



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

**ACİL TIP ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN ÇALIŞMA
ORTAMINDA MARUZ KALDIKLARI ŞİDDETİN MESLEĞE
BAĞLILIĞA ETKİSİNİN BELİRLENMESİ**

DR. ALEYNA ÖZCAN
TIPTA UZMANLIK TEZİ

SAMSUN-2024



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

**ACİL TIP ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN ÇALIŞMA
ORTAMINDA MARUZ KALDIKLARI ŞİDDETİN MESLEĞE
BAĞLILIĞA ETKİSİNİN BELİRLENMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Aleyna ÖZCAN

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Latif DURAN

SAMSUN-2024

TEŞEKKÜR

Akademik eğitimimin asistanlık döneminde ve tez çalışmalarımın her basamağında bilgi birikimi ve deneyimlerinden istifade ettiğim tez danışmanı sayın hocam Prof. Dr. Latif DURAN'a teşekkür ederim. Ayrıca bu meşakkatli süreçte benden her türlü desteklerini esirgemeyen hocalarım Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Ahmet BAYDIN'a, Sayın Prof. Dr. Türker YARDAN'a, Sayın Prof. Dr. Latif DURAN'a, Sayın Prof. Dr. Celal KATI'ya, Sayın Prof. Dr. H. Ufuk AKDEMİR'e, Sayın Doç. Dr. Fatih ÇALIŞKAN'a saygı, minnet ve şükranlarımı sunarım.

Her anımda yanımda olduklarını ve sevgilerini hissettiren annem ve babam Arzu ÖZDENİZCİ'ye ve Yalçın ÖZDENİZCİ'ye, kardeşim Ecem ÖZDENİZCİ'ye ve sevgili eşim Utku Gürel ÖZCAN'a sonsuz teşekkür ederim. Çalışmaktan keyif aldığım değerli mesai arkadaşlarıma ve özellikle uzmanlık eğitimim sürecinde hayatıma giren ve her anımda yanımda olan sevgili dostum Dr. Seniha KELKİTLİ'ye en içten dileklerimle teşekkür ederim.

Dr. Aleyna ÖZCAN

BEYAN

“Acil Tıp Araştırma Görevlilerinin Çalışma Ortamında Maruz Kaldıkları Şiddetin Mesleğe Bağlılığa Etkisinin Belirlenmesi” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Dr. Aleyna ÖZCAN



ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, acil tıp araştırma görevlilerinin çalışma ortamında maruz kaldıkları şiddetin mesleğe bağlılığa etkisinin belirlemektir.

Hastalar ve Yöntem: Çalışmanın örneklemini Sağlık Bilimleri Üniversitesi'ne bağlı hastaneler ve diğer 12 adet üniversite hastanesinde acil serviste görev yapan 204 acil tıp araştırma görevlisi doktorlar oluşturmaktadır. Çalışma 22 Mart 2024-22 Nisan 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veriler acil tıp araştırma görevlilerinin sosyodemografik ve çalışma yaşamına ilişkin bazı özelliklerini içeren tanıtıcı bilgi formu, Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği ve Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Tüm veriler IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir ve istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular ve Tartışma: Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği toplam puanı ortalaması $2,08 \pm 0,5$ olarak saptandı. Acil tıp araştırma görevlilerinin Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeğinden en yüksek puanı sözel saldırganlık alt boyutundan, en düşük puanı ise cinsel saldırganlık alt boyutundan aldıkları saptandı. Katılımcıların sosyodemografik ve çalışma yaşamına ilişkin özelliklerinin bazılarında Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği ve Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının farklılık gösterdiği belirlendi. Katılımcıların Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği toplam puanı ile Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği'nin duygusal bağlılık alt boyutu arasında zayıf düzeyde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu tespit edildi.

Sonuç: Acil tıp araştırma görevlilerinin işyerinde maruz kaldıkları şiddet olayları sonucunda saldırganlık sıklığını algılama düzeyi ile mesleki bağlılıkları arasında bir ilişki bulundu.

Anahtar Sözcükler: Acil Servis, Doktor, Şiddet, İşyeri Şiddeti, Mesleki bağlılık

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to determine the effect of violence that emergency medicine research assistants are exposed to in the workplace on their occupational commitment.

Patients and Methods: The sample of the study consisted of 204 emergency medicine research assistant doctors working in the emergency department in the hospitals affiliated to the University of Health Sciences and 12 other university hospitals. The study was conducted between March 22, 2024, and April 22, 2024. Data were collected using a descriptive information form containing some of the properties of sociodemographic and working life of emergency medicine research assistants, the Perception of Prevalence of Aggression Scale and the Three-Dimensional Occupational Commitment Scale. All data were analyzed using IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0, and statistical significance level was accepted as $p < 0.05$.

Results and Discussion: The mean total score of the Prevalence of Aggression Scale was 2.08 ± 0.5 . It was determined that the emergency medicine research assistants got the highest score from the verbal aggression sub-dimension and the lowest score from the sexual aggression sub-dimension of the Perception of Prevalence of Aggression Scale. It was determined that the mean scores of the sub-dimensions of the Perception of Prevalence of Aggression Scale and the Three-Dimensional Occupational Commitment Scale varied in some of the sociodemographic and working life characteristics of the participants. It was determined that there was a weak positive and statistically significant correlation between the total score of the Perception of Prevalence of Aggression Scale and the emotional commitment sub-dimension of the Three-Dimensional Occupational Commitment Scale.

Conclusion: A relationship was found between the level of perceived aggression frequency and occupational commitment among emergency medicine research assistants as a result of the violence they experience in the workplace.

Keywords: Emergency Department, Physician, Violence, Workplace Violence, Occupational Commitment

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
BEYAN	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
TABLO DİZİNİ.....	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımlanması ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Şiddet.....	3
2.2. Şiddet Türleri.....	4
2.2.1. Sözel şiddet.....	4
2.2.2. Fiziksel şiddet	4
2.2.3. Psikolojik (duygusal) şiddet.....	4
2.2.4. Cinsel şiddet.....	5
2.2.5. Ekonomik şiddet	5
2.3. Şiddete Neden Olan Faktörler	5
2.3.1. Biyolojik faktörler.....	6
2.3.2. Çevresel faktörler.....	6
2.3.3. Psikolojik faktörler	6
2.3.4. Sosyokültürel faktörler	7
2.4. Sağlık Personellerine Yönelik Şiddet.....	7
2.4.1. Sağlık personellerine yönelik şiddetin nedenleri	8
2.4.2. Şiddetin sağlık personelleri üzerindeki etkileri	8
2.4.3. Sağlık personellerini şiddetten koruma uygulamaları ve hukuki düzenlemeler.....	9
2.5. Mesleki Bağlılık	10
2.5.1. Mesleki bağlılığın önemi ve türleri.....	10
2.5.2. Mesleki bağlılığı etkileyen faktörler.....	11
2.5.3. Sağlık sektöründe mesleki bağlılığın önemi.....	13
2.6. İşten Ayrılma Niyeti.....	14

2.7. İşten Ayrılma Niyetini Etkileyen Faktörler	14
2.7.1. Bireysel faktörler	15
2.7.2. Örgütsel faktörler	15
2.7.3. Çevresel faktörler.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. İstatistiksel Yöntemler	17
4. BULGULAR	18
5. TARTIŞMA.....	39
6. KISITLILIKLAR.....	45
7. SONUÇLAR	46
8. KAYNAKÇA.....	47
9. EKLER.....	54
9.1. Ek 1. Benzerlik Raporu	54
9.2. Ek 2. Etik Kurul Onayı.....	55
9.3. Ek 3. Anket Soruları	56
9.4. Ek 4. Ölçek Kullanım İzinleri	64
ÖZGEÇMİŞ.....	65

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ILO	: International Labour Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü)
MBÖ	: Mesleki Bağlılık Ölçeği
SSAÖ	: Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği



TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik ve çalışma yaşamına ilişkin özelliklerinin dağılımı.....	19
Tablo 2. Katılımcıların maruz kaldıkları şiddet olaylarına ilişkin bulgularının dağılımı.....	20
Tablo 3. Katılımcıların SSAÖ'ye verdikleri cevapların dağılımı.....	22
Tablo 4. SSAÖ ve alt boyut puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri	23
Tablo 5. SSAÖ ve alt boyutları ile katılımcıların yaş gruplarının karşılaştırılması.....	23
Tablo 6. SSAÖ ve alt boyutları ile katılımcıların cinsiyetlerinin karşılaştırılması.....	23
Tablo 7. SSAÖ ve alt boyutları ile katılımcıların medeni durumlarının karşılaştırılması.....	24
Tablo 8. SSAÖ ve alt boyutları ile katılımcıların acil tıp araştırma görevlisi olarak çalışma yıllarının karşılaştırılması.....	24
Tablo 9. SSAÖ ve alt boyutları ile katılımcıların çalışma şeklinin karşılaştırılması...	25
Tablo 10. SSAÖ ve alt boyutları ile şiddete maruz kalınan saat dilimlerine göre karşılaştırılması.....	25
Tablo 11. SSAÖ ve alt boyutları ile katılımcıların mesleğini isteyerek tercih etme durumlarının karşılaştırılması.....	26
Tablo 12. SSAÖ ve alt boyutları ile katılımcıların çalıştığı bölümü isteyerek tercih etme durumlarının karşılaştırılması	26
Tablo 13. SSAÖ ve alt boyutları ile katılımcıların çalıştığı acil servise günlük başvuran hasta sayısına göre karşılaştırılması	27
Tablo 14. SSAÖ ve alt boyutları ile katılımcıların çalıştığı servisteki toplam acil tıp araştırma görevlisi sayılarının karşılaştırılması.....	27
Tablo 15. SSAÖ ve alt boyutları ile haftalık çalışma saatine göre karşılaştırılması....	28
Tablo 16. Katılımcıların üç boyutlu MBÖ'ye verdikleri cevapların dağılımı	29
Tablo 17. Üç Boyutlu MBÖ toplam puanı ve alt boyut puanlarının ortalama ve median değerleri	30
Tablo 18. Üç Boyutlu MBÖ ve duygusal bağlılık ve devamlılık bağlılığı alt boyutlarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması	31
Tablo 19. Üç Boyutlu MBÖ ve normatif bağlılık alt boyutunun yaş gruplarına göre karşılaştırılması.....	31
Tablo 20. Üç Boyutlu MBÖ ve alt boyutlarının cinsiyete göre karşılaştırılması	32
Tablo 21. Üç Boyutlu MBÖ ve alt boyutlarının medeni duruma göre karşılaştırılması	32
Tablo 22. Üç Boyutlu MBÖ ve alt boyutlarının acil tıp araştırma görevlisi olarak çalışma yılına göre karşılaştırılması	33
Tablo 23. Üç Boyutlu MBÖ ve alt boyutları ile katılımcıların çalışma şeklinin karşılaştırılması.....	33
Tablo 24. Üç Boyutlu MBÖ ve alt boyutlarının mesleği severek tercih etme durumuna göre karşılaştırılması	34
Tablo 25. Üç Boyutlu MBÖ Normatif Bağlılık alt boyutunun mesleği severek tercih etme durumuna göre karşılaştırılması.....	34
Tablo 26. Üç Boyutlu MBÖ ve alt boyutlarının çalışılan bölümü isteyerek tercih etme durumuna göre karşılaştırılması.....	34
Tablo 27. Üç Boyutlu MBÖ ve alt boyutlarının acil servise günlük başvuran hasta sayısına göre karşılaştırılması.....	35
Tablo 28. Üç Boyutlu MBÖ Normatif Bağlılık alt boyutunun acil servise günlük başvuran hasta sayısına göre karşılaştırılması	35

