılığı puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark tespit edilmiştir; şiddete maruz kalanların Duygusal Bağlılığı daha düşük iken, Devam Bağlılığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Şiddet Türleri, Sağlıkta Şiddet, Örgütsel Bağlılık, Mesleki Bağlılık, Duygusal Bağlılık.

THE EFFECT OF VİOLENCE AGAINST HEALTH WORKERS ON NURSES' PROFESSİONAL COMMİTMENT

SUMMARY

In this descriptive and cross-sectional study, the effect of violence against health workers on nurses' professional commitment was aimed.

The hypotheses of the research;

H0: Violence against health workers has no effect on nurses' professional commitment.

H1: Violence against health workers has an impact on nurses' professional commitment.

are as follows.

The research was carried out with 336 nurses working in outpatient clinics and clinical units at Trakya University Research and Application Center operating in Edirne Province between at date 2.12.2021 and 21.01.2022. The data were collected using the ”Nurse Information Form“ and the ”Occupational Commitment Scale".

Considering the demographic characteristics of the nurses participating in the study, 30% of them are between the ages of 25-29, and 85.8% are women. The total working years of 45.5% of the nurses participating in the study and the total working years of 42.3% of them in the hospital is 10 years or more.

While 44.4% of nurses have not been exposed to violence throughout their professional life; 43.5% were exposed to violence 1-2 times. It was determined that 68.9% of the nurses had not been

exposed to violence in the last 1 year. 46.5% of them witnessed or heard that their friends were exposed to violence in the unit they worked.

While 58.5% of the violence they are exposed to is caused by the relatives/visitors and 32.1% by the patient, the type of violence is verbal violence and threats with a rate of 69.2%. When the emotions caused by violence in nurses were examined, it was determined that 63.1% sadness/offended, 26.3% anger/nervousness and 16.0% felt worthless.

There is a statistically significant difference in terms of Continuance Commitment score among healthcare workers with different working time in the hospital ($p<0.05$). While Continuance Engagement is lowest in those who have worked in a hospital for 1-2 years (18,47), it is highest in those who have worked for 20 years or more (21.00).

A statistically significant difference was found between the health workers who were exposed to violence by the patient and those who were not exposed to violence by the patient in terms of Emotional and Continuance Commitment scores; It has been determined that while the Emotional Commitment of those who have been exposed to violence is lower, Continuance Commitment is higher.

Keywords: Violence in Health, Types on Violence, Organizational Commitment, Professional Commitment, Emotional Commitment.

KAYNAKLAR

1. Krug GE, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. World Health Organization;2002 Geneva, Switzerland. Report No: HV 6625. s.346-7.

2. Wen LS, Goodwin KE. Violence is a public health issue. journal of public health management and practice. J Public Health Management Practice 2016;22(6): 503–505.

3. Kingma M. Workplace Violence in the Health Sector: a Problem of Epidemic Proportion. International Nursing Review 2001;48:129–130.

4. Al B, Zengin S, Deryal Y, Gökçen C, Arı Yılmaz D, Yıldırım C. Increased Violence Towards Health Care Staff. JAEM 2012;11: 115-124.

5. Chang H-Y, Lotus Shyu Y-I, Wong M-K, Friesner D, Teng C-I. Which aspects of professional commitment can effectively retain nurses in the nursing profession?. Journal of Nursing Scholarship. 2015;5:468-476.

6. Polat B, Naldöken Ü. Sağlık kurumlarında kişisel değerlerin mesleki bağlılığa etkisi. Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2019;20(1):376-367.

7. Brunetto Y, Teo S. Retention, burnout and the future of nursing. Journal of Advanced Nursing 2013;69(12):2772–2773.

8. Donelan K. Awareness and perceptions of the johnson & johnson campaign for nursing's future: views from nursing students, rns, and cnos. Nurs Econ 2005;23(4):150-180.

9. Gümüş A. Şiddet türleri: Bir türleri: bir refleksiyon, bir sembol, bir gösterge olarak şiddet. Toplumsal Olarak Şiddet Sempozyumu. Ankara Eğitim Sen Yayınları 2006:38-15.

10. Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun 2012, No:6284. 52(28239).

11. Kocacık Faruk. Şiddet olgusu üzerine. Cumhuriyet Üniv İktisadi ve İdari Bilimler Fak Derg 2001;2(1):7-3.

12. Sağlık çalışanlarına yönelik artan Şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan meclis araştırması komisyonu raporu. Türkiye Büyük Millet Meclisi Meclis Araştırma Komisyonu;2013 Ocak. 454-108.

13. Us NC, Erdem R. Şiddet ve sağlık. 10. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiri Özet Kitabı s.347, Ankara, 2016.

