T.C.

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ANESTEZİYOLOJİ ve REANİMASYON ANABİLİM DALINDA ÇALIŞANLARA YÖNELİK OLASI MOBBİNGİN ÇALIŞANLAR ÜZERİNDEKİ DEPRESYONA ETKİSİ

Dr. Perihan ŞENER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANESTEZİYOLOJİ ve REANİMASYON ANABİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. İbrahim Özkan ÖNAL

KONYA- 2021

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ANESTEZİYOLOJİ ve REANİMASYON ANABİLİM DALINDA ÇALIŞANLARA YÖNELİK OLASI MOBBİNGİN ÇALIŞANLAR ÜZERİNDEKİ DEPRESYONA ETKİSİ

Dr. Perihan ŞENER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANESTEZİYOLOJİ ve REANİMASYON ANABİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. İbrahim Özkan ÖNAL

KONYA-2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi, beceri ve tecrübeleri ile yoluma ışık tutan, başta Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Jale Bengi ÇELİK olmak üzere tüm değerli hocalarıma,

Tez çalışmamın her aşamasında fikir, bilgi ve tecrübeleri ile büyük katkılar sunarak beni sabırla yönlendiren ve yüreklendiren danışman hocam Doç. Dr. İ. Özkan ÖNAL'a,

Tez çalışmamın fikir ve oluşum aşamasındaki katkılarından dolayı Prof. Dr. Kürşat ALTINBAŞ'a,

Birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum, asistanlık sürecim boyunca sevgisi ve dostluğuyla her daim yanımda olan Dr. Semiha ARIK'a,

Yoğun çalışma şartlarımızın zorluklarını beraber üstlendiğimiz, bana keyifli ve kardeşçe çalışma ortamı sunan tüm anestezi asistan ve teknikeri arkadaşlarıma, ameliyathane ve yoğun bakım sağlık ve yardımcı personellerine ve tanıma fırsatı bulduğum tüm hastane personeline,

Beni yetiştiren, hayatım boyunca her konuda desteğini, yardımını, sabrını ve sevgisini esirgemeyen, sahip olduğum değerleri, hayatımda var olan iyi ve güzele dair her şeyi bana kazandıran annem ve babama,

Kardeşlik sevgisini en güzel ve en derin şekilde bana hissettiren ablama,

Hayatımı sevgisiyle güzelleştiren, her daim sonsuz sabır ve desteğiyle yanımda olan değerli eşim Dr. Musa Kürşad ŞENER ve hayatımızın neşesi biricik oğlum Göktuğ Kürşad ŞENER'e teşekkür ederim.

Dr. Perihan ŞENER

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ii
İÇİNDEKİLER iii
1. GİRİŞ 1
1.1. Tanım 3
1.2. Mobbingin tanımlanması, ortaya çıkış şekilleri ve aşamaları 4
1.3. Mobbingin etkileri 4
1.3.1 Mağdur ve aileleri 4
1.3.2 Organizasyonel etkileri 7
1.3.3. Zorbalık ve seyirciler üzerindeki etkisi 7
1.4. Sağlık çalışanlarında mobbing sıklığı ve epidemiyolojisi 8
1.4.1. Sağlık çalışanlarında mobbinge maruziyet süreci 11
1.5. Mobbingin sağlık çalışanlarının fiziksel ve emosyonel sağlıkları üzerindeki etkisi 12
1.6. Depresyon 17
1.6.1. Epidemiyoloji 17
1.6.2. Tanı 18
1.6.3. Patofizyoloji 21
2. GEREÇ ve YÖNTEM 25
2.1. Etik kurul izni 25
2.2. Çalışmanın özellikleri ve hasta seçimi 25
2.3. Çalışmanın dahil edilme kriterleri 25
2.4. Çalışmanın dışlama kriterleri 25
2.5. Çalışmanın yöntemi 25
2.6. Çalışmada kullanılan test ve ölçekler 26
2.6.1. Leymann'ın Psikolojik Terör Envanteri 26
2.6.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE) 27
2.7. İstatistiksel Analiz 27
3. BULGULAR 29
3.2. LUPYÖ skorlarında etkili faktörlerin analizi 34
3.3. LUPYÖ skorlarıyla ilişkili olabilecek faktörlerin korelasyon analizleri 49
4. TARTIŞMA 50
KAYNAKLAR 60
ÖZET 75
SUMMARY 77

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü tarafından "Bir çalışanı veya çalışan grubunu küçük düşürmek veya zayıflatmak amacıyla yapılan kindar, zalimce veya kötü niyetli girişimler yoluyla tekrarlanan saldırgan davranış" şeklinde tanımlanan mobbing kavramı günümüzde bireylerin sağlık durumunu ve çalışma performansını etkileyen önemli bir faktör olarak ele alınmaktadır (1). İşyerinde karşılaşılan tipik mobbing eylemleri arasında toplantılardan dışlanma gibi sosyal izolasyon, mahremiyet ihlali, sözel saldırılar, korkutmayla yetkinliklerden yoksun bırakma, düşük düzeyli iş görevlerinin verilmesi, iş yerinde yükselmenin engellenmesi ve ağır iş yükü gibi eylemler yer almaktadır (2). Daha önceleri akademik literatürde sık bahsedilmeyen mobbing tanımı, 1996 yılında Leymann tarafından detaylandırılmış ve mobbing tanımı içerisinde değerlendirilen eylemlerin sık gerçekleşmesi ve uzun bir süre boyunca devam etmesi gerektiği ifade edilmiştir. Ancak sonrasında mobbingin sonuçları hakkındaki verilerin artması nedeniyle mobbingin uzun süre devam etmesinin mağduriyeti arttıracağı düşünülmüştür (3).

Zorbalık şeklinde de isimlendirilen mobbing tüm sosyo-ekonomik ortamlarda izlenebilmektedir. Tüm yaş, cinsiyet, etnik köken sınıflarında, akademik başarı düzeyi ve profesyonel çevrelerde mobbing varlığı kaydedilmiştir. Literatürde mobbingin tıbbi ortamlarda ve sağlık çalışanlarında daha sık görüldüğü bildirilmektedir (4-6). Çok değişken sıklıklar bildirilmesine rağmen, genel prevelansının %2-35 arasında değiştiği ifade edilmiştir (7.8).

İş yerinde olumsuz bir ortam oluşturan mobbing çalışanların iş motivasyonunu ve konsantrasyonunu azaltmakta, iş yerinde hatalara ve daha sık hastalık izni kullanımına neden olmaktadır. Mobbing ortamında üretkenliğin azaldığı ve dolaylı olarak hasta bakımının olumsuz etkilendiği kaydedilmiştir. Uzun süreli ve tekrarlayıcı özellikteki mobbing işten ayrılmayla sonuçlanabilmektedir. İşten ayrılma bireyin kendi çözümü olabileceği gibi, mobbingin sonucu da olabilmektedir (9). Organizasyonel etkileri iyi bilinmesine rağmen, bireylerin sağlıkları üzerindeki etkileri hakkındaki çalışmalar hız kazanarak devam etmektedir (10).

Sağlık sektöründe ve sağlık çalışanlarında mobbing diğer popülasyonlara kıyasla oldukça sık izlenmektedir. Bu durumun altında yatan nedenleri arasında yoğun çalışma temposu, nöbetlerin yoğunluğu ve uzunluğu, yoğun tempoya karşı hastane

olanaklarının yetersizliği, hasta sayısının fazla olması, hastane ortamının stresli oluşu, hastalar ve yakınlarına ait faktörler, akademik kariyer sırasında ayrımcılık, yöneticilerin ayrımcı yaklaşımları ve bireyin kendisine ait faktörler gibi çok sayıda faktör tanımlanmıştır ve tanımlanmaya devam etmektedir (11). Önceleri mobbing hakkında kanun düzenlemesi bulunmazken, mobbinge karşı farkındalığın artışıyla birlikte yasal düzenlemeler yapılmıştır. Ancak güncel verilerde mobbing sıklıkları dikkate alındığında, mobbing ile mücadelede belirgin ölçüde yol alınamadığı söylenebilir. Mobbingin bireysel özellikler, bireyler arası ilişkiler ve organizasyonel faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan kompleks bir süreç olarak ele alınması, önlenmesi yolundaki başarıları artıracaktır (12).

Mobbinge maruziyetin çalışan performansının azalması, iş yerine ve yöneticilere güvenin azalması, iş gücü kaybı yaşanması gibi organizasyonel etkilerinin yanında bireylerin sağlıkları üzerinde de olumsuz etkileri olmaktadır. Sağlık çalışanlarında mobbinge maruziyetin; baş ağrısı, mide bulantısı gibi gastrointestinal semptomlar, hipertansiyon ve/veya kardiyovasküler hastalık riskinde artış gibi fiziksel sağlık üzerindeki etkilerinin yanında, tükenmişlik, anksiyete, depresif semptomlar, intihar düşüncesi ve/veya teşebbüsü gibi mental problemlere de yol açtığı ortaya konulmuştur. Mobbing kortizol üretiminden sorumlu olan hipotalamus-hipofiz-adrenokortikal (HPA) aksın fonksiyonunu değiştirmektedir. Mobbing nedeniyle izlenen fiziksel ve mental hastalıkların HPA aksında meydana gelen regülasyon bozuklukları sonucunda geliştiği düşünülmektedir (13).

Mobbingin mental sonuçları içerisinde depresyon ön sıralarda yer almaktadır. Ancak depresyon hakkındaki çalışmaların büyük çoğunluğu genel popülasyonda yapılmıştır. Sağlık çalışanlarında yapılan çalışmaların çoğu hemşirelerde mobbingi değerlendirmiş ve hemşirelerin mobbing açısından daha riskli olduğu izlenmiştir. Sağlık çalışanlarında kısıtlı sayıda çalışmada mobbingin depresif semptomlar üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Bu çalışmaların sonuçları ise birbiriyle çelişkilidir. Sağlık çalışanları içerisinde incelenen meslek grupları içerisinde yaşlı bakım hemşireleri, acil servis hemşireleri, hekimler, hasta bakım personelleri, ambulans şoförleri yer almaktadır (13). Hekim grupları içerisinde ise sıklıkla cerrahi branş uzmanları değerlendirilmiştir. Oldukça az sayıda çalışmada ise anestezi kliniği çalışanları değerlendirilmiştir (14).

Çalışmamızda bu nedenle ülkemizdeki çeşitli üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri veya özel hastanelerde Anesteziyoloji ve Reanimasyon kliniklerinde görev yapan uzman doktorlar, araştırma görevlileri, anestezi teknisyenleri ve teknikerlerinin mobbing açısından sorgulanması ve mobbingin depresyon gelişimi üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

1.1. Tanım

1960'lı yıllarda hayvan bilimci Konrad Lorenz ilk defa mobbing kavramını spesifik hayvan türlerinin hareketlerini açıklamak için kullanmıştır. Bu tanımlamada mobbing, grup veya sürü halindeki küçük hayvanların tek başına dolaşan daha büyük bir hayvanın yaşam alanını tehdit etmesi anlamında kullanılmıştır. Davenport ve arkadaşları 2003 yılında mobbing kavramını okul çağındaki çocuklarda kalabalık bir grup çocuğun, tek bir çocuğa karşı sistemli, yıkıcı veya zarar verici hareketleri olarak kullanmıştır (15). Sonrasında ise okul çağında mobbing yerine zorbalık (bullying), çalışma hayatında ise daha çok mobbing kavramı kullanılmaya başlanmıştır. İlk defa bir psikolog tarafından iş yaşamı için kullanılmış ve iş yerinde bir veya daha çok çalışan tarafından sıklıkla tek çalışana karşı çaresiz ve savunmasız hale getirmek için, sistematik uygulanan düşmanca davranış veya iletişim biçimleri şeklinde tanımlanmıştır (9).

Farklı koşullarda ve farklı biçimlerde ortaya çıkan mobbing, literatürde "mobbing" veya "bullying" terimleri ile ifade edilmekte olup günümüzde psikolojik taciz, yıldırma, zorbalık, duygusal saldırı, psikolojik terör anlamlarında kullanılmaktadır. Latince kararsız kalabalık anlamına gelen *"mobile vulgus"* kökünden gelen "Mob" sözcüğü türetilerek "Mobbing" haline getirilmiş ve İngilizce'de düzensiz veya isyan eden insan topluluğu, kanunsuz şiddet uygulayan gruplar gibi anlamlar yüklenmiştir. Türkçe'de de sıklıkla "Mobbing" şeklinde kullanılmaktadır (9).

1980'li yıllarda işyerindeki anlamıyla tanımlanan mobbing, çalışanların üzerindeki etkilerinin anlaşılmasıyla giderek daha çok araştırılan ve yasal düzenlemelerin konusu olan güncel araştırma konularından birisi haline gelmiştir. Farklı çalışma ortamlarında incelenen mobbingin sağlık çalışanlarında görülme ihtimalinin daha yüksek olma eğiliminde olduğu izlenmiştir. Bireyler üzerinde psikolojik sorunlar, iş gücü kaybı, benlik saygısında azalma, duygu durum değişimleri

gibi olumsuz etkilere yol açması nedeniyle sağlık çalışanlarında mobbingin tespit edilmesi ve önleyici yöntemler üzerindeki ilgi devam etmektedir (16).

1.2. Mobbingin tanımlanması, ortaya çıkış şekilleri ve aşamaları

Mobbing davranışları daha önce incelenmiş ve beş kategoride toplanmıştır. Tablo 1.1'de bu eylemler gösterilmiştir. Bu kategoriler içerisinde özellikle 3 ve 5. kategorilere maruz kalanları koruyan yasal yaptırımlar olmaktadır; ancak çoğu mağdur 1. 2 ve 4. kategoride yer almaktadır (17).

Mobbing, kanıtlamayı zorlaştıran bir yalan ve gerekçelendirme perdesinin arkasına gizlenen sistematik bir eleme sürecinin sonucudur. Mobbingin önemli bir özelliği, mobbing epizodunun devam edebileceği süre ve mağdur üzerinde oluşturduğu psikolojik ve fiziksel yıpranmadır. Leymann ve Gustafsson bir mobbing epizodunun 5 fazdan oluştuğunu ifade etmiştir. Tablo 1.2'de mobbingin aşamaları gösterilmiştir. Davenport ve arkadaşları mobbingin bir kez başladığında, kendi momentumunda gelişme gösterdiğini bildirmiştir. Tablo 1.2'de bahsedilen 3. aşama döngüyü bozucu özellik göstermektedir ve mobbing daha kötü sonuçlanabilmektedir. Mobbinge maruz kalan mağdurlar yardıma başvurduğunda, zorbalar tarafından veya iş verenler tarafından ne yazık ki "problem çıkaran veya ruhsal sağlığı bozuk" bireyler olarak tanımlanabilmektedir. Bu durumda iş yerindeki üst yönetimin mağduru işten çıkarması meşrulaşmaktadır (17).

1.3. Mobbingin etkileri

1.3.1. Mağdur ve aileleri

Mobbing oldukça yıkıcı sonuçlara neden olabilmektedir. Ağır mobbing vakaları intiharla sonuçlanabilmektedir. Bu nedenle mobbing iş yeri güvenliği ve bir sağlık sorunudur. Mobbing sonucunda mağdurun organizasyon içerisindeki pozisyonu ve etkisi ortadan kaldırılmaktadır. İş yerinin olması gereken sosyal iletişimi yerine mağdurlar için izolasyona sürüklenmektedir. Meslektaşları mağdurlarla iletişimden kaçınabilir. İletişim halinde suçluluk duyabilirler. Bu nedenle mobbinge maruz kalanlarda benlik saygısında azalma, utanç, değersizlik, mutsuzluk ve çaresizlik gibi duygular izlenebilir. İçe kapanmaya doğru ilerleyen süreç aile, arkadaş ve meslektaşlardan kaçınmaya doğru ilerlemektedir. Baş ağrısı, dispepsi, yorgunluk,

insomniya ve dermatolojik semptomlarla karakterize çeşitli somatizasyon bozukluğu, anksiyete veya depresif hastalıklarla sonuçlanabilmektedir (18).

Tablo 1.1. Mobbing ortaya çıkış şekilleri

1- Mağdurların kendini ifade etmesine yönelik saldırılar
Mağdur sürekli eleştirilmektedir, diğerleri tarafından her şeye kusur bulma veya önemsiz hata bulmaya maruz kalmaktadır.
Kapalı kapılar ardında gözdağı, aşağılama ve tehditler mevcuttur
Zorba iletişim kurmayı reddeder, göz temasından kaçınır (kötüye kullanılan ilişkinin göstergesi), talimatlar yalnızca e-posta, notlar veya sarı etiketler yoluyla alınır.
2- Mağdurların sosyal ilişkilerine yönelik saldırılar
Mağdur, aşırı izleme ve gözetlemeye maruz bırakılır.
Komplolar (diğer personeller iddialar üretmeye zorlanır, şikayetler genellikle önemsiz ve tuhaftır, ortak kökene işaret eden çarpıcı benzerlikler taşır)
Mağdur göz ardı edilir, kenara itilir veya dışlanır, olanlardan izole edilir.
Mağdurla iyi ilişkileri olan diğer personeller gizlice tehdit edilir.
Mağdurun arkadaşları kötü haber taşıyıcısı veya muhbir olarak kullanılır
3- Mağdurun itibarına yapılan saldırılar
Mağdura yönelik yanlış iddialar ve patolojik yalanlar
Hakaret içeren açıklamalar çevresel faktörlerden ziyade mağdurun karakterine yöneliktir.
Bölüm, kurum ve diğer kurumsal ağ içinde mağdur itibarının damgalanması.
Mağdur, önemsiz veya asılsız suçlamalara dayanan gerekçesiz disiplin cezasına tabi tutulabilir
Gerçekler, zorbaların yanlış davranışlarını haklı çıkarmak ve suçu hedefe yansıtmak için çarpıtılır.
Mağdurun alabileceği herhangi bir dış yardım çağrısına öfkeli yanıt.
4- Mağdurun profesyonel yaşamına saldırı
Mağdurun başarılarıyla ilgili açıklamaları alaya alınır, reddedilir veya göz ardı edilir.
Diğerleri ihtiyaç duyduklarından fazlasını alırken mağdur kaynak sıkıntısı çekmektedir.
Mağdurun çalışmaları, çalıntıdır, kopyalanmıştır. Zorba mağdurun işlerini üstlerine kendisininmiş gibi sunmaktadır.
Mağdurun iş yükü fazla olmalı veya işleri elinden alınmalı veya çok basit işlerle değiştirilmelidir
Mağdurun izin talebi gereksiz koşullar nedeniyle kabul edilmez. Onaylanan izin talebi iptal edilebilir. Yıllık izin, acil durum izni ve hastalık izni reddedilebilir.
Net bir iş tanımlaması bulunmamaktadır. Zorba kasıtlı olarak mağdurun rollerini belirsizleştirir
Mağdur disiplin soruşturmalarına dönüşen gayri resmi toplantılara davet edilebilir.
Mağdurun promosyonları bloke edilebilir. Bunun yerine mağdur daha alt bir konuma indirilebilir.
Mağdur yersiz ve gerekçesiz sözlü veya yazılı uyarılara maruz kalır.
Uydurma suçlamalara dayanan sözlü veya yazılı işten çıkarma tehdidine maruz kalabilir veya genellikle geçmişten gelen önemsiz olayları kullanan dayanıksız mazeretler işten çıkarma için kullanılabilir.
İsteksizce istifa etmeye, zorunlu işten çıkarmaya, erken emekliliğe veya sağlıksız emekliliğe zorlandı.
Mağdur kurumdan ayrıldıktan sonra bile başka bir geçim kaynağı kazanma hakkının reddi (başka bir iş bulmasının engellenmesi).
5. Mağdurun fiziksel veya ruhsal sağlığına yönelik saldırılar
Mağdur küçümsenir, aşağılanır, alay edilir.
Başkalarının önünde ezilir, tehdit edilir, aşağılanır.
Sözlü iletişim içermeyen korkutucu notlar veya e-postalarla taciz edilebilir.
Kendisini suçlu hissetmeye ve hatalı olduklarına inanmaya teşvik edilebilir.
Ruhsal açıdan çıkmaza sürüklenebilir

Mağdurun yaşadığı mobbing ile obsesif şekilde meşgul olması aile içinde ev yönetimi, ebeveynlik, cinsellik ve iletişim üzerinde olumsuz etkiler doğurmaktadır.

Mağdurun işten ayrılması ile sonuçlanan mobbing ekonomik stresi artırmakta ve duygu durumunu daha ağır etkilemektedir. Mağdurlar yaşadıklarını daha önce tecrübe etmediklerinden, olanı tanımlayacak bir dil olmadığından veya mobbing hakkında bilgileri olmadığından anlamayabilir. Durumu değiştirecek teşebbüsleri sonrasında başarısız olduklarında, tüm yolların tükendiğini düşünerek intihara sürüklenmektedir. İntiharların %15'inin iş yerindeki mobbing nedeniyle gerçekleştiği yönünde kanıtlar bulunmaktadır (17).

Tablo 1.2. Mobbing aşamaları

1. aşama: Kritik olay (çatışma aşaması)
Süregelen ve müdahale edilmeyen organizasyonel bir çatışma, bir süre sonra kritik bir olaya dönüşen bir mobbing sürecine dönüşür. Mağdur, duyarsız bir açıklama yapmaktan etik olmayan bir eylemde bulunmaya kadar her şeyle suçlanabilir. Gerçek olmayan bu suçlamalar zorbalara mağdura karşı harekete geçmek için gerekçe sunmaktadır.
2. aşama: Mobbing ve damgalama
2.aşama mağdura cezalandırma amacıyla yöneltilen agresif olaylardan ve psikolojik saldırılardan oluşmaktadır. Sıklıkla bu saldırılar eleştirme, aşağılayıcı yorumlarda, söylentilerde bulunma şeklindedir. Bu davranışın mağdurdaki etkisi ise korku, sindirilme ve benlik saygısında azalmadır. Bu süreç sırasında mobbing sürecine daha fazla insan katılmaktadır.
3. aşama: Personel yönetimi
3.aşamada yönetim önceleri ihmal etmesine rağmen, mobbingi dikkate almaktadır. Daha önce, mağdurun damgalanması nedeniyle yönetim veya üst otoriteler ön yargılı olmaya yatkındır. Mağdurdan kurtulma veya mağduru suçlama yoluna gidebilirler. Bu durum bireylerin sivil haklarının ciddi şekilde ihlal edilmesi ile sonuçlanabilir. Yanlış atıflar nedeniyle, meslektaşlar veya üst otoriteler çevresel faktörlerden ziyade kişisel özelliklere dayalı açıklamalar yapabilir.
4. aşama: Yanlış tanı
Bu aşamada yönetim, mağdurun zor birey, yüksek stres altında olduğu veya ruhsal sağlığının bozuk olduğu hakkında zorba ile iş birliği yapmaktadır. Uygunsuz, etik olmayan veya zorbalık davranışlarıyla ilgili endişelerini dile getiren çalışanlar, genellikle olumsuz bir tavır sergileyen, paranoyak davranan veya sürekli muhalefet eden kişiler olarak tanımlanır. Mağdur psikiyatrist veya psikolog ile iletişime geçerse, mağdurun "kişilik bozukluğu", "paranoya" veya "uyum bozukluğu" şeklinde yanlış bir tanıyla damgalanmasına neden olabilir. Bu damgalama ise mağdurun mesleki rehabilitasyondan fayda görmesini engellemektedir.
5. aşama: Dışlama
Mağdur organizasyondan ayrılmaya zorlanmaktadır veya çalışma koşularını tolere edememesi nedeniyle örgütsel bir kovulmaya zorlanmaktadır. Mağdurun işten çıkarılması sonrasında dahi, mobbing süreci bazen zorbalar tarafından alınan önlemleri gerekçelendirmek ve kuruluşun kararının doğru karar olduğunu somut olarak kanıtlamak için devam eder. Mağdur piyasadan tamamen dışlanmıştır ve başka bir iş bulması imkânsız hale gelmiştir.

1.3.2 Organizasyonel etkileri

Mobbingin organizasyon üzerindeki etkileri arasında personel bağlılığında azalma, devamsızlıkların artması, artan personel sirkülasyonu, çalışanlar arasında motivasyon, vizyon, şevk, yaratıcılık, sadakat, iş tatmini ve moral kaybı yer almaktadır. Çalışanlar iş yerindeki istismar davranışlarından kendilerini korumaya çalıştıklarında zamanlarının veya ruhsal anlamda enerjilerinin olmadığını hissedebilmektedir. İş gücü kaybı veya işe artan sıklıkta gelmemek, çalışanların yasal zorunluluklarla karşılaşmalarına neden olmaktadır. Mobbing karşısında çoğu üst otorite, çalışanlara yardım edilmesi veya eğitilmesine kıyasla daha kolay olduğu için mağduru suçlamaktadır. Devam eden bir organizasyonun düzeninin bozulması yerine mağdurun uzaklaştırılması daha kolaydır (19).

1.3.3. Zorbalık ve seyirciler üzerindeki etkisi

Mağdurun meslektaşları sıklıkla seyirci kalmakta ve mağdura destek olmamaktadır. Seyirciler mağdura yardım ettiklerinde, bir sonraki mağdurun kendileri olacağından korkmaktadır. Ancak mobbing süreci uzadıkça ve mobbing şiddeti artış gösterdikçe, seyircilerin mobbing sürecine kayıtsız kalmaları zorlaşmakta ve sürece dahil olmaktadırlar. Faillerin zorbalık yapabilmeleri için gizliliğe, iş birliğine ve görgü tanıklarının sessiz tanıklarına ihtiyaçları vardır. İş arkadaşları, güçlü bir karizmatik lideri takip etmeye kolayca bağlanabilir ve mobbinge karşı mağduru korumak yerine, zorbanın yanında yer alabilirler. Seyircilerin sessiz kalmasında bazı faktörlerin etkili olduğu ifade edilmiştir (17):

1. Çoğu iş yerinde iş arkadaşlarının zorbalık, mobbing veya psikolojik şiddet hakkında tecrübesi veya bilgisi yoktur.
2. Çok az seyirci zorbanın karşısında yer almakta ve cesaret göstermektedir. Çoğu mobbingi yok saymaktadır, görmezlikten gelmektedir.
3. Eleştirel düşünme becerilerinden ve analitik yeteneklerinden yoksundurlar, zorbanın aldatıcı maskesinin arkasını göremezler
4. Zorba, mağdura karşı insanların aklını zehirlemektedir, mağdurun organizasyona karşı tehdit olduğu, ruhsal sağlık problemi olduğuna dair söylemlerde bulunmaktadır. Zorba mağdura yakınlık gösterenlere karşı disiplin cezaları ile tehditte bulunabilir. Aynı davranış profili sergileyen diğer iş arkadaşlarıyla zorba yakınlık kurar.