Tablo 29. Üç Boyutlu MBÖ ve alt boyutlarının çalışılan servisteki acil tıp araştırma görevlisi sayısına göre karşılaştırılması.....	36
Tablo 30. Üç Boyutlu MBÖ ve alt boyutlarının haftalık çalışma saatlerine göre karşılaştırılması.....	36
Tablo 31. SSAÖ ve alt boyut puanları ile Üç Boyutlu MBÖ alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	38



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımlanması ve Önemi

İnsanlık tarihi ile ortaya çıkan ve günümüzde giderek artış gösteren önemli bir problem olan şiddet, “güç” ve “saldırganlık” kavramlarının olumsuz şekilde dışa vurumudur (1, 2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından şiddet, “bireylere veya gruplara yönelik tehdit içeren, yaralanma, ölüm veya psikolojik zararlar sonuçlanabilecek kasıtlı güç kullanımı” olarak tanımlanmaktadır (3). İnsanlar, giderek artış gösteren şiddet olaylarına günümüzde ev, sokak, okul, iş yeri, hastaneler, sosyal medya platformları başta olmak üzere her alanda tanık olmakta veya bizzat dahil olmaktadır (2). Uluslararası çalışma örgütü (ILO) tarafından “çalışanların işiyle ilgili durumlarda istismar, tehdit veya saldırıya uğradığı olaylar” olarak tanımlanan işyeri şiddeti gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde giderek artış gösteren önemli bir halk sağlığı sorunudur (4-6). Yapılan çalışmalarda sağlık sektöründe diğer meslek gruplarına göre 4 ila 16 kat daha fazla işyeri şiddeti riski olduğu belirtilmektedir (7). Sağlık kuruluşlarında uygulanan şiddet; hasta, hasta yakınları veya sağlık personeli gibi başka bir birey tarafından sağlık personeline yönelik gerçekleştirilen sözel, fiziksel veya cinsel tehdit gibi saldırılardır (8, 9). Sağlık personellerine yönelik uygulanan şiddet, şiddet ile karşılaşan bireyi fiziksel veya duygusal olarak olumsuz etkilemekle birlikte, memnuniyetsizlik ve düşük verimliliğe sebep olarak hasta bakımını ve sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir (6). Bu konuda yapılan bir çalışmada sağlık personellerinin; son bir yıl içerisinde Bulgaristan’da %75,8, Avustralya’da %67,2, Güney Afrika’da %61,0, Portekiz’de %60,0, Tayland’da %54,0, Brezilya’da %46,7 oranında en az bir defa şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (10). Ülkemizde Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde çalışan araştırma görevlisi doktorlara yönelik yapılmış bir çalışmada 226 araştırma görevlisi doktorun %53,5’inin sözel şiddet türüne, %5,3’ünün hem fiziksel hem de sözel şiddete, %1,8’inin ise fiziksel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (11). Yine ülkemizde yapılan bir başka çalışmada, çalışmaya katılan 1712 araştırma görevlisi doktorun %68,0’ının şiddetin herhangi bir türüne, %67,0’ının sözel şiddet türüne, %16,0’ının fiziksel şiddet türüne maruz kaldığı raporlanmıştır (12). Ülkemizde pratisyen doktorların katılım gösterdiği bir diğer çalışmada ise, 522 kişinin %82,8’inin şiddetin herhangi bir türüne maruz kaldığı, en sık karşılaşılan şiddet türünün ise sözel şiddet olduğu (%89,3) bildirilmiştir (13).

Yapılan çalışmaların sonucunda, ülkemizde doktorlara yönelik şiddetin giderek arttığı bildirilmiştir (14).

İşyeri şiddeti, çalışanların mesleğe olan bağlılığını ve işten ayrılma düşüncesini etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Mesleğe olan bağlılık, bireylerin mesleki eğitim süreçleri ile başlamakta ve meslek hayatları boyunca da giderek güçlenmektedir (15). Çalışanlar ile meslekleri arasındaki bu bağın gücü arttıkça bireyin mesleğine olan sevgisi ve ilgisi de güçlenmektedir. Bu bağın zedelenmesi hem bireyler hem de kurumlar için zararlı sonuçlara yol açabilir (14).

İşten ayrılma niyeti bir kişinin kendi isteği doğrultusunda bilinçli şekilde bir karar olarak, çalıştığı kurumdan ayrılmaya niyet etmesidir (1). Literatürde bir çalışmada; cinsiyet, yaş, uzmanlık alanı, sağlık kuruluşunun türü, haftalık çalışma saati ve gelir memnuniyetinin doktorların işten ayrılma niyetini etkileyen faktörler olduğu belirtilmiştir (16). Ayrıca doktorların maruz kaldıkları şiddet nedeniyle psikolojik ya da fiziksel zarar görmeleri; mesleki bağlılık duygularının zedelenmesine, mesleklerini bırakmalarına, çalıştıkları kurumları terk etmelerine veya göç etmelerine sebep olmaktadır. Bu durum, sağlık hizmetinde kalitenin ve verimin düşmesine, yatırımların boşa gitmesine ve maliyet artışına yol açabilmektedir. Kısacası, şiddet sonucu ortaya çıkan olumsuz sonuçlar tüm toplumu etkilemektedir (14).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, acil tıp araştırma görevlilerinin çalışma ortamında maruz kaldıkları şiddetin mesleğe bağlılığa etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

1. Hipotez: “Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği” Türkiye’de acil tıp araştırma görevlilerinin saldırganlık sıklığını algılama düzeyini değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır.
2. Hipotez: Acil tıp araştırma görevlilerinin sosyodemografik ve çalışma yaşamına ilişkin bazı özellikleri çalışma ortamında maruz kaldıkları şiddeti etkiler.
3. Hipotez: Acil tıp araştırma görevlilerinin sosyodemografik ve çalışma yaşamına ilişkin bazı özellikleri mesleki bağlılık düzeylerini etkiler.
4. Hipotez: Acil tıp araştırma görevlilerinin çalışma ortamında maruz kaldıkları şiddet ile mesleki bağlılıkları arasında bir ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şiddet

İnsanlık tarihi ile birlikte ortaya çıkan şiddetin, günümüzde toplumların en önemli sorunlarından biri olduğu bilinmektedir (17). Ölüm, fiziksel yaralanma ya da ruhsal yaralanmaya yol açabilecek tehdit edici saldırgan davranışların uygulanması olarak tanımlanan şiddet; bireyin kendisine, bir başka bireye, bir gruba ya da bir topluluğa yönelik uygulanabilir (18). İşyerinde şiddet ise; bir birey tarafından, işyeri çalışanına yönelik gerçekleştirilen sözlü taciz, tehdit edici davranış veya fiziksel saldırıyı içerir (9). Fiziksel, ruhsal, cinsel, sözel ve ekonomik olarak uygulanabilen şiddet, çeşitli ülke ve çeşitli kültürlerle göre farklılık göstermektedir (1, 19). Amerika’da bir sağlık durumu olarak aciliyeti ilan edilen şiddet, son zamanlarda İngiltere, Avusturalya ve Avrupa’nın da gündeminde önemli yer almaktadır (19). İşyeri şiddeti, dünya çapında giderek artış gösteren bir halk sağlığı sorunudur ve sağlık sektörü, diğer meslek gruplarına göre 4 ila 16 kat daha fazla risk altındadır (7). İşyeri şiddetinin en sık sağlık sektöründe karşımıza çıktığı Avustralya Kriminoloji Enstitüsü’nün bir raporunda da belirtilmiştir (8, 20). Acil servisler, sağlık çalışanına yönelik şiddet oranının yüksek olduğu ortamlardır (21). Minnesota’da yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının %67,2’sinin hasta veya hasta yakını tarafından şiddete uğradıkları belirtilmiştir (22). Türkiye’deki bir çalışmada ise, acil servis çalışanlarının %88,6’sı işyeri şiddetine maruz kalmıştır (1, 23). Acil servise yasadışı madde ve alkol kullanımı olan, psikiyatrik bozukluğu olan hastaların başvuru oranının sık olması, günde 24 saat aralıksız sağlık hizmeti verilmesi, acil servislerin yoğun stresli bir ortamı, kalabalık olması ve bu yüzden hasta ve hasta yakınlarının bekleme sürelerinin uzun olması gibi faktörler nedeni ile acil servis çalışanlarına karşı uygulanan şiddet sıklığı artmıştır (21). Acil servis çalışanlarına karşı uygulanan şiddet sıklığındaki artışı etkileyen bir diğer faktör ise; hastanenin, hasta ve hasta yakınları ile karşılaşılan ilk yerinin acil servis olmasıdır (24). İşyeri şiddeti son zamanlarda giderek artış göstermekle birlikte, sağlık çalışanlarının moralini ve işle ilgili memnuniyetini etkilemekte ve giderek daha endişe edici bir durum haline gelmektedir (25).