14. Sağlık-Sen Yayınları-20. Sağlık çalışanları şiddet araştırması. Ankara 2013;3-149.

15. Lanza ML, Zeiss RA, Rierdan J. Non-Physical violence a risk factor for physical violence in health care settings. AAOHN Journal 2006;54(9):402-397.

16. Aytaç S, Dursun S. Çalışma Hayatında Kadına Yönelik Şiddet: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. İstanbul Üniv Hukuk Fak Derg 2013;71(1):78-68.

17. Polat O. Şiddet. Marmara Üniv Hukuk Araştırmaları Derg 2016;22(1):34-20.

18. Boyacıoğlu İ, Uysal Mİ, Erdugan C. Psikolojik Şiddetin Ölçümü: Psikolojik İstismar Profili'nin ve Kadına Kötü Muamele Envanteteri'nin Türkçe'ye Uyarlanması. İstanbul Üniv Baskı 2020;40(1):55-23.

19. Jackson M, Ashley D. Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. Rev Panam Salud Publica. 2005;18(2):121–115.

20. Yetim D, Şahin EM. Aile hekimliğinde kadına yönelik şiddete yaklaşım. Aile Hekimliği Derg 2008;2(2):53-50.

21. Fawole OI. Economic violence to women and girls is it receiving the necessary attention?. Trauma, Violence, & Abuse. 2008;9(3):177-168.

22. Karslı N. Psiko-sosyal açıdan şiddet ve çözüm yolları. Dinbilimleri Journal 2016;16(3): 89-69.

23. Güleç H, Topaloğlu M, Ünsal D, Altıntaş M. Bir kısır döngü olarak şiddet. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry. 2012;4(1):112-137.

24. Annagür B. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2010;2:173-163.

25. Vural F, Çiftçi S, Fil Ş, Dura A, Vural B. Bir devlet hastanesinde acil servis çalışanlarına yönelik şiddet: şiddetin rapor edilme sıklığı. Turk Aile Hek Derg 2013;17(4):152-148.

26. Tevik P, Gül P. Sağlık çalışanları ve işyerinde şiddet. TAF Prev Med Bull 2012;12(3):315-326.

27. Dursun S, Aytaç S, Akıncı SF, işe bağlı stres ve şiddet: taksi sürücülerine bağlı bir uygulama. sosyal siyaset konferansları 2011;61(2):20-3.

28. İlhan MC ve ark. Toplum gözüyle sağlık çalışanlarına şiddet: nedenler, tutumlar ve davranışlar. 2013:24(5):10-5.

29. Akbaş M, Boz A, Dursun A, Çetin S, Kılıçaslan A. Çalışanların şiddete maruz kalma durumları ve şiddete yönelik davranışları. Dokuz Eylül Üniv Hemşirelik Fak Elektronik Derg 2016:9(3):100-98.

30. Büyükbayram A, Okçay H. sağlık çalışanlarına şiddeti etkileyen sosyo kültürel etmenler. Psikiyatri Hemşireliği Derg 2013;4(1):53-48.

31. Gündüz M. Sağlıkta şiddete yönelik görüşleri ile hasta haklarını kullanma tutumlarının belirlenmesi. Yüksek lisans tezi 2019;67-7.

32. Millet M, Yanık A. Sağlık çalışanlarına karşı işyeri şiddeti. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi 2017:3(2),25-36.

33. Duğan Ö, Arslan A. Sağlıkta şiddetin sağlık çalışanı-hasta iletişimi boyutu üzerine bir derleme. 2015;78-92.

34. Ankara Tabip Odası. https://ato.org.tr/page/show/43 Erişim Tarihi: 16.12.2021.

35.https://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/ngos/BGRF_for_session_en.pdf Erişim Tarihi: 26.04.2022.

36. Martinio DV. Country case studies brazil, bulgaria, lebanon, portugal, south africa, thailand and an additional australian study.2002;42-15.

37. Fernandes C, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore C, Christenson JM et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. CMAJ 1999;161(10): 1248-.6.

38. Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. Journal of Clinical Nursing 2004;13.1:3-10.

39. Estryn-Behar M, Heijden B, Camerino D, et al. Violence risks in nursing-results from the European 'NEXT' Study. Occup Med 2008;58:107-114.

40. Koukia E, Mangoulia P, Gonis N, Katostaras T. Violence against health care staff by patient's visitor in general hospital in Greece: Possible causes and economic crisis, Open Journal of Nursing 2013;3:21-27.

41. Lee DTF. Violence in the Health Care Workplace, Hong Kong Med J 2006;12(1): 4-5.

42. Hills DJ, Joyce CM, Humphreys JS. A national study of workplace aggression in Australian clinical medical practice. MJA 2012;197(6):336-340.