5. Tartışma olduğunda, çoğu çalışan kazanan tarafta veya hayatta kalacak tarafta olmak istemektedir.
6. Bazı seyirciler mağdurun acılarına tanık olmaktan memnuniyet duymaktadır.
7. Seyirciler zorbanın iyi taraflarını görürken, mağdur kötü taraflarına şahit olmaktadır.
8. Zorbalık gizli ve kapalı kapılar arkasında gerçekleşmektedir. Çok sayıda, bağlam dışı önemsiz olaylardan oluşmaktadır. Bu nedenle seyirciler resmin tamamını görememektedir.
9. Seyirciler zorbaların bahaneleri ile kandırılabilir.
10. Meslektaşların kendi paylarına düşen sorunları vardır, başka biri için işlerini kaybetme riskini göze alamamaktadır.

1.4. Sağlık çalışanlarında mobbing sıklığı ve epidemiyolojisi

Sağlık sektörü fiziksel yeterlilik, öz veri ve fedakârlık gerektiren, iletişimin özellikle önemli olduğu yoğun bir alandır. Tüm mesleki zorluklara ek olarak, sağlık çalışanlarının hastalara faydalı olabilmesi için hem fiziksel hem de ruhsal açıdan sağlıklı olmaları gerekmektedir. Sağlık sektörü çalışanları genellikle nöbet veya vardiya usulü çalışmakta olup uyku saatlerinin düzensiz olduğu uzun süreli çalışma saatlerine ve dinlenmeye yeterli vakit olmadan ağır iş yüküne sahiptirler. Diğer taraftan, sağlık enstitüleri kompleks bir yapıya sahiptir. Bu kompleksliğine rağmen hata yapma toleransının minimal olması nedeniyle iş stresi yüksek bir alandır. Hastaneler sağlık hizmetlerinin yoğun şekilde sunulduğu, toplum yararına hizmet eden kuruluşlardır. Birçok sağlık çalışanının çalıştığı hastanelerde karşılıklı bağımlılık ve kişilerarası ilişki düzeyi yüksektir. Hastane içinde farklı meslek gruplarının veya farklı uzmanlıkların arasındaki anlaşmazlıklar ve çatışmalar (özellikle de alt-üst çatışmaları) mobbinge dönüşebilmekte ve bu durumdan bireylerin hem çalışma hayatı hem de özel hayatı olumsuz etkilenebilmektedir. Mobbing, organizasyonda çalışanların mutsuz olmasına neden olmakta ve nihayetinde hastalara sağlanan hizmet kalitesinde ve hasta memnuniyetinde düşüşe neden olarak organizasyona hem maddi hem de manevi zarar vermektedir (20).

Sağlık çalışanlarında mobbing hakkında çok sayıda çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda sıklıkla mobbing ile cinsiyet, yaş, mesleki durum, eğitim seviyesi, çalışma saati, medeni durum, iş doyumu gibi alanlar incelenmiştir. Çalışmalarda

bildirilen sonuçların en büyük ortak yanı sağlık alanında mobbing sıklığının oldukça yüksek olmasıdır. Sağlık çalışanlarında mobbing sıklığının diğer sektörlere kıyasla 16 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Mobbing ile Mücadele Derneği'nin açıkladığı raporda 2013 yılı itibari ile 42 bin mobbing şikâyeti olduğu ve şikayetlerin daha çok sağlık sektöründe olduğu ifade edilmiştir (21). Sağlık sektöründe mobbing sıklığının yüksek olmasında bazı faktörlerin etkili olduğu öne sürülmüştür (22):

- Yüksek hasta sayısı nedeniyle yüksek iş yükü
- Özellikle devlet kurumlarında maaşların yetersizliği
- Yüksek iş yükü ve nöbetler nedeniyle aile yaşamının idamesinde zorluklar
- Hasta popülasyonu nedeniyle mesleki gerekliliklerinin hepsini yerine getirememe
- Hastaların statüsüne ve ekonomik durumuna göre ayrılması
- Yönetime yakınlık ve yöneticiye kişisel yakınlık nedeniyle ayrımcılık

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, mobbinge maruz kalan sağlık çalışanları değerlendirilmiş ve en yüksek mobbing seviyesi "işte yapılan çalışmaların sürekli eleştirilmesi" alanında (%33.6) bildirilmiştir. Bunu %33 ile "sürekli çalışmasına müdahale edilmesi" ve %31 ile "üstlerine yeteneklerinin gösterilmesinin engellenmesi" alanları izlemiştir. En düşük mobbing sıklığı ise %1 ile "direkt cinsel istismara maruziyet" alanında izlenmiştir. Çalışmada mobbing uygulayanların %50'sinin yönetici, %20.1'inin benzer konumlu meslektaş, %3.3'ünün ise alt konumdaki çalışanlar olduğu belirtilmiştir. Mobbing davranışı içerisinde yöneticilerin önde gelmesi diğer çalışmalarda da doğrulanmıştır. Sağlık çalışanlarına mobbing davranışıyla karşılaştıklarında ne yaparsınız diye sorulduğunda, %55.2'si adaletsizliği çözmek için yüz yüze konuşmayı tercih edeceğini, %48.1'i karşılaştıkları olumsuzlukları üst yöneticilere bildireceklerini, %51.7'si daha fazla ve daha planlı çalışarak mobbing veya eleştirel yaklaşımlardan kurtulacağını, %10.6'sı maruz kaldıkları mobbing ile baş etmek için tıbbi destek alacağını ifade etmiştir (23). Başka bir çalışmada 514 sağlık çalışanına 45 farklı mobbing davranışı tanımlanarak maruziyet sorulmuş, katılımcıların %70.4'ü en az bir tanesine maruz kaldığını ifade etmiştir. Çalışmada en sık mobbing maruziyetinin %66.3 ile "iletişim kurma olasılığını hedefleyen mobbing davranışları" alanında izlenmiştir. Ek olarak, sağlık çalışanlarının %52.9'u "bireyin itibarını hedefleyen mobbing davranışları" alanında, %44.2'si

mesleki durumlarını hedefleyen mobbing davranışları" alanında mobbinge maruz kaldıklarını ifade etmiştir (20). Hastane yöneticileri arasında yapılan başka bir çalışmada ise yöneticilerin en sık maruz kaldıkları alanın "iletişimi hedefleyen mobbing davranışları" alanında olduğu bildirilmiştir. Mobbing davranışları arasında en sık bildirilen ise sırasıyla "anlamsız işler verme", "sürekli müdahale etme" ve "yapılan işin sürekli eleştirilmesi" şeklinde ifade edilmiştir. Hastane yönetiminin giderek karmaşıklaştığı günümüzde, hastane yöneticileri, hastanelerin başarısını en çok etkileyen konumdadır. Bu nedenle yöneticilerin zamanlarını daha rasyonel ve etkin kullanması gerekmektedir, ancak anlamsız iş yükü yöneticileri negatif etkilemekte ve organizasyonel üretkenliği azaltmaktadır (24).

Sağlık çalışanlarını inceleyen başka bir çalışmada, çalışanların %39.2'si yöneticileri tarafından mobbing uygulandığını, %32.5'i meslektaşları tarafından mobbing uygulandığını, %5.1'i ise astları tarafından mobbing uygulandığını ifade etmiştir. Katılımcıların beşte biri ise her kesim tarafından mobbinge maruz kaldıklarını bildirmiştir. Hemşireler ve diğer sağlık personelleri daha çok yöneticileri tarafından mobbinge maruz kalırken, hekimlerin daha çok meslektaşları tarafından mobbinge maruz kaldıkları izlenmiştir. Mobbinge en sık maruz kalan meslek grupları ise sırasıyla hemşireler (%77.3) ve hekimler (%68.4) olarak bildirilmiştir (25).

Yakın zamanda yapılan bir sistematik derlemede (13), sağlık çalışanlarında mobbing maruziyeti değerlendirilmiştir. 28 çalışmanın değerlendirildiği derlemede, mobbing için Asya'da genel prevelans %47.1, Avusturalya'da %36.1, Avrupa'da %18.4 ve Kuzey Amerika'da %24.5 olarak bildirilmiştir. Doktorlarda mobbinge maruziyet için genel prevelans %31.9, hemşirelerde %30.8, yardımcı sağlık personelinde %12.4, yöneticilerde ise %2.3 olarak bildirilmiştir.

Mobbing maruziyetinin sağlık profesyonellerinin örgütsel bağlılığı ile ilişkisinin değerlendirildiği başka bir çalışmada, ikisi arasında negatif yönde bir ilişki olduğu izlenmiştir. Aynı zamanda bu çalışmada mobbingin mesleki statüler arasında aşağıya doğru uygulandığı ifade edilmiştir. Bu nedenle, çalışmada üst-ast ilişkilerini belirlerken yöneticilerin astlarına psikolojik istismar uygulamalarını engelleyen düzenlemelere açıklık getirilmesi önerilmiştir (26). Başka bir çalışmada, hemşire ve diğer sağlık personellerinin doktorlara kıyasla, mobbinge daha fazla maruz kaldığı, depresyon düzeylerinin daha yüksek, yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu ifade

edilmiştir. Bazı çalışmalarda bireylerin yaş ve medeni durumuyla mobbing maruziyeti arasında negatif yönde bir ilişki saptanırken, bu çalışmada mobbing maruziyetinin yaş ve medeni durumla ilişkili olmadığı ifade edilmiştir. Kadın çalışanlarda mobbing riskinin daha yüksek olduğu, mobbing algısının eğitim seviyesi artış gösterdikçe arttığı bildirilmiştir (27).

Hasta ve yakınları tarafından mobbinge maruziyeti değerlendiren yakın bir zamanda yapılan meta-analizde (28), 65 çalışma değerlendirilmiştir. Bu meta-analizde mobbing prevelansının %2.75-88.31 arasında değiştiği kaydedilmiştir. En düşük bir yıllık prevelans Tayland'da hemşireler arasında bildirilirken (29), en yüksek prevelans Birleşik Devletler'de psikiyatri hemşirelerinde bildirilmiştir (30). Tüm çalışmalar dikkate alındığında, hasta ve yakınları tarafından uygulanan mobbing prevelansı %19.33 olarak ifade edilmiştir.

Sağlık alanında ve sağlık çalışanlarında mobbing diğer mobbing çeşitlerinden farklılık göstermektedir. Sağlık çalışanlarında daha sık bildirilmesinin yanında, mobbing kaynakları nedeniyle de sağlık sektöründe mobbing diğerlerinden ayrılmaktadır. 2009 yılında yapılan bir çalışmada sağlık sektöründe mobbing kaynakları sorgulanmış ve en sık mobbing kaynağının direkt bağlı olunan yönetici olduğu görülmüştür. Ek olarak mobbinglerin %18.1'inde kaynağın hasta olduğu, %20.3'ünde kaynağın hasta yakınları olduğu ifade edilmiştir (31).

1.4.1. Sağlık çalışanlarında mobbinge maruziyet süreci

Sağlık çalışanlarının mesleki farklılıklarına göre mobbing maruziyeti değişmektedir. Sağlık çalışanlarında mobbingi inceleyen çalışmaların çoğu hemşireleri değerlendirmiştir. Hemşirelerde mobbinge maruziyet %86'ya varan oranlarda bildirilmiştir. Ülkemizde sağlık çalışanlarında mobbingi değerlendiren çalışmaların çoğu son yıllarda yapılmıştır (%21.4'ü 2017 yılı, %17.8'i 2014 yılı). Çok farklı şehirlerde mobbing çalışmaları yapılmış olup, vakaların çoğu Ankara, İstanbul ve İzmir illerine aittir (32). Yağar ve Dökme tarafından yazılan derlemede, Türkiye'de sağlık çalışanlarında mobbingi ele alan çalışmalar değerlendirilmiştir. Çalışmada hemşirelerin, kadın çalışanların, bekarların, yüksek eğitim seviyesindekilerin ve genç yaştaki çalışanların mobbinge daha çok maruz kaldıkları ifade edilmiştir. En sık karşılaşılan mobbing tiplerinin verbal özellikte olduğu (tehdit, aşağılama, iletişimin engellenmesi), ancak fiziksel, cinsel ve emosyonel şiddetin de görüldüğü ifade

edilmiştir. Güvenli çalışma ortamının olmaması, sendikalaşmanın olmaması, organizasyonlardaki artan resmileşme, kurumsal yapının ağır çalışma koşulları ve yatan hasta servislerinde çalışmanın mobbinge maruziyeti kolaylaştırdığı ileri sürülmüştür. Sağlık çalışanlarında mobbinge maruziyetin neden olduğu olumsuz sonuçlar arasında ise işten ayrılma isteği, tükenmişlik, depresyon, çalışan performansının azalması, iş tatmininin azalması, fiziksel tükenmişlik (yorgunluk, baş ağrısı, uykusuzluk), meslekten istifa etmek, saygınlığın azalması, kariyer gelişiminin zarar görmesi, üretkenliğin azalması, organizasyonel adanmışlığın azalması, eleştirilerin artması, adalet ve kültürün zarar görmesi yer almaktadır (32).

1.5. Mobbingin sağlık çalışanlarının fiziksel ve emosyonel sağlıkları üzerindeki etkisi

Sağlık çalışanlarında mobbinge sık rastlanmaktadır. Ancak çok az sayıda çalışmada sağlık çalışanlarında mobbingin mental ve fiziksel sağlık üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Lever ve arkadaşlarının (13) 2018 yılında yaptığı güncel çalışmada sağlık çalışanlarında mobbing hakkındaki çalışmalar derlenmiştir. %25'lerin üzerinde izlenen mobbingin mental ve fiziksel sağlık üzerinde olumsuz etkileri olduğu görülmüştür. Bu derlemede mobbingin tükenmişlik, anksiyete ve depresif bozukluklar gibi psikolojik sağlık sorunlarına yol açabilmesinin yanında fiziksel sağlık üzerinde de olumsuz etkileri olduğuna değinilmiştir. Mobbingin yol açtığı mental hastalıkların başında depresyon gelmektedir. Çok sayıda çalışmada mobbingin depresyona yol açtığı ifade edilmiştir. Ancak bu çalışmaların çoğu kesitsel çalışma olarak tasarlanmıştır. Bu çalışmalar içerisinde mobbing ve depresyon ilişkisinin en yüksek düzeyde gösterildiği sağlık çalışanları hemşireler olarak izlenmiştir. Almanya'da yapılan prospektif bir çalışmada mobbinge maruz kalan hekimlerde ileride depresif bozukluk gelişme riskinin daha yüksek olduğu kaydedilmiştir (33). Almanya'da yapılan geniş ölçekli başka bir çalışmada ise yaş ve cinsiyete göre eşleştirilmiş kontrol grubuna kıyaslandığında, mobbinge maruz kalanlarda depresyon seviyesinin daha yüksek olduğu izlenmiştir. Mobbing ve depresyon arasındaki ilişkinin çift yönlü olduğu düşünülmektedir. Mobbingin depresyona neden olmasının yanında, mobbinge uğrayan mağdurların daha çok depresif bozukluk gibi psikiyatrik komorbiditesi olanlar olduğu da ileri sürülmüştür. Ancak daha kapsamlı sonuçlara ulaşabilmek için ek çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır (2). Çok sayıda çalışmada depresyon ve

mobbing ilişkisi gösterilmesine rağmen Norveç'te yapılan longitudinal bir çalışmada hemşirelerde mobbing ve depresyon ilişkilendirilememiştir (34).

Tükenmişliği değerlendiren on bir çalışmanın hepsinde mobbing ile tükenmişlik arasında korelasyon olduğu ifade edilmiştir. Altı çalışmada "Maslach Tükenmişlik Ölçeği" kullanılmış olup, çalışmalar arasında en yüksek korelasyon Kanada'da 415 hemşirede izlenmiştir. Bu çalışmada mobbing ile emosyonel tükenmişlik ve kinizm arasında güçlü bir ilişki izlenmiştir (35). Mobbingin neden olduğu diğer bir mental problem ise emosyonel strestir. Birleşik Krallık'ta yapılan bir çalışmada 2950 sağlık çalışanında mobbing ve psikolojik stres arasında güçlü bir ilişki izlenmiştir (36). Bu çalışmada erkek sağlık çalışanlarının ve kronik engelliliği olanların da daha fazla mobbinge maruz kaldığı görülmüştür. Mobbinge maruz kalmanın yanında, mobbinge seyirci olmanın da "General Health Questionnaire" ile değerlendirilen psikolojik stres seviyesinde artışa neden olduğu izlenmiştir. Mobbingi bildirmenin etkisinin olmayacağını düşünme, sorun çıkaran izleniminden çekinme ve bu konudaki kanunların bilinmemesi sağlık çalışanlarında en büyük mobbing bariyerleri olarak kaydedilmiştir. Avusturalya'da hemşirelerin değerlendirildiği başka bir çalışmada ise hem hastane hem de yaşlı bakımında çalışan hemşirelerin mobbinge yüksek oranda maruz kaldıkları ve psikolojik stres düzeylerinin yüksek olduğu izlenmiştir (37).

Mobbingin mental sonuçları arasında bildirilen diğer bir hastalık anksiyete bozukluğudur. Mobbingin mental sonuçları arasında en sık araştırılan konuların başında depresyon gelmektedir. Ancak anksiyete bozukluğu hakkında daha az çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların çoğunda ise mobbingin neden olduğu mental problemler kesitsel çalışma dizaynında değerlendirilmiştir. 2014 yılında yapılan prospektif bir çalışmada 1582 sağlık çalışanında bir yıl sonunda mobbinge maruziyet sonucunda anksiyete ve depresyon seviyesinde artış kaydedilmiştir. Bir yıl sonunda eş zamanlı olarak sağlık çalışanlarının yorgunluk seviyesinin arttığı izlenmiştir (34). Zorbalığa maruz kalan bireylerde, bu durumla başa çıkmaya çalışma ve bu durumun meydana getirdiği endişe nedeniyle uzun süreli kognitif ve psikolojik aktivasyon izlenmektedir. Bunun sonucunda ise yorgunluk ve anksiyete bozuklukları gelişebildiği ileri sürülmüştür. Anksiyete bozukluğu için önerilen bir diğer teori ise sosyal dışlanmadır. Bu teori, mobbinge maruz kalan bireyin önemli sosyal ilişkilerden uzaklaşması veya dışlanmasının, bireyin çevre üzerindeki kontrolünün kaybolmasına

veya çevreye bağlı olma ihtiyacının tehlikeye girmesine neden olduğu ve bu nedenle anksiyete semptomlarının artış gösterdiğini savunmaktadır (38).

Mobbingin sonuçları intihar ve intihar teşebbüsüne kadar uzanabilmektedir. Diğer mobbing sonuçlarına benzer şekilde sağlık çalışanlarında mobbing sıklığının artmasıyla birlikte intihar düşüncesi sıklığının da artış gösterdiği ileri sürülmektedir. Avrupa'da genel popülasyonda intihar düşüncesi sıklığı %2-14 arasında değişmektedir. Gelişmiş bir ülke olan İsviçre'de genel popülasyonda son bir yıl içerisinde intihar düşüncesi sıklığının %7 olduğu ifade edilmiştir. Ancak sağlık çalışanlarında ve özellikle hekimlerde intihar riski daha yüksek bulunmuştur. Hekimlerdeki intihar teşebbüslerinin daha ciddi boyutta olduğu ve bunun nedeninin de hekimlerin intihar yolları hakkında ayrıntılı düşünebilmesi ve hatta nasıl yapılacağını prova edebilmeleri olduğu belirtilmiştir. Son bir yıl içerisinde hekimler arasında intihar düşüncesi sıklığı %13-14 olarak bildirilmiştir (39). İntihar düşüncesine ise sıklıkla üstlerin ve meslektaşların neden olduğu kaydedilmiştir. Anestezi çalışanları arasında ise intihar düşüncesi %25 seviyesinde bildirilmiş ve en belirgin tetikleyicilerinin ise yine üstler ve meslektaşlar olduğu ifade edilmiştir (40). İtalya ve İsviçre'de cerrahları değerlendiren kesitsel bir çalışmada intihar düşüncesi sıklığı %12-18 bulunmuş olup, intihar düşüncesinde mobbingin bileşeni olan iş yerinde fiziksel/sözel taciz, aşırı iş yükü ve rol çatışmalarının etkisi olduğu görülmüştür (41). Birleşik Krallık'ta çoğunun hekim olduğu obstetrik ve jinekoloji çalışanlarının değerlendirildiği başka bir çalışmada ise çalışanların önemli bir kısmının uzun süredir mobbinge maruz kaldıkları, mobbinge maruz kalanların sıklıkla bildirmedikleri veya olduğundan daha azını bildirdikleri ifade edilmiştir. Bu çalışmada, mağdurlarda izlenen sonuçlar arasında depresyon, uyku bozuklukları ve intihar düşüncesi yer almaktadır (42). Yardımcı sağlık personelinde yapılan bir diğer çalışmada ise sağlık çalışanları "Hastane Anksiyete ve Depresyon" ölçeği ile değerlendirilmiştir. 1180 sağlık çalışanının değerlendirildiği çalışmada, hayatın yaşamaya değer olmadığı düşüncesi %28 oranında, ciddi intihar düşüncesi sıklığı %10.4 oranında, intihar girişimi ise %3.1 oranında bildirilmiştir. Çalışmada intihar düşüncesi ile iş ilişkili emosyonel tükenmişlik, işyerinde mobbinge maruz kalma, genç yaş, bekar olma, depresif semptomlar ve düşük benlik algısı yakından ilişkili bulunmuştur (43). Çalışmanın sonucunda intihar düşüncesi için sağlık personellerinin daha riskli olduğu, intihar teşebbüsüne yaklaşımda iş yeri koşullarının da dikkate alınması gerektiği ifade

edilmiştir. Ülkemizde hemşirelerin değerlendirildiği başka bir çalışmada, 505 hemşirede, mobbinge maruz kalanlarda intihar düşüncesi sıklığı %10 olarak değerlendirilmiştir. Bildirilen sıklığın yüksek olmasına rağmen, mobbinge maruz kalmayanlarda intihar düşüncesi sıklığı değerlendirilmediği için karşılaştırma analizleri yapılamamıştır (44).

Sağlık çalışanlarında mobbingin neden olduğu mental hastalıklar haricinde fiziksel problem ve/veya hastalıklar da tanımlanmıştır. Bu problemlerin başında insomniya, uyku bozuklukları, uyku kalitesine azalma, baş ağrısı ve gastrointestinal problemler yer almaktadır (13). Hasta bakım personelinde yapılan bir araştırmada uyku bozukluklarının sıklığı %59 olarak değerlendirilmiş ve uyku bozukluğunun mobbing ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir. Fiziksel problemler içerisinde yer almasına rağmen, uyku bozuklukları mental problemlerde de yaygın şekilde izlenmektedir. Mobbing ile uyku bozuklukları arasındaki ilişki anksiyete ve depresyon seviyelerindeki artışla bağlantılı olabileceği gibi, artmış stres yanıtının etkisi sonucunda da olabilir (45). Ancak uyku bozukluklarına neden olan çalışma modelleri, çalışma ve vardiya saatlerinin uzunluğu ve diğer fiziksel hastalıklar da dikkate alınmalıdır. Portekiz'de yapılan bir çalışmada 107 hemşire değerlendirilmiş ve mobbinge maruz kalanlarda mental problem ve uyku bozuklukları değerlendirilmiştir. Çalışmada hemşirelerin %36'sının mobbinge maruz kaldığı, %50'sinin derin uykuya dalmakta zorlanma, uyuyamama ve uyku kalitesinde azalma gibi uyku problemleri yaşadığı kaydedilmiştir (46). Ülkemizde anestezi çalışanlarında yapılan bir çalışmada ise mobbinge maruz kalanların önemli bir kısmında uzun süredir uyku problemleri olduğu izlenmiştir (14). İki yıl takip süresi olan prospektif dizayndaki başka bir çalışmada da mobbinge maruz kalanlarda uyku bozukluklarının geliştiği ifade edilmiştir (47).

Birçok hastalıkta izlenen baş ağrısının ortaya çıkışında mobbingin de olası bir neden olduğu düşünülmektedir. Bosna'da yapılan bir çalışmada 511 hekimin %76'sının iş yerinde mobbinge maruz kaldığı ifade edilmiştir. Hekimlerin %26'sında mobbingin sürekli devam ettiği izlenmiştir. Mobbinge maruz kalan hekimlerde motivasyon ve dikkat eksikliği, anksiyete semptomları ve öfke/kızgınlık durumu daha sık izlenmiştir. Bu psikolojik semptomların yanında bu hekimlerde bulantı, çarpıntı, terleme, baş ağrısı ve yorgunluğun daha sık görüldüğü izlenmiştir (48). Japonya'da yapılan araştırmada sağlık ve sosyal yardım merkezilerinde çalışan yaklaşık 2000

birey değerlendirilmiştir. İş ilişkili mobbinge maruz kalanlarda baş ağrısının cinsiyetten bağımsız olarak daha sık izlendiği ifade edilmiştir. Baş ağrısı haricinde mağdurlarda boyun ve omuzlarda ağrı ve sertlik, bel ağrısı, iki veya daha fazla eklem bölgesinde ağrı sıklığında artış izlenmiştir (49).