2.2. Şiddet Türleri

2.2.1. Sözel şiddet

Sözel şiddetin, bir bireyin en fazla maruz kaldığı şiddet türü olduğu birçok çalışmada bildirilmiştir (26, 27). Dünyada olduğu gibi ülkemizde de en fazla görülen şiddet türü sözel şiddettir (28). Bir kişiyi korkutma, cezalandırma veya kontrol altına alma amacı ile kullanılan sözel şiddet (29), bir kişinin incitici, tehditkar veya baskılayıcı bir şekilde; başka bir bireyin kendisine veya mesleğine hakaret, küfür veya aşağılayıcı sözler söylemesidir (1). Sözel şiddet, fiziksel şiddete kıyasla bazen daha ağır sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Sözel şiddete maruz kalan bir bireyde; depresyon, korku, anksiyete veya travma sonrası stres bozukluğu gibi psikolojik rahatsızlıklar görülebilmektedir (30).

2.2.2. Fiziksel şiddet

Kişinin, karşısındaki bir bireyin yaralanmasına veya ölümüne sebep olmasına yol açabilecek davranışları kasıtlı olarak uygulaması olarak tanımlanan fiziksel şiddet; bir bireyin bedenine karşı yöneltilen acı verici davranışlar olarak da tanımlanabilmektedir (31). Fiziksel şiddet; tokat veya tekme atmak, yumruklamak, itmek, boğazı sıkmak, ısırarak, tükürmek, silahla vurmak gibi acı verici davranışlar olarak örneklendirilebilir (1). Fiziksel şiddeti örnek alma, çocukken istismara maruz kalma, alkol ve yasadışı madde kullanma, şiddeti bir bireysel kontrol mekanizması olarak benimsemenin fiziksel şiddete yatkınlığı artırdığı belirtilmiştir (17).

2.2.3. Psikolojik (duygusal) şiddet

Psikolojik şiddet; bireye, gruba veya bir topluluğa karşı fiziksel, ruhsal, zihinsel, manevi ve sosyal gelişim açısından zarar verebilecek bilinçli güç kullanımudur. Fiziksel güç tehditi de buna dahildir. Hakaret, zorbalık, kabadayılık, sözlü taciz ve tehditleri içermektedir (17). İşyeri şiddeti ile ilgili bazı çalışmalarda, psikolojik şiddete uğrayan bireylerde depresyon, uyku bozukluğu veya anksiyete gibi psikolojik bulgular ve gastrointestinal şikayetler gibi somatik bulgular görüldüğü bildirilmiştir (32). Bu nedenle duygusal şiddetin, fiziksel şiddet ile kıyaslandığında daha tehlikeli sonuçlara yol açabileceği belirtilmektedir (1, 19).

2.2.4. Cinsel şiddet

Özellikle kadınlar ve çocuklar başta olmak üzere bir insana yönelik uygulanan, sözlü ya da fiziksel olarak, cinsel içerikli taciz ve tecavüze kadar uzanan saldırılar cinsel şiddet olarak tanımlanmakla birlikte; taciz etmek, cinsel içeriği olan konuşma yapmak, kişinin rızası dışında dokunmak veya sarılmak cinsel şiddete örnek gösterilmektedir (14). Cinsel şiddete uğrayan bir insanda korku, utanma duygusu, aşağılanma hissi, öfke, kızgınlık ve bunların sonucunda düşünce dağınıklığı ve çalışma performansında azalma gelişebilmektedir (33).

2.2.5. Ekonomik şiddet

Enflasyon ve işsizlik oranlarındaki artış, temel ihtiyaçların pahalı olması ve ödenen ücretlerin yetersiz olması ekonomik şiddetin oluşmasında etkili olmuştur. Yoksulluk ve şiddet arasında bir ilişki olduğu bilinmekle birlikte, literatürde yoksulluğun şiddete nasıl ve ne zaman evrildiği ile ilgili birçok çalışma mevcuttur (14). Dünyada %70'ini kadınların oluşturduğu yaklaşık 1,5 milyar insan yoksul şartlarda yaşamakta ve kadınlar ekonomik şiddetten erkeklere oranla daha fazla etkilenmektedir (34). Ekonomik şiddet bir kadının ekonomik özgürlüğünü elinden alarak, çalışmasını ve para kazanmasını engelleyerek, çok az miktarda harçlık verilmesine rağmen karşılanamayacak şeyler isteyip isteği karşılanamayınca tartışma çıkararak ekonomik kaynakları tehdit ve yaptırım aracı olarak kullanmaktır (35).

2.3. Şiddete Neden Olan Faktörler

Şiddet maruziyeti sonucunda, her gün dünyada yaklaşık 4400 kişi hayatını kaybetmekte ve binlerce kişi ölümcül olmayan diğer sağlık sorunları ile karşılaşmaktadır. 2000 yılında, dünyada verilerin az olmasına rağmen, 1,6 milyon insanın şiddet maruziyeti nedeni ile öldüğü tahmin edilmektedir (36). İnsan, kültür ve çevre bir bütündür ve birbirinden ayrı tutulamaz. Çevresel ve kültürel bozulmalar, insanların bedensel ve ruhsal yapısında değişimler ortaya çıkaracağı için şiddete meyilin artmasına neden olmaktadır (34). Bu yüzden şiddetin biyolojik, psikolojik ve çevresel ve sosyokültürel faktörler tarafından etkilendiği bilinmektedir (1).

2.3.1. Biyolojik faktörler

Nörofizyolojik ve nöropatolojik yöntemler kullanılarak yapılan nörogörüntüleme araştırmaları, insanlarda saldırgan davranışların oluşumunda biyolojik faktörlerin etkili olduğunu ortaya koymuştur. Genellikle limbik sistem, temporal ve frontal loblarda ortaya çıkan anormalliklerin bu tip saldırgan davranışlara neden olduğu belirtilmektedir (37). Yapılan çalışmalarda bir nörotransmitter olan serotoninin metabolizmasının şiddet üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir. Cinayet faillerinde yapılan bir araştırmada, faillerin beyin omurilik sıvısında hidroksiindolasetik asit düzeyleri normal insanlara oranla düşük seviyede olduğu bildirilmektedir (1). Yapılan bazı çalışmalarda şiddet uygulanmasında erkeklerde androjenlerin, kadınlarda ise premenstrual sendromun etkili olduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda alkol veya kokain gibi uyuşturucu kullanımının şiddete meyili artırdığı bilinmektedir (34). Bipolar bozukluk, kişilik bozukluğu, şizofreni gibi psikiyatrik hastalıklar da şiddeti tetikleyen biyolojik nedenlere örnek verilebilir (37).

2.3.2. Çevresel faktörler

Şiddet uygulayan bireylerin medyadaki şiddet haberlerinden etkilendikleri ve agresifleştikleri, çevresel faktörlerin şiddeti nasıl etkilediği konusundaki çalışmalarda belirtilmiştir. Aile içerisinde şiddet, gasp etmek, darp etmek, yaralamak, öldürmek, taciz veya tecavüz etmek toplumdaki şiddet eylemlerinin örnekleridir (1). Ayrıca bireylerin kolaylıkla silahlara erişebilmesinin şiddet olasılığında artışa neden olduğu ve bir olay esnasında silah kullanımını hızlandırdığı belirtilmiştir (38). Bunların dışında düzensiz kentleşmenin, kalabalık ortamların, trafik yoğunluğunun, hava ve ses kirliliğinin de saldırganlık ve şiddet eylemini artıran çevresel faktörler olduğu unutulmamalıdır (34).

2.3.3. Psikolojik faktörler

Kişinin deneyimlediği olumsuz olaylar kişilik gelişimini etkileyerek kişilik bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bunun sonucunda ise ruhsal çatışmaların ortaya çıktığı bilinmektedir. Bu ruhsal çatışmalar sonucunda kişiler iç güdülerini kontrol edemez ve aile, partner ilişkisi veya sosyal ortamlarda sağlıklı iletişim kuramazlar. Bu kişiler gereksiz yere öfkelenerek, çevresindekilere saldırmak şiddet uygulamaktadırlar (34). Birtakım çalışmalarda, aile içerisinde şiddete şahit olan çocukların, şahit olmamış çocuklar ile kıyaslandığında daha sık

olumsuz davranışlar sergiledikleri ve ileriki yaşamlarında şiddete meyilli bireyler haline geldikleri bildirilmiştir (39).

2.3.4. Sosyokültürel faktörler

Sosyolojik açıdan şiddet, yaşamsal değerler, toplumsal yapı, bireyler arası ilişkiler ve sosyalleşme süreçleriyle bağlantılıdır. Dolayısıyla şiddeti tanımlarken sosyal öğrenme teorisinden faydalanılmıştır. Wolfgang ve Ferracuti (1982), şiddet eyleminin bireyin yaşam tarzı, ilişki dinamikleri ve sosyalleşme süreciyle bağlantılı olduğunu vurguladıkları “şiddet alt-kültürü” kuramını geliştirmiştir (40). Şiddet alt-kültürünün üyesi olan kişiler sorunlarını çözerken şiddet uygulamayı tercih ederler (1). Kültürel açıdan kişiye karşı uygulanan şiddet kabul görülebilmekte ve şiddetin toplumda kabul görülmesi nesilden nesile aktarılmaktadır (34).