43. Fujita S, Ito S, Seto K, Kitazawa T, Matsumoto K, Hasegawa T. Risk factors of workplace violence at hospitals in Japan. Journal of Hospital Med 2012;7(2):84-80.

44. Kowalenko T, Walters BL, Khare RK, Compton S. Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan. Annals of Emergency Med 2005;46(2):147-144.

45. Baykan Z, Öktem İS, Çetinkaya F, Naçar M. Physician exposure to violence: a study performed in Turkey. International Journal of Occupational Safety and Ergonomics 2015;21(3): 291-297.

46. https://sabim.gov.tr Erişim Tarihi: 16.12.2021.

47. T.C Resmi Gazete. Sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ve korunmasına ilişkin usul ve esaslar hakkında tebliğ. Sayı:27214. https://www.memurlar.net/haber/138216/Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Ve Korunmasına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ - Memurlar.Net Erişim Tarihi: 29.03.2022.

48. Eravcı DB. "Şiddet; sağlık çalışanları üzerindeki etkisi, risk faktörleri 'bir kamu hastanesi örneği"(tez). Ankara:2014;135-35.

49. Türkiye Cumhuriyeti (TC) Resmi Gazete. Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına dair yönetmelik. Sayı No: 27897 Kabul Tarihi: 6 Nisan 2011. https://www. resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm. Erişim Tarihi: 15.12.2021.

50. https://gerzedh.saglik.gov.tr/TR,157456/hastane-acil-durum-kodlari.html. Erişim Tarihi: 15.12.2021.

51. https://www.saglik.gov.tr/TR,calısan-güvenligi-genelgesi-14052012.html Erişim Tarihi: 16.12.2021.

52. Kılıç M. Sağlıkta şiddeti önleme politikasının mediko sosyal ve yasal dinamiği. Seta Yayınları 161. ISBN: 978-625-7040-40-2. 2020:57-51.

53. https://www.lexpera.com.tr/mevzuat/kanunlar/saglık-hizmetleri-temel-kanunu-3359 Erişim Tarihi: 16.12.2021.

54. Doğan S, Güler H, Kelleci M. Hastaların öfkeli davranışları karşısında hemşirelerin yaklaşımları. Cumhuriyet Üniv Hemşirelik Yüksek Okulu Derg 2001;5(1):32-31.

55. Yeşildal N. Sağlık hizmetlerinde iş kazaları ve şiddetin değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005;4(5):302-296.

56. Occupational Safety and Health Administration (OSHA). Preventing workplace violence: a road map for healthcare facilities 2015, p.1-44. https://www.osha.gov/Publications/OSHA3827.pdf Erişim Tarihi: 16.12.2021.

57. https://www.cdc.govniosh/about/default.html. Erişim Tarihi: 11.03.2022.

58. Lipscomb JA, Ghaziri ME. Workplace vıolence preventıon: ımprovıng front-lıne health-care worker and patıent safety. New Solutions 2013;23(2):297-313.

59. Philips JP. Workplace violence againts health care workers in the united states. The New England Journal of Medicine 2016;1661-1669.

60.https://.www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries Erişim Tarihi: 12.02.2022.

61.https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_814507.pdf Erişim Tarihi: 18.03.2022.

62. d'Ettorre G, Mazzotta M, Pellicani V, Vullo A. Preventing and managing workplace violence againts healthcare workers in emergency departmants. Acta Biomed for Health Professions 2018;89(4):28-36.

63. Ferri P, Silvestri M, Artoni C, Di Lorenzo R. Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. Psychology Research and Behaviour Management 2016:9:263-275.

64. Morken T, Johansen H, Alsaker K. Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study. BMC Family Practice 2015;16(51):5-7.

65. Veyzridis P, Samoutis A, Mavrikiou P. Workplace violence againts clinicals in cypriot emergency departments: a national questionnaire survey. Journal of Clinical Nursing 2014;24:1222-1218.

66. Deak Gabriella. Hospital security-preventing and managing workplace violence in health care sector. 2011;10(1):167-171.

67. Zeng JY et al. Frequency and risk factors of workplace violence on psychiatric nurses and its impact on their quality of life in China. Psychiatry Research 210 2013;510-4.

68. Gacki-Smith J et al. Violence against nurses working in us emergency departmens. The Journal of Nursing Administration. 2009;39(7/8):349-8.

69. Gates DM, Gillespie GL, Succop P. Violence against nurses and its impact on stress and productivity. Nurse Economics 2011;29(2):59-66.