Birçok mental ve fiziksel problemlerle ilişkilendirilen mobbingin kardiyovasküler hastalıklarla da ilişkili olabileceği gündeme getirilmiş ancak çok az sayıda çalışmada kardiyovasküler hastalıklarla ilişkisi değerlendirilmiş ve bu çalışmalar sağlık çalışanlarında yapılmamıştır. 2003 yılında Finlandiya'da yapılan bir çalışmada ilk defa mobbinge maruz kalanlarda kardiyovasküler hastalık riskinin artığı bildirilmiştir (50). Bu risk artışında vücut ağırlığının da çok önemli rolü olduğu belirtilmiştir. Yine yakın bir zamanda on dört binin üzerinde mobbing mağduru ve kontrol grubunun değerlendirildiği başka bir çalışmada, mobbinge maruz kalanlarda anjina pektoris, miyokardiyal enfarktüs ve inme gibi kardiyovasküler hastalık sıklığı %2.9 bulunurken, kontrol grubunda %1.4 oranında izlenmiştir. Çalışmada depresyon ve anksiyete bozukluklarının kardiyovasküler hastalıkların ortaya çıkışına aracılık ettiği düşünülmüştür. Depresyon ve anksiyetenin çeşitli biyolojik yolaklar, otonom sinir sistemi, platelet reseptörleri, koagülopati faktörleri, pro-inflamatuvar sitokinler, endotel disfonksiyonu ve nörohormonal faktörlerdeki değişimlere neden olarak kardiyovasküler hastalıklara yol açtığı bilinmektedir. Bu nedenle çalışmada mobbinge maruz kalanlarda depresyonun tedavisiyle kardiyovasküler hastalık sıklığında azalma sağlanabileceği düşünülmüştür (51). Ek olarak, hastalıkların ortaya çıkışında emosyonel stres rol oynayabilmektedir. Sonuç olarak, önemli bir stres kaynağı olan mobbingin kardiyovasküler hastalıklarla ilişkili olduğu düşünülebilir (50). 2020 yılında yapılan beş yıllık takip süresi olan prospektif çalışmada 65 yaş altı çalışanlar değerlendirilmiş, karıştırıcı faktörlere göre düzeltme yapıldığında mobbinge maruz kalanlarda miyokardiyal enfarktüs, inme, atriyal fibrilasyon, periferik arter hastalığı, koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği ve ani kardiyak ölüm gibi kardiyovasküler hastalık sıklığının daha yüksek olduğu izlenmiştir (52). Çalışmada mobbingle mücadelenin kardiyovasküler hastalık sıklığında azalma sağlayabileceği ifade edilmiştir.

1.6. Depresyon

Depresyon psikolojik fonksiyonelliği ciddi şekilde sınırlandıran ve yaşam kalitesini azaltan yaygın görülen bir hastalıktır. DSÖ tarafından depresyonun dünya genelinde en çok hastalık yüküne neden olan üçüncü hastalık olduğu bildirilmiştir. Klinikte depresyonun saptanması, tanısı ve tedavisi değişken prezentasyonlar, tahmin edilmesi zor hastalık süreci ve değişken tedavi yanıtı nedeniyle kolay değildir (53).

1.6.1. Epidemiyoloji

Prevelans

Majör depresif bozukluk için 12 aylık prevelans ülkeler arasında değişkenlik göstermekle birlikte yaklaşık %6 seviyesindedir (54). Yaşam boyu depresyon riski ise üç kat daha sık olup %15-18 arasındadır (55). Bu nedenle, her beş bireyden birinde depresyonun görüleceği söylenebilir. On iki aylık majör depresif bozukluk için yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde %5.5 prevelans bildirilirken, orta gelir düzeyine sahip ülkelerde %5.9 bildirilmiştir. Bu nedenle, depresyonun gelişmiş ülkelerde modern yaşam stilinin basit bir sonucu olduğu söylenemeyeceği gibi, düşük gelir düzeyiyle de tek başına açıklanamaz (56). Depresyon epizodunun en sık izlendiği yaşlar adölesan çağlar ile 40'lı yaşlar arasındadır. Çoğu hasta ilk depresyon epizotunu 20 yaş öncesinde yaşamaktadır. Depresyon için ortalama yaş 25 olarak ifade edilmiştir (57). Kadınlarda yaşam boyu erkeklere kıyasla iki kat daha sık izlenmektedir. Depresyon prevelansı hem kadın hem de erkeklerde iki defa pik yapmaktadır. İlk pik 20-30 yaşlarında izlenirken, ikinci pik 50-60 yaşları arasındadır (58-60).

Süreç ve prognoz

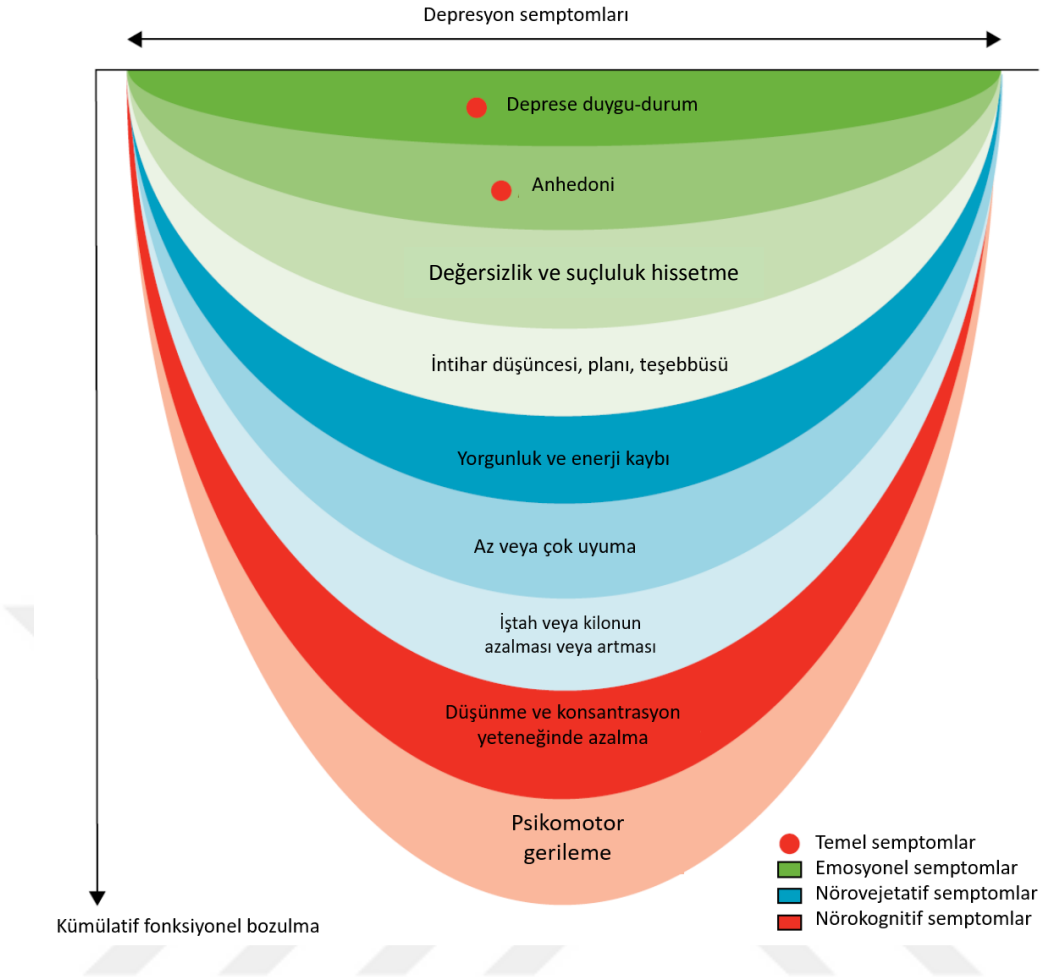
Depresyonun ortaya çıkışı genellikle aşamalıdır, ancak depresyon süreci yaşam boyunca değişkenlik gösterebilmektedir. Çoğu hastada depresyon epizodik özellik göstermektedir ve akut depresif epizotlar arasında hasta kendisini iyi hissetmektedir. Doğası gereği tahmin edilemez özellikte olan depresyonda epizotların süresi, yaşam boyu izlenen epizot sayısı ve depresyon paterni hastalar arasında büyük farklılık gösterebilmektedir. Majör depresif bozukluk rekürren özellikte yaşam boyu süren bir hastalık olduğu için iyileşme şeklindeki isimlendirmeler doğru olmayabilir. Depresyonda sıklıkla iyileşme yerine, semptomatik olmayan veya majör depresyon epizotu sonrasında fonksiyonelliğini geri kazanan hastalardan bahsetmek daha

doğrudur. Tedavi ile birlikte epizotların arasındaki süre 3-6 ayı bulmakta, çoğu hasta 12 ay içerisinde düzelmektedir (61). Rekürrens olasılığı yüksektir ve epizot sayısı arttıkça rekürrens sıklığı artmaktadır. Hastaların %80'i yaşamları boyunca en az bir epizot daha yaşamaktadır (62). İleri yaşlarda epizotların sonuçları daha ağır olabilmektedir. Majör depresif bozukluktan etkilenen hastaların yaklaşık yarısı altı ay içerisinde iyileşirken, dörtte üçü bir yıl içerisinde iyileşmektedir, ancak hastaların yaklaşık dörtte biri nasıl tedavi edildiği ve hasta özelliklerine de bağlı olarak, iyileşememekte ve kronik depresif hastalık gelişmektedir (63).

1.6.2. Tanı

Depresyon tanısında, anahtar semptomları dikkate alan iki ana tanısal sınıflama sistemi bulunmaktadır: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) ve International Classification of Diseases (ICD). Bu anahtar semptomlardan hiçbiri depresyon için patognomonik olmayıp, diğer psikiyatrik ve tıbbi hastalıklarda da izlenebilmektedir. Şekil 1.1'de DSM-5'in majör depresif bozukluk için dikkate aldığı anahtar semptomlar gösterilmiştir (53). Bu nedenle depresyon tanımı sendrom oluşturan ve fonksiyonel bozukluğa yol açan semptomları temel almaktadır. Anhedoni, diurnal varyasyon ve suçluluk duygusunun artması gibi semptomlar depresyon için daha spesifiktir. Yorgunluk, iştah veya kilo kaybı, uykusuzluk gibi semptomlar ise diğer tıbbi hastalıklarda da oldukça yaygın izlenmektedir. Hastane, poliklinik ve toplum ortamında majör depresif bozukluk tanısında DSM ve ICD sık tercih edilirken, araştırmalarda sıklıkla DSM tercih edilmektedir. DSM ve ICD'ye ek olarak, depresyon şiddetinin belirlenmesinde klinik skalalar kullanılmaktadır. Çeşitli klinik ortamlarda depresyonun tanımlanması için çeşitli tarama yöntemleri geliştirilmiştir. Şekil 1.1'de gösterilen temel semptomlar klinik açıdan daha önemliyken, diğer semptomlar eşit öneme sahiptir (53).

Majör depresif bozukluğun mutsuzluk veya üzgün olmaktan ayrılması gerekmektedir. Majör depresyon tanımında kişi şekil 1.1'de gösterilen en az beş semptomu, iki hafta süresince neredeyse her gün yaşamaktadır ve semptomlar kişinin önceki genel fonksiyonelliğinden belirgin derecede farklıdır. Depresif epizot tanısı için ise depresif duygu-durum ve anhedoni varlığı gerekmektedir (53).

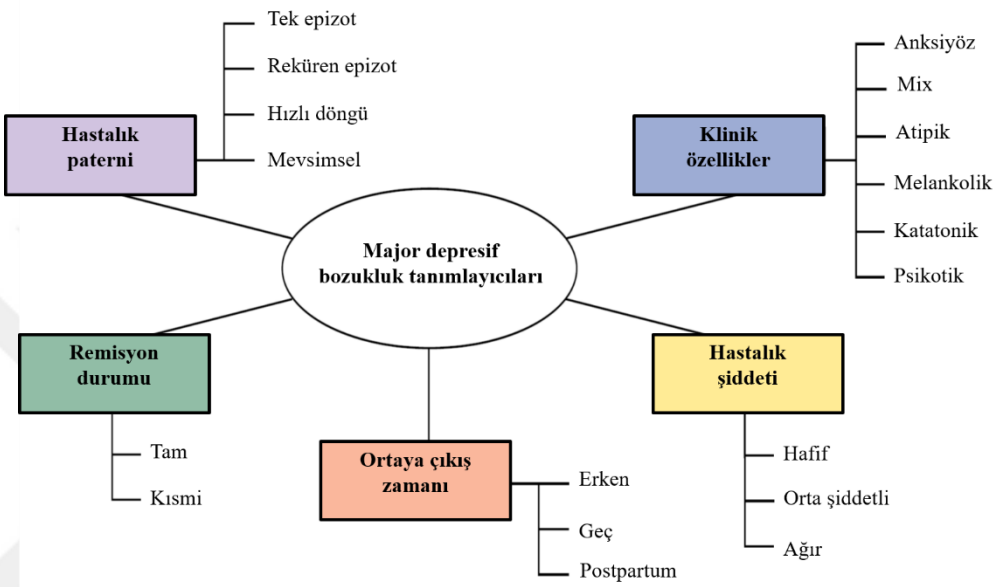


Şekil 1.1. Major depresif bozukluğun tanımlanması

Depresyon semptomları emosyonel, nörovejetatif ve kognitif semptomlar şeklinde ayrılmaktadır. Manik bozukluk gibi psikiyatrik hastalıklarda konsantrasyonun azalması ve psikomotor ajitasyon görülebileceği için depresyon tanısının oluşturulmasında bipolar hastalıklar dikkate alınmalıdır. Aynı zamanda hastaların semptomlarını daha iyi açıklayabilecek, anksiyete bozukluğu, şizofreni, metabolik bir hastalık veya ilaç yan etkisi gibi alternatif bir tanının olmaması gerekmektedir. Depresyon hastalarının üçte ikisine anksiyete bozukluğu eşlik edebilmektedir. Majör depresyon tanısı sonrasındaki bir veya ikinci yılda anksiyete semptomları gözlenebilmekte ve hastaların yaşı ilerledikçe bu semptomlar daha da belirginleşebilmektedir. Bu nedenle anksiyete bozukluğu depresyonun bir komorbiditesi veya baskın bir özelliği olabilmektedir (53).

Alt tipler ve depresyon tanımlayıcıları

Pratik uygulamalarda her bir depresif epizot özelliğinin tanımlanması önemlidir. Bu tanımlamada depresyon tanımlayıcıları kullanılmaktadır. Bu şekilde hastalık paterni, klinik özellikleri, şiddeti, görülme yaşı, tekrarlayıcı özellikleri belirtilmektedir. Şekil 1.2'de major depresyon tanımlayıcıları ve özellikleri belirtilmiştir (53).



Şekil 1.2. Major depresif bozukluğun tanımlayıcı özellikleri

Depresyon saptanması ve taranması

Çok farklı semptomların kombinasyonu şeklinde görülebilen depresyonun saptanması kolay değildir. Semptomların birlikteliği nedeniyle birinci basamakta depresyon tanısı atlanabilmektedir. Depresyona farkındalığın artması depresyon saptanma olasılığını artırmaktadır. Ancak toplum seviyesinde depresyonun taranması ise oldukça zordur. Klinisyenler arasında depresyonun saptanması için skala veya ölçeklerin kullanımı yaygındır. Kısa tarama anketleri arasında Hasta Sağlığı Anketi-9 (PHQ-9), Hasta Sağlığı Anketi-2 (PHQ-2), Beck Depresyon Envanteri (BDI) ve 5 maddeli Dünya Sağlık Örgütü Sağlıklı Yaşam İndexi (WHO-5) bulunmaktadır. Depresyon sıklığı dikkate alındığında her hastanın duygu-durum veya anhedoni açısından sorgulanması gereklidir. Yapılan depresyon taraması majör depresif bozukluk hastalarının saptanma oranının artırılmasının yanı sıra, tedavi oranındaki artışla birlikte intiharların önlenmesine de katkı sağlamaktadır (53).

1.6.3. Patofizyoloji

Depresyon patogenezinde içselleştirici faktörler, dışsallaştırıcı faktörler ve travmatik olaylar olmak üzere üç geniş risk faktörü kümesi vardır. Spesifik risk faktörleri olanlarda daha sık görülür (64). Genetik, nevrotik düşünce varlığı, erken başlangıçlı anksiyete bozukluğu, geçmişte majör depresyon öyküsü olması, madde kullanım bozukluğu, çocukluk ya da yetişkinlikte travma öyküsü, stresli yaşam olayları risk faktörleri arasında sayılabilir.

Yapılan genetik çalışmalarda majör depresyon gelişme riski ile ilişkili spesifik genleri tanımlayan sağlam, tekrarlanabilir bulgular elde edilememiştir. Bazı çalışmalarda kortikotropin salgılatıcı hormon tip 1 reseptör genindeki polimorfizmlerin yetişkinlikte depresyon riskini azalttığı ortaya konmuştur (65.66). Bulgular daha sonra yapılan çalışmalarla da desteklenmiştir. Kısıtlı sayıda çalışmada serotonin taşıyıcı genin kısa alleli ile stresli yaşam olayları arasındaki etkileşimin depresyon riskini artırdığı bildirilmiş (67-69) ancak sonraki çalışmalarda bu ilişki doğrulanamamıştır (70). Depresyon ile ilişkili genlerin bulunamamasının nedeni olarak genlerdeki bozukluğun heterojenite göstermesi olduğu düşünülmektedir (71).

Düşük doğum ağırlığına sahip olmanın (<2500 gr) yetişkinlikte depresyon ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Yapılan bir meta-analizde (n > 30000) düşük doğum ağırlığına sahip kişilerin depresyona daha yatkın oldukları, ayrıca erken yaşam sıkıntısı ve çocukluk travması yaşayanlarda depresyonun daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (72). Bu yatkınlığın sebebinin yapılan bazı çalışmalarda hipotalamusta kortikotropin salgılatıcı hücrelerin uzun süreli hiperaktivitesinin neden olduğuna yönelik kanıtlar öne sürülmektedir (73).

Tecrit, sosyal desteğin olmaması, aile üyeleri tarafından maruz kalınan eleştiri, kişinin sosyal çevresinde depresyona yakalanmış kişilerin varlığı depresyona ya da depresyon ataklarının tekrarına sebep olabilmektedir (74,75). Yapılan bazı çalışmalarda sosyal desteğin düşük olduğu kişilerde yaklaşık iki kat daha fazla depresyona eğilim saptanmıştır (76). Yine aynı şekilde aile üyeleri ile olumsuz ilişkiler, kötü kardeş ilişkileri, eleştirel yorumlar da majör depresyon ile ilişkili bulunmuştur (77). Depresyon sosyal ağlar aracılığıyla da yayılabilir. Aile üyelerinde, arkadaşlarında, komşularında ve iş arkadaşlarında depresyon olan kişilerde depresyon daha sık görülmektedir (77).

Bunların dışında bazı akut ve kronik hastalıkların da depresyonla ilişkisi ortaya konmuştur. Epilepsiler, Parkinson hastalığı, Multiple Skleroz, Alzheimer hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, travmatik beyin hasarı gibi nörolojik hastalıklar (78), HIV/AIDS, nörosifiliz gibi bulaşıcı hastalıklar, hipotiroidizm, diyabetes mellitus (79), D vitamini eksikliği (80), paratiroid bozuklukları, iskemik kalp hastalıkları, kardiyomiyopati, inflamatuar bağırsak hastalıkları, kollajen vasküler hastalıklar ve merkezi sinir sistemi tümörleri ile depresyon arasındaki ilişki yapılan bir çok çalışmada ortaya konmuştur (81).

Aynı zamanda sistemik kullanılan glukokortikoidler (82) ve interferonların (83) da depresyon için risk faktörü oluşturduğu saptanmıştır.

Nörobiyoloji

Kortikotropin hormonunun aşırı üretimi hipotalamus-hipofiz-adrenal korteks aksında aşırı aktiviteye neden olmaktadır (84). Bu aşırı aktiviteye bağlı olarak glukokortikoidlerin uzun süreli ve aşırı sekresyonu nörojenez ve hipokampal atrofinin baskılanmasına neden olabilmektedir (85). Depresyonda beyin yapısının değiştiği, fonksiyonlarının ve sinir ağı modelinin farklılaştığı birçok çalışmada gösterilmiştir. Uzun süredir devam eden ya da tedavi edilmemiş depresyonu olan kişilerde artmış ventrikül hacmi, frontal ve hipokampal hacimlerde azalma saptanmıştır (86,87). Majör depresyonda yapılan nörolojik görüntüleme aynı zamanda yaşa bağlı olan nörolojik gelişimin, örneğin sinaptik eliminasyon, dentritik budama ve miyelinizasyonun anormal hızlanabileceğini göstermektedir (88). Bunun yanında gri cevher diğer psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi depresyonda da azalmaktadır. Beyaz cevher mikroyapısında da anormallikler bulunmaktadır. Beyaz madde eksikliğinin depresyon patogenezinde rol oynayan fronto/kortikolimbik nöral devrelerin işlev bozukluğunun temelini oluşturduğu düşünülmektedir (89,90).

Yapılan çalışmalarda tümör nekroz faktör, interlökin-6. sitokinler ve C-reaktif protein gibi bazı inflamatuar belirteçlerin depresyonda serum seviyelerinin arttığı gösterilmiştir (91,92). Bununla birlikte artmış periferik enflamasyonun merkezi sinir sistemi enflamasyonunu göstermediği düşünülmektedir (93). Enflamasyon ayrıca tedaviye dirençli depresyonla da ilişkili bulunmuştur (94).

Depresyon, kromozomların her iki ucunda bulunan ve kromozomu hasardan koruduğu düşünülen nükleotit sekansları olan anormal derecede kısa telomerlerle de

ilişkilidir. Telomerlerin uzunluğu normalde zamanla azalmakta ve bu işlem hücresel yaşın bir belirteci olarak kabul görmektedir. Depresyon ve anormal derecede kısa telomerler arasındaki ilişkinin hızlandırılmış hücresel yaşlanmayı temsil ettiği düşünülmektedir (95).

Majör depresyonu olanlarda nöronların ve glial hücrelerin sayısı, yoğunluğu ve boyutu anormaldir. Bozulmuş glial hücre fonksiyonları (glutamat metabolizması, nörotrofik faktörlerin üretimi ve miyelinizasyon) depresyonun patofizyolojisine katkıda bulunmaktadır (96). Yapılan postmortem çalışmalarda oksipital korteksteki bazı gama-aminobutirik asit (GABA) nöronlarının yoğunluğunun, majör depresyonu olan hastalarda sağlıklı kontrollere kıyasla %28 ve prefrontal kortekste %50 oranında azaldığı saptanmıştır (97.98).

İlk teorik modeller depresyonun, serotonin ve norepinefrin başta olmak üzere monoaminlerin azalmasına bağlı olduğunu öne sürse de artık depresyon zemininin daha karmaşık olduğu ve hastalık oluşmasında da antidepresan tedaviye yanıtta da hücre içi kaskadlar dahil olmak üzere daha karmaşık dinamiklerin etkili olduğu düşünülmektedir (99). Depresyonda serotonin ve katekolamin sisteminin (norepinefrin, dopamin) rolü aşikardır. Serotonin üretimi için gerekli öncü amino asit olan triptofanın hızla tükenmesiyle depresyon arasındaki ilişki çok sayıda çalışmada ortaya konmuştur. Yapılan meta-analizlerde serum triptofan konsatrasyonu, depresyon hastalarında sağlıklı kontrollere göre düşük olarak saptanmıştır (100-102). Dopamin iletimin azalması genetik, nörokimyasal, nörogörüntüleme, postmortem ve hayvan çalışmalarıyla ortaya çıkarılmıştır (103).

Yine çok sayıda çalışmada GABA ve glutamat düzeylerindeki değişikliklerin depresyon patofizyolojisinde rol oynadığı saptanmıştır. Manyetik rezonans spektroskopi protokolünde majör depresyon tanısı alan hastaların oksipital korteksinde yüksek düzeylerde glutamat ve düşük düzeylerde GABA gözlenmiştir (104). Glutamat antagonistlerinin bu nedenle tedavide etkili olabileceği düşünülmüştür.

Tedavi

Depresyonun rekürrensinin sık olması ilk tedavinin etkinliğinin önemini artırmaktadır. Depresyon için ilk tedavinin amacı semptom remisyonu ve başlangıçtaki işleyişin düzeltilmesidir (105-107).

Tedavide ilk adım farmakoterapi ve psikoterapi kombinasyonudur (108,109). Bununla birlikte herhangi bir spesifik ilaç ve psikoterapi kombinasyonu bulunmamaktadır (105). Kombinasyon tedavisine alternatif tedavi ise tek başına farmakoterapi veya tek başına psikoterapidir (105,110). Antidepresanlar genellikle kombinasyon tedavisi veya psikoterapiden daha çok tek başına tercih edilmektedir (111). Gerek hasta tercihi gerek maliyeti açısından en sık kullanılan yöntem olarak saptanmıştır. Bir tedavi rejimi seçerken komorbidite, psikososyal stres faktöleri, maliyeti ve hasta tercihi dikkat edilmesi gereken faktörlerdir.

Bununla birlikte NICE kılavuzları hafif semptomları olan depresyonlu hastalarda ilk tedavi için farmakoterapiye kıyasla psikoterapiyi önermektedir (112).

Majör depresyonun ilk tedavi seçeneği olarak tek başına psikoterapi veya farmakoterapi yerine kombinasyon tedavisi önerilen randomize çalışmalar da bulunmaktadır (108,109). 25 randomize çalışmayı içeren bir meta analizde (n > 2000) hastalarda kombinasyon tedavisi ile sadece antidepresan kullanılan tedavi yöntemi karşılaştırılmış ve kombinasyon tedavisi az-orta etkili olarak bulunmuştur (108).

Klinik çalışmalarda hiçbir ilaç plasebo ile eş değer bulunmamıştır. Ancak plaseboların da etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Örneğin 37 randomize çalışmanın alındığı bir meta-analizde (n > 3300), hastaların %29'unun plasebo ile remisyona girdiği ortaya konmuştur (113).

Psikoterapi, çok sayıda randomize çalışmaya dayanan kanıtlarla depresyonda ilk tedavi seçeneklerindendir (114,116). 92 çalışmanın alındığı bir meta-analizde (n > 6900) psikoterapi bir kontrol grubu ile karşılaştırılmış ve psikoterapi alan hastalarda remisyon daha fazla görülmüştür (%41 vs. %21) (117). Terapi seansının sayısı psikoterapi ile ilişkili bulunmamıştır.

Antidepresanlar ve psikoterapi arasında seçim yapılmasına yardımcı biyolojik, genetik veya klinik belirleyici bulunmamaktadır (118-122). Bununla birlikte depresyonu olan hastalarda yapılan randomize iki çalışmada kişilik bozukluğunun veya nevrotikliğin eşlik ettiği hastalarda antidepresan tedavinin daha iyi sonuç verdiğini göstermiştir (123,124).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Etik kurul izni

Çalışmamız T.C. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik kurulu Komitesi tarafından 30.10.2019 tarihinde, 2019/299 karar sayısı ile onaylanmıştır. Çalışmamız Helsinki Bildirisi, İyi Klinik Uygulamalar ve İyi Laboratuvar Uygulamalarına uygun şekilde gerçekleştirilmiştir.