2.4. Sağlık Personellerine Yönelik Şiddet

Sağlık personeline yönelik işyeri şiddeti, hasta, hasta yakınları veya diğer sağlık personeli gibi bireyler tarafından uygulanan; olumsuz sonuç ortaya çıkaran fiziksel, sözel tehditler ve saldırılar olarak tanımlanmaktadır (9). Sağlık personellerine uygulanan şiddet, son zamanlarda giderek artış göstermekte ve yapılan bazı çalışmalarda hasta veya hasta yakınları ile birebir iletişiminin daha fazla olduğu bilinen doktorlar ve hemşirelerin daha fazla etkilendiği belirtilmektedir (14). Bireyler çalışma ortamında fiziksel saldırı ve yıldırma, taciz, tehdit ve benzeri psikolojik şiddet gibi birçok şiddet çeşidine maruz kalmaktadırlar. Bir stres nedeni olan işyeri şiddeti, doktorların sorun yaşamasına ve sağlık merkezlerinin verdiği hizmetlerin kalitesinde düşüşe neden olmaktadır (4). Sağlık kurumlarında şiddet her alanda yaygındır fakat acil servislerin daha fazla risk taşıdığı bilinmektedir (2). Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin incelendiği çalışmalarda, şiddet eylemlerinin %79’unun acil servislerde yaşanmış olduğu ve %91’inin hasta yakınları tarafından uygulandığı bildirilmiştir (14). Araştırmalarda, şiddet maruziyeti sonrası doktorların birçoğunun hizmet vermeye devam ettiği ve maruz kaldığı şiddeti bildirmediği bilinmektedir. Buna rağmen fiziksel şiddet, sözel şiddete nazaran daha çok zarara yol açtığı için daha yüksek oranda bildirilmiştir. Bireylerin sözel şiddeti bildirse bile bir sonuç alamayacağını düşündüğü ve bu nedenle bildirmekten kaçındıkları belirtilmektedir (41).

2.4.1. Sağlık personellerine yönelik şiddetin nedenleri

Uluslararası Çalışma Örgütü işyeri şiddetinin nedenlerini bireysel, kurumsal ve toplumsal düzeylerde tanımlamaktadır. Sağlık personelleri, bireysel düzeyde etkili olan hastaların kişiliği başta olmak üzere ülkenin sosyo-ekonomik durumu, işyeri organizasyonu ve çalışma şartlarını işyeri şiddetine neden olan faktörler olarak sıralamışlardır. Bireysel, kurumsal ve toplumsal faktörler aynı derecede öneme sahip olmakla birlikte kurumsal faktörlerin anahtar role sahip olduğu görülmektedir (42).

Literatürdeki araştırmalarda belirtildiği üzere toplumsal bir sorun olan doktorlara yönelik şiddeti önlemek için nedenleri tespit ederek nedene yönelik uygun çözümler bulmak gerekmektedir (14). Bu araştırmalarda düşük eğitim seviyesi, mental ve davranış bozuklukları, çalışma ortamının kalabalık olması, hasta ve yakınlarının stresli ve fazla talepkâr olması, bekleme sürelerinin uzun olması, sağlık personeli sayısının yeterli miktarda olmaması, iletişim problemleri gibi sebepler doktorlara uygulanan işyeri şiddetinin nedenleri olarak belirtilmiştir (41).

2.4.2. Şiddetin sağlık personelleri üzerindeki etkileri

Şiddete mağduru sağlık personellerinde olumsuz duygusal etkiler dışında sonucu ölüm dahi olabilecek fiziksel etkiler görülebilmektedir. Öfke, sinirlilik, stres, korku ya da kaygı, depresyon, yorgunluk, güvensizlik, uyku problemleri vb. belirtiler yaygın olarak görülmektedir. Kesikler, morluklar, sıyrıklar ve delikler ise olumsuz fiziksel sonuçlara örnek verilebilmektedir (2). Yapılan bir çalışmada, sağlık personellerine uygulanan şiddet sonucunda sağlık personellerinde depresyon, tükenmişlik, travma sonrası stres bozukluğu, korku, yapılan işten zevk alamama, iş performansında azalma, mesleği bırakma fikri gibi etkiler görüldüğü bildirilmiştir (43). Şiddete maruz kalan doktorların kariyerlerinde olumsuz etkiler görülmekte ve doktorlar çalıştığı sağlık kurumunu veya mesleğini terk etmektedirler. Kanada’da yapılmış olan bir çalışmaya göre acil servislerde şiddet mağduru olan doktorların %38’inin mesleğini bırakmak istedikleri, %18’inin acil serviste çalışmak istemediği ve hatta bir kısmının çalıştığı sağlık kurumundan ayrıldığı bildirilmiştir (44).

2.4.3. Sağlık personellerini şiddetten koruma uygulamaları ve hukuki düzenlemeler

İşyeri şiddetinin azaltılması için en etkin yöntemlerden bir tanesi, şiddeti uygulanmadan önce önlemektir (2). İşyeri şiddetini önlemek için, şiddetin çeşidine bakılmadan tüm şiddet çeşitlerinin bir suç olarak benimsenmesi, gerekli yasal düzenlemelerin yapılması, sağlık çalışanlarına şiddetin hangi tür davranış ve olayları içerdiğine dair ve aynı zamanda şiddet ile karşılaştıklarında neler yapabilecekleri hakkında eğitim verilmesi önerilmektedir (45). Tıpkı diğer ülkelerdeki gibi Türkiye’de de sağlık personellerine uygulanan işyeri şiddetinin önlenmesi için çeşitli yasal çalışmalar yürütülmektedir (1). Ülkemizde 2012 yılında resmi gazetede, şiddete uğrayan sağlık personellerine Bakanlık ve ilgili kuruluşlar aracılığı ile hukuki yardım yapılmasını amaçlayan “Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” yayımlanmıştır. Sağlık kurumlarında hizmet sunumu sırasında sağlık çalışanına karşı suç teşkil eden bir eylem gerçekleştirildiğinde ilgili sağlık personelinin veya kanuni mirasçısının istekte bulunması durumunda kurum yöneticisi, şiddet mağduru sağlık personeli veya kanuni mirasçısı tarafından hukuki yardım talebi bildirilebilir (46). Ayrıca Sağlık Bakanlığı 14 Mayıs 2012’de “Çalışan Güvenliği Sağlanması Genelgesi” yayımlamış ve bu genelge doğrultusunda sağlık kuruluşlarında başhekim yardımcısı tarafından işleyişinin takip edileceği “çalışan hakları ve güvenliği birimi” oluşturulmuştur. Ek olarak beyaz kod uygulanmasından bahsedilmiş, şiddet mağduru sağlık çalışanının talebi halinde hizmetten çekilme hakkının olduğu belirtilmiş ve hukuki yardım hususları konusunda netlik sağlanmıştır (34). Beyaz Kod Uygulaması, Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık çalışanına uygulanan şiddetlerin bildiriminin sağlanması ve takip edilmesi için geliştirilmiştir. Tüm sağlık kuruluşlarında (kamu ya da özel) görülen şiddet olaylarının tamamının, günün 24 saati hizmet vermekte olan 113 numaralı çağrı merkezine, <http://www.beyazkod.saglik.gov.tr> internet sitesine ya da Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi’ne başvurularak Beyaz Kod sistemine bildirim planlanmıştır. Ayrıca acil durumlar söz konusu olduğunda 1111 kod numarası tuşlandığında güvenlik personellerinin de içinde olduğu beyaz kod müdahale ekiplerine haber verilmekte ve müdahale ekiplerinin olayın yaşandığı yere en yakın zamanda ulaşımı sağlanmaktadır (47).

2.5. Mesleki Bağlılık

Meslek; bir bireyin ücret karşılığında insanlara faydalı bir mal üretmek veya hizmet vermek için, eğitim ile kazanılan bilgi ve becerilerle uygulanan uğraşlar olarak tanımlanmaktadır (2). Aynı zamanda meslek; bir bireyin geçimini sağlamak için, belirli bir zaman diliminde uğraştığı, spesifik bir iş alanı olarak da tanımlanabilmektedir (48).

Bağlılık kavramı; bir bireyin inandığı bir şey için enerji ve zaman harcamaya istekli olması, kendisini duygusal veya entelektüel olarak bir eylem tarzına bağlama olarak tanımlanabilir (49). Bir bireyi amaca yönelik hizmet vermeye yönelten bir güç olarak da tanımlanabilmektedir (14). Mesleki bağlılık ise; çalışanların mesleklerine yönelik davranış ve tutumları, sorumluluk üstlenmeleri ve kararlılıkları olarak tanımlanmaktadır (50). Mesleki bağlılık kavramı; meslekte söz vermenin de ötesinde, bireyin meslekte devam etmek için hissettiği motivasyonlara, mesleği ile gurur duymasına vurgu yapmaktadır (1).

Araştırmacılar uzun yıllardır mesleki bağlılık kavramı üzerinde durmakta ve bu kavramı farklı şekillerde adlandırmaktadırlar. Literatürde “meslek”, “profesyonel”, “kariyer”, “örgüt” ve “iş” kavramları birbirlerinin yerine kullanılmıştır (48, 51-53). Meyer ve ark.; profesyonel olmayan bireylerin de mesleki bağlılık duygusu olabileceğini, “profesyonel bağlılık” ifadesi ile “mesleki bağlılık” ifadesinin aynı anlama gelmediğini belirtmişlerdir. Aynı zamanda kariyerin de belirsizlik içerdiğini, kişinin iş hayatı boyunca içerisinde bulunduğu iş, meslek, kurum ya da örgüt olduğunu ifade ederek “kariyer bağlılığı” ifadesinin de benzer anlama gelmediğini ifade etmişlerdir. Bu nedenle “mesleki bağlılık” ifadesini kullanmak gerektiğini savunmaktadırlar (51).