70. Sevimli F, İşcan ÖF. Bireysel ve iş ortamına ait etkenler açısından iş doyumu. Dergi Park. 64-56.

71. https://forma-slova.com/tr/articles/1088-meaning-of-work-what-it-is-concept-and-definition? Erişim Tarihi: 23.04.2022.

72. Kuzgun Y. (2003). Meslek Rehberliği ve Danışmanlığına Giriş. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım Ltd. Şti.

73. Karadaş A, Duran S, Kaynak S. Hemşirelik öğrencilerinin kariyer planlamaya yönelik görüşlerinin belirlenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2017;8(1):9-1.

74. Türkay O, Eryılmaz B. Kariyer değerleri ve kariyer yolu tercihleri ilişkisi: türk turizm sektöründe örnekler. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2010;(4)199-180.).

75. Zalta EN, Nodelman U, Allen C, Anderson RL. Loyalty. Stanford University Stanford Encyclopedia of Philosophy. 2017.

76. Cihangiroğlu N, Teke A, Özata M, Çelen Ö. Mesleki bağlılık ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişkinin analizi. Gülhane Tıp Derg 2015;57:372-368.

77. Çetin A, Tekmenler EE, Şentürk M. Mesleki bağlılık ve mesleki öz-yeterlik algısının bilgi paylaşma davranışına etkisi. Çankırı Karatekin Üniv İktisadi ve idari Bilimler Fak Derg 2016;6(2):289-315.

78. Tak B, Çiftçioğlu BA. Üç boyutlu mesleki bağlılık ölçeğinin türkçe`de güvenirlik ve geçerliğinin incelenmesine yönelik bir alan araştırması. İşletme Fak Derg 2009;10(1):35-54.

79. Aktaş H, Gürkan GÇ. İş-aile ve aile-iş çatışması ile bireysel performans etkileşiminde mesleki bağlılığın aracı rolü: hemşireler üzerinde bir alan araştırması. Doğuş Üniv Derg 2015;16(2):154-1.

80. Sencan N, Yegenoğlu S, Aydıntan B. Sağlık çalışanları ve eczacılar üzerinde yapılan iş doyumu ve örgütsel bağlılık araştırmaları. Marmara Pharmaceutial Journal. 2013;17:104-112.

81. Bayram L. Sayıstay Dergisi Ankara Ünversitesi Eğitim Bilimleri Bölümü. (59)125-159.

82. Swailes S. Organizational commitment: a critique of the construct and measures. , International Journal of Management Reviews. 2002;2(4):155-178.

83. Durna U, Eren V. Üç bağlılık unsuru ekseninde örgütsel bağlılık. Dogus Üniversitesi Dergisi 2005;6(2):210-219.

84. Job satisfaction and organizational commitment An empirical investigation among ICT-SMEs.

85. Soomro BA, Shah N. Determining the impact of entrepreneurial orientation and organizational culture on job satisfaction, organizational commitment, and employee's performance. South Asia Journal of Business Studies. 2019;8(3):266-282.

86. Reade C, Lee HJ. Organizational Commitment in Time of War: Assessing the Impact and Attenuation of Employee Sensitivity to Ethnopolitical Conflict. Journal of International Management 2012;18:85-101.

87. Baysal AC, Paksoy M. Mesleğe ve örgüte bağlılığın çok yönlü incelenmesinde meyer-allen modeli. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi 1999;28(1):7-15.

88. Wang O, Weng O, McElroy JC, Ashkanasy NM, Lievens F. Organizational career growth and subsequent voice behavior: the role of affective commitment and gender. Journal of Vocational Behavior 2014;84:431-441.

89. Yongmei X, Jiankai J. Empirical research on relationship of caddies' reward satisfaction, organizational commitment and turnover ıntention. Chinese Study 2015;4: 56-63.

90. Çetin M, Cihangiroğlu N, Türk YZ. Bir grup eczacının mesleki bağlılık algılarının incelenmesi. Pamukkale Tıp Derg 2010;3(3)125-130.

91. Singh A, Gupta B. Job involvement, organizational commitment, Professional commitment and team commitment a study of generational diversity. Benchmarking: An International Journal 2015;22(6)1192-1211.

92. Top M. Hekim ve hemşirelerde örgütsel bağlılık, örgütsel güven ve iş doyumu profili. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Derg 2012;41(2):258-277.

93. Reade C, Lee H-J. Organizational commitment in time of war: assessing the ımpact and attentuation of employee sensivity to ethnopolitical conflict. Journal of International Impact 2011;18:85-101.

94. Gökalp Kübra. Farklı kuşak hemşirelerin mesleki bağlılıkları. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2021;8(2):214-220-218.

95. Meyer JP, Allen NJ, Simith CA. Çommitment to organizations and occupatîons: extension and test of a three component conceptualization. Journal of Applied Psychology 1993;78(4):538-551-78.