2.2. Çalışmanın özellikleri ve hasta seçimi

Çalışmamız kesitsel, tanımlayıcı ve analitik bir çalışma şeklinde planlandı ve 01/11/2019 ile 01/11/2020 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Çalışmaya Türkiye genelindeki üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri, devlet hastaneleri ve özel hastanelerde çalışan Anesteziyoloji ve Reanimasyon kliniğinde çalışan uzman doktorlar, araştırma görevlileri ve teknisyen/teknikerlerin dahil edilmesi planlandı. Çalışma öncesinde hesaplanan örneklem büyüklüğünün 500 katılımcı olması nedeniyle çalışmaya 500 kişiye ulaşılana kadar devam edildi. Online olarak ulaşılan katılımcılara çalışma hakkında bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul edenlerle çalışma gerçekleştirildi.

2.3. Katılımcıların çalışmaya dahil edilme kriterleri

1- Anesteziyoloji ve Reanimasyon kliniklerinde çalışan uzman doktor, araştırma görevlisi, teknisyen/tekniker olmak

2- Üniversite hastanesi, eğitim ve araştırma hastanesi, devlet hastanesi veya özel hastanelerde çalışıyor olmak

3- 18-65 yaş arasında olmak

2.4. Katılımcıların çalışmadan dışlanma kriterleri

1- Daha önce depresyon tanısı olmak

2.5. Çalışmanın yöntemi

Çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllülere üç aşamadan oluşan bir anket yöneltildi. Anketin ilk aşamasında katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, sosyoekonomik durumu, ünvanı (uzman doktor, araştırma görevlisi, teknisyen/tekniker), çalıştığı hastane sınıfı (üniversite hastanesi, eğitim ve araştırma

hastanesi, devlet hastanesi veya özel hastane), meslekte çalışma süresi, iş memnuniyeti, psikolojik semptom varlığı sorgulandı. Daha sonra katılımcılara mobbing tanımı "İş yerinde bir veya birkaç kişi tarafından diğer bir kişiye yönelik olarak düşmanca ve ahlak dışı yöntemlerle sistematik bir biçimde uygulanan psikolojik bir terör" şeklinde yapılarak katılımcıların mobbinge maruz kalıp kalmadıkları, maruz kalanların ne sıklıkta maruz kaldığı soruldu.

Çalışmanın ikinci aşamasında katılımcılara 51 maddeden oluşan "Leymann'ın Uyarlanmış Psikolojik Yılgınlık Ölçeği (LUPYÖ)" yöneltildi. Son aşamada ise depresif belirtilerin değerlendirilmesi için 21 maddeden oluşan "Beck Depresyon Envanteri (BDE)" yöneltildi.

2.6. Çalışmada kullanılan test ve ölçekler

2.6.1. Leymann'ın Psikolojik Terör Envanteri

1996 yılında Leymann tarafından geliştirilmiştir. Yıldırma davranışlarını ölçmeye yönelik 45 madde içermektedir. Beş kısımdan oluşmaktadır: Çalışanın kendini göstermesine ve iletişim kurmasına yönelik yıldırma (11 madde), sosyal ilişkilere yönelik yıldırma (5 madde), itibara yönelik yıldırma (15 madde), iş ve yaşam kalitesine yönelik yıldırma (9 madde), bireyin doğrudan sağlığına yönelik yıldırma (5 madde).

Her madde 5'li likert ölçeği ile değerlendirilmektedir (1 = kesinlikle katılıyorum, 2 = katılıyorum, 3 = kararsızım, 4 = katılmıyorum, 5 = kesinlikle katılmıyorum). Ölçeğin total skoru 45 ile 225 arasında değişmektedir. Ölçek, total skor 45'e yaklaştıkça yüksek mobbing maruziyeti olduğu, 225'e yaklaştıkça düşük mobbing maruziyeti olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. 2014 yılında Korukcu ve ark (125) tarafından orijinal ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu çalışmada aynı zamanda orijinal ölçek Türkçe'ye çevrilmiş ve altı yeni madde eklenmiştir. Sonuç olarak "Leymann'ın Uyarlanmış Psikolojik Yılgınlık Ölçeği (LUPYÖ)" ölçeği 51 madde ve altı alt boyuttan oluşmaktadır:

- Kendini ifade etme ve iletişime yönelik yıldırma (10 madde)
- Sosyal ilişkilere yönelik yıldırma (5 madde)
- İtibara yönelik yıldırma (13 madde),
- Yaşam kalitesi ve mesleki konumuna yönelik yıldırma (8 madde)

- Sağlığa yönelik yıldırma (4 madde)
- Duygulara yönelik yıldırma (11 madde)

Çalışmamızda Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan bu modifiye ölçek tercih edilmiş olup, total skor 51-255 arasında değişmektedir.

2.6.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck Depresyon Envanteri (BDE) depresif semptomların sıklığını değerlendirmede yaygın olarak kullanılmaktadır. 1996 yılında Beck ve ark (126) tarafından geliştirilen ölçek çok sayıda dile çevrilmiş ve çok sayıda araştırmada tercih edilmiştir. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda BDE ölçeğinin iç tutarlılığının ve test-tekrar test güvenilirliğinin (Testin aynı gruba belirli aralıklarla 2 kez uygulanması sonucunda sonuçların tutarlı olması) yüksek olduğu gösterilmiştir (127). 21 maddeden oluşan ölçek hastaların veya katılımcıların kendisi tarafından doldurulmaktadır ve son bir haftadaki semptomlar dikkate alınmaktadır. Her soru 0-3 arasında değişen maddede derecelendirilmektedir. Ölçeğin her maddesindeki skorunun toplanmasıyla total skor elde edilmektedir. Total skor 0-63 arasında değişmektedir. Yüksek skorlar depresyon sıklığının veya depresif belirtilerin daha fazla olduğuna işaret etmektedir. Beck ve ark (126) tarafından oluşturulan skorlamada 0-13 arası skorlar depresyonun olmadığına işaret ederken, 14-19 arası skorlar hafif şiddetli, 20-28 arası skorlar orta şiddetli, 29-63 arası skorlar şiddetli depresyona işaret etmektedir. 2007 yılında Aktürk ve ark tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (128).

2.7. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS versiyon15.0 (Chicago, ABD) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılımına uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogrov Smirnov, Shapiro-Wilk testi) kullanılarak incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler normal dağılan sayısal verilerde ortalama ve standart sapma, normal dağılmayanlarda ortanca şeklinde, nominal verilerde sayı ve yüzde şeklinde ifade edilmiştir. Normal dağılan sayısal değişkenler iki grup arasında *"bağımsız gruplarda t testi"*, üç veya daha fazla grup arasında *"One Way ANOVA"* testi kullanılarak analiz edilmiştir. Nominal verilerin karşılaştırılmasında "Ki-kare analizi" kullanılmıştır. Korelasyon analizlerinde normal dağılan değişkenler için *"Pearson korelasyon testi"* tercih edilmiştir. Korelasyon analizlerinde korelasyon katsayısı 0.05-0.30 arasında ise düşük veya önemsiz

korelasyon, 0.30-0.40 arasında ise düşük-orta korelasyon, 0.40-0.60 arasında ise orta derecede korelasyon, 0.60-0.70 arasında ise iyi derecede korelasyon, 0.70-0.75 arasında ise çok iyi derecede korelasyon, 0.75-1.00 arasında ise mükemmel korelasyon şeklinde kabul edilmiştir. Çalışmadaki istatistiksel analizlerde $p < 0.05$'in altındaki değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3. BULGULAR

3.1. Tanımlayıcı özellikler

Katılımcıların ortalama yaşı 31.6 ± 7.1 yıldı (20-66 yaş aralığında). Katılımcıların %56'sı kadın, %44'ü erkek olup kadın/erkek oranı 1.3'tü. Medeni durum katılımcıların %58.2'sinde evli, %39.4'ünde bekar, %2.4'ünde boşanmış/duldu. Katılımcıların %35'inin geliri giderinden fazla, %48.4'ünün gideri gelirinden fazla, %16.6'sının geliri ve gideri eşitti. Katılımcıların %27.4'ünü uzman doktorlar, %32.4'ünü araştırma görevlileri, %40.2'sini anestezi teknisyeni ve teknikerleri oluşturmaktaydı. Katılımcıların %44.6'sı üniversite hastanesi, %28.8'i eğitim ve araştırma hastanesi, %19.2'si devlet hastanesi, %4'ü özel hastane, %4'ü şehir hastanesinde çalışmaktayken mesleki süre %7.6'sında iki yıldan az, %27.8'inde iki-beş yıl, 31.2'sinde beş-on yıl, %33.4'ünde on yıldan fazlaydı.

Katılımcıların %30.2'si (n = 151) mesleklerinden memnun değilken (%5'i [n = 25] mesleklerinden hiç memnun değil, %25.2'si [n = 126] memnun değil), %69.8'i (n = 349) memnun olduklarını (%62.2'si [n = 311] memnun, %7.6'sı [n = 38] çok memnun) ifade etmişti.

Katılımcıların %26'sında (n = 130) psikolojik semptom mevcuttu. Bu psikolojik semptom sonucunda başvurduklarında %10.4'ü (n = 52) anksiyete bozukluğu, %2.4'ü (n = 12) majör depresif bozukluk, %0.4'ü (n = 2) bipolar bozukluk tanısı almıştı.

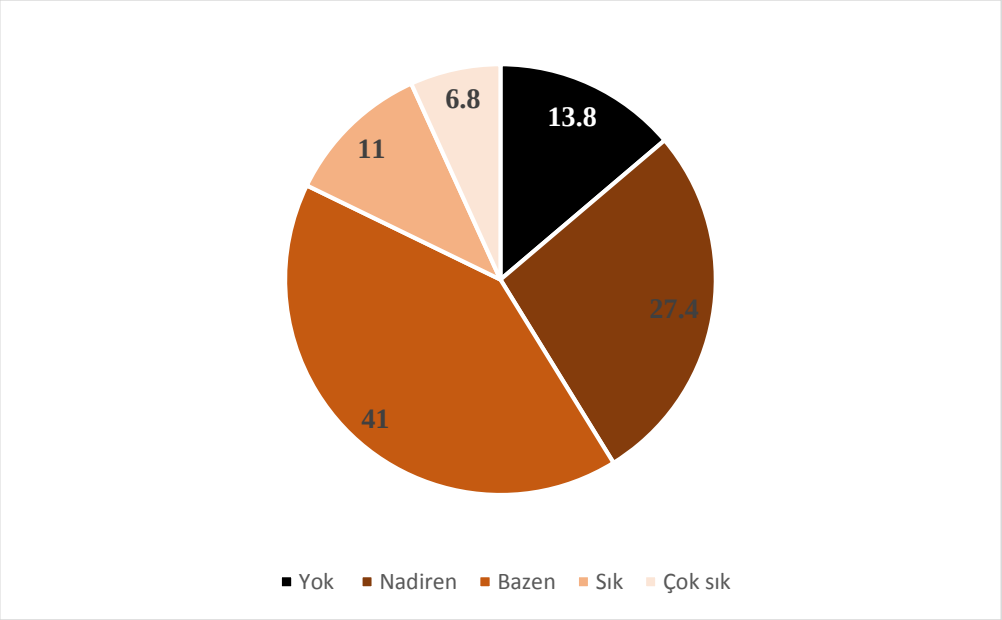
Tablo 3.1'de katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri gösterilmiştir.

Tablo 3.1. Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri

Özellik		Değer	
Yaş (yıl)	*Ort ± SS*	31.6 ± 7.1	
Cinsiyet	*N (%)*	**Sayı**	**Yüzde**
	Kadın	280	56
	Erkek	220	44
Medeni durum	N (%)		
	Evli	291	58.2
	Bekar	197	39.4
	Boşanmış/dul	12	2.4
Sosyoekonomik durum	*N (%)*		
	Geliri fazla	175	35
	Gideri fazla	242	48.4
	Gelir = gider	83	16.6
Unvan	*N (%)*		
	Uzman doktor	137	27.4
	Araştırma görevlisi	162	32.4
	Teknisyen/tekniker	201	40.2
Kurum	*N (%)*		
	Üniversite hastanesi	223	44.6
	EAH	144	28.8
	Devlet hastanesi	96	19.2
	Özel hastane	17	4
	Şehir hastanesi	20	4
Mesleki süre	*N (%)*		
	İki yıldan az	38	7.6
	İki-beş yıl	139	27.8
	Beş-on yıl	156	31.2
	On yıldan fazla	167	33.4
İş memnuniyeti	*N (%)*		
	Memnun değil	151	30.2
	Hiç memnun değil	25	5
	Memnun değil	126	25.2
	Memnun	349	69.8
	Memnun	311	62.2
	Çok memnun	38	7.6
Psikolojik semptom	*N (%)*		
	Hayır	370	74
	Evet	130	26
Tanı	*N (%)*		
	Majör depresyon	12	2.4
	Bipolar bozukluk	2	0.4
	Anksiyete bozukluğu	52	10.4
	Doktora başvurmayan	434	86.8

Mobbingin tanımı yapıldıktan sonra, katılımcıların %86.2'si (n = 431) mobbinge maruz kaldığını ifade etmiştir. %6.8'i (n = 34) çok sık, %11'i (n = 55) sık,

%41'i (n = 205) bazen, %27.4'ü (n = 137) nadiren mobbinge maruz kaldığını, %13.8'i ise (n = 69) mobbinge maruz kalmadığını belirtmiştir.



Şekil 3.1. Katılımcıların mobbinge maruziyet oranları

Tüm katılımcılar 51 maddeli LUPYÖ ölçeğini doldurmuştur. En düşük skorlar sırasıyla "başarıların görmezlikten gelinmesi ve başarısızlıkların abartılması", "bilgi ve becerilerin gösterilmesinin kısıtlaması" ve "sürekli eleştirilme" sorularında izlenmiştir. En yüksek skorlar ise "cinsel taciz", "fiziksel zarar" ve psikolojik tedavi görme için baskı yapılması" sorularında izlenmiştir. Tablo 3.2'de çalışanların LÜPYÖ ölçeği skorları verilmiştir.

Tablo 3.2. Katılımcıların LUPYÖ sonuçları

		SONUÇ
1	Kurumumda bilgi ve becerilerimi gösterme olanaklarım kısıtlanır	**3.1 ± 1.1**
2	Toplantılarda sözüm sürekli kesilir	**3.4 ± 0.9**
3	Kurumumda başarılarım görmezlikten gelinir ve başarısızlıklarım abartılır	**3.0 ± 1.2**
4	Zaman zaman yüksek sesle azarlanırım ve bana bağırılır	**3.6 ± 1.0**
5	Yaptığım iş gereksiz yere eleştirilir	**3.1 ± 1.1**
6	Özel yaşamım eleştirilir	**3.6 ± 1.0**
7	Telefonla rahatsız edilirim	**3.6 ± 1.1**
8	Sözlü tehditler alırım	**3.8 ± 1.0**
9	Yazılı tehditler alırım	**4.2 ± 0.8**
10	Rahatsız edici jest ve bakışlara maruz kalırım	**3.3 ± 1.1**
11	Kurumumdaki birçok insan benimle konuşmaz	**4.0 ± 0.7**
12	Kimi insanlarla konuştuğum için eleştirilirim	**3.5 ± 1.0**
13	Birilerinin adamı olduğum düşünülür	**3.6 ± 1.1**
14	İş arkadaşlarımın benimle konuşması engellenir	**3.9 ± 0.8**
15	Bana sanki orada değilmişim gibi davranılır	**3.7 ± 0.9**
16	Kurumumdaki insanlar arkamdan olumsuz konuşur	**3.4 ± 1.0**
17	Kurumumda hakkımda asılsız söylentiler çıkarılır	**3.5 ± 1.1**
18	Kurumumda gülünç durumlara düşürülürüm	**3.9 ± 0.9**
19	Kurumumda bana akıl hastasıymışım gibi davranılır	**4.3 ± 0.7**
20	Psikolojik tedavi görmem için baskı yapılır	**4.5 ± 0.6**
21	Herhangi bir kusurumla alay edilir	**4.0 ± 0.9**
22	Benimle alay etmek için mimiklerim taklit edilir	**4.1 ± 0.8**
23	Beni gülünç düşürmek için vücut hareketlerim taklit edilir	**4.2 ± 0.7**
24	Beni küçük düşürmek için sesim taklit edilir	**4.2 ± 0.8**
25	Dinsel ya da siyasal görüşümle alay edilir	**4.0 ± 0.8**
26	Etnik kökenimle alay edilir	**4.2 ± 0.7**
27	Özgüvenimi olumsuz etkileyen bir iş yapmaya zorlanırım	**3.7 ± 1.0**
28	Çabalarım yanlış ve küçültücü bir şekilde değerlendirilir	**3.6 ± 1.1**
29	Davranışlarım sorgulanır	**3.4 ± 1.2**
30	Bana alçaltıcı isimlerle hitap edilir	**4.2 ± 0.7**
31	Bana hiçbir özel görev verilmez	**3.8 ± 1.0**
32	Bana verilen işler geri alınır, kendime yeni bir iş olanağı bulamam	**4.0 ± 0.8**
33	Yapmam için bana anlamsız işler verilir	**3.5 ± 1.1**
34	Bana sahip olduğumdan daha az yetenek gerektiren işler verilir	**3.6 ± 1.1**
35	Bana itibarımı düşürecek şekilde, niteliklerimin dışındaki işler verilir	**3.8 ± 1.0**
36	Evime ya da işyerime zarar verilir	**4.3 ± 0.7**
37	Bana fiziksel şiddet tehditleri yapılır	**4.4 ± 0.7**
38	Gözümü korkutmak için hafif şiddet uygulanır	**4.5 ± 0.6**
39	Bana fiziksel zarar verilir	**4.6 ± 0.6**
40	Bana doğrudan cinsel tacizde bulunulur	**4.7 ± 0.5**
41	Kurumumda kendimi yalnız hissederim	**3.8 ± 1.0**
42	Kurumumda işlerime yoğunlaşma güçlüğü çekerim	**3.6 ± 1.1**
43	Kurumumda kendimi değersiz hissederim	**3.4 ± 1.2**
44	Sabahları işe gitmek istemem	**3.1 ± 1.2**
45	Kurumumda huzursuzluk yaşarım	**3.2 ± 1.2**
46	Uyku bozukluğu yaşarım	**3.1 ± 1.2**
47	Çalışma güç ve verimimde düşüş yaşamaktayım	**3.1 ± 1.2**
48	Kurumumda kendimi yetersiz hissederim	**3.6 ± 1.0**
49	Kurumumda yoğun kaygı yaşarım	**3.4 ± 1.1**
50	Baş ya da mide ağrısı gibi fiziksel sıkıntılar yaşarım	**3.4 ± 1.2**
51	Mümkün olsa isimi hemen değiştirirdim	**3.3 ± 1.2**

Katılımcıların LUPYÖ ölçeğinin alt boyut skorları ve total skoru tablo 3.3'te verilmiştir.

Tablo 3.3. LUPYÖ ölçeğinin alt boyutları ve total skorlarının dağılımı

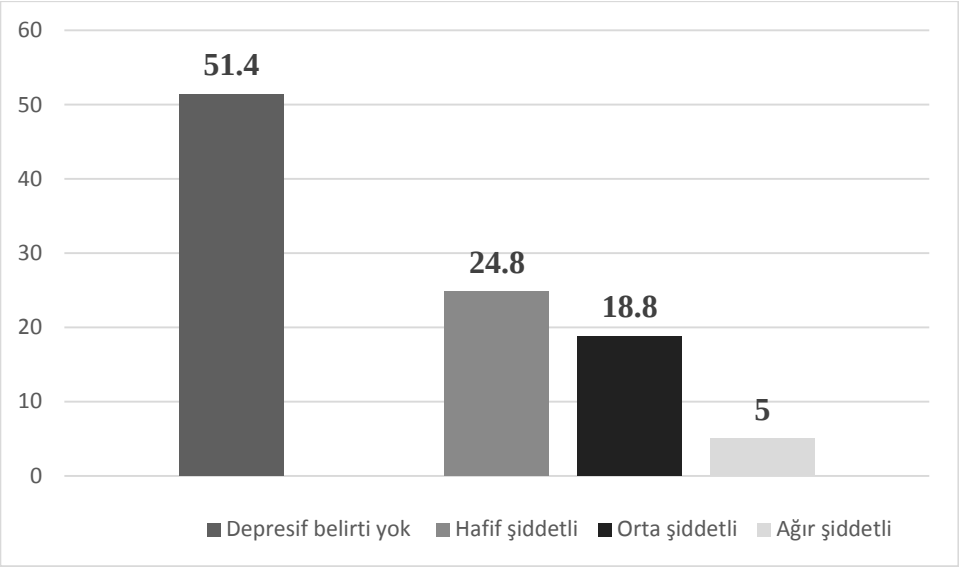
	Alt boyut	Ort ± SS	Min-max
LUPYÖ	Kendini ifade etme ve iletişime yönelik yıldırma	34.9 ± 7.9	10-50
	Sosyal ilişkilere yönelik yıldırma	19.0 ± 3.8	5-25
	İtibara yönelik yıldırma	52.2 ± 8.9	13-65
	Yaşam kalitesi ve mesleki konumuna yönelik yıldırma	30.8 ± 6.1	8-40
	Sağlığa yönelik yıldırma	18.3 ± 2.2	4-20
	Duygulara yönelik yıldırma	37.5 ± 10.4	11-55
	Total skor	192.9 ± 34.6	51-255

LUPYÖ ölçeğinin total skoru ve her bir alt boyut skoru madde sayısına bölünerek ağırlıklı skorlar elde edilmiştir. Buna göre en düşük skorlar sırasıyla "Kendini ifade etme ve iletişime yönelik yıldırma", "Duygulara yönelik yıldırma" ve "Sosyal ilişkilere yönelik yıldırma" alanlarında izlenmiştir. En yüksek skorlar ise "Sağlığa yönelik yıldırma" ve "İtibara yönelik yıldırma" alt boyutlarında izlenmiştir (Tablo 3.4).

Tablo 3.4. LUPYÖ ölçeğinin alt boyutlarının ağırlıklı skorlarının dağılımı

	Alt boyut	Ort ± SS	Min-max
LUPYÖ	Kendini ifade etme ve iletişime yönelik yıldırma	3.4 ± 0.7	1-5
	Sosyal ilişkilere yönelik yıldırma	3.8 ± 0.7	1-5
	İtibara yönelik yıldırma	4.0 ± 0.6	1-5
	Yaşam kalitesi ve mesleki konumuna yönelik yıldırma	3.8 ± 0.7	1-5
	Sağlığa yönelik yıldırma	4.5 ± 0.5	1-5
	Duygulara yönelik yıldırma	3.4 ± 0.9	1-5
	Total skor	3.7 ± 0.6	1-5

Katılımcıların median BDE skoru 9 olarak saptanmıştır (0-56 aralığında). BDE skoruna göre katılımcıların %51.4'ünde (n = 257) depresif belirtiler izlenmezken, %24.8'inde (n = 124) hafif şiddetli, %18.8'inde (n = 94) orta şiddetli, %5.0'inde (n = 25) ağır şiddetli depresif belirtiler izlenmiştir.



Şekil 3.2. BDE ölçeğine göre depresif belirti varlığı ve dağılımı

3.2. LUPYÖ skorlarında etkili faktörlerin analizi

LUPYÖ total skoru ve alt boyut skorları katılımcıların cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında kadınlar ve erkekler arasında anlamlı farklılık izlenmemiştir. (Tablo 3.5).

Tablo 3.5. LUPYÖ skorlarının cinsiyete göre dağılımı

LUPYÖ	Kadın (n = 280)	Erkek (n = 220)	p değeri
Kendini ifade etme ve iletişim	34.8 ± 7.6	35.1 ± 8.4	0.678
Sosyal ilişkiler	19.1 ± 3.5	18.8 ± 4.2	0.417
İtibar	52.5 ± 8.1	51.8 ± 9.8	0.339
Yaşam kalitesi ve mesleki konum	31.1 ± 5.7	30.5 ± 6.6	0.263
Sağlık	18.4 ± 1.9	18.2 ± 2.6	0.162
Duygu	37.5 ± 10.3	37.5 ± 10.6	0.939
Total skor	193.6 ± 32.5	192.0 ± 37.2	0.610

Eşlerde t testi

Medeni duruma göre yapılan karşılaştırmada "sağlığa yönelik yıldırma" alt boyut skoru haricindeki tüm LUPYÖ alt boyut skorları ve LUPYÖ total skoru, evli olan katılımcılarda bekar/boşanmış olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır. (Tablo 3.6).