2.5.1. Mesleki bağlılığın önemi ve türleri

Mesleki bağlılık, bireylerin mesleki eğitimi ile birlikte şekillenmeye başlar ve meslek hayatları boyunca güçlenerek devam eder (15). Bireyin mesleğe bağlılığı arttıkça, birey kendini mesleği ile özdeşleşmiş hisseder ve olumlu duygular yaşar (2). Bu bireyler kendini geliştirerek mesleki kariyerinde ilerleme katetmek ister ve alanında uzmanlaşmak için çaba gösterir. Aynı zamanda bu bireylerin işi bırakma niyeti daha düşüktür (15). Mesleki bağlılık hem bireysel hem de örgütsel olarak büyük öneme sahiptir. İş performansında artma, iş motivasyonunda artma, iş

devamsızlığında azalma, işle ilgili tatminde artma, streste azalma, mesleki ve örgütsel verimde artma, mesleki tükenmişlikte azalma ve benzeri etkileri bulunmaktadır (2). Mesleki bağlılık kavramı; 1991 yılında Meyer ve arkadaşları tarafından duygusal, normatif ve devamlılık bağlılığı olmak üzere üç boyutta tanımlanmıştır. Kısaca; mesleğe yönelik duygusal bağlılık, meslekte devam etmeyi sorumluluk olarak görmeye yönelik bağlılık ve mesleği bırakmanın maliyetine yönelik bağlılık olarak ayırım yapmışlardır (54). Duygusal bağlılığı yüksek olan bireyler istek, normatif bağlılığı olan bireyler yükümlülük ve devamlılık bağlılığı olan bireyler gereksinim kavramı ile ilişkilendirilmiş olup bireylerin bu üç bağlılık boyutunu farklı derecelerde deneyimlediklerini belirtmişlerdir. Sonuç olarak bireylerin mesleğe bağlılıklarının, üç boyutun aynı anda ele alındığında daha iyi anlaşılabilceğini savunmuşlardır (51, 54). Duygusal mesleki bağlılığı olan çalışanların mesleğini sevdiği, meslekleriyle alakalı yayınları takip ettiği, seminer veya konferanslara katılım gösterdikleri, mesleki gelişimlerini önemsedikleri bilinmektedir. Bu nedenle duygusal mesleki bağlılığın en güçlü bağlılık olduğu belirtilmektedir (51). Normatif mesleki bağlılıkta; çalışan kendini mesleğine karşı sorumlu hissetmekte ve mesleğine devam etmeyi bir yükümlülük olarak görmektedir (54). Psikolojik bağ ya da maddiyat söz konusu değildir. Ahlaki duygular ve sorumluluk duygusu ön plana çıkmaktadır (2). Devamlılık bağlılığı ise; çalışanların meslekten ayrılmanın maliyetini düşünerek geliştirdiği bağlılık türüdür (51, 54). Mesleki devam bağlılığı olan çalışanlar yalnızca ihtiyaç nedeni ile mesleklerine devam ettikleri için mesleki eğitim ve faaliyetlere katılmaya gönüllü olmamaktadırlar (51). Duygusal, normatif ve devamlılık bağlılığının ortak bir yönü vardır. Bu üç bağlılık türü de, bireyin meslekten ayrılma ihtimalinin azalmasına sebep olan bir bağ oluşmasına neden olmaktadır. Sadece bu bağın niteliği değişmektedir. Duygusal bağlılıkta bireylerin istekleri doğrultusunda, normatif bağlılıkta ahlaki değerler doğrultusunda, devamlılık bağlılığında ise çıkarlar doğrultusunda bir bağ ortaya çıkmaktadır (55).

2.5.2. Mesleki bağlılığı etkileyen faktörler

Bireylerin mesleki bağlılığı; bireysel özellikler, temel iş özellikleri ve mesleğe bağlı özellikler olarak sıralanan faktörler tarafından etkilenmektedir (2).

2.5.2.1. Bireysel özellikler

Bireysel özelliklerin, mesleki bağlılığı etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğu kabul edilmektedir. Cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, mesleğini isteyerek seçme, kıdem ve başarı faktörleri bireysel faktörler arasında sayılmaktadır (2). Bireysel özellikler ele alındığında cinsiyetin mesleki bağlılık üzerine etkisi konusunda ortak bir fikir birliğine varılamamıştır. Bir çalışmada; kadınların mesleklerini değiştirmeyi bir zorluk olarak görmeleri, meslek edinirken erkeklere oranla daha fazla engel ile karşılaşmaları gibi nedenler ile mesleklerini değiştirme eğilimlerinin daha az olduğu ve bu nedenle mesleki bağlılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (56). Son yıllarda yapılan çalışmalarda ise kadınların eğitim seviyelerindeki artma ve kadınlardan beklenen rollerdeki değişiklikler sonucunda cinsiyetin mesleki bağlılık düzeyleri üzerinde belirgin bir etkisi olmadığı görülmektedir (2, 57). Yaş faktörünün, mesleki planları tasarlamak ve uygulamak için fırsat sağlayarak mesleki bağlılığı etkileyen bir faktör olduğu bilinmektedir. Ayrıca bireylerin, yaşlandıkça meslekte edindiği bilgi ve becerilerini mesleği ile özdeşleştirmesi nedeni ile mesleklerini değiştirme olasılıklarında azalma olmaktadır (14). Yapılan çalışmalarda evli bireylerin bekar bireylere kıyasla mesleki bağlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (2). Literatürde çoğu çalışmada bireylerin eğitim düzeyi yükseldikçe mesleki bağlılıklarının azaldığı görülmüştür (56, 58, 59). Bunun sebebi eğitim düzeyindeki artış sonucunda alternatif meslek imkanlarının da artacağı ve kurumun çalışanın beklentisini karşılamayacak duruma gelebileceğidir (60). Kıdem faktörü ele alındığında ise; çalışanların meslekte çalıştığı süre arttıkça mesleklerine harcadıkları emeğin fazla olması ile elde ettikleri statü ve yakalamış oldukları terfi imkanları gibi elde ettiği kazançların artması sonucu mesleki bağlılıklarının daha yüksek olması beklenmektedir (61). Araştırmalar sonucu başarılı bireylerin ve mesleğini isteyerek seçen bireylerin de mesleki bağlılıklarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (2).

2.5.2.2. Temel iş özellikleri

İş doyumu, iş tatmini, motivasyon ve memnuniyet, iş yükü, stres, güvenlik, istifa oranları ve benzeri faktörler mesleki bağlılık üzerinde etkili olan temel iş özelliklerindendir (62). Bu faktörlerin başında iş doyumu ve iş tatmini gelmektedir. Çünkü iş doyumu ve tatmini yüksek olan bireylerin mesleki bağlılık düzeylerinin de daha yüksek olduğu bilinmektedir (2, 48). İş yükü, iş yükünün bir sonucu olarak

ortaya çıkan iş stresi ve kurumdaki istifa oranlarındaki artış gibi faktörler ise mesleki bağlılığı negatif yönde etkilemektedir (50, 57).

2.5.2.3. Mesleğe bağlı özellikler

Bireysel özellikler ve temel iş özellikleri gibi mesleğe bağlı özellikler de mesleki bağlılığı etkilemektedir. Meslek imajı, kariyer kazançları, ücret sistemi, esnek çalışma saatleri, mesleki etik ve benzeri faktörler mesleğe bağlı özellikler içerisinde (63). Mesleki imaj meslekteki üyelerin paylaştığı sosyal statü, yetenek ve davranış modeli olmasına rağmen algılanan mesleki imaj farklıdır. Algılanan meslek imajı ise, toplumun meslek çalışanlarına duyduğu saygı ile meslekteki bu meslek çalışanlarının sosyal statüsü, yetenekleri ve davranışları hakkında oluşturduğu yargı ve düşüncelerdir. Bireylerin mesleki imajı algılama şekli mesleğe bakış açısını ve mesleki bağlılığını etkilemektedir (62). Yapılan çalışmalar, bireyin temel geçim kaynağı olan ücret ile bireyin mesleki bağlılık düzeyi arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (50, 64). Ücret gibi kariyerde yükselme, esnek çalışma saatleri gibi etkenler de mesleki bağlılığı pozitif yönde etkilemektedir (2).

2.5.3. Sağlık sektöründe mesleki bağlılığın önemi

Sağlık sektörü; insan hayatının söz konusu olması nedeni ile ertelenemeyen veya telafi edilemeyen, iş yükünün yoğun ve iş stresinin fazla olduğu bir sektör olduğu için mesleki bağlılığın önemli olduğu bir sektördür (2). Mesleğe devam etme niyetinin ana belirleyicisi mesleki bağlılıktır (65). Mesleğe bağlılık ile meslekten ayrılma isteği arasında ters yönlü bir ilişki bulunmaktadır; yani mesleğe bağlılık arttıkça meslekten ayrılma niyeti azalmaktadır. Fakat sağlık çalışanlarının, sağlık kurumları dışında para kazanamayacak olmaları ve beceri ve yeteneklerini gösteremeyecek olmaları meslekten ayrılmalarını zorlaştıran etmenlerdir (66). Mesleki bağlılık oranının, sağlık çalışanlarının davranışlarını etkilediği bilinmekte ve hasta bakımı kalitesi, iş doyumu, iş performansı, iş motivasyonu, iş verimliliği ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (2, 67). Sağlık sektöründe giderek artış göstermekte olan, mesleki stres sonucu ortaya çıkan tükenmişlik duygusunun sağlık çalışanları ve sağlık kuruluşları üzerinde olumsuz etkisi olmaktadır. İş devamsızlığında artma, iş tatmininde azalma, hasta bakım kalitesinin ve hasta memnuniyetinin düşmesi bu olumsuz etkiler arasında sıralanabilir (2). Sağlık sektöründe tükenmişlik ve mesleki bağlılık arasında negatif bir ilişki olduğu

bilinmektedir (68). Sonuç olarak; sağlık sektöründe stresli iş ortamı, iş doyumu, mesleğe devam etme niyeti, tükenmişlik, mesleği sevmeme ve meslek ile özdeşleşmeme, işyeri şiddeti gibi faktörler mesleki bağlılığı etkilemektedir (2).