96. Nunnally JC. Psychometric theory. 1967.

97. Groeneveld RA, Meeden G. Measuring Skewness and Kurtosis. The Statistician. 1984;33:391-399.

98. HOPKINS, K.D. & WEEKS, D.L.Tests for normality and measures of skewness and kurtosis: their place in research reporting. Educational and Psychological Measurement. 1990;50:717-729.

99. Baig LA, Shaikh S, Polkowski M, Ali SK, Jamali S, Mazharullah L etall. Violence againts health care providers: a mixed methods study from Karachi, Pakistan. The Journal of Emergency Medicine. 2018;54(4):558-566.

100. Duncan SM et all. Nurses' experience of violence in Alberta and British Columbia hospitals. Can J Nurs Res. 2001;32(4):57-78.

101. Chapman R, Styles I. An epidemic of abuse and violence: nurse on the front line. Accident and Emergency Nursing. 2006:14:245-9.

102. Özcan NK, Bilgin H. Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: sistematik derleme. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Derg 2011;31(6):1442-56.

103. Hahn S, Zeller A, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJG. Patient and visitors violence general hospitals: a systematic review of the literature. Aggressive and Violent Behavior 2008;13:431-441.

104. Chen WC, Hwu HG, Kung SM, Chiu HJ, Wang JD. Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. J Occup Health 2008; 50:288-93.

105. Bernaldo-De-Quiros M, Piccini AT, Gomez MM, Cerderia JC. Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: cross sectional survey. International Journal of Nursing Studies 2015;52:260-270.

106. Arnetz JE, Arnetz BB. Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. Social Science and Medicine 2001;52:417-27.

107. Flannery RB. Violence in the workplace 1970-1995: a review of the literature. Aggression and Violence Behavior. 1996;1(1):57-68.

108. Bedük A, Yıldız E. Mobbing (Psikolojik Şiddet) ve örgütsel bağlılık ilişkisi: hastane çalışanlarına yönelik bir uygulama. KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi 2016;18(3):77-87.

109. Ceylan C, Bayram N. Mesleki bağlılığın örgütsel bağlılık ve örgütten ayrılma niyeti üzerine etkilerinin düzenleyici değişkenli çoklu regresyon ile analizi. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Derg 2006; 20 (1): 105-120.

110. Benligiray S. Hemşirelerin Mesleki Bağlılıkları ile Diğer Bağlılık Formları Arasındaki İlişki: Örgüte Bağlılık, İşe Bağlılık ve Aileye Bağlılık. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2011;28-40.

111. Xu Yongmei, Jiang Jiankai, Empirical Research on Relationship of Caddies' Reward Satisfaction, Organizational Commitment and Turnover Intention, Chinese Study 2015;4:56-63.

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. DSÖ şiddet sınıflandırması

Tablo 2. Bazı ülkelerde sağlık çalışanlarının işyerinde şiddete maruz kalma durumlarının şiddet türlerine göre dağılımı

Tablo 3. Mesleki bağlılık ölçek puanlarının normalliğinin sınanması, güvenilirlik analizi sonuçları

Tablo 4. Demografik özelliklerin dağılımı

Tablo 5. Sağlıkta şiddet ile ilgili özelliklerin dağılımı

Tablo 6. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sonrası hissedilen duygular

Tablo 7. Mesleki bağlılık ölçek ifadelerine ilişkin katılım düzeyleri

Tablo 8. Mesleki bağlılığın yaşa göre karşılaştırılması

Tablo 9. Mesleki bağlılığın cinsiyete göre karşılaştırılması

Tablo 10. Mesleki bağlılığın mesleki çalışma süresine göre karşılaştırılması

Tablo 11. Mesleki bağlılığın hastanede çalışma süresine göre karşılaştırılması

Tablo 12. Mesleki bağlılığın meslek hayatında şiddete maruz kalma durumuna göre karşılaştırılması

Tablo 13. Mesleki bağlılığın son 1 yılda şiddete maruz kalma durumuna göre karşılaştırılması

Tablo 14. Mesleki bağlılığın birimde veya çalışma arkadaşında şiddete maruz kalma durumuna göre karşılaştırılması

Tablo 15. Mesleki bağlılığın hasta tarafından şiddete maruz kalınma durumuna göre karşılaştırılması

Tablo 16. Mesleki bağlılığın hasta yakını veya ziyaretçi tarafından şiddete maruz kalınma durumuna göre karşılaştırılması

Tablo 17. Mesleki bağlılığın hastane çalışanı tarafından şiddete maruz kalınma durumuna göre karşılaştırılması

Tablo 18. Mesleki bağlılığın yönetici tarafından şiddete maruz kalınma durumuna göre karşılaştırılması

ÖZGEÇMİŞ

Medine ACAR; 1995 yılında Bursa Karacabey ilçesinde doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Bursa'da tamamlamıştır. Lisans eğitimini Trakya Üniversitesi Sağlık Yönetimi bölümünde 2018 yılında tamamlamış, yine aynı yıl yüksek lisans eğitimine başlamıştır.