Tablo 3.6. LUPYÖ skorlarının medeni duruma göre dağılımı

LUPYÖ	Evli (n = 291)	Bekar /boşanmış (n = 209)	p değeri
Kendini ifade etme ve iletişim	35.8 ± 8.0	33.7 ± 7.7	***0.005***
Sosyal ilişkiler	19.3 ± 3.8	18.5 ± 3.7	***0.020***
İtibar	53.0 ± 8.8	51.0 ± 8.9	***0.015***
Yaşam kalitesi ve mesleki konum	31.7 ± 5.7	29.6 ± 6.5	***<0.001***
Sağlık	18.4 ± 2.0	18.3 ± 2.5	0.645**
Duygu	38.5 ± 10.1	36.1 ± 10.6	***0.013***
Total skor	196 ± 33	187 ± 35	***0.003***

****Eşlerde t testi***

*****Sağlığa yönelik yıldırma alt boyutunda medeni duruma göre fark saptanmamış olup, diğer alt boyutlarda ve totalde evli olanların skoru bekar/boşanmış olanlara göre anlamlı şekilde daha yüksektir.***

Gelir durumuna göre yapılan karşılaştırmada katılımcıların *"kendini ifade etme ve iletişime yönelik yıldırma"* skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği izlendi ($p < 0.001$). *Post-hoc* analizlerde geliri fazla olanların skoru geliri giderine eşit olanlardan ($p = 0.006$) ve geliri giderinden az olanlardan ($p < 0.001$) anlamlı derecede yüksek izlendi. Geliri giderine eşit olanların skoru geliri giderinden az olanlardan anlamlı derecede yüksek izlendi ($p = 0.017$). *"Sosyal ilişkilere yönelik yıldırma"* skorunun gelir durumuna göre değişmediği izlendi ($p = 0.087$). Gelir durumuna göre katılımcıların *"itibara yönelik yıldırma"* skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği izlendi ($p < 0.001$). *Post-hoc* analizlerde geliri fazla olanların skoru geliri giderine eşit olanlardan ($p = 0.036$) ve gideri fazla olanlardan ($p = 0.031$) daha yüksek izlendi. Geliri giderine eşit olanların skoru ise gideri fazla olanlarla benzer düzeyde izlendi ($p = 1.000$). Gelir durumuna göre katılımcıların *"yaşam kalitesi ve mesleki konuma yönelik yıldırma"* skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği izlendi ($p < 0.001$). *Post-hoc* analizlerde geliri fazla olanların skoru geliri giderine eşit olanlardan ($p = 0.002$) ve geliri giderinden az olanlardan ($p < 0.001$) anlamlı derecede yüksek izlendi. Geliri giderine eşit olanların skoru ise gideri fazla olanlarla benzer düzeyde izlendi ($p = 1.000$). *"Sağlığa yönelik yıldırma"* skorunun gelir durumuna göre değişmediği izlendi ($p = 0.054$). Gelir durumuna göre katılımcıların *"duygulara yönelik yıldırma"* skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği izlendi ($p = 0.002$). *Post-hoc* analizlerde, geliri giderinden fazla olanların skoru geliri giderinden az olanlardan anlamlı derecede

yüksek izlendi (p = 0.001). Geliri giderine eşit olanların skoru geliri giderinden az olanlardan anlamlı derecede yüksek izlendi (p = 0.036). Total LUPYÖ skorunun gelir durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği izlendi (p < 0.001). *Post-hoc* analizlerde geliri giderinden fazla olanların skoru geliri giderine eşit olanlardan (p = 0.015) ve geliri giderinden az olanlardan (p < 0.001) anlamlı derecede daha yüksek izlendi. Diğer gruplar arasında anlamlı farklılık izlenmedi (Tablo 3.7).

Tablo 3.7. LUPYÖ skorlarının gelir duruma göre dağılımı

LUPYÖ	**Gelir > gider (n = 175)**	**Gelir = gider (n = 242)**	**Gelir < Gider (n = 83)**	**p değeri**
Kendini ifade etme ve iletişim	36.9 ± 7.3	34.5 ± 7.9	31.8 ± 8.2	***<0.001***
Sosyal ilişkiler	19.5 ± 3.7	18.7 ± 3.8	18.6 ± 3.9	0.087**
İtibar	53.8 ± 8.2	51.5 ± 8.9	50.7 ± 10.0	***0.011***
Yaşam kalitesi ve mesleki konum	32.4 ± 5.6	30.1 ± 6.0	29.6 ± 7.1	***<0.001***
Sağlık	18.6 ± 2.0	18.2 ± 2.0	17.9 ± 3.2	0.054**
Duygu	39.0 ± 10.2	37.5 ± 10.3	34.2 ± 10.5	***0.002***
Total skor	200 ± 32	190 ± 34	183 ± 37	***<0.001***

****One-Way ANOVA, Post-hoc analizlerde Bonferroni düzeltmesi tercih edildi.***

*****Sosyal ilişkilere yönelik yıldırma ve sağlığa yönelik yıldırma alt boyutlarında gelir durumuna göre fark saptanmazken, diğer alt boyutlarda ve totalde geliri giderinden fazla olanların skoru geliri giderine eşit olanlara ve geliri giderinden az olanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir.***

Çalışanların ünvanına göre yapılan karşılaştırmada, katılımcıların *"kendini ifade etme ve iletişime yönelik yıldırma"* skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği izlendi (p < 0.001). *Post-hoc* analizlerde uzman doktorların skoru araştırma görevlilerinden (p < 0.001) ve teknisyen/teknikerlerden (p < 0.001) anlamlı derecede yüksek izlendi. Araştırma görevlileri ve teknisyen/teknikerler arasında anlamlı farklılık izlenmedi. Çalışanların ünvanına göre katılımcıların *"sosyal ilişkilere yönelik yıldırma"* skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği izlendi (p = 0.001). *Post-hoc* analizlerde uzman doktorların skoru araştırma görevlilerinden (p = 0.003) ve teknisyen/teknikerlerden (p = 0.001) anlamlı derecede yüksek izlendi. Araştırma görevlileri ve teknisyen/teknikerler arasında anlamlı farklılık izlenmedi. Çalışanların ünvanına göre katılımcıların *"itibara yönelik yıldırma"* skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği

izlendi (p < 0.001). *Post-hoc* analizlerde uzman doktorların skoru araştırma görevlilerinden (p < 0.001) ve teknisyen/teknikerlerden (p < 0.001) anlamlı derecede yüksek izlendi. Araştırma görevlileri ve teknisyen/teknikerler arasında anlamlı farklılık izlenmedi. Çalışanların ünvanına göre katılımcıların *"yaşam kalitesi ve mesleki konuma yönelik yıldırma"* skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği izlendi (p < 0.001). *Post-hoc* analizlerde uzman doktorların skoru araştırma görevlilerinden (p < 0.001) ve teknisyen/teknikerlerden (p < 0.001) anlamlı derecede yüksek izlendi. Araştırma görevlileri ve teknisyen/teknikerler arasında anlamlı farklılık izlenmedi. Çalışanların ünvanına göre katılımcıların *"sağlığa yönelik yıldırma"* skorlarının anlamlı farklılık göstermediği izlendi (p = 0.195). Çalışanların ünvanına göre katılımcıların *"duygulara yönelik yıldırma"* skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği izlendi (p < 0.001). *Post-hoc* analizlerde uzman doktorların skoru araştırma görevlilerinden (p < 0.001) ve teknisyen/teknikerlerden (p < 0.001) anlamlı derecede yüksek izlendi. Araştırma görevlileri ve teknisyen/teknikerler arasında anlamlı farklılık izlenmedi. Çalışanların ünvanına göre katılımcıların LUPYÖ total skorunun anlamlı farklılık gösterdiği izlendi (p < 0.001). Post-hoc analizlerde uzman doktorların skoru araştırma görevlilerinden (p < 0.001) ve teknisyen/teknikerlerden (p < 0.001) anlamlı derecede yüksek izlendi. Araştırma görevlileri ve teknisyen/teknikerler arasında anlamlı farklılık izlenmedi.

Tablo 3.8. LUPYÖ skorlarının çalışanların ünvanına göre dağılımı

LUPYÖ	**Uzman doktor (n = 137)**	**Araştırma görevlisi (n = 162)**	**Teknisyen /tekniker (n = 201)**	**p değeri**
Kendini ifade etme ve iletişim	38.7 ± 7.3	33.7 ± 7.2	33.3 ± 8.1	***<0.001***
Sosyal ilişkiler	20.1 ± 3.7	18.6 ± 3.6	18.5 ± 3.9	***0.001***
İtibar	55.2 ± 8.2	51.1 ± 8.7	51.0 ± 9.1	***<0.001***
Yaşam kalitesi ve mesleki konum	33.4 ± 5.5	29.7 ± 5.8	29.9 ± 6.3	***<0.001***
Sağlık	18.4 ± 2.1	18.5 ± 2.1	18.1 ± 2.4	0.195**
Duygu	41.3 ± 9.6	35.9 ± 10.2	36.2 ± 10.5	***<0.001***
Total skor	207 ± 31	187 ± 32	187 ± 35	***<0.001***

****One-Way ANOVA, Post-hoc analizlerde Bonferroni düzeltmesi tercih edildi.***

*****Sağlığa yönelik yıldırma alt boyutunda çalışanların ünvanına göre fark saptanmazken, diğer alt boyutlarda ve totalde uzman doktorların skoru araştırma görevlileri ve teknisyen/teknikerlerden anlamlı olarak yüksek izlendi.***

Çalışanların ünvanına göre LUPYÖ sorularının bireysel şekilde dağılımı analiz edildi. Çalışanların ünvanına göre 11., 19., 24., 26., 37., 38., 39. ve 40. sorular haricindeki tüm sorularda gruplar arasında anlamlı farklılık izlendi. Post-hoc analizlerde 1-7., 10., 12., 13., 15-18., 20-23., 27-29., 31-35., 41-50. soruların skorları uzman doktorlarda araştırma görevlilerinden daha yüksek olduğu izlendi. Benzer şekilde uzman doktorların 1-6., 8-10., 12-23., 25-36., 41-51. soruların skoru teknisyen/teknikerlerden daha yüksekti. Araştırma görevlilerinin 4., 9., 12. ve 51. sorularının skorları teknisyen/teknikerlerden anlamlı derecede daha yüksekti. Teknisyen/teknikerlerin 7., 34. ve 48. sorularının skorları ise araştırma görevlilerinden daha yüksekti (Tablo 3.9).

Tablo 3.9. Tüm LUPYÖ skorlarının çalışanların ünvanına göre dağılımı

		Uzman Doktor (n = 137)	Araştırma Görevlisi (n = 162)	Teknisyen Tekniker (n = 201)	p değeri
1	Kurumumda bilgi ve becerilerimi gösterme olanaklarım kısıtlanır	3.5 ± 1.0	2.9 ± 1.0	2.8 ± 1.1	***<0.001***
2	Toplantılarda sözüm sürekli kesilir	3.7 ± 0.9	3.3 ± 0.9	3.2 ± 1.0	***<0.001***
3	Kurumumda başarılarım görmezlikten gelinir ve başarısızlıklarım abartılır	3.6 ± 1.1	2.7 ± 1.1	2.8 ± 1.1	***<0.001***
4	Zaman zaman yüksek sesle azarlanırım ve bana bağırılır	4.2 ± 0.7	3.5 ± 1.0	3.3 ± 1.1	***<0.001***
5	Yaptığım iş gereksiz yere eleştirilir	3.6 ± 1.0	2.8 ± 1.0	2.9 ± 1.1	***<0.001***
6	Özel yaşamım eleştirilir	4.0 ± 0.9	3.6 ± 1.0	3.4 ± 1.1	***<0.001***
7	Telefonla rahatsız edilirim	3.8 ± 1.1	3.2 ± 1.1	3.6 ± 1.1	***<0.001***
8	Sözlü tehditler alırım	4.0 ± 0.9	3.9 ± 0.9	3.7 ± 1.1	***0.015***
9	Yazılı tehditler alırım	4.3 ± 0.7	4.3 ± 0.7	4.1 ± 0.8	***0.032***
10	Rahatsız edici jest ve bakışlara maruz kalırım	3.6 ± 1.1	3.0 ± 1.1	3.2 ± 1.2	***<0.001***
11	Kurumumdaki birçok insan benimle konuşmaz	4.1 ± 0.8	4.0 ± 0.7	4.0 ± 0.7	0.213
12	Kimi insanlarla konuştuğum için eleştirilirim	3.8 ± 1.0	3.5 ± 1.0	3.3 ± 1.1	***<0.001***
13	Birilerinin adamı olduğum düşünülür	4.0 ± 0.9	3.4 ± 1.1	3.6 ± 1.1	***<0.001***
14	İş arkadaşlarımın benimle konuşması engellenir	4.1 ± 0.7	4.0 ± 0.7	3.8 ± 0.9	***0.031***
15	Bana sanki orada değilmişim gibi davranılır	3.9 ± 0.9	3.5 ± 0.9	3.7 ± 1.0	***0.001***
16	Kurumumdaki insanlar arkamdan olumsuz konuşur	3.6 ± 1.0	3.2 ± 1.0	3.4 ± 1.1	***0.002***
17	Kurumumda hakkımda asılsız söylentiler çıkarılır	3.7 ± 1.1	3.4 ± 1.0	3.4 ± 1.1	***0.017***
18	Kurumumda gülünç durumlara düşürülürüm	4.1 ± 0.7	3.6 ± 0.9	3.8 ± 0.9	***<0.001***
19	Kurumumda bana akıl hastasıymışım gibi davranılır	4.5 ± 0.5	4.3 ± 0.8	4.3 ± 0.8	0.064
20	Psikolojik tedavi görmem için baskı yapılır	4.6 ± 0.4	4.5 ± 0.6	4.4 ± 0.6	***0.015***
21	Herhangi bir kusurumla alay edilir	4.3 ± 0.8	3.9 ± 0.9	4.0 ± 0.9	***0.001***
22	Benimle alay etmek için mimiklerim taklit edilir	4.3 ± 0.7	4.0 ± 0.8	4.0 ± 0.8	***0.003***
23	Beni gülünç düşürmek için vücut hareketlerim taklit edilir	4.3 ± 0.7	4.1 ± 0.7	4.1 ± 0.8	***0.006***
24	Beni küçük düşürmek için sesim taklit edilir	4.3 ± 0.8	4.1 ± 0.7	4.1 ± 0.8	0.057
25	Dinsel ya da siyasal görüşümle alay edilir	4.2 ± 0.8	4.0 ± 0.8	4.0 ± 0.8	***0.048***
26	Etnik kökenimle alay edilir	4.4 ± 0.7	4.2 ± 0.7	4.2 ± 0.7	0.050
27	Özgüvenimi olumsuz etkileyen bir iş yapmaya zorlanırım	4.2 ± 0.7	3.6 ± 1.0	3.5 ± 1.1	***<0.001***
28	Çabalarım yanlış ve küçültücü bir şekilde değerlendirilir	4.1 ± 0.9	3.6 ± 1.1	3.4 ± 1.2	***<0.001***
29	Davranışlarım sorgulanır	3.9 ± 0.9	3.2 ± 1.1	3.1 ± 1.2	***<0.001***
30	Bana alçaltıcı isimlerle hitap edilir	4.3 ± 0.7	4.2 ± 0.7	4.1 ± 0.8	***0.038***
31	Bana hiçbir özel görev verilmez	4.1 ± 0.9	3.6 ± 1.0	3.6 ± 1.0	***<0.001***
32	Bana verilen işler geri alınır, kendime yeni bir iş olanağı bulamam	4.2 ± 0.8	3.9 ± 0.8	3.9 ± 0.9	***0.001***
33	Yapmam için bana anlamsız işler verilir	4.0 ± 1.0	3.3 ± 1.1	3.4 ± 1.1	***<0.001***
34	Bana sahip olduğumdan daha az yetenek gerektiren işler verilir	4.0 ± 1.0	3.2 ± 1.1	3.5 ± 1.1	***<0.001***
35	Bana itibarımı düşürecek şekilde, niteliklerimin dışındaki işler verilir	4.1 ± 0.9	3.6 ± 1.1	3.6 ± 1.0	***<0.001***
36	Evime ya da işyerime zarar verilir	4.4 ± 0.6	4.4 ± 0.7	4.2 ± 0.7	***0.015***
37	Bana fiziksel şiddet tehditleri yapılır	4.5 ± 0.5	4.5 ± 0.6	4.4 ± 0.7	0.062
38	Gözümü korkutmak için hafif şiddet uygulanır	4.5 ± 0.5	4.5 ± 0.6	4.4 ± 0.7	0.253
39	Bana fiziksel zarar verilir	4.6 ± 0.5	4.6 ± 0.5	4.5 ± 0.6	0.129
40	Bana doğrudan cinsel tacizde bulunulur	4.6 ± 0.5	4.7 ± 0.5	4.7 ± 0.5	0.158
41	Kurumumda kendimi yalnız hissederim	4.0 ± 1.0	3.7 ± 1.0	3.8 ± 1.1	***0.037***
42	Kurumumda işlerime yoğunlaşma güçlüğü çekerim	4.0 ± 1.0	3.5 ± 1.1	3.5 ± 1.1	***<0.001***
43	Kurumumda kendimi değersiz hissederim	3.9 ± 1.0	3.3 ± 1.2	3.3 ± 1.3	***<0.001***
44	Sabahları işe gitmek istemem	3.6 ± 1.1	2.9 ± 1.2	2.9 ± 1.2	***<0.001***
45	Kurumumda huzursuzluk yaşarım	3.4 ± 1.2	3.1 ± 1.1	3.1 ± 1.3	***0.041***
46	Uyku bozukluğu yaşarım	3.5 ± 1.2	3.0 ± 1.2	3.0 ± 1.2	***<0.001***
47	Çalışma güç ve verimimde düşüş yaşamaktayım	3.5 ± 1.2	2.9 ± 1.1	3.0 ± 1.1	***<0.001***
48	Kurumumda kendimi yetersiz hissederim	4.0 ± 0.8	3.2 ± 1.1	3.6 ± 1.0	***<0.001***
49	Kurumumda yoğun kaygı yaşarım	3.7 ± 0.9	3.2 ± 1.1	3.4 ± 1.2	***0.002***
50	Baş ya da mide ağrısı gibi fiziksel sıkıntılar yaşarım	3.7 ± 1.1	3.3 ± 1.2	3.2 ± 1.2	***0.001***
51	Mümkün olsa isimi hemen değiştirirdim	3.6 ± 1.1	3.4 ± 1.2	2.9 ± 1.3	***<0.001***

LUPYÖ skorlarının çalışanların kurumuna göre dağılımı incelendiğinde, "*Sağlığa yönelik yıldırma"* haricindeki tüm alt boyut skorlarında ve total skorda çalışanların kurumuna göre anlamlı farklılık izlendi. Üniversite hastanesinde çalışanların alt boyutlardaki ve totaldeki skorları eğitim ve araştırma hastanesinde (p = 0.001), devlet hastanesinde (p = 0.001) ve özel hastanede (p = 0.001) çalışanlardan anlamlı derecede düşüktü. Eğitim ve araştırma hastanesi, devlet hastanesi ve özel hastanelerde çalışanlar arasında ise anlamlı farklılık izlenmedi (Tablo 3.10).

Tablo 3.10. LUPYÖ skorlarının çalışanların kurumuna göre dağılımı

LUPYÖ	**Üni. H. n = 223**	**EAH n = 144**	**Devlet H n = 96**	**Özel H n = 17**	**Şehir H n = 20**	**p değeri**
Kendini ifade etme ve iletişim	33.0 ± 8.0	36.1 ± 7.1	36.7 ± 8.2	42.2 ± 5.2	33.7 ± 7.3	***<0.001***
Sosyal ilişkiler	18.3 ± 3.8	19.2 ± 3.4	19.5 ± 4.2	21.7 ± 2.8	19.7 ± 3.2	***0.001***
İtibar	50.4 ± 9.1	53.4 ± 8.5	53.7 ± 8.8	56.5 ± 8.3	53.0 ± 6.7	***0.001***
Yaşam kalitesi ve mesleki konum	29.0 ± 6.5	32.2 ± 5.3	32.2 ± 5.8	34.0 ± 5.1	30.6 ± 5.5	***<0.001***
Sağlık	18.2 ± 2.4	18.2 ± 2.3	18.5 ± 2.0	18.7 ± 2.2	18.9 ± 1.4	0.560**
Duygu	34.7 ± 10.4	39.4 ± 9.5	40.2 ± 10.5	43.1 ± 8.7	37.2 ±10.9	***<0.001***
Total skor	183 ± 35	198 ± 30	201 ± 35	216 ± 29	193 ± 30	***<0.001***

****One-Way ANOVA, Post-hoc analizlerde Bonferroni düzeltmesi tercih edildi.***

***** Sağlığa yönelik yıldırma alt boyutunda çalışanların kurumuna göre fark saptanmazken, diğer alt boyutlarda ve totalde üniversite hastanelerinde çalışanların skoru eğitim ve araştırma hastanesi, devlet hastanesi ve özel hastanelerde çalışanlara göre anlamlı olarak düşük izlendi.***

Kurumların ikinci ve üçüncü basamak hastane olarak sınıflandırılması ile yapılan incelemede *"Sağlığa yönelik yıldırma"* haricindeki tüm alt boyut skorlarının ve total skorun üçüncü basamak hastanede ikinci basamak hastaneden anlamlı olarak daha düşük olduğu izlendi (Tablo 3.11).

Tablo 3.11. LUPYÖ skorlarının çalışanların kurum büyüklüğüne göre dağılımı

LUPYÖ	Üçüncü basamak hastane (n = 387)	İkinci basamak hastane (n = 113)	p değeri
Kendini ifade etme ve iletişim	34.2 ± 7.8	37.6 ± 8.0	***<0.001***
Sosyal ilişkiler	18.7 ± 3.7	19.8 ± 4.1	***0.008***
İtibar	51.6 ± 8.9	54.1 ± 8.7	***0.008***
Yaşam kalitesi ve mesleki konum	30.3 ± 6.2	32.5 ± 5.8	***0.001***
Sağlık	18.3 ± 2.3	18.5 ± 2.0	0.282**
Duygu	36.6 ± 10.3	40.6 ± 10.3	***<0.001***
Total skor	189 ± 33	203 ± 35	***<0.001***

****Bağımsız gruplarda t testi***

***** Sağlığa yönelik yıldırma alt boyutunda fark saptanmazken, diğer alt boyutlarda ve totalde üçüncü basamak hastanede çalışanların skoru ikinci basamak hastanede çalışanlara göre anlamlı olarak düşük izlendi.***

Çalışanların kurumu devlet ve özel hastane olarak ayrıldığında ise *"sağlığa yönelik yıldırı"* haricindeki tüm skorların devlet hastanesinde çalışanlarda özel hastanede çalışanlara göre daha düşük olduğu izlendi (Tablo 3.12).

Tablo 3.12. LUPYÖ skorlarının çalışanların kurum sınıfına göre dağılımı

LUPYÖ	Devlet hastanesi (n = 483)	Özel hastane (n = 17)	p değeri
Kendini ifade etme ve iletişim	34.7 ± 7.9	42.2 ± 5.2	***<0.001***
Sosyal ilişkiler	18.9 ± 3.8	21.7 ± 2.8	***0.003***
İtibar	52.0 ± 8.9	56.5 ± 8.3	***0.044***
Yaşam kalitesi ve mesleki konum	30.7 ± 6.1	34.0 ± 5.1	***0.029***
Sağlık	18.3 ± 2.2	18.7 ± 2.2	0.462**
Duygu	37.3 ± 10.4	43.1 ± 8.7	***0.025***
Total skor	192 ± 34	216 ± 29	***0.004***

****Bağımsız gruplarda t testi***

***** Sağlığa yönelik yıldırma alt boyutunda fark saptanmazken, diğer alt boyutlarda ve totalde, devlet hastanesinde çalışanların skoru özel hastanede çalışanlara göre anlamlı olarak düşük izlendi.***

Katılımcıların mesleki sürelerine göre yapılan incelemede *"kendini ifade etme ve iletişime yönelik yıldırma"* skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği izlendi (p <

0.001). *Post-hoc* analizlerde çalışma süresi 10 yılın üzerinde olanların skoru çalışma süresi 2-5 yıl olanlardan ($p < 0.001$) ve 5-10 yıl olanlardan ($p < 0.001$) anlamlı derecede daha yüksekti. Çalışanların mesleki sürelerine göre katılımcıların *"sosyal ilişkilere yönelik yıldırma"* skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği izlendi ($p = 0.002$). *Post-hoc* analizlerde çalışma süresi 10 yıldan fazla olanların skoru çalışma süresi 5-10 yıl olanlardan anlamlı derecede daha yüksekti ($p = 0.002$). Çalışanların mesleki sürelerine göre katılımcıların *"yaşam kalitesi ve mesleki konuma yönelik yıldırma"* skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği izlendi ($p = 0.002$). *Post-hoc* analizlerde çalışma süresi 10 yılın üzerinde olanların skoru çalışma süresi 2-5 yıl olanlardan anlamlı derecede daha yüksekti ($p = 0.001$). Çalışanların mesleki sürelerine göre katılımcıların *"duygulara yönelik yıldırma"* skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği izlendi ($p < 0.001$). *Post-hoc* analizlerde çalışma süresi 10 yılın üzerinde olanların skoru çalışma süresi 2-5 yıl olanlardan anlamlı derecede daha yüksekti ($p < 0.001$). Çalışanların mesleki sürelerine göre katılımcıların LUPYÖ total skorunun anlamlı farklılık gösterdiği izlendi ($p < 0.001$). *Post-hoc* analizlerde çalışma süresi 10 yılın üzerinde olanların skoru çalışma süresi 5-10 yıl olanlardan anlamlı derecede daha yüksekti ($p < 0.001$) (Tablo 3.13).