2.6. İşten Ayrılma Niyeti

İşten ayrılma eylemini etkileyen en önemli faktör işten ayrılma niyetidir (1). İşten ayrılma niyetinin davranışa dönüşmesi; işten ayrılmayı düşünme, farklı ve alternatif iş imkanlarını değerlendirme ve işe devam etme veya işten ayrılmaya karar verme evrelerinden oluşan bir süreçtir (69). Bireylerin işten ayrılmasının birçok nedeni olabilmektedir (1). Sağlık çalışanlarının güvencesiz ve tehlikeli çalışma ortamına sahip olmaları, iş temposunun yoğunluğu, düzensiz ve uzun çalışma saatleri, duygusal baskılar, personel sayısındaki yetersizlik gibi nedenlerle iş stresi yaşadıkları bilinmektedir. Bireyler sahip oldukları iş stresi ile başa çıkabilmek için çeşitli stratejiler geliştirmektedir (70). Amerikalı psikologlar Richard S. Lazarus ve Susan Folkman tarafından geliştirilen ünlü bilişsel stres teorisinde, stres ile başa çıkmada problem ve duygu odaklı yaklaşımlar arasında ayırım yapılmaktadır. Bu teoriye göre; sorunun çözülmesinin ve çalışma koşullarının değiştirilmesinin dışında, bireylerin iş stresine karşı, duyguların düzenlenmesi (örneğin, disosiyasyon ve duygusal geri çekilme) veya stres oluşturacak faktörün ortadan kaldırılması (örneğin; işten ayrılma veya mesleği bırakma) şeklinde iki olası baş etme yolu olduğu açıkça görülmektedir (71). Yapılan bir araştırmada, her on iki sağlık çalışanından birinin tükenmişlik duygusunda arttığı ve her altı sağlık çalışanından birinin işten ayrılmayı düşündüğü bildirilmiştir (70). Beş farklı ülkede yapılmış 17 çalışmayı inceleyen bir derlemede, doktorların işten ayrılma niyetinin %11,8 ile %22 arasında değiştiği bildirilmiştir (72). Doktorların işten ayrılması birçok ülkede ve özellikle de doktor açığı olan ülkelerde büyük bir sorundur. İşten ayrılmanın eyleme geçmesini önlemek için ise işten ayrılma niyetinin nedenlerini daha iyi anlamak gerekmektedir (72).

2.7. İşten Ayrılma Niyetini Etkileyen Faktörler

Çalışan bireylerin işten ayrılma niyetleri birçok faktör tarafından etkilenebilmektedir. Bu faktörlere; bireylerin sosyodemografik özellikleri, yaşadıkları stres, duygusal tükenmişlik, kişinin motivasyonu, iş doyumu ve iş performansları, personel sayısındaki yetersizlikler, yönetim şekli, kişi ile örgütün yapısı ve kültürü arasındaki uyumsuzluklar örnek verilebilir (1, 73-75). İşten

ayrılma niyetine etki eden bu faktörleri bireysel, örgütsel ve çevresel faktörler şeklinde gruplandırmak mümkündür (1). Fakat bu faktörlerin işten ayrılma niyetine etkileri incelenirken birbirleriyle bağlantılı oldukları ve birbirlerini bütünledikleri unutulmamalıdır (76).

2.7.1. Bireysel faktörler

Çalışanların bireysel özellikleri ve hayat şartlarındaki birtakım farklılıklar nedeniyle işten ayrılma niyetleri farklı düzeylerde etkilenmektedir. Demografik özellikler bireysel faktörlerin temelini oluşturmaktadır (76). Literatür incelendiğinde çalışanların cinsiyet, yaş, medeni durum, psikolojik veya fiziksel etkenler, aile ilişkileri, çalışma süreleri, tükenmişlik ve benzeri bireysel özelliklerin işten ayrılma niyetine etkide bulunduğu bildirilmiştir (73, 77, 78).

2.7.2. Örgütsel faktörler

Çalışılan kurumun yeri ve ulaşım olanakları, işin güçlüğü, çalışma koşullarındaki zorluklar, düzensiz ve yoğun çalışma saatleri, çalışanların psikolojik, fizyolojik ve mesleki açıdan zorlanmaları, personel yönetiminin kötü olması gibi etkenler işten ayrılma niyetini etkileyen örgütsel faktörlerdir (78, 79).

2.7.3. Çevresel faktörler

Ekonomik ve sosyal kaynaklı olan çevresel nedenler kurumların gücünü aşmakta ve çevresel nedenler sebebi ile işten ayrılmaların kurumlar tarafından engellenmesi çoğunlukla mümkün olmamaktadır. Refah düzeyi ve ekonomik durumun yükselmesi, kıdem tazminatının maliyetinin yüksek olması, otomasyon nedeni ile kolaylıkla başka işlere uyum sağlanarak iş değiştirme olanaklarının artması, farklı mesleklerin daha cazip görünmesi ve gelecek vadeder hale gelmesi gibi etkenler çevresel faktörlere örnek verilebilmektedir (80).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 01.11.2023 tarihinde resmi izin alınmıştır (OMÜ KAEK No: 2023/341). Verilerin toplandığı kurumlar; Sağlık Bilimleri Üniversitesi'ne bağlı hastaneler, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Samsun Üniversitesi EAH, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi idi. Etik kurul izninin alınmasından sonra çalışmanın uygulanacağı kurumlardan izin alınmış ve Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirisi Etik İlkeleri dikkate alınarak çalışmaya başlanılmıştır. Bu çalışma 22 Mart 2024 ile 22 Nisan 2024 tarihleri arasında belirtilen kurumlarda acil tıp araştırma görevlisi doktorların katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

Tanımlayıcı tipte planlanan bu çalışmamıza “Violence against emergency department workers” makalesi (21) referans alındığında, Verbal harassment ile Feelings of Safety arasındaki ilişki dikkate alındığında; %95 güven (1- α), %95 test gücü (1- β), $p = 0,338$ etki büyüklüğü ve iki yönlü korelasyon analizine göre çalışmaya dahil edilmesi gereken vaka sayısı 108 olarak belirlenmiştir. Anket, “Google Forms” uygulamasıyla oluşturulmuş ve internet aracılığı ile erişime açılmıştır. Anket “Kartopu örnekleme” yöntemi kullanılarak 22 Mart 2024 ile 22 Nisan 2024 tarihleri arasında katılımcılara açık tutulmuş olup iki yüz dört (204) kişiye ulaşıldığında çalışma sonlandırılmış ve anket formu erişime kapatılmıştır.

Anket formunda; katılımcıların sosyodemografik özellikleri, çalışma yeri özellikleri, çalışma şartları, maruz kaldıkları işyeri şiddetinin hangi saat diliminde gerçekleştiği, maruz kaldıkları işyeri şiddeti sonucundaki tutumları, işten ayrılma düşüncesinin olup olmadığını inceleyen 27 soru ile birlikte 2 ölçek yer almaktadır. Bu ölçeklerden ilki, 2001 yılında Nico Oud tarafından geliştirilen ve 2021 yılında Kıymaz (1) tarafından Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılan, 18 sorudan oluşan “POPAS: The Perceptions of the Prevalence of Aggression Scale (Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği)” dır. Diğeri ise,

hemşirelerin mesleki bağlılık düzeyini ölçmek amacı ile 1993 yılında Meyer ve arkadaşları tarafından geliştirilen, 2008 yılında Tak ve Çiftçioğlu (15) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan ve 2017 yılında Bayraktar (14) tarafından doktorlara uygulanabilirlik açısından geçerlilik güvenirliği incelenen, toplam 18 sorudan ve üç alt boyuttan oluşan “Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği” dir. Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeğini ve Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeğini kullanmak için hem ölçek sahiplerinden hem de Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmalarını yapan ve doktorlara uygulanabilirlik açısından geçerlilik güvenirliği inceleyen kişilerden yazılı izin alınmıştır.