EKLER

Ek-1. Hemşire Bilgi Formu

Ek-2. Mesleki Yeterlilik Formu

Ek-3. Etik Kurul Onay Formu

Ek-4. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kurum İzni

Ek-1

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olaylarının Hemşirelerin Mesleki Bağlılığı Üzerine Etkisi

1) Yaş:……..

2) Cinsiyet: ( )Kadın ( ) Erkek

3) Çalıştığı birim: ……

4) Meslekte toplam çalışma yılı: …….

5) Hastanede toplam çalışma yılı: ……

6)Meslek hayatınız boyunca şiddete maruz kaldınız mı?

( ) Evet, bir veya iki kez

( ) Evet, sıklıkla

( ) Hayır, hiçbir zaman

7)Son 1 yıl içinde şiddete maruz kaldınız mı?

( ) Evet, bir veya iki kez

( ) Evet, sıklıkla

( ) Hayır, hiçbir zaman

8)Çalıştığınız birimde/hastanede çalışma arkadaşlarınız şiddete maruz kaldı mı?

( ) Evet, bir veya iki kez

( ) Evet, sıklıkla

( ) Hayır, hiçbir zaman

9) Şiddete maruz kaldıysanız/çalışma arkadaşınız şiddete maruz kaldı ise; Kim tarafından şiddet gördünüz/gördü?

( ) Hasta

( ) Hasta yakını/ziyaretçisi

( ) Hastane çalışanı

( ) Yönetici/supervisor

( ) Diğer (Açıklayınız) ……

10) Siz/çalışma arkadaşınız hangi tür şiddete maruz kaldınız/kaldı?

( ) Fiziksel şiddet

( ) Sözlü şiddet

( ) Tehdit

( ) Silah/bıçak ile saldırı

( ) Diğer (Açıklayınız) ……

11) Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili bir haber, olay duyduğunuzda ne hissettiniz?

……

…….