Tablo 3.13. LUPYÖ skorlarının çalışanların mesleki sürelerine göre dağılımı

LUPYÖ	**<2 yıl (n = 38)**	**2-5 yıl (n = 139)**	**5-10 yıl (n = 156)**	**>10 yıl (n = 167)**	**p değeri**
Kendini ifade etme ve iletişim	35.7 ± 8.7	33.5 ± 7.6	33.2 ± 7.6	37.5 ± 7.7	***<0.001***
Sosyal ilişkiler	19.8 ± 4.4	18.8 ± 3.6	18.2 ± 3.8	19.7 ± 3.6	***0.002***
İtibar	52.1 ± 11.3	51.8 ± 8.3	51.1 ± 8.6	53.5 ± 8.9	0.096**
Yaşam kalitesi ve mesleki konum	30.3 ± 7.2	29.9 ± 6.2	29.7 ± 5.9	32.6 ± 5.6	***<0.001***
Sağlık	17.9 ± 3.3	18.6 ± 1.7	18.0 ± 2.5	18.4 ± 2.0	0.076**
Duygu	40.1 ± 11.0	35.2 ± 10.7	35.5 ± 9.6	40.6 ± 9.8	***<0.001***
Total skor	196 ± 41	188 ± 33	186 ± 33	202 ± 33	***<0.001***

****One-Way ANOVA, Post-hoc analizlerde Bonferroni düzeltmesi tercih edildi***

*****İtibara yönelik yıldırma ve sağlığa yönelik yıldırma alt boyutlarında fark saptanmazken, diğer alt boyutlarda ve totalde çalışma süresi 10 yılın üzerinde olanların skorları daha az mesleki yıla sahip olanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti.***

Çalışanların mesleki memnuniyetlerine göre katılımcıların *"kendini ifade etme ve iletişime yönelik yıldırma"* skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği izlendi ($p < 0.001$). *Post-hoc* analizlerde mesleğinden hiç memnun olmayanların skoru memnun olmayanlardan ($p < 0.001$), mesleğinden memnun olmayanların skoru memnun olanlardan ($p < 0.001$), mesleğinden memnun olanların skoru çok memnun olanlardan ($p < 0.001$) anlamlı derecede düşüktü. Çalışanların mesleki memnuniyetlerine göre katılımcıların *"sosyal ilişkilere yönelik yıldırma"* skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği izlendi ($p < 0.001$). *Post-hoc* analizlerde mesleğinden hiç memnun olmayanların skoru memnun olmayanlardan ($p = 0.028$), mesleğinden memnun olmayanların skoru memnun olanlardan ($p < 0.001$), mesleğinden memnun olanların skoru çok memnun olanlardan ($p < 0.001$) anlamlı derecede düşüktü. Çalışanların mesleki memnuniyetlerine göre katılımcıların *"itibara yönelik yıldırma"* skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği izlendi ($p < 0.001$). *Post-hoc* analizlerde mesleğinden hiç memnun olmayanların skoru memnun olmayanlardan ($p = 0.011$), mesleğinden memnun olmayanların skoru memnun olanlardan ($p < 0.001$), mesleğinden memnun olanların skoru çok memnun olanlardan ($p < 0.001$) anlamlı derecede düşüktü. Çalışanların mesleki memnuniyetlerine göre katılımcıların *"yaşam kalitesi ve mesleki konuma yönelik yıldırma"* skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği izlendi ($p < 0.001$). *Post-hoc* analizlerde mesleğinden hiç memnun olmayanların skoru memnun olmayanlardan ($p < 0.001$), mesleğinden memnun olmayanların skoru memnun olanlardan ($p < 0.001$), mesleğinden memnun olanların skoru çok memnun olanlardan ($p < 0.001$) anlamlı derecede düşüktü. Çalışanların mesleki memnuniyetlerine göre katılımcıların *"sağlığa yönelik yıldırma"* skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği izlendi ($p < 0.001$). *Post-hoc* analizlerde mesleğinden hiç memnun olmayanların skoru memnun olmayanlardan ($p < 0.001$), mesleğinden memnun olmayanların skoru memnun olanlardan ($p < 0.001$), mesleğinden memnun olanların skoru çok memnun olanlardan ($p < 0.001$) anlamlı derecede düşüktü. Çalışanların mesleki memnuniyetlerine göre katılımcıların *"duygulara yönelik yıldırma"* skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği izlendi ($p < 0.001$). *Post-hoc* analizlerde mesleğinden hiç memnun olmayanların skoru memnun olmayanlardan ($p < 0.001$), mesleğinden memnun olmayanların skoru memnun olanlardan ($p < 0.001$), mesleğinden memnun olanların skoru çok memnun olanlardan ($p < 0.001$) anlamlı derecede düşüktü. Çalışanların mesleki memnuniyetlerine göre katılımcıların LUPYÖ total skorunun anlamlı farklılık gösterdiği izlendi ($p < 0.001$). *Post-hoc* analizlerde mesleğinden hiç

memnun olmayanların skoru memnun olmayanlardan ($p < 0.001$), mesleğinden memnun olmayanların skoru memnun olanlardan ($p < 0.001$), mesleğinden memnun olanların skoru çok memnun olanlardan ($p < 0.001$) anlamlı derecede düşüktü (Tablo 3.14).

Tablo 3.14. LUPYÖ skorlarının çalışanların mesleki memnuniyetlerine göre dağılımı

LUPYÖ	Hiç memnun değil (n = 25)	Memnun değil (n = 126)	Memnun (n =311)	Çok memnun (n = 38)	p değeri
Kendini ifade etme ve iletişim	22.9 ± 7.5	30.6 ± 6.7	36.7 ± 6.6	42.4 ± 7.6	***<0.001***
Sosyal ilişkiler	15.0 ± 4.6	17.2 ± 4.1	19.7 ± 3.0	22.1 ± 3.3	***<0.001***
İtibar	43.2 ± 11.0	48.8 ± 9.3	53.4 ± 7.5	59.2 ± 8.6	***<0.001***
Yaşam kalitesi ve mesleki konum	23.1 ± 5.6	28.5 ± 6.6	31.7 ± 5.1	36.2 ± 5.6	***<0.001***
Sağlık	15.9 ± 3.7	18.1 ± 2.7	18.5 ± 1.8	19.2 ± 1.7	***<0.001***
Duygu	21.7 ± 7.3	30.6 ± 8.8	40.2 ± 8.2	48.5 ± 8.9	***<0.001***
Total skor	141 ± 30	174 ± 32	200 ± 27	227 ± 32	***<0.001***

****One-Way ANOVA, Post-hoc analizlerde Bonferroni düzeltmesi tercih edildi***

*****Tüm alt boyutlarda ve totalde işinden memnun olmayanların skorları işinden memnun olanların skorlarından anlamlı olarak daha düşüktü***

Çalışanların psikolojik semptom varlığına göre LUPYÖ skorları anlamlı farklılık göstermekteydi. Psikolojik semptomu olanlarda tüm LUPYÖ alt boyut skorları ve LUPYÖ total skoru anlamlı derecede daha düşük izlendi (tüm analizlerde $p < 0.001$) (Tablo 3.15).

Tablo 3.15. LUPYÖ skorlarının çalışanlarda psikolojik semptom varlığına göre dağılımı

LUPYÖ	Psikolojik semptom (+) (n = 130)	Psikolojik semptom (-) (n = 370)	p değeri
Kendini ifade etme ve iletişim	32.6 ± 8.0	35.8 ± 7.8	***<0.001***
Sosyal ilişkiler	18.0 ± 4.4	19.3 ± 3.5	***<0.001***
İtibar	48.7 ± 9.7	53.4 ± 8.3	***<0.001***
Yaşam kalitesi ve mesleki konum	29.2 ± 6.4	31.4 ± 6.0	***<0.001***
Sağlık	17.9 ± 2.7	18.5 ± 2.0	***<0.001***
Duygu	33.5 ± 10.4	38.9 ± 10.0	***<0.001***
Total skor	180 ± 35	197 ± 33	***<0.001***

****Bağımsız gruplarda t testi***

*****Tüm alt boyutlarda ve totalde psikolojik semptom gösterenlerin skoru psikolojik semptom göstermeyenlerin skoruna göre anlamlı olarak düşüktü.***

Mobbinge maruz kaldığını ifade eden çalışanların "sağlığa yönelik yıldırma" haricindeki tüm LUPYÖ alt boyut skorları ve LUPYÖ total skorları mobbinge maruz kalmadığını ifade edenlerden anlamlı derecede düşüktü (tüm analizlerde $p < 0.001$) (Tablo 3.16).

Tablo 3.16. LUPYÖ skorlarının çalışanların mobbinge maruziyetine göre dağılımı

LUPYÖ	Mobbinge maruziyet (+) (n = 431)	Mobbinge maruziyet (-) (n = 69)	p değeri
Kendini ifade etme ve iletişim	33.8 ± 7.7	42.3 ± 5.3	***<0.001***
Sosyal ilişkiler	18.6 ± 3.8	21.3 ± 3.1	***<0.001***
İtibar	51.3 ± 8.8	57.8 ± 7.5	***<0.001***
Yaşam kalitesi ve mesleki konum	30.2 ± 6.1	34.8 ± 5.0	***<0.001***
Sağlık	18.3 ± 2.2	18.5 ± 2.4	0.365**
Duygu	36.0 ± 10.1	46.5 ± 7.0	***<0.001***
Total skor	188 ± 33	221 ± 27	***<0.001***

****Bağımsız gruplarda t testi***

*****Sağlığa yönelik alt boyut skorlarında fark saptanmazken, diğer alt boyutlarda ve totalde mobbinge maruz kaldığını ifade edenlerin skoru maobinge maruz kalmadığını belirtenlerin skoruna göre anlamlı olarak daha düşüktü***

Mobbinge uğrayan çalışanların mobbinge uğrama sıklıklarına göre tüm LUPYÖ skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği izlendi. LUPYÖ total skoru mobbing sıklığı artış gösterdikçe artmaktaydı. LUPYÖ total skoru mobbinge çok nadir uğrayanlarda bazen uğrayanlardan ($p < 0.001$), bazen uğrayanlarda sık uğrayanlardan ($p < 0.001$), sık uğrayanlarda çok sık uğrayanlardan ($p < 0.001$) daha yüksekti (Tablo 3.17).

Tablo 3.17. LUPYÖ skorlarının çalışanların mıbbinge maruziyet derecelerine göre dağılımı

LUPYÖ	Çok sık (n = 34)	Sık (n = 55)	Bazen (n = 205)	Çok nadir (n = 431)	p değeri
Kendini ifade etme ve iletişim	23.6 ± 7.2	27.5 ± 7.3	33.4 ± 5.7	39.3 ± 5.6	***<0.001***
Sosyal ilişkiler	15.4 ± 4.7	17.0 ± 4.0	18.4 ± 3.4	20.4 ± 2.9	***<0.001***
İtibar	45.3 ± 12.7	46.3 ± 9.4	51.1 ± 7.6	55.0 ± 7.1	***<0.001***
Yaşam kalitesi ve mesleki konum	25.0 ± 7.3	26.5 ± 5.8	29.8 ± 5.7	33.4 ± 4.4	***<0.001***
Sağlık	17.0 ± 3.5	17.5 ± 3.2	18.3 ± 1.8	18.9 ± 1.6	***<0.001***
Duygu	25.6 ± 8.7	27.1 ± 8.8	35.5 ± 8.5	43.0 ± 7.6	***<0.001***
Total skor	152 ± 38	162 ± 30	186 ± 27	210 ± 24	***<0.001***

****One-Way ANOVA, Post-hoc analizlerde Bonferroni düzeltmesi tercih edildi***

*****Tüm alt skorlarda ve totalde mobbinge maruziyet sıklığı arttıkça skorlar anlamlı olarak daha düşük olarak saptandı***

BDE ile değerlendirildiğinde, LUPYÖ skorlarının depresif belirti varlığına göre anlamlı farklılık gösterdiği izlendi. Depresif belirtileri olan çalışanların tüm LUPYÖ alt boyut skorlarının ve LUPYÖ total skorunun depresif belirtileri olmayan çalışanlardan anlamlı derecede daha düşük olduğu izlendi (tüm analizlerde $p < 0.001$) (Tablo 3.18).

Tablo 3.18. LUPYÖ skorlarının çalışanlarda depresif belirtiler varlığına göre dağılımı

LUPYÖ	Depresif belirtiler (+) (n = 243)	Depresif belirtiler (-) (n = 257)	p değeri
Kendini ifade etme ve iletişim	31.2 ± 7.5	38.5 ± 6.6	***<0.001***
Sosyal ilişkiler	17.4 ± 4.0	20.4 ± 2.9	***<0.001***
İtibar	48.6 ± 9.4	55.6 ± 6.8	***<0.001***
Yaşam kalitesi ve mesleki konum	28.3 ± 6.3	33.2 ± 5.0	***<0.001***
Sağlık	17.9 ± 2.5	18.7 ± 1.9	***<0.001***
Duygu	31.6 ± 9.0	43.1 ± 8.4	***<0.001***
Total skor	175 ± 33	209 ± 27	***<0.001***

****Bağımsız gruplarda t testi***

*****Tüm alt boyutlarda ve totalde depresif belirti gösterenlerin skorları depresif belirti göstermeyenlere göre anlamlı olarak daha düşüktü***

Depresif belirtileri olan çalışanlarda depresif belirtilerin şiddetine göre LUPYÖ *"kendini ifade etme ve iletişime yönelik yıldırma"* skorunun anlamlı farklılık gösterdiği izlendi. *Post-hoc* analizlerde, ağır şiddetli depresif belirtileri olan çalışanların skoru orta şiddetli ($p = 0.005$) ve hafif şiddetli ($p < 0.001$) depresif belirtileri olanlardan daha düşüktü. Depresif belirtileri olan çalışanlarda depresif belirtilerin şiddetine göre LUPYÖ *"sosyal ilişkilere yönelik yıldırma"* skorunun anlamlı farklılık gösterdiği izlendi. *Post-hoc* analizlerde, ağır şiddetli depresif belirtileri olan çalışanların skoru orta şiddetli ($p = 0.003$) ve hafif şiddetli ($p < 0.001$) depresif belirtileri olanlardan daha düşüktü. Depresif belirtileri olan çalışanlarda depresif belirtilerin şiddetine göre LUPYÖ *"itibara yönelik yıldırma"* skorunun anlamlı farklılık gösterdiği izlendi. *Post-hoc* analizlerde, ağır şiddetli depresif belirtileri olan çalışanların skoru orta şiddetli ($p = 0.001$) ve hafif şiddetli ($p < 0.001$) depresif belirtileri olanlardan, orta şiddetli depresif belirtileri olanların skoru hafif şiddetli depresif belirtileri olanlardan daha düşüktü ($p = 0.010$). Depresif belirtileri olan çalışanlarda depresif belirtilerin şiddetine göre LUPYÖ *"yaşam kalitesi ve mesleki konuma yönelik yıldırma"* skorunun anlamlı farklılık gösterdiği izlendi. *Post-hoc* analizlerde, ağır şiddetli depresif belirtileri olan çalışanların skoru orta şiddetli ($p = 0.008$) ve hafif şiddetli ($p < 0.001$) depresif belirtileri olanlardan, orta şiddetli depresif belirtileri olanların skoru hafif şiddetli depresif belirtileri olanlardan daha

düşüktü (p = 0.035). Depresif belirtileri olan çalışanlarda depresif belirtilerin şiddetine göre LUPYÖ *"sağlığa yönelik yıldırma"* skorunun anlamlı farklılık gösterdiği izlendi. *Post-hoc* analizlerde, ağır şiddetli depresif belirtileri olan çalışanların skoru orta şiddetli (p < 0.001) ve hafif şiddetli (p < 0.001) depresif belirtileri olanlardan daha düşüktü. Depresif belirtileri olan çalışanlarda depresif belirtilerin şiddetine göre LUPYÖ *"duygulara yönelik yıldırma"* skorunun anlamlı farklılık gösterdiği izlendi. *Post-hoc* analizlerde, ağır şiddetli depresif belirtileri olan çalışanların skoru orta şiddetli (p < 0.001) ve hafif şiddetli (p < 0.001) depresif belirtileri olanlardan, orta şiddetli depresif belirtileri olanların skoru hafif şiddetli depresif belirtileri olanlardan daha düşüktü (p = 0.002). Depresif belirtileri olan çalışanlarda depresif belirtilerin şiddetine göre LUPYÖ total skorunun anlamlı farklılık gösterdiği izlendi. *Post-hoc* analizlerde, ağır şiddetli depresif belirtileri olan çalışanların skoru orta şiddetli (p < 0.001) ve hafif şiddetli (p < 0.001) depresif belirtileri olanlardan, orta şiddetli depresif belirtileri olanlar hafif şiddetli depresif belirtileri olanlardan (p = 0.004) daha düşüktü (Tablo 3.19).

Tablo 3.19. LUPYÖ skorlarının çalışanlarda depresif belirti şiddetine göre göre dağılımı

LUPYÖ	Hafif şiddetli (n = 124)	Orta şiddetli (n = 94)	Ağır şiddetli (n = 25)	p değeri
Kendini ifade etme ve iletişim	32.7 ± 7.1	30.8 ± 7.6	25.6 ± 6.8	***<0.001***
Sosyal ilişkiler	18.4 ± 3.6	17.1 ± 4.2	14.2 ± 3.5	***<0.001***
İtibar	51.1 ± 7.4	47.5 ± 9.6	39.6 ± 11.8	***<0.001***
Yaşam kalitesi ve mesleki konum	29.7 ± 5.6	27.6 ± 6.2	23.5 ± 7.1	***<0.001***
Sağlık	18.6 ± 1.7	17.9 ± 2.2	14.8 ± 4.4	***<0.001***
Duygu	34.3 ± 8.0	30.4 ± 8.9	22.7 ± 6.8	***<0.001***
Total skor	185 ± 28	171 ± 32	140 ± 32	***<0.001***

****One-Way ANOVA, Post-hoc analizlerde Bonferroni düzeltmesi tercih edildi***

*****İtibara yönelik yıldırma, yaşam kalitesi ve mesleki konuma yönelik yıldırma, duygulara yönelik yıldırma alt boyutlarında ve totalde ağır şiddette***

depresif belirti gösterenlerin skoru orta şiddette depresif belirti gösterenlerin skorundan ve orta şiddette depresif belirti gösterenlerin skoru da hafif şiddette depresif belirti gösterenlerin skorundan anlamlı olarak daha düşüktü

******Kendini ifade etme ve iletişime yönelik yıldırma, sosyal ilişkilere yönelik yıldırma ve sağlığa yönelik yıldırma alt boyutlarında ağır depresif belirti gösterenlerin skorları orta ve hafif depresif belirti gösterenlerin skorlarına göre anlamlı olarak daha düşükken, orta ve hafif depresif belirti gösterenlerin arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu***

3.3. LUPYÖ skorlarıyla ilişkili olabilecek faktörlerin korelasyon analizleri

LUPYÖ alt boyut skorları ve total skoru içerisinde sadece "yaşam kalitesi ve mesleki konuma yönelik yıldırma" alt boyutu çalışanların yaşı ile zayıf bir korelasyon gösterdiği izlendi (p = 0.009) (Tablo 3.20).

Tablo 3.20. LUPYÖ skorlarının çalışanların yaşı ile korelasyonu

	LUPYÖ	
	r katsayısı	**p değeri**
Kendini ifade etme ve iletişim	0.088	0.172
Sosyal ilişkiler	0.053	0.415
İtibar	0.070	0.278
Yaşam kalitesi ve mesleki konum	***0.167***	***0.009***
Sağlık	-0.027	0.670
Duygu	0.171	0.007
Total skor	0.123	0.056

****Pearson korelasyon testi***

LUPYÖ skorlarının çalışanların BDE skorlarıyla korelasyonu analiz edildi. Tüm LUPYÖ alt boyut skorlarının ve LUPYÖ total skorunun çalışanların BDE skoruyla negatif yönde korele olduğu görüldü (tüm analizlerde p < 0.001) (Tablo 3.21).

Tablo 3.21. LUPYÖ skorlarının çalışanların BDE skoru ile korelasyonu

	LUPYÖ	
	r katsayısı	**p değeri**
Kendini ifade etme ve iletişim	***-0.311***	***<0.001***
Sosyal ilişkiler	***-0.361***	***<0.001***
İtibar	***-0.394***	***<0.001***
Yaşam kalitesi ve mesleki konum	***-0.328***	***<0.001***
Sağlık	***-0.420***	***<0.001***
Duygu	***-0.457***	***<0.001***
Total skor	***-0.448***	***<0.001***

****Pearson korelasyon testi***

4. TARTIŞMA

Mobbing "İş yerinde bir veya birkaç kişi tarafından diğer bir kişiye yönelik olarak düşmanca ve ahlak dışı yöntemlerle sistematik bir biçimde uygulanan psikolojik bir terör" şeklinde tanımlanmaktadır. Anesteziyoloji ve Reanimasyon kliniği çalışanları üzerinde yapılan bu çok merkezli çalışmada, katılımcıların % 86.2'si yukarıdaki mobbing tanımlamasına göre, herhangi bir zamanda mobbinge maruz kaldığını ifade etmiştir. Mobbinge maruz kaldığını ifade eden katılımcıların % 80.3'ünü uzman doktorlar, %90.1'ini araştırma görevlileri, %87.1'ini anestezi teknisyeni ve teknikerleri oluşturmaktadır. Çalışmamızda mobbing maruziyetini objektif bir şekilde değerlendirmek için Leymann'ın önerdiği ve özellikle son 6 aylık zaman dilimine göre yanıtlanması istenen 5'li likert tipindeki mobbing ölçeği kullanıldığında ise, katılımcıların %17.8'inin mobbinge maruz kaldığı değerlendirilmiştir. İki farklı mobbing değerlendirmesine göre bulunan oranlardaki farklılık, aslında Anesteziyoloji ve Reanimasyon kliniğinde çalışanların hem yüksek düzeyde mobbinge maruz kaldığını hem de mobbinge maruziyet algısının yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Önceleri çalışma hayatının beklenen bir sonucu olduğu düşünülerek ihmal edilen, fakat zaman geçtikçe dikkate alınmaya başlanan mobbing, depresyon, anksiyete, intihar teşebbüsü gibi psikolojik hastalıklara zemin hazırlamaktadır. Mental problemlerin yanında fiziksel belirtilere de yol açan mobbing, çalışanların performansını etkilemekte, organizasyonların üretkenliğini azaltmaktadır (13). Ülkemizde, diğer ülkelerden farklı olarak sağlıkta şiddet unsuruyla sık karşılaşılması da, mobbingin sadece alt üst ilişkisi olarak değil, ele alınması gereken çok fazla boyutunun olduğunu göstermektedir (129).

Sağlık çalışanları tarafından maruz kalınan mobbing, bölüm ve statüler arasında farklılık göstermektedir. Özellikle acil servislerde, yoğun bakım ve ameliyathanede görevli personellerde mobbing maruziyet riskinin daha yüksek olduğu izlenmiştir (130-132). Anesteziyoloji ve Reanimasyon kliniklerinin de yoğun çalışma temposunun olması, kritik hastaların yönetimini içermesi ve kompleks çalışma ortamlarına sahip olmaları nedeniyle mobbinge maruz kalma açısından riskli olduğu düşünülmektedir.

Bugüne kadar yapılan çalışmaların çoğunda hemşirelerin mobbinge maruziyetleri değerlendirilmiş olup, bazı çalışmalarda ise sağlık çalışanları hastane içinde statü veya bölümlerine göre sınıflandırma yapılmaksızın değerlendirilmiştir (16). Turaç ve ark (140) tarafından yapılan çok merkezli bir çalışmada, hemşirelerde mobbing maruziyeti Leymann ölçeği ile değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin % 68.5'inin mobbinge maruz kaldığı izlenmiştir. Şahin ve ark.'nın (20) yaptığı hekim, hemşire, yardımcı sağlık personeli ve hastane yöneticilerinin değerlendirildiği çok merkezli başka bir çalışmada ise tüm sağlık çalışanlarında mobbing maruziyetinin oranı % 70.4 olarak tespit edilmiştir. Rahim ve ark.'nın (141) yaptığı çalışmada hem kırsal hem de şehir hastanelerinde çalışan doktor, hemşire, fizyoterapistlerde mobbing maruziyeti değerlendirilmiş, değerlendirmede "Negative Acts Questionnaire, (NAQ) ölçeği kullanılmıştır. NAQ ölçeğine göre yani haftada en az bir negatif davranış tanımlamasına göre mobbing maruziyet sıklığı, % 18.5 oranında bulunmuştur.

Anesteziyoloji ve Reanimasyon kliniği çalışanlarında mobbing maruziyetinin araştırıldığı az sayıda çalışma vardır (14,134-136). Aykut ve ark.'nın (14) yaptığı bir çalışmada, Anesteziyoloji ve Reanimasyon kliniğinde çalışan araştırma görevlilerinin mobbing maruziyetlerinin değerlendirilmesi planlanmış ve çalışmaya 100 kişi katılmış olup, katılanların % 69.3'ünde mobbing maruziyeti gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda ise Anesteziyoloji ve Reanimasyon kliniği çalışanlarında mobbing tanımı yapılıp subjektif olarak mobbing maruziyet varlığı sorulduğunda bu oran araştırma görevlilerinde % 90.1 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ortaya çıkan oranın daha yüksek olmasının nedeninin, çalışmamızın daha fazla sayıda katılımcı ile gerçekleştirilmesi olduğunu düşünmekteyiz.

Villafranca ve ark.'nın (133) yaptığı yaklaşık 3000 ameliyathane personelinin değerlendirildiği başka bir çalışmada, katılımcıların % 43.8'inin en az bir defa mobbing maruziyeti ile karşılaştığı bildirilmiştir. Ancak çalışmada anestezi uzmanları veya diğer çalışanlarda tespit edilen mobbing maruziyet oranları ayrı ayrı verilmemiştir. Bizim çalışmamızın oranlarının bu çalışmadan daha yüksek tespit edilmesinin nedeninin de çalışmamızda bütün ameliyathane personelinin değil sadece Anesteziyoloji ve Reanimasyon kliniği çalışanlarının değerlendirilmesi olduğunu düşünmekteyiz.

Onat ve ark. (134) tarafından yapılan bir çalışmada Anesteziyoloji ve Reanimasyon kliniğinde çalışan araştırma görevlilerinin uzmanlık eğitimi hakkındaki fikirleri değerlendirilmiştir. Çalışmaya göre, Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanlık eğitiminin istenen seviyede olmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmaya katılanlar tarafından, Anesteziyoloji ve Reanimasyon kliniklerinde çalışan sayısının yeterli olmadığı, iş yükünün fazla olduğu, çalışma saatlerinin çok fazla olduğu, uzmanlık eğitim süresinin uzun olduğu ifade edilmiştir.

Başka bir başka çalışmada da, Anesteziyoloji ve Reanimasyon kliniğinin çalışma ve nöbet saatlerinin uzun olduğu, 32 saatlik shift usulü çalışanlarda nöropsikolojik bozulmaların ortaya çıktığı ifade edilmiştir (135). Sarıcaoğlu ve ark.'nın (136) çalışmasında gece vardiyası sonrasında Anesteziyoloji ve Reanimasyon kliniği çalışanlarında kognitif bozulmaların olabileceğine dikkat çekilmiştir. Çalışma saatlerinin optimal koşullara getirilmesiyle, hasta güvenliğinin artacağı, hata ihtimalinin azalacağı ifade edilmiştir. Nitekim, Amerika Birleşik Devletleri'nde haftada 80 saat üstü çalışmaya, Avrupa Birliği'nde ise haftada 56 saat üzerinde çalışmaya yasal olarak izin verilmemektedir. Ayrıca 24 saatlik vardiya sonrasında kesintisiz 11 saat izin kullanılması zorunlu hale getirilmiştir (134). Ülkemizde ise henüz bu konuda yasal düzenleme yapılmamıştır.

Ülkemizde diğer ülkelerden farklı olarak sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet problemiyle sık karşılaşılmaktadır. Yiğitbaş ve ark (137) tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının % 81.6'sı sağlık çalışanlarına şiddetin artış gösterdiğini, % 27.7'si mesleğini bırakmayı düşündüğünü ifade etmiştir. Sağlıkta şiddet ülkemizde hala çok önemli bir sorun olmaya devam etmektedir (138). Anesteziyoloji ve Reanimasyon kliniği çalışanlarında izlenen yüksek mobbing maruziyetinde, sağlıkta şiddetin dolaylı bir etkisi olabilir. Ayrıca, ülkeler arasında, hatta ülkemizdeki hastaneler arasında bile sağlık politikaları, pratik uygulamalar ve yasal düzenlemelerin farklılık göstermesi, mobbing maruziyet oranlarının farklı olmasında önemli bir etken olabilir.