3.1. İstatistiksel Yöntemler

Bu çalışma kapsamında elde edilen veriler IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu, 50 hastanın altındaki gruplarda Shapiro-Wilk testi ile 50 hastanın üstündeki gruplarda Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uyan sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma (SS) olarak, normal dağılıma uymayan değişkenler ise median (minimum-maksimum) değerleri ile ifade edilmiştir. Gruplar arasındaki karşılaştırmalarda iki grup için normal dağılıma uyan verilerde bağımsız örneklem t-testi, normal dağılıma uymayan verilerde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İki'den fazla grup için normal dağılıma uyan verilerde tek yönlü varyans analizi (One-way ANOVA), normal dağılıma uymayan verilerde Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. ANOVA sonrası anlamlı bulunan gruplar arasındaki farkı belirlemek için post-hoc Tukey testi, Kruskal-Wallis testi sonrası ise Dunn testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler sayı (n) ve yüzde (%) ile özetlenmiş, gruplar arasındaki ilişkiler Ki-kare veya Fisher'in kesin testi ile analiz edilmiştir. Değişkenler arasındaki korelasyonlar Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan acil tıp araştırma görevlisi doktorların (n=204) sosyo-demografik ve çalışma hayatına dair özellikleri Tablo 1'de detaylı olarak verilmiştir. Katılımcıların %50'sinin evli olduğu, %68,1'inin (n=139) erkeklerden, oluştuğu, %93,1'inin (n=190) çekirdek aile yapısına sahip olduğu gözlemlendi. Katılımcıların en küçüğü 22 yaşında ve en büyüğü 59 yaşında idi; median yaş 29,5 yıldı. Katılımcıların %85,3'ünün (n=174) mesleğini isteyerek tercih ettiği, %14,7'sinin ise (n=30) mesleğini isteyerek tercih etmediği saptandı. Mesleğini seven katılımcı sayısı 120 (%58,8) iken, %14,7'sinin mesleğini sevmediğini, %26,5'inin katılımcının ise kararsız olduğunu saptadık. Araştırmaya katılan katılımcıların acil serviste araştırma görevlisi olarak çalışma süreleri 1 gün ile 7,0 yıl arasında değişmekteydi ve median 2,0 yıl çalıştıkları saptandı. Katılımcıların %89,7'sinin (n=183) 24 saat nöbet usulü, %10,3'ünün (n=21) ise vardiya usulü çalıştığını saptadık. Katılımcıların haftada en az 40,0 saat ve en fazla 100,0 saat çalıştığı, katılımcıların çalıştığı kurumlarda acil servise günlük ortalama 150,0 ile 4500,0 oranında hasta başvurusunun olduğunu belirledik.

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik ve çalışma yaşamına ilişkin özelliklerinin dağılımı

	n	%
Cinsiyet		
Erkek	139	68,1
Kadın	65	31,9
Medeni Durum		
Bekar	102	50,0
Evli	102	50,0
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	190	93,1
Geniş Aile	14	6,9
Çalışma şekli		
Vardiya usulü	21	10,3
24 saat nöbet	183	89,7
Mesleğini isteyerek tercih etme durumu		
Hayır	30	14,7
Evet	174	85,3
Mesleğini sevme durumu		
Sevmiyorum	30	14,7
Seviyorum	120	58,8
Kararsızım	54	26,5
Çalıştığı servisten memnun olma durumu		
Memnun değilim	41	20,1
Memnunum	60	29,4
Kısmen memnunum	103	50,5
Çalıştığı bölümü isteyerek mi tercih etme durumu		
Hayır	23	11,3
Evet	181	88,7
Median (min-max)		
Yaş	29,5 (22,0-59,0)	
Çocuk sayısı	0,0 (0,0-3,0)	
Doktor olarak çalışılan yıl	4,5 (0,1-35,0)	
Acil serviste araştırma görevlisi olarak çalışılan yıl	2,0 (0,0-7,0)	
Çalışılan servisteki toplam acil tıp araştırma görevlisi sayısı	29,0 (1,0-170,0)	
Günlük başvuran ortalama hasta sayısı	600,0 (150,0-4500,0)	
Haftada çalışılan toplam saat	60,0 (40,0-100,0)	

Katılımcıların maruz kaldıkları şiddet olaylarına ilişkin bulguları Tablo 2’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan katılımcıların %74,0’ünün (n=151) çalıştığı kurumda sağlık personellerine yönelik şiddet olaylarının son bir yılda arttığını düşündüğü, maruz kaldıkları şiddet olaylarının %39,2’sinin (n=80) 18:00-24:00 saatleri arasında olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %79,4’ü (n=162) yaşanan şiddet olaylarının engellenebilir olduğunu düşünürken %20,6 (n=42) katılımcı ise

engellenemeyeceğini düşünmektedir. Katılımcıların maruz kaldığı şiddetin %84,3'ünün hasta yakınlarından, %42,6'sının ise hastalardan kaynaklandığı tespit edildi. Maruz kaldıkları şiddet eylemi esnasında katılımcıların %41,2'sinin güvenlik çağırdığı ve beyaz kod verdiği, %36,3'ünün hiçbir şey yapmadığı, %21,1'inin ise fiziksel olarak kendini savunduğu gözlemlendi. Yaşadıkları şiddet olayı sonrası katılımcıların %46,1'inin işyerinden arkadaşlarına anlattığı, %41,2'sinin beyaz kod kullanarak yardım istediği, %24,5'inin ise hiçbir şey yapmadığını belirledik. Katılımcıların %31,9'unun yaşadıkları şiddet olayından başkalarına bahsetmenin bir işe yaramayacağını düşündüğünü saptandık (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların maruz kaldıkları şiddet olaylarına ilişkin bulgularının dağılımı

	n	%
Son bir yılda görev yaptığınız kurumda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının arttığını düşünüyor musunuz?		
Hayır	53	26,0
Evet	151	74,0
En son yaşadığınız şiddet olayı hangi saat diliminde gerçekleşti?		
07.00-13.00	9	4,4
13.00-18.00	26	12,7
18.00-24.00	80	39,2
00.00-07.00	23	11,3
Hatırlamıyorum	66	32,4
Yaşanılan olayların engellenebilir olduğunu düşünüyor musunuz?		
Hayır	42	20,6
Evet	162	79,4
En son yaşadığınız şiddet olayı yaralanmanıza neden oldu mu?		
Hayır	196	96,1
Evet	8	3,9
Şiddet olayından sonra bir süre çalışmaya ara verdiniz mi?		
Hayır	190	93,1
Evet	14	6,9
Önümüzdeki süreçte işten ayrılmayı düşünüyor musunuz?		
Hayır	153	75,0
Evet	51	25,0

Tablo 2 (devam)

	n	%
* Şiddete başvuran kişi ya da kişiler kimlerdi?		
Hasta	87	42,6
Hasta yakını/yakınları	172	84,3
Sağlık çalışanı	12	5,9
Yönetici	6	2,9
Diğer	1	0,5
* En son yaşadığınız şiddet olayı sırasında ne yaptınız?		
Hiçbir şey yapmadım	74	36,3
Kendimi fiziksel olarak savunmaya çalıştım	43	21,1
Fiziksel şiddet kullanan kişiye/kişilere durmasını söyledim	49	24
Fiziksel şiddet kullanan kişiye/kişilere fiziksel olarak karşılık verdim	16	7,8
Güvenlik çağırdım/beyaz kod verdim	84	41,2
Fiziksel şiddete uğramadım, sözel şiddete uğradım, sözel savundum	14	6,9
Hatırlamıyorum	1	0,5
* Maruz kaldığınız şiddet sonrası neler yaptınız?		
Yönetime rapor ettim	29	14,2
1111 kullanarak yardım istedim	84	41,2
Çalışan hakları ve güvenliği birimine bildirdim	29	14,2
Yasal işlem başlattım	62	30,4
Aileme/arkadaşlarıma anlattım	81	39,7
İşyerinden arkadaşlarıma anlattım	94	46,1
Hiç bir şey yapmadım	50	24,5
* Olaydan başkalarına bahsetmediyseniz, neden?		
Önemli değildi	36	17,6
İşe yaramazdı	65	31,9
Utandım	2	1,0
Kime rapor edeceğimi bilmiyordum	4	2,0
Olumsuz sonuçlarından korktum	9	4,4
Kendimi suçlu hissettim	1	0,5
Diğer (hatırlamıyorum)	87	42,6
* Birden fazla cevap verilmiştir		

Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği (SSAÖ) ile ilgili elde edilen bulgular Tablo 3'te gösterilmiştir. Katılımcıların %32,8'inin (n=67) sözel saldırganlığa daha sık maruz kaldığı ve %47,1'inin (n=96) tehditkâr sözel saldırganlığa, %43,6'sının (n=89) aşağılayıcı saldırgan davranışa, %45,6'sının (n=93) kışkırtıcı saldırgan davranışa ve %46,6'sının (n=95) ise tehditkar fiziksel saldırganlığa ara sıra maruz kaldığını belirledik. Katılımcıların %27,9'unun (n=57) intihar girişimi ile sık sık karşılaştığı, %47,1'inin (n=96) ise ölümle sonuçlanan intiharlar ile ara sıra karşılaştığını saptadık.

Tablo 3. Katılımcıların SSAÖ'ye verdikleri cevapların dağılımı

		SSAÖ									
		Asla		Ara Sıra		Bazen		Sık Sık		Çok Sık	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sözel Saldırganlık	Sözel Saldırganlık Tehditkar Sözel Saldırganlık	2	1,0	53	26,0	53	26,0	67	32,8	29	14,2
	Aşağılayıcı Saldırgan Davranış	33	16,2	96	47,1	48	23,5	22	10,8	5	2,5
	Kışkırtıcı Saldırgan Davranış	54	26,5	89	43,6	41	20,1	11	5,4	9	4,4
	Pasif Saldırgan Davranış	26	12,7	93	45,6	38	18,6	36	17,6	11	5,4
	Ayrıştırıcı Saldırgan Davranış	21	10,3	65	31,9	36	17,6	45	22,1	37	18,1
		53	26,0	74	36,3	44	21,6	21	10,3	12	5,9
Fiziksel Saldırganlık	Tehditkar Fiziksel Saldırganlık	72	35,3	95	46,6	28	13,7	7	3,4	2	1,0
	Yıkıcı Saldırgan Davranış	94	46,1	86	42,2	19	9,3	3	1,5	2	1,0
	Hafif Fiziksel Şiddet	132	64,7	59	28,9	12	5,9	0	0,0	1	0,5
	Ağır Fiziksel Şiddet	177	86,8	17	8,3	8	3,9	1	0,5	1	0,5
Kendine Karşı Saldırganlık	Kendine Karşı Hafif Şiddet	62	30,4	77	37,7	43	21,1	18	8,8	4	2,0
	Kendine Karşı Ağır Şiddet	107	52,5	63	30,9	22	10,8	7	3,4	5	2,5
	İntihar Girişimi	41	20,1	28	13,7	45	22,1	57	27,9	33	16,2
	Ölümle Sonuçlanan İntiharlar	75	36,8	96	47,1	31	15,2	2	1,0	0	0,0
Cinsel Saldırganlık	Cinsel Tehdit/Taciz	149	73,0	49	24,0	4	2,0	2	1,0	0	0,0
	Cinsel Saldırı/Tecavüz	182	89,2	18	8,8	3	1,5	1	0,5	0	0,0

SSAÖ: Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği

SSAÖ ve alt boyutlarına ait ortalama, standart sapma, median, minimum ve maksimum değerler Tablo 4'te sunulmuştur. Katılımcıların SSAÖ puanlarında en yüksek değerin Sözel Saldırganlık alt boyutunda ($2,64 \pm 0,81$), en düşük değerin ise Cinsel Saldırganlık alt boyutunda ($1,22 \pm 0,44$) olduğu tespit edildi.