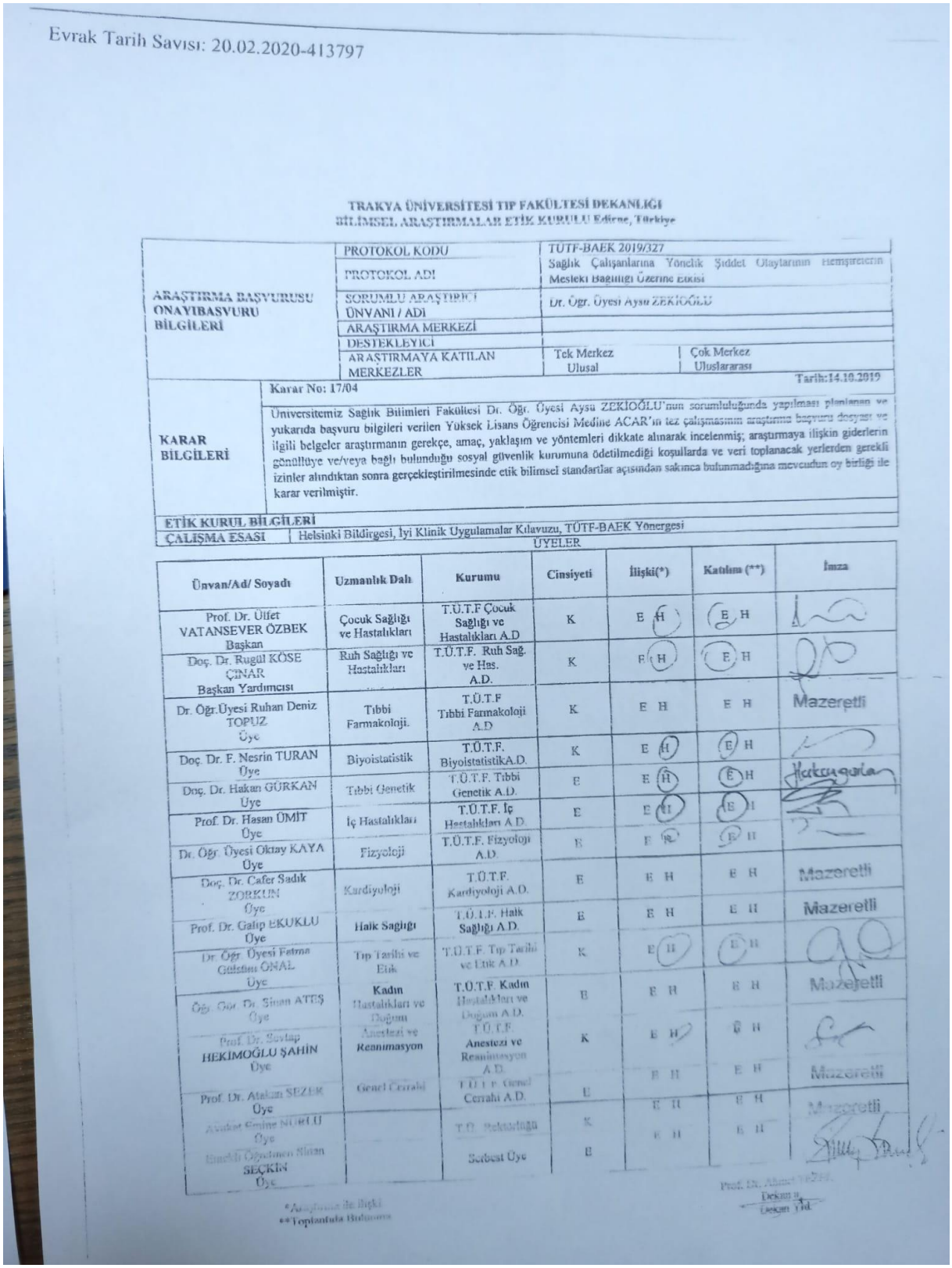
Ek-2

MESLEĞE BAĞLILIK ÖLÇEĞİ

	1 (kesinlikle katılmıyorum)	**2 (katılmıyorum)**	**3 (kararsızım)**	**4 (katılıyorum)**	**5 (kesinlikle katılıyorum)**
Duygusal Mesleki Bağlılık					
Hemşirelik kişisel imajım açısından önem taşımaktadır.					
Hemşirelik mesleğine girdiğim için pişmanım.					
Hemşire olduğum için gurur duyuyorum.					
Bir hemşire olmaktan hoşlanmıyorum					
Hemşirelik mesleği ile kendimi özdeşleştiremiyorum					
Hemşireliği heyecan verici bir meslek olarak görüyorum.					
Mesleki Devamlılık Bağlılığı					
Bu mesleğe şimdi değiştirmeyi düşünemeyecek kadar çok şey verdim.					
Benim için mesleğimi değiştirmek şu anda çok zor olur.					
Eğer mesleğimi değiştirirsem hayatım büyük ölçüde altüst olur.					
Şu anda mesleğimi değiştirmem bana çok pahalıya patlar.					
Beni hemşirelik mesleğini değiştirmekten alıkoyacak herhangi bir neden yok					
Şu anda mesleğimi değiştirmem için					

kişisel olarak çok önemli fedakarlıklara katlanmam gerekir.					
Normatif Mesleki Bağlılık					
Belirli bir mesleğin eğitimini almış kişilerin o mesleği makul bir süre yapma sorumluluğu taşımaları gerektiğine inanıyorum.					
Hemşirelik mesleğinde kalmak için herhangi bir yükümlülük hissetmiyorum.					
Hemşirelik mesleğine devam etmeyi, yerine getirmem gereken bir sorumluluk olarak görüyorum					
Bana avantaj sağlayacak olsa bile, hemşirelik mesleğini bırakmaya hakkım olmadığını düşünüyorum.					
Hemşireliği bırakırsam kendimi suçlu hissederim.					
Mesleğime duyduğum sadakatten dolayı hemşirelik yapmaya devam ediyorum					

Ek-3



Evrak Tarih Savısı: 20.02.2020-413797

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2019/327
	PROTOKOL ADI	Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olaylarının Hemşirelerin Mesleki Bağlılığı Üzerine Etkisi
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Dr. Öğr. Üyesi Aysu ZEKİOĞLU
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	
	DESTEKLEYİCİ	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez / Ulusal — Çok Merkez / Uluslararası

Tarih:14.10.2019

KARAR BİLGİLERİ

Karar No: 17/04

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi Aysu ZEKİOĞLU'nun sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Medine ACAR'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI | Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi

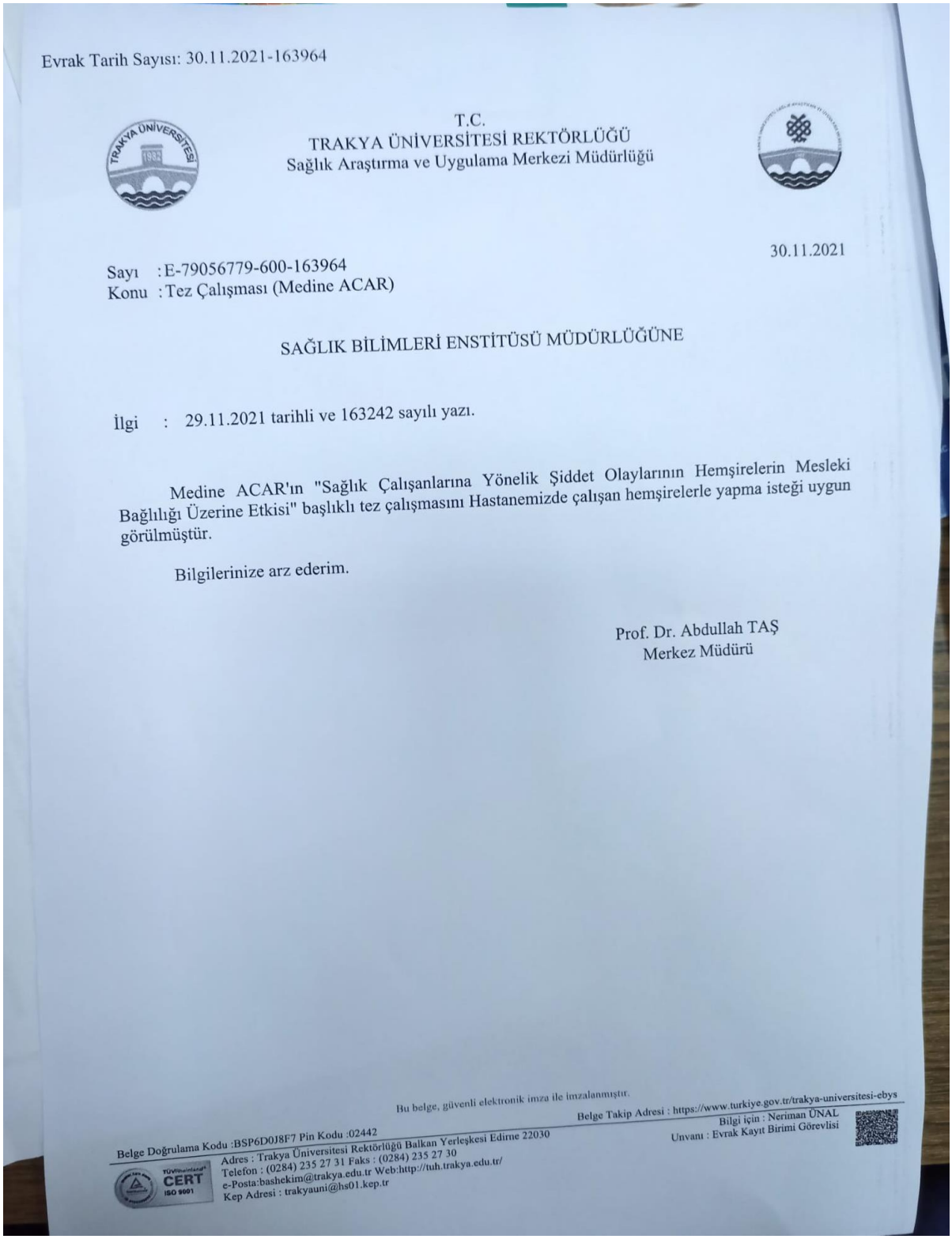
ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr.Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	Mazeretli
Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Avukat Emine NURLU Üye		T.C. Rektörlüğü	K	E H	E H	Mazeretli
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E			

*Araştırma ile İlişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

Ek-4



Evrak Tarih Sayısı: 30.11.2021-163964

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

30.11.2021

Sayı : E-79056779-600-163964
Konu : Tez Çalışması (Medine ACAR)

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 29.11.2021 tarihli ve 163242 sayılı yazı.

Medine ACAR'ın "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olaylarının Hemşirelerin Mesleki Bağlılığı Üzerine Etkisi" başlıklı tez çalışmasını Hastanemizde çalışan hemşirelerle yapma isteği uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Abdullah TAŞ
Merkez Müdürü

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu :BSP6D0J8F7 Pin Kodu :02442
Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/trakya-universitesi-ebys
Adres : Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Balkan Yerleşkesi Edirne 22030
Telefon : (0284) 235 27 31 Faks : (0284) 235 27 30
e-Posta:bashekim@trakya.edu.tr Web:http://tuh.trakya.edu.tr/
Kep Adresi : trakyauni@hs01.kep.tr
Bilgi için : Neriman ÜNAL
Unvanı : Evrak Kayıt Birimi Görevlisi