Kıbrıs'ta yapılan sağlık çalışanlarında mobbing maruziyeti varlığının değerlendirildiği bir çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde Leymann ölçeği kullanılmıştır. Çalışmaya katılanlara mobbing tanımı "İşyerinde bir ya da birden fazla kişi tarafından düşmanca bir davranışa maruz kalmak" şeklinde yapılarak kendilerini son 1 yıl içinde mobbinge uğramış olarak algılayıp algılamadıkları sorulmuş, sağlık

çalışanlarının % 55.2'si mobbing davranışlarına maruz kaldığını ifade etmiştir. Bu oran devlet hastanesinde çalışanlarda % 51.9 olarak bulunurken, birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışanların mobbinge maruziyet algıları benzer şekilde % 58.7 olarak bulunmuştur (139). Aynı çalışmada, bizim çalışmamıza benzer şekilde Leymann'ın mobbing ölçeği kullanıldığında ise katılımcıların % 5.9'unun mobbinge maruz kaldığı izlenmiştir. Bizim çalışmamızda ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında Leymann'ın ölçeğine göre araştırılan mobbing maruziyet oranı % 17.8 olarak izlenmiştir. Üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında, eğitimin önemli bir kısmının usta-çırak ilişkisi içerisinde gerçekleştirilmesi mobbing maruziyetini ya da mobbinge maruziyet düşüncesini arttırmış olabilir. Ayrıca, üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında tedavisi yapılan hastaların tedavisinin daha zorlu ve komplike olması mobbing maruziyet oranını arttırmış olabilir.

Mobbing maruziyeti kişilerde çok çeşitli psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkmasına da neden olmaktadır. Aykut ve ark.'nın (14) çalışmasında, uzmanlık öğrencilerinin % 48.5'inde ağlama atakları, % 38.6'sında uyku problemleri, % 31.6'ında kilo alma/verme problemleri, % 17.8'inde ağır depresyon, % 15.8'inde alkol/madde bağımlılığı olduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda en ağır psikolojik semptom olarak nitelendiren intihar girişimi, katılımcıların % 2.9'da tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde mobbing maruziyeti ile depresyon gibi psikiyatrik problemlerin sıklığının birbiriyle doğru orantılı olduğu gözlenmiştir. Ancak bu çalışmada mobbing maruziyeti ve depresyon, sistematik ölçeklerle değerlendirilmemiş, katılımcıların tek bir soruya beyanı dikkate alınmıştır. Bizim çalışmamızda ise, Beck Depresyon Envanteri ölçeğiyle değerlendirildiğinde, katılımcıların yaklaşık yarısında (% 48.6) depresif belirtiler mevcuttu. Katılımcıların % 5'inde ise ağır depresif belirtiler bulunmaktadır. Ek olarak tespit edilen depresyon düzeyinin, Leymann'ın uyarlanmış psikolojik yıldırma ölçeği yani LUPYO ile değerlendirilen mobbing maruziyetinin şiddetiyle doğru orantılı olduğu, mobbing maruziyetinin şiddeti arttıkça, depresyon düzeyinin de artış gösterdiği izlenmiştir.

Lanctot ve ark (147) tarafından yapılan meta-analizde, sağlık çalışanlarının maruz kaldığı işyeri şiddeti ve mobbing maruziyeti sıklığı incelenmiştir. Yüzbin kişiden fazla sağlık çalışanının katıldığı 68 çalışmanın dahil edildiği bu sistematik derlemede, iş yerinde fiziksel şiddete maruz kalma oranının % 4.9-65 arasında olduğu, yaşamı tehdit edici boyutta yaralanma geçirme oranının % 4.4 olduğu, işyeri şiddeti

sonrasında post-travmatik stres bozukluğuna maruz kalmanın % 5-32 arasında olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda çalışanların % 0.8-84.3'ünde depresif semptomların izlendiği bildirilmiştir.

Mobbinge maruz kalma ile depresyonun birbiriyle ilişkili olduğu çok sayıda çalışmada gösterilmiştir (2.148-152). Figueiredo-Ferraz ve ark.'nın (148) çalışmasında mobbinge maruz kalanlarda ortaya çıkan depresyonun derecesinin yükseldiği bildirilmiştir. Kostev ve ark.'nın (2) çalışmasında birinci basamağa başvuran hastalar arasında mobbing maruziyeti tespit edilenlerde, depresyon görülme sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda ise Anesteziyoloji ve Reanimasyon kliniği çalışanlarında mobbing maruziyeti ile depresyon ilişkisi değerlendirilmiş ve mobbinge maruziyeti olanların % 53.3'ünde depresyon tespit edilmiştir. Çalışmamıza benzer bir çalışma olan Aykut ve ark.'nın (14) yaptığı çalışmada, mobbinge maruz kalan Anesteziyoloji ve Reanimasyon bölümü araştırma görevlilerinde ağır depresyon sıklığının % 18 gibi yüksek bir oranda olduğu ifade edilmiştir. Ancak çalışmada depresyon varlığının değerlendirilmesinde standardize ölçek ve yöntemler kullanılmamış, sadece katılımcıların beyanı dikkate alınmıştır. Bizim çalışmamızda ise depresyon görülme sıklığı standart bir ölçek olan Beck Depresyon Envanteri (BDE) ile değerlendirilmiştir. Buna göre Anesteziyoloji ve Reanimasyon kliniği çalışanlarında depresyon görülme sıklığı % 48.6 oranında tespit edilmiş ve bu yüksek oranın mobbing maruziyeti ile ilişkili olduğu değerlendirilmiştir. Çalışmamızda, depresyon görülme sıklığı bu konuda standart bir ölçek olan BDE ile araştırıldığı için, ortaya koyduğumuz verilerin önceki çalışmalara göre daha güvenli olduğu değerlendirilmiştir.

Her ne kadar bizim çalışmamız ile mobbing maruziyetinin, depresyona yatkınlığı arttırdığı gösterilmiş olsa da bunun tam tersi de bazı durumlarda söz konusudur. Depresyonu ya da başka ruhsal hastalıkları olan kişiler hem mobbing maruziyetine hem de mobbinge maruz kalma düşüncesine yatkındır. Dolayısıyla ruhsal hastalıklar ile mobbing maruziyeti ilişkisi düşünüldüğünden daha kompleks bir ilişki olabilir. Verkuil ve ark. (153) tarafından yapılan bir meta-analizde mobbing ile depresyon arasında bir ilişki olduğu ifade edilmiştir. Ancak çalışanların ruhsal hastalıklarının olmasının onları mobbing maruziyeti açısından riskli bir konuma getirdiği de ifade edilmiştir. Bu çalışmada mobbing maruziyetinin depresyona yatkınlığa yol açabileceği gibi, depresyonu olan çalışanların daha korunmasız olduğu

için mobbing maruziyetine daha çok maruz kalabileceği de ifade edilmiştir. Bu nedenle mobbing maruziyeti ile depresyon arasında çift yönlü bir ilişkinin olduğu düşünülmüştür.

Mobbing maruziyeti ve depresyon arasındaki ilişki "stress modeli" ile açıklanabilmektedir. Stres modeline göre uzun süreli stres dönemi somatik ve ruhsal hastalıklar açısından risk oluşturmaktadır (154.155). İş yerinde karşılaşılan mobbing maruziyeti, uzun süreli strese neden olmaktadır ve nöroendokrin, otonom ve immün fonksiyonlar aracılığıyla emosyonel iyilik halini etkilemektedir (156-158). Ek olarak mobbing maruziyetinin sadece olay anında olmadığı, olaydan sonra da mağdurların düşüncesinde çok sayıda tekrarlandığı, bu nedenle stres seviyesinin uzadığı ifade edilmiştir (157). Ruhsal hastalıkları olan bireylerin mobbinge daha çok maruz kalması ise zorbaların zayıf mağdurları seçmesi ile ilişkilendirilebilir (17).

Zachariadou ve ark.'nın (139) çalışmasında, izlenen en sık mobbinge maruz bırakma yöntemleri, "toplantılarda sürekli sözünün kesilmesi", "sürekli anlamsız yeni görevlerin verilmesi", "kurumda insanların arkadan olumsuz konuşması" ve "kurumdaki insanların asılsız söylentiler çıkarması" olarak ifade edilmiştir. Bu çalışmada en az izlenen mobbing yöntemleri ise "fiziksel zarar", "fiziksel şiddet tehdidi", "cinsel taciz", "psikolojik tedavi görme için baskı" ve "ev veya iş yerine zarar verme" alanlarıydı. Palaz ve ark.'nın (23) ülkemizde yaptığı çalışmada eğitim ve sağlık çalışanları değerlendirilmiş olup, çalışmada en sık karşılaşılan mobbing yöntemleri "iş yerinde yapılan işlerin sürekli eleştirilmesi", "işyerinde sözünün sürekli kesilmesi" ve "üstlerine kendini gösterme olanaklarının kısıtlanması" iken, en az izlenen mobbing yöntemleri "cinsel taciz" idi. Turaç ve ark (140) tarafından yapılan çalışmada ise sağlık çalışanlarının en sık karşılaştıkları mobbing yöntemlerinin "yaptığı işlerin sürekli eleştirilmesi", "kendini gösterme olanaklarının kısıtlanması" ve "sözlerinin sürekli kesilmesi", iken en az karşılaştıkları mobbing yöntemlerinin ise "cinsel taciz" ve "iş yeri ve evine zarar verme" olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının en sık "kendini ifade etme ve iletişim kurma" alanlarına yönelik saldırıya uğradığı da ifade edilmiştir. En az izlenen mobbing yönteminin ise çalışmamıza benzer şekilde "sağlığa yönelik yıldırma" olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda ise en çok mobbinge maruz bırakma yönteminin "başarıların görmezlikten gelinmesi, başarısızlıkların abartılması", "bilgi ve becerilerin gösterilmesini kısıtlama" ve "sürekli eleştirilme" alanları olduğu dikkati çekmektedir.

En az mobbinge maruz bırakma yöntemleri ise “cinsel taciz”, “fiziksel zarar verme” ve “psikolojik tedavi görme için baskı” olarak tespit edilmiştir.

En sık mobbinge maruz bırakma yöntemlerinin bir kısmı iş ortamı ile ilişkiliyken, bir kısmının ise iş ortamıyla ilişkili olmadığı dikkat çekmektedir. Bu nedenle mobbing maruziyetinin çok boyutlu bir yapısının olduğu söylenebilir. Ek olarak çalışanların özellikle “kendini ifade etme” alanlarında mobbinge maruz kaldığı söylenebilir. Sıklıkla en az izlenen mobbinge maruz bırakma yönteminin ise “cinsel taciz” olduğu ifade edilmiştir. Cinsel taciz; mobbingin en ağır şekli olması, tespit edilmesinde yasal yaptırımlarının daha fazla olması, aynı zamanda iş yerinde damgalanmaya neden olması nedeniyle çalışmalarda daha az oranda bildirilmiş olabilir.

Palaz ve ark. (23) bekar veya dul çalışanlarda mobbing maruziyet oranlarının daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. Bununla birlikte medeni durum ile mobbing maruziyeti arasında ilişki olmadığı yönünde de kanıtlar bulunmaktadır (159).

Erdoğan (160) ve Çakıl (161) tarafından yapılan çalışmalarda ise aylık geliri düşük çalışanlarda mobbing maruziyet düzeyinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde evlilerde ve gelir düzeyi yüksek olanlarda mobbinge maruz kalma düzeyi daha düşük izlendi. Bekar veya dul çalışanların evli çalışanlara kıyasla daha savunmasız görülmesi mobbinge daha çok maruz kalmalarına neden olabilir. Benzer şekilde gelir düzeyinin yüksek olması çalışanların mobbinge maruziyete karşı hassasiyetlerinin ve farkındalıklarının daha yüksek olmasını sağlayabilir.

Yıldız ve ark.’nın (162) çalışmasında yüksek eğitim seviyesindeki çalışanların daha az mobbinge maruz kaldığı ifade edilmiştir. Bizim çalışmamızda da uzman doktorlarda tespit edilen mobbing maruziyet oranlarının, araştırma görevlileri ve teknisyen/teknikerlerden daha düşük oranda olduğu görüldü. Bu farklılıkta çalışanların eğitim seviyesi etkili olabilir. Uzman doktorların eğitim seviyesinin yüksek olması ve mesleki yeterliliklerinin daha fazla olması mobbinge daha az maruz kalmalarına neden olmuş olabilir. Ancak uzman doktorlarda izlenen mobbing maruziyet oranlarının araştırma görevlilerine ve teknisyen/teknikerlere kıyasla düşük olmasına rağmen yine de çok yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Diğer taraftan, doktorların diğer sağlık çalışanlarına kıyasla mobbinge daha az maruz kaldığı yönünde başka çalışmalar da

bulunmaktadır. Erdoğan ve ark. (160) tarafından yapılan çalışmada doktorların mobbinge hemşirelerden daha az maruz kaldığı bildirilmiştir. Çalışmamızda ise uzman doktorlar ve teknisyen/teknikerler arasında böyle bir ilişki izlenirken, araştırma görevlileri ile teknisyen/teknikerler arasında izlenmemiştir. Araştırma görevlilerinin mesleki tecrübelerinin daha az olması, uzman doktorlardan daha düşük bir statüde olmaları veya yoğun çalışma saatleri bu sonuçlara neden olmuş olabilir. Ek olarak uzman doktorlar ekip lideri görevi üstlenmektedir. Ekip liderlerinde ise mobbinge maruziyet oranlarının konumları dolayısıyla daha düşük olduğu bulunmuştur (16).

Çalışmamızda aynı zamanda, farklı sağlık kuruluşlarında mobbing maruziyetinin farklı oranlarda olduğu tespit edildi. Özel hastanelerde, devlet hastanelerine kıyasla, ikinci basamak hastanelerde üçüncü basamak hastanelere kıyasla mobbing maruziyeti daha düşük izlendi. Özel hastanelerin farklı çalışma koşullarına sahip olması devlet hastanelerine kıyasla mobbing maruziyetinin daha düşük bulunmasının nedeni olabilir. Özel hastanelerin çalışanlarına sağladığı maddi imkanlarının daha fazla olması, daha çok uzman doktorun veya daha yüksek statüde çalışanların bulunması, çalışma koşullarının daha rahat olması gibi nedenler mobbing maruziyetinin daha az olmasıyla sonuçlanmış olabilir. Üçüncü basamak hastanelerin ise sağlıkta en üst basamağı oluşturmaları, daha yoğun çalıma koşullarına karışın daha az maddi imkan sağlanması, mobbing maruziyetini ya da mobbinge maruz kalma düşüncesini etkilemiş olabilir.

Meslekte geçirilen sürenin uzun olması aynı zamanda mesleki yeterliliği göstermektedir. Çalışmamızda mesleki deneyimi fazla olanlarda mobbing oranı daha düşük saptanmıştır. Mesleğe yeni başlayanların mesleki hata yapma ihtimalleri daha yüksek olduğu için mobbing maruziyeti ya da mobbinge maruz kalma düşüncesi daha çok olabilir. Mesleğe yeni başlayan çalışanların, mobbing olmayan davranışları mobbing olarak algılaması, mobbing maruziyetinin olduğundan daha çok algılanmasıyla sonuçlanıyor olabilir.

Erdoğan ve ark. (160) tarafından yakın zamanda yapılan çalışmada sağlık çalışanlarında mobbinge maruz kalanlarda mesleki memnuniyetin ve meslek dışı tatminin daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Karıcıoğlu ve ark.'nın (163) çalışmasında da mesleki tatmin ile mobbing maruziyeti arasında ters orantı olduğu

bulunmuştur. Çalışmamızda da benzer şekilde mesleki mutsuzluk ve tatminsizlik ile mobbing maruziyeti arasında güçlü bir ilişki olduğu gösterildi.

Çalışmamız, neden-sonuç ilişkisini incelemek için dizayn edilmedi. Bu nedenle, mobbing maruziyeti ile ilişkili olabilecek faktörler tanımlanmış, ancak bu faktörlerle mobbing maruziyeti arasındaki neden-sonuç ilişkisi ortaya konulmamıştır.

Anesteziyoloji ve Reanimasyon kliniklerinin çalışma ve nöbet saatlerinin uzun olması, riskli hastaların yönetimini içermesi, iş yükünün ağır olması veya çalışan sayısının yeterli olmaması gibi nedenler, dolaylı olarak mobbing maruziyetine katkı sağlıyor olabilir. Ancak, çalışmamız mobbing maruziyetinin nedenleri hakkında dizayn edilmemiştir. Bunun da çalışmamızın sınırlılığı olduğu düşünülmektedir. Anesteziyoloji ve Reanimasyon kliniği çalışanlarının mobbinge maruziyetinin yüksek olmasının nedenlerinin ortaya konulması amacıyla dizayn edilmiş çalışmalar, sağlık çalışanlarının mobbing maruziyetinin önlenmesi açısından yol gösterici olacaktır.

5. SONUÇ

Anesteziyoloji ve Reanimasyon kliniklerinde uzman doktor, araştırma görevlisi veya teknisyen/tekniker olarak çalışan sağlık çalışanlarında mobbing maruziyeti oldukça yüksek izlenmiştir. En sık izlenen mobbing alanları "başarıların görmezlikten gelinmesi, başarısızlıkların abartılması", "bilgi ve becerilerin gösterilmesini kısıtlama" ve "sürekli eleştirilme", en az izlenen mobbing alanları ise "cinsel taciz", "fiziksel zarar" ve psikolojik tedavi görme için baskı" alanlarıydı. Kendini ifade etme ve iletişime yönelik yıldırma alanındaki mobbing maruziyeti daha sık izlenirken, "sağlığa yönelik yıldırma" alanında daha az izlenmiştir.

Çalışanların yarısında depresif semptomlar izlenirken, mobbing maruziyetinin depresyon seviyesi ile ilişkili olduğu izlenmiştir. Bulgularımız mobbing ile depresyon seviyeleri arasında güçlü bir ilişki olduğuna işaret etmektedir.

Evli olanlarda, özel hastane çalışanlarında, ikinci basamak hastanede çalışanlarda, mesleki tecrübesi 10 yıldan fazla olanlarda, uzman doktorlarda, gelir düzeyi daha yüksek olanlarda mobbing maruziyeti daha az olma eğilimindedir.

Sonuç olarak mobbing maruziyetinin yüksek olması, anesteziyoloji ve reanimasyon kliniği çalışanlarının mobbing açısından değerlendirilmesini gerektirmektedir. Organizasyonel ve yasal önlemlerin alınması, mobbing kaynaklarının ortadan kaldırılması, mobbinge farkındalığın arttırılması ile sağlık çalışanlarında mobbing ve neden olduğu sonuçlar ortadan kaldırılabilir.

KAYNAKLAR

1. Takaki J, Tsutsumi A, Fujii Y, et al. Assessment of workplace bullying and harassment: reliability and validity of a Japanese version of the negative acts questionnaire. J Occup Health. 2010;52(1):74–81.

2. Kostev K, Rex J, Waehlert L, Hog D, Heilmaier C. Risk of psychiatric and neurological diseases in patients with workplace mobbing experience in Germany: a retrospective database analysis. Ger Med Sci. 2014;12:10.

3. Leymann H. The content and development of mobbing at work. Eur J Work Organ Psychol. 1996;5(2):165–184.

4. Dobry Y, Braquehais MD, Sher L. Bullying, psychiatric pathology and suicidal behavior. Int J Adolesc Med Health. 2013;25(3):295–299.

5. Simons S, Sauer P. An exploration of the workplace bullying experience: coping strategies used by nurses. J Nurses Prof Dev. 2013;29(5):228–232.

6. Chipps E, Stelmaschuk S, Albert NM, Bernhard L, Holloman C. Workplace bullying in the OR: Results of a descriptive study. AORN J. 2013;98(5):479–449.

7. Tuckey MR, Dollard MF, Hosking PJ, Winefield AH. Workplace bullying: the role of psychosocial environment factors. Int J Stress Manag. 2009;16(3):215–232.

8. Litwiller BJ, Brausch AM. Cyber bullying and physical bullying in adolescent suicide: the role of violent behavior and substance use. J Youth Adolesc. 2013;42(5):675–684.

9. Cetin C and Bagci-Kurt N. Mobbing and health of employee. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2014; 25:(2); 111-125.

10. Karatza C, Zyga S, Tziaferi S, Prezerakos P. Workplace bullying and general health status among the nursing staff of Greek public hospitals. Ann Gen Psychiatry. 2016;15:7.

11. Dikmetaş E, Top M, Ergin G. Asistan Hekimlerin Tükenmişlik ve Mobbing Düzeylerinin İncelenmesi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2011;22:1–15.

12. Gillen PA, Sinclair M, Kernohan WG, Begley CM, Luyben AG. Interventions for prevention of bullying in the workplace. Cochrane Database Syst Rev. 2017;1(1):CD009778.

13. Lever I, Dyball D, Greenberg N, Stevelink SAM. Health consequences of bullying in the healthcare workplace: A systematic review. J Adv Nurs. 2019;75(12):3195-3209.

14. Aykut G, Efe EM, Bayraktar S, et al. Mobbing Exposure of Anaesthesiology Residents in Turkey. Turk J Anaesthesiol Reanim. 2016;44(4):177-189.

15. Davenport N, Schwartz RD, Elliott GP. Mobbing: İşyerinde duygusal taciz. (Çev.: Önertoy OC). 2003. İstanbul. Sistem Yayıncılık .

16. Ariza-Montes A, Muniz NM, Montero-Simó MJ, Araque-Padilla RA. Workplace bullying among healthcare workers. Int J Environ Res Public Health. 2013;10(8):3121-3139.

17. Khoo S. Academic mobbing: hidden health hazard at workplace. Malays Fam Physician. 2010;5(2):61-67.

18. Duffy M, Sperry L. Workplace mobbing: Individual and family health consequences. The Family Journal. 2007;15(4):398–404.

19. Bultena CD, Whatcott RB. Bushwhacked at work: A comparative analysis of mobbing & bullying at work. Proceedings of ASBB. 2008;15(1):652–666.

20. Sahin B, Dundar T. Examining Factors That Affect Meeting Levels of Healthcare Professionals Who Are Exposed to Mobbing: The Example of Bolu Province. TİSK Academy. 2011; 11: 88-117.

21. Sayilan AA, Aydin A. Mobbing among healthcare workers: Areview of research findings and methods of struggling. Journal of Human Sciences. 2020; 17(1): 185-193.

22. Kingma M. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. Int Nurs Rev. 2001;48:129–130.

23. Palaz S, Ozkan S, Sarı N, Goze F, Sahin N, Akkurt O. A Research on theBehaviorof Psychological Abuse in Workplace (Mobbing): The Example of

Bandırma". The Journal of Industrial Relations and Human Resources. 2008;10(4):41-58.

24. Karsavuran S. Mobbing in health sector: A practice on hospital administrators", Mustafa Kemal University The Journal of Social Sciences Institute. 2014; (26) 11: 271-296.

25. Sahin B, Dundar T. Examining the relationship between ethical climate and mobbing behaviours in health sector. Ankara University SBF Journal. 2011;11: 129-159.

26. Yildiz G, Akbolat M, Isık O. Psychological Abuse and Organizational Commitment: A Research on Healthcare Professionals. The Journal of Manas Social Researches2013;(2)6: 85-117.

27. Yavuzer Y, Civilidag A. The Intermediary Role of Depression in the Relationship between Mobbing and Life Satisfaction of Healthcare Professionals. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry andNeurological Sciences. 2014; 27: 115-125.

28. Li YL, Li RQ, Qiu D, Xiao SY. Prevalence of Workplace Physical Violence against Health Care Professionals by Patients and Visitors: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(1):299.

29. Kamchuchat C, Chongsuvivatwong V, Oncheunjit S, Yip TW, Sangthong R. Workplace violence directed at nursing staff at a general hospital in Southern Thailand. J. Occup. Health. 2008;50:201–207.

30. Nijman H., Bowers L., Oud N., Jansen G. Psychiatric nurses' experiences with inpatient aggression. Aggress. Behav. 2005;31:217–227.

31. Çarıkçı İ, Yavuz H. Çalışanlarda mobbing (psikolojik şiddet) algısı: sağlık sektörü çalışanları üzerine bir araştırma. SDU SBE. 2009; (10): 47-62.

32. Yagar F, Dökme S. Healt professionals and mobbing. Journal of Health and Nursing Management. 2019;(2)6; 121-129.

33. Loerbroks A, Weigl M, Li J, Glaser J, Degen C, Angerer P. Workplace bullying and depressive symptoms: a prospective study among junior physicians in Germany. J Psychosom Res. 2015;78(2):168-172.

34. Reknes I, Pallesen S, Magerøy N, et al. Exposure to bullying behaviors as a predictor of mental health problems among Norwegian nurses: results from the prospective SUSSH-survey. Int J Nurs Stud. 2014;51(3):479-487.

35. Laschinger HK, Grau AL, Finegan J, Wilk P. New graduate nurses experiences of bullying and burnout in hospital settings. Journal of Advanced Nursing. 2010;66(12): 2732–2742.

36. Carter M, Thompson N, Crampton P, et al. Workplace bullying in the UK NHS: a questionnaire and interview study on prevalence, impact and barriers to reporting. BMJ Open. 2013;3(6):e002628.

37. Rodwell J, Demir D. Psychological consequences of bullying for hospital and aged care nurses. Int Nurs Rev. 2012;59(4):539-546.

38. Janoff-Bulman, R. Shattered Assumptions. Towards a New Psychology of Trauma. The Free Press, New York. 1992.

39. Fridner A, Belkic K, Minucci D, et al. Work environment and recent suicidal thoughts among male university hospital physicians in Sweden and Italy:. the Health and Organization Among University Hospital Physicians in Europe (HOUPE) study. Gender Medicine. 2011;4:269–279.

40. Lindfors PM, Meretoja OA, Luukkonen RA, Elovainio MJ, Leino TJ. Suicidality among Finnish anaesthesiologists. Acta Anaesthesiologica Scandinavica. 2009;53:1027–1035.

41. Wall M, Schenck-Gustafsson K, Minucci D, et al. Suicidal ideation among surgeons in Italy and Sweden - a cross-sectional study. BMC Psychol. 2014;2(1):53.

42. Shabazz T, Parry-Smith W, Oates S, Henderson S, Mountfield J. Consultants as victims of bullying and undermining: a survey of Royal College of Obstetricians and Gynaecologists consultant experiences. BMJ Open. 2016;6(6):e011462.

43. Sterud T, Hem E, Lau B, Ekeberg O. Suicidal ideation and suicide attempts in a nationwide sample of operational Norwegian ambulance personnel. J Occup Health. 2008;50(5):406-414.

44. Yildirim D. Bullying among nurses and its effects. International Nursing Review. 2009;56(4), 504–511.

45. Sorensen G, Stoddard AM, Stoffel S, et al. The role of the work context in multiple wellness outcomes for hospital patient care workers. J Occup Environ Med. 2011;53(8):899-910.

46. Sá L, Fleming M. Bullying, burnout, and mental health amongst Portuguese nurses. Issues Ment Health Nurs. 2008;29(4):411-426.

47. Hansen AM, Hogh A, Garde AH, Persson R. Workplace bullying and sleep difficulties: a 2-year follow-up study. Int Arch Occup Environ Health. 2014;87(3):285-294.

48. Pranjić N, Males-Bilić L, Beganlić A, Mustajbegović J. Mobbing, stress, and work ability index among physicians in Bosnia and Herzegovina: survey study. Croat Med J. 2006;47(5):750-758.

49. Takaki J, Taniguchi T, Hirokawa K. Associations of workplace bullying and harassment with pain. Int J Environ Res Public Health. 2013;10(10):4560-4570.

50. Kivimäki M, Virtanen M, Vartia M, Elovainio M, Vahtera J, Keltikangas-Järvinen L. Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. Occup Environ Med. 2003;60(10):779-783.

51. Jacob L, Kostev K. Conflicts at work are associated with a higher risk of cardiovascular disease. Ger Med Sci. 2017;15:08.

52. Romero Starke K, Hegewald J, Schulz A, et al. Cardiovascular health outcomes of mobbing at work: results of the population-based, five-year follow-up of the Gutenberg health study. J Occup Med Toxicol. 2020;12;15:15.

53. Malhi GS, Mann J. Depression. Lancet. 2018; 392:2299-312 .

54. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. Annu Rev Public Health 2013; 34: 119–138.

55. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. BMC Med 2011; 9: 90.

56. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012; 380: 2163–2196.

57. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikingas KR, Walters EE. How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 593–602.

58. Hirschfeld R. The epidemiology of depression and the evolution of treatment. J Clin Psychiatry 2012; 73 (suppl 1): 5–9.

59. Moffitt TE, Caspi A, Taylor A, et al. How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. Psychol Med 2010; 40: 899–909.

60. WHO. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization, 2017.

61. Keller MB, Lavori PW, Mueller TI, et al. Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression: a 5-year prospective follow-up of 431 subjects. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 809–816.

62. Penninx BWJH, Nolen WA, Lamers F, et al. Two-year course of depressive and anxiety disorders: results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). J Affect Disord 2011; 133: 76–85.

63. Boschloo L, Schoevers RA, Beekman ATF, Smit JH, Van Hemert AM, Penninx BWJH. The four-year cour se of major depressive disorder: the role of staging and risk factor determination. Psychother Psychosom 2014; 83: 279–288.

64. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. Am J Psychiatry 2006; 163:115.

65. Bradley RG, Binder EB, Epstein MP, et al. Influence of child abuse on adult depression: moderation by the corticotropin-releasing hormone receptor gene. Arch Gen Psychiatry 2008; 65:190.

66. Heim C, Bradley B, Mletzko TC, et al. Effect of Childhood Trauma on Adult Depression and Neuroendocrine Function: Sex-Specific Moderation by CRH Receptor 1 Gene. Front Behav Neurosci 2009; 3:41.

67. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. Science 2003; 301:386.

68. Kendler KS, Kuhn JW, Vittum J, et al. The interaction of stressful life events and a serotonin transporter polymorphism in the prediction of episodes of major depression: a replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62:529.

69. Kilpatrick DG, Koenen KC, Ruggiero KJ, et al. The serotonin transporter genotype and social support and moderation of posttraumatic stress disorder and depression in hurricane-exposed adults. Am J Psychiatry 2007; 164:1693.

70. Risch N, Herrell R, Lehner T, et al. Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression: a meta-analysis. JAMA 2009; 301:2462.

71. Sullivan PF. Genetics of disease: Associations with depression. Nature 2015; 523:539. .

72. Loret de Mola C, de França GV, Quevedo Lde A, Horta BL. Low birth weight, preterm birth and small for gestational age association with adult depression: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry 2014; 205:340.

73. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. Biol Psychiatry 2001; 49:1023.

74. Sheline YI, Gado MH, Kraemer HC. Untreated depression and hippocampal volume loss. Am J Psychiatry 2003; 160:1516.

75. Paykel, ES. Life events and affective disorders. Acta Psychiatr Scand Suppl 2003: (418):61-6.

76. Patten SB, Williams JV, Lavorato DH, Bulloch AG. Reciprocal effects of social support in major depression epidemiology. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2010; 6:126.

77. Waldinger RJ, Vaillant GE, Orav EJ. Childhood sibling relationships as a predictor of major depression in adulthood: a 30-year prospective study. Am J Psychiatry 2007; 164:949.

78. Orlovska S, Pedersen MS, Benros ME, et al. Head injury as risk factor for psychiatric disorders: a nationwide register-based follow-up study of 113.906 persons with head injury. Am J Psychiatry 2014; 171:463.

79. Rotella F, Mannucci E. Diabetes mellitus as a risk factor for depression. A meta-analysis of longitudinal studies. Diabetes Res Clin Pract 2013; 99:98.

80. Anglin RE, Samaan Z, Walter SD, McDonald SD. Vitamin D deficiency and depression in adults: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry 2013; 202:100.

81. Li M, Rodin G. Depression. In: The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine: Psychiatric Care of the Medically Ill, Second Edition, Levenson JL (Ed), American Psychiatric Publishing, Inc, Washington, DC 2011;175.

82. Fardet L, Petersen I, Nazareth I. Suicidal behavior and severe neuropsychiatric disorders following glucocorticoid therapy in primary care. Am J Psychiatry 2012; 169:491.

83. Schlaak JF, Trippler M, Hoyo-Becerra C, et al. Selective hyper-responsiveness of the interferon system in major depressive disorders and depression induced by interferon therapy. PLoS One 2012; 7:e38668.

84. Vreeburg SA, Hoogendijk WJ, van Pelt J, et al. Major depressive disorder and hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity: results from a large cohort study. Arch Gen Psychiatry 2009; 66:617.

85. Sapolsky RM. Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders. Arch Gen Psychiatry 2000; 57:925.

86. Lampe IK, Hulshoff Pol HE, Janssen J, et al. Association of depression duration with reduction of global cerebral gray matter volume in female patients with recurrent major depressive disorder. Am J Psychiatry 2003; 160:2052.

87. Taylor WD, Macfall JR, Payne ME, et al. Orbitofrontal cortex volume in late life depression: influence of hyperintense lesions and genetic polymorphisms. Psychol Med 2007; 37:1763.

88. Koutsouleris N, Davatzikos C, Borgwardt S, et al. Accelerated brain aging in schizophrenia and beyond: a neuroanatomical marker of psychiatric disorders. Schizophr Bull 2014; 40:1140.

89. LeWinn KZ, Connolly CG, Wu J, et al. White matter correlates of adolescent depression: structural evidence for frontolimbic disconnectivity. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2014; 53:899.

90. Aghajani M, Veer IM, van Lang ND, et al. Altered white-matter architecture in treatment-naive adolescents with clinical depression. Psychol Med 2014; 44:2287.

91. Howren MB, Lamkin DM, Suls J. Associations of depression with C-reactive protein, IL-1. and IL-6: a meta-analysis. Psychosom Med 2009; 71:171.

92. Dowlati Y, Herrmann N, Swardfager W, et al. A meta-analysis of cytokines in major depression. Biol Psychiatry 2010; 67:446.

93. Khandaker GM, Pearson RM, Zammit S, et al. Association of serum interleukin 6 and C-reactive protein in childhood with depression and psychosis in young adult life: a population-based longitudinal study. JAMA Psychiatry 2014; 71:1121.

94. Raison CL. Inflammatory depression: a trifecta of trouble. J Clin Psychiatry 2014; 75:663.

95. Verhoeven JE, Révész D, Epel ES, et al. Major depressive disorder and accelerated cellular aging: results from a large psychiatric cohort study. Mol Psychiatry 2014; 19:895.

96. Rajkowska G, Miguel-Hidalgo JJ. Gliogenesis and glial pathology in depression. CNS Neurol Disord Drug Targets 2007; 6:219.

97. Maciag D, Hughes J, O'Dwyer G, et al. Reduced density of calbindin immunoreactive GABAergic neurons in the occipital cortex in major depression: relevance to neuroimaging studies. Biol Psychiatry 2010; 67:465.

98. Rajkowska G, O'Dwyer G, Teleki Z, et al. GABAergic neurons immunoreactive for calcium binding proteins are reduced in the prefrontal cortex in major depression. Neuropsychopharmacology 2007; 32:471.

99. Nutt DJ, Baldwin DS, Clayton AH, et al. Consensus statement and research needs: the role of dopamine and norepinephrine in depression and antidepressant treatment. J Clin Psychiatry 2006; 67:46.

100. Delgado PL, Miller HL, Salomon RM, et al. Tryptophan-depletion challenge in depressed patients treated with desipramine or fluoxetine: implications for the role of serotonin in the mechanism of antidepressant action. Biol Psychiatry 1999; 46:212.

101. Booij L, van der Does AJ, Haffmans PM, et al. Acute tryptophan depletion as a model of depressive relapse: behavioural specificity and ethical considerations. Br J Psychiatry 2005; 187:148.

102. Ogawa S, Fujii T, Koga N, et al. Plasma L-tryptophan concentration in major depressive disorder: new data and meta-analysis. J Clin Psychiatry 2014; 75: 906.

103. Dunlop BW, Nemeroff CB. The role of dopamine in the pathophysiology of depression. Arch Gen Psychiatry 2007; 64:327.

104. Sanacora G, Mason GF, Rothman DL, et al. Reduced cortical gamma-aminobutyric acid levels in depressed patients determined by proton magnetic resonance spectroscopy. Arch Gen Psychiatry 1999; 56:1043.

105. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, Third Edition, 2010. http://psychiatryonline.org/guidelines.aspx (Accessed on April 17. 2012).

106. Cleare A, Pariante CM, Young AH, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. J Psychopharmacol 2015; 29:459.

107. Bauer M, Pfennig A, Severus E, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: . update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. World J Biol Psychiatry. 2013;14(5):334-385.

108. Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, Andersson G. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. J Clin Psychiatry 2009; 70:1219.

109. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, Andersson G. Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. Depress Anxiety 2009; 26:279.

110. Marcus SC, Olfson M. National trends in the treatment for depression from 1998 to 2007. Arch Gen Psychiatry 2010; 67:1265.

111. Givens JL, Houston TK, Van Voorhees BW, et al. Ethnicity and preferences for depression treatment. Gen Hosp Psychiatry 2007; 29:182.

112. National Institute for Health & Clinical Excellence. The Treatment and Management of Depression in Adults (updated edition). National Clinical Practice Guideline 90. 2010. http://www.nice.org.uk/ (Accessed on December 09. 2012).

113. Gibbons RD, Hur K, Brown CH, et al. Benefits from antidepressants: synthesis of 6-week patient-level outcomes from double-blind placebo-controlled randomized trials of fluoxetine and venlafaxine. Arch Gen Psychiatry 2012; 69:572.

114. Driessen E, Cuijpers P, Hollon SD, Dekker JJ. Does pretreatment severity moderate the efficacy of psychological treatment of adult outpatient depression? A meta-analysis. J Consult Clin Psychol 2010; 78:668.

115. Cuijpers P, Huibers M, Ebert DD, et al. How much psychotherapy is needed to treat depression? A metaregression analysis. J Affect Disord 2013; 149:1.

116. Bai Z, Luo S, Zhang L, et al. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 2020; 260:728.

117. Cuijpers P, Karyotaki E, Weitz E, et al. The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: a meta-analysis. J Affect Disord 2014; 159:118.

118. Simon GE, Perlis RH. Personalized medicine for depression: can we match patients with treatments? Am J Psychiatry 2010; 167:1445.

119. Narasimhan S, Lohoff FW. Pharmacogenetics of antidepressant drugs: current clinical practice and future directions. Pharmacogenomics 2012; 13:441.

120. Garriock HA, Kraft JB, Shyn SI, et al. A genomewide association study of citalopram response in major depressive disorder. Biol Psychiatry 2010; 67:133.

121. GENDEP Investigators, MARS Investigators, STAR*D Investigators. Common genetic variation and antidepressant efficacy in major depressive disorder: a meta-

analysis of three genome-wide pharmacogenetic studies. Am J Psychiatry 2013; 170:207.

122. Phillips ML, Chase HW, Sheline YI, et al. Identifying predictors, moderators, and mediators of antidepressant response in major depressive disorder: neuroimaging approaches. Am J Psychiatry 2015; 172:124.

123. Bagby RM, Quilty LC, Segal ZV, et al. Personality and differential treatment response in major depression: a randomized controlled trial comparing cognitive-behavioural therapy and pharmacotherapy. Can J Psychiatry 2008; 53:361.

124. Fournier JC, DeRubeis RJ, Shelton RC, et al. Antidepressant medications v. cognitive therapy in people with depression with or without personality disorder. Br J Psychiatry 2008; 192:124.

125. Korukcu O, Bulut O, Tuzcu A,Bayram Z. The validity and reliability of modified Leymann Inventory of psychological terror. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2014; 15:335-343 .

126. Beck AT, Steer RA, Brown GK. 2nd ed San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996. BDI-II: Beck Depression Inventory Manual.

127. García-Batista ZE, Guerra-Peña K, Cano-Vindel A, Herrera-Martínez SX, Medrano LA. Validity and reliability of the Beck Depression Inventory (BDI-II) in general and hospital population of Dominican Republic. PLoS One. 2018;13(6):e0199750.

128. Aktürk Z, Dagdeviren N, Ture M, Tuglu C. The reliability and validity analysis of the turkish version of beck depression inventory for primary care. Türk Aile Hek Derg 2005; 9(3): 117-122 .

129. Türk Tabipler Birliği. (2013). Şiddetle Başa Çıkmak, 2. Baskı, Türk Tabipler Birliği, Ankara.

130. Yang YM, Zhou LJ. Workplace bullying among operating room nurses in China: A cross-sectional survey. Perspect Psychiatr Care. 2020;17:12519.

131. Villafranca A, Fast I, Jacobsohn E. Disruptive behavior in the operating room: prevalence, consequences, prevention, and management. Curr Opin Anaesthesiol. 2018;31(3):366-374.

132. Wolf LA, Perhats C, Clark PR, Moon MD, Zavotsky KE. Workplace bullying in emergency nursing: Development of a grounded theory using situational analysis. Int Emerg Nurs. 2018;39:33-39.

133. Villafranca A, Magid K, Young A, Fast I, Jacobsohn E. Abusive behaviour in Canadian and US operating rooms. Can J Anesth. 2019;66(7):795–802.

134. Onat L, Hancı V, Özbilgin Ş, et al. Anaesthesiology and Reanimation Education in Turkey: Residents' Views. Turk J Anaesthesiol Reanim. 2019;47(6):496-502.

135. Yavaşcaoğlu B, Aydın B, Karataş E, Kaya F, Özcan B, Kırlı S. The effect of night duty on the cognitive function and psychological status of anesthesia residents. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007;33:75–79.

136. Sarıcaoğlu F, Akıncı SB, Gözaçan A, et al. The effect of day and night shift working on the attention and anxiety levels of anesthesia residents. Türk Psikiyatri Dergisi. 2005;16:106–112.

137. Yiğitbaş Ç, Genç F. Knowledge, attitude and behavior of healthcare professionals for physical violence. Journal of İnternational Health Sciences and Management. 2019; 5(8):1-18 .

138. Esen H, Aykal G. Sağlık kurumlarında yaşanan şiddetin değerlendirilmesi: Eğitim ve araştırma hastanesi örneği. Health Care Acad J. 2020; 7(1):1-9.

139. Zachariadou T, Zannetos S, Chira SE, Gregoriou S, Pavlakis A. Prevalence and Forms of Workplace Bullying Among Health-care Professionals in Cyprus: Greek Version of "Leymann Inventory of Psychological Terror" Instrument. Saf Health Work. 2018;9(3):339-346.

140. Turaç İS, Sahin B. Mobbinge maruz kalma durumunun belirlenmesi: Hemşireler üzerine bir çalışma. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2014; 15(1):87-112.

141. Rahm G, Rystedt I, Wilde-Larsson B, Nordström G, Strandmark K M. Workplace bullying among healthcare professionals in Sweden: a descriptive study. Scand J Caring Sci. 2019;33(3):582-591.

142. Vartia M. Workplace bullying: A study on the work environment, well-being and health. Academic Dissertation. 2003;1(68); 36.

143. Einarsen S, Matthiesen S, Skogstad A. Bulling, burnout and well-being among assistant nurses. J Occup Health Safety. 1998;14:563–568.

144. Mikkelsen E.G., Einarsen S. Basic assumptions and symptoms of post-traumatic stress among victims of bullying at work. Eur J Work Organ Psychol. 2001;10:393–

145. Einarsen S, Skogstad A. Bullying at work: epidemiological findings in public and private organizations. Eur J Work Organ Psychol. 1996;5:185–201.

146. Hoel H, Cooper CL, Faragher B. The experience of bullying in Great Britain: the impact of organizational status. Eur J Work Organ Psychol. 2001;10:443–465.

147. Lanctot N., Guay S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. Aggress. Violent Behav. 2014;19:492–501.

148. Figueiredo-Ferraz H, Gil-Monte PR, Olivares-Faúndez VE. Influence of mobbing (workplace bullying) on depressive symptoms: a longitudinal study among employees working with people with intellectual disabilities. J Intellect Disabil Res. 2015;59(1):39-44.

149. Niedhammer I, David S, Degioanni S. Association between workplace bullying and depressive symptoms in the French working population. J Psychosom Res. 2006;61(2):251–259.

150. Fekkes M, Pijpers FI, Verloove-Vanhorick SP. Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. J Pediatr. 2004;144(1):17–22.

151. Klomek AB, Kleinman M, Altschuler E, et al. High school bullying as a risk for later depression and suicidality. Suicide Life Threat Behav. 2011;41(5):501–516.

152. Stock SR, Tissot F. Are there health effects of harassment in the workplace? A gender-sensitive study of the relationships between work and neck pain. Ergonomics. 2012;55(2):147–159.

153. Verkuil B, Atasayi S, Molendijk ML. Workplace Bullying and Mental Health: A Meta-Analysis on Cross-Sectional and Longitudinal Data. PLoS One. 2015;10(8):e0135225.

154. McEwen BS. Mood disorders and allostatic load. Biol Psychiatry. 2003; 54: 200–207.

155. Thayer JF, Brosschot JF. Psychosomatics and psychopathology: looking up and down from the brain. Psychoneuroendocrin. 2005; 30: 1050–1058.

156. Hansen AM, Hogh A, Persson R. Frequency of bullying at work, physiological response, and mental health. J Psychosom Res. 2011; 70: 19–27.

157. Verkuil B, Brosschot JF, Gebhardt WA, Thayer JF. When worries make you sick: a review of perseverative cognition, the default stress response and somatic health. J Exp Psychopath. 2010; 1: 87–118.

158. Copeland WE, Wolke D, Lereya ST, Shanahan L, Worthman C, Costello EJ. Childhood bullying involvement predicts low-grade systemic inflammation into adulthood. PNAS. 2014; 211: 7570–7575.

159. Kış A. The Effect of marital status on mobbing teachers experience at school: a meta-analysis. Kastamonu Educaiton Journal. 2016; 24:2 .

160. Erdogan V, Yildirim A. Healthcare professionals' exposure to mobbing behaviors and relation of mobbing with job satisfaction and organizational commitment. Procedia Comput Sci. 2017;120:931–938.

161. Çakıl E. The effect of mobbing on work engagement for the nurses and assistant doctors work for an University Hospital. Master's Thesis, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2011.

162. Yıldız G, Akbolat M, Işık O. Mobbing and organizational commitment: a research on health employees. Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2013;2: 85–117.

163. Karcıoğlu F, Akbaş S. İşyerinde psikolojik şiddet ve iş tatmini ilişkisi. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2010; 24. 139–161.

ÖZET

T.C.

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalında çalışanlara yönelik olası mobbingin çalışanlar üzerindeki depresyona etkisi

Dr. Perihan Şener

Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

TIPTA UZMANLIK TEZİ/Konya 2021

Giriş: Leymann tarafından "psikolojik saldırı" veya "diğerleriyle çatışma" şeklinde tanımlanan mobbing kavramı çalışanlar üzerinde sistematik olarak yürütülen davranışların adaletsizliğine vurgu yapmaktadır. Giderek artış gösteren bu haksız ve ciddi davranışlar sağlık çalışanlarının önemli bir kısmını etkilemektedir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği çalışanlarında mobbing sıklığını değerlendirmek, depresyon gibi mobbing ile ilişkili olabilecek faktörleri belirlemektir.

Metod: Tüm Türkiye'deki üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri, devlet ve özel hastanelerdeki Anesteziyoloji ve Reanimasyon kliniklerinde çalışan uzman doktorlar, araştırma görevlileri ve anestezi teknisyenleri çalışmaya dahil edildi. Bu kesitsel çalışma 500 katılımcı ile gerçekleştirildi. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri kaydedildi. Mobbing varlığı "Leymann'ın Uyarlanmış Psikolojik Yılgınlık Ölçeği (LUPYÖ)" ile değerlendirildi. Depresyon seviyesi ise "Beck Depresyon Envanteri (BDE)" ile ölçüldü.

Bulgular: Katılımcılar ortalama yaşı 31.6 ± 7.1 yıldı (20-66 yaş aralığında). Katılımcıların %56'sı kadın, %44'ü erkekti. Katılımcıların %86.2'si mobbinge maruz kaldığını ifade etti. Uzman doktorların %80.3'ü, araştırma görevlilerinin %90.1'i, teknisyenlerinin %87.1'i mobbinge maruz kaldığı tespit edildi . Katılımcıların %6.8'inin çok sık (neredeyse her gün), %11'inin sık (haftada en az bir defa), %41'inin bazen (ayda en ez bir defa), %27.4'ünün nadiren mobbinge maruz kaldığı bulundu. En sık mobbing izlenen alanlar "başarıların görmezlikten gelinmesi, başarısızlıkların

abartılması", "bilgi ve becerilerin gösterilmesinin kısıtlanması" ve "sürekli eleştirilme" alanlarıyken, en az mobbing izlenen alanların "cinsel taciz", "fiziksel zarar" ve psikolojik tedavi görme için baskı" olduğu görüldü. Mobbing varlığı bekar olma, düşük gelir, üniversite hastanesinde ve üçüncü basamak hastanelerde çalışma, psikolojik ve depresif semptom varlığıyla ilişkiliydi (tüm analizlerde $p < 0.005$). Katılımcıların %24.8'inde hafif depresif belirtiler, %18.8'inde orta şiddetli, %5'inde ise ağır şiddetli depresif belirtiler mevcuttu. BDE ile değerlendirilen depresyon şiddeti mobbing maruziyeti ile korele olarak tespit edildi.

Sonuç: Çalışmamızda Anesteziyoloji ve Reanimasyon kliniği çalışanlarında mobbing sıklığının oldukça yüksek olduğu izlendi. Ek olarak mobbing maruziyetinin yüksek depresyon seviyesiyle ilişkili olduğu görüldü. Bu nedenle mobbingin önlenmesi ve kontrol edilmesi amacıyla müdahale programlarına ihtiyaç olduğu düşünüldü.

Anahtar kelimeler: Mobbing, Depresyon, Anesteziyoloji

SUMMARY

The effect of possible mobbing on depression for employees in the Department of Anesthesiology and Reanimation

Thesis in Anesthesiology and Reanimation, Faculty of Medicine, Selçuk University, Konya, 2021

Introduction: The concept of mobbing is defined by Leymann as “psychological harassment” or “conflict with others”, emphasizing the injustice to employees caused by these unfair behaviors carried out systematically. These behaviors are a serious, growing problem, which affects a significant proportion of health care professionals.

Aim: To evaluate frequency of mobbing and factors associated with mobbing such as depression in healthcare workers in Anesthesiology and Reanimation Department.

Methods: Specialist doctors, research assistants, and technicians who work in anesthesiology and reanimation department employees at university, training and research, public hospitals and private hospitals throughout Turkey were included in the study. Sociodemographic characteristics of the participants were recorded. Mobbing was assessed with Adapted Leymann's Inventory of Psychological Terror scale, (LIPT). Depression level measured with Beck Depression Inventory (BDI). This cross-sectional study was performed with 500 participants.

Results: The average age of the participants was 31.6 ± 7.1 years (20-66 years old). 56% of the participants were women and 44% were men. 86.2% of the participants (n = 431) stated that they were exposed to mobbing. 80.3% of specialist doctors, 90.1% of research assistants and 87.1% of technicians were exposed to mobbing. Mobbing frequency is very often (almost daily) in 6.8%, frequently (once a week) in 11%, sometimes (once a month) in 41%, and rare in (less than once a month) 27.4% of participants. The most common areas of mobbing were "ignoring successes, exaggerating failures", "inhibiting from showing skills/ knowledge" and "constantly being criticized". The least mobbing areas were "being sexually attacked", " being psychically attacked " and "pressure for psychological treatment". The presence of mobbing was associated with being single, low income, working in university hospitals, working in tertiary health institution, dissatisfaction with his job, presence

of psychological and depressive symptoms ($p < 0.05$ in all analyses). Mild depressive symptoms were observed in 24.8%, moderate symptoms in 18.8% and severe depressive symptoms in 5.0% of the participants. Depression severity assessed by BDI correlated with exposure to mobbing.

Conclusion: This study identified a high prevalence of mobbing among health professionals in anesthesiology and reanimation department. Moreover, mobbing exposure is associated with a high level of depression, hence a program to is needed for prevent and control this phenomenon

Keywords: Mobbing, Depression, Anaesthesiology