Tablo 4. SSAÖ ve alt boyut puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri

	Ort $\pm$ SS	Median (min-max)
Sözel saldırganlık	2,64 $\pm$ 0,81	2,5 (1,0 - 5,0)
Fiziksel saldırganlık	1,55 $\pm$ 0,58	1,5 (1,0 - 5,0)
Kendine karşı saldırganlık	2,18 $\pm$ 0,69	2,13 (1,0 - 4,0)
Cinsel saldırganlık	1,22 $\pm$ 0,44	1,0 (1,0 - 4,0)
Saldırganlık sıklığını algılama ölçeği	2,08 $\pm$ 0,5	2 (1,13 - 3,69)

Ort: Ortalama, S.S: Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maximum

SSAÖ ve alt grupları ile katılımcıların yaşı grupları Tablo 5'te, SSAÖ ve alt grupları ile katılımcıların cinsiyeti ise Tablo 6'da karşılaştırılmıştır. SSAÖ toplam ve alt boyut puanlarının katılımcıların yaşı ve cinsiyet gibi özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediğini tespit ettik ($p>0,05$).

Tablo 5. SSAÖ ve alt boyutları ile katılımcıların yaşı gruplarının karşılaştırılması

Yaşı Grubu	Sözel Saldırganlık	Fiziksel Saldırganlık	Kendine Karşı Saldırganlık	Cinsel Saldırganlık	Toplam Puan
	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)
20-30 yaşı	2,50 (1,00 - 4,67)	1,50 (1,00 - 3,50)	2,00 (1,00 - 4,00)	1,00 (1,00 - 4,00)	1,94 (1,19 - 3,38)
31-40 yaşı	2,50 (1,50 - 5,00)	1,50 (1,00 - 5,00)	2,25 (1,00 - 4,00)	1,00 (1,00 - 3,50)	2,06 (1,38 - 3,69)
41 yaşı ve üzeri	2,67 (1,33 - 3,33)	1,25 (1,00 - 2,00)	2,25 (1,00 - 2,75)	1,00 (1,00 - 1,50)	1,63 (1,13 - 2,44)
Test İstatistiği	1,555	1,645	2,173	0,557	3,194
p*	0,460	0,439	0,337	0,757	0,203

*Kruskal Wallis testi, Min: Minimum, Max: Maximum

Tablo 6. SSAÖ ve alt boyutları ile katılımcıların cinsiyetlerinin karşılaştırılması

Cinsiyet	Sözel Saldırganlık	Fiziksel Saldırganlık	Kendine Karşı Saldırganlık	Cinsel Saldırganlık	Toplam Puan
	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)
Erkek	2,50 (1,00 - 5,00)	1,50 (1,00 - 5,00)	2,00 (1,00 - 4,00)	1,00 (1,00 - 4,00)	2,00 (1,13 - 3,69)
Kadın	2,50 (1,17 - 4,67)	1,25 (1,00 - 3,50)	2,25 (1,00 - 3,75)	1,00 (1,00 - 3,50)	1,94 (1,31 - 3,38)
Z	-0,518	1,52	-1,352	-1,164	-0,487
p*	0,605	0,129	0,176	0,245	0,627

*Mann Whitney U test, Min: Minimum, Max: Maximum

SSAÖ ve alt boyutlarının katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırılması Tablo 7'de belirtilmiştir. Sözel, fiziksel, kendine karşı saldırganlık ve toplam puanlar açısından medeni durumlar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır

($p>0,05$). Ancak cinsel saldırganlık alt boyutunda medeni durumlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). Evli bireylerin cinsel saldırganlık algısı bekar bireylere kıyasla daha yüksek saptandı.

Tablo 7. SSAÖ ve alt boyutları ile katılımcıların medeni durumlarının karşılaştırılması

Medeni Durum	Sözel Saldırganlık	Fiziksel Saldırganlık	Kendine Karşı Saldırganlık	Cinsel Saldırganlık	Toplam Puan
	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)
Bekar	2,50 (1,17 - 5,00)	1,50 (1,00 - 5,00)	2,00 (1,00 - 4,00)	1,00 (1,00 - 3,50)	2,00 (1,13 - 3,69)
Evli	2,50 (1,00 - 4,67)	1,50 (1,00 - 3,50)	2,25 (1,00 - 3,75)	1,00 (1,00 - 4,00)	1,97 (1,19 - 3,38)
Z	-0,615	-0,115	-0,141	2,131	-0,513
p*	0,539	0,909	0,888	0,033	0,608

*Mann Whitney U test, Min: Minimum, Max: Maximum

Acil tıp araştırma görevlilerinin çalışma yılına göre, SSAÖ alt boyutları ve toplam puanları Tablo 8’de karşılaştırılmıştır. Çalışma yılına (<1 yıl, 1-3 yıl, >3 yıl) göre gruplar arasında saldırganlık algısı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığını test ettiğimizde; kendine karşı saldırganlık, cinsel saldırganlık ve SSAÖ toplam puanı açısından fark olduğunu saptadık ($p < 0,05$). 1-3 yıl grubunun, <1 yıl grubuna kıyasla daha yüksek algıya sahip olduğu görüldü.

Tablo 8. SSAÖ ve alt boyutları ile katılımcıların acil tıp araştırma görevlisi olarak çalışma yıllarının karşılaştırılması

Acil tıp araştırma görevlisi olarak çalışma yılı	Sözel Saldırganlık	Fiziksel Saldırganlık	Kendine Karşı Saldırganlık	Cinsel Saldırganlık	Toplam Puan
	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)
<1 yıl	2,50 (1,33 - 5,00)	1,25 (1,00 - 3,25)	2,00 (1,00 - 3,50) ^a	1,00 (1,00 - 2,50) ^a	1,88 (1,31 - 3,69) ^a
1 yıl- 3 yıl	2,67 (1,17 - 4,50)	1,50 (1,00 - 5,00)	2,25 (1,00 - 4,00) ^b	1,00 (1,00 - 4,00) ^b	2,13 (1,13 - 3,63) ^b
>3 yıl	2,50 (1,00 - 4,67)	1,50 (1,00 - 3,50)	2,25 (1,00 - 3,50) ^{a,b}	1,00 (1,00 - 2,00) ^{a,b}	1,94 (1,19 - 3,25) ^{a,b}
Test İstatistiği	2,527	2,962	10,303	10,547	7,431
p*	0,283	0,227	0,006	0,005	0,024

^{a-b}: Aynı harfe sahip gruplar arasında istatistiksel fark yoktur (Dunn testi), *Kruskal Wallis testi, Min: Minimum, Max: Maximum

Katılımcıların çalışma şekli (vardiya ve 24 saat) ile SSAÖ toplam puan ve alt boyutlarının median puanları Tablo 9’da karşılaştırılmıştır. Katılımcıların çalışma şekli ile SSAÖ toplam puanı ve alt boyutlarının median puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 9. SSAÖ ve alt boyutları ile katılımcıların çalışma şeklinin karşılaştırılması

Çalışma Şekli	Sözel Saldırganlık	Fiziksel Saldırganlık	Kendine Karşı Saldırganlık	Cinsel Saldırganlık	Toplam Puan
	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)
Vardiya	2,50(1,33 - 4,33)	1,25 (1,00 - 2,75)	2,00 (1,00 - 2,75)	1,00 (1,00 - 2,00)	1,91 (1,25 - 2,81)
24 saat	2,50 (1,00 - 5,00)	1,50 (1,00 - 5,00)	2,25 (1,00 - 4,00)	1,00 (1,00 - 4,00)	2,00 (1,13 - 3,69)
Z	0,630	0,660	0,842	0,418	0,922
p*	0,529	0,509	0,400	0,676	0,356

*Mann Whitney U test, Min: Minimum, Max: Maximum

SSAÖ toplam ve alt boyut puanları ile katılımcıların şiddete maruz kaldığı saat dilimleri Tablo 10’da karşılaştırılmış olup bazı saat dilimlerinin (örneğin, 18.00-24.00 ve 00.00-07.00 arası) daha yüksek median değerler göstermesine rağmen istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlemlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 10. SSAÖ ve alt boyutları ile şiddete maruz kalan saat dilimlerine göre karşılaştırılması

Şiddete maruz kalan saat dilimi	Sözel Saldırganlık	Fiziksel Saldırganlık	Kendine Karşı Saldırganlık	Cinsel Saldırganlık	Toplam Puan
	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)
07.00-13.00	2,50 (1,50 - 3,50)	1,50 (1,00 - 2,00)	2,00 (1,00 - 4,00)	1,00 (1,00 - 1,50)	1,94 (1,44 - 2,25)
13.00-18.00	2,58 (1,33 - 4,33)	1,50 (1,00 - 5,00)	2,13 (1,00 - 3,25)	1,00 (1,00 - 3,00)	2,03 (1,25 - 3,63)
18.00-24.00	2,67 (1,17 - 5,00)	1,50 (1,00 - 3,50)	2,25 (1,00 - 3,50)	1,00 (1,00 - 4,00)	2,06 (1,13 - 3,69)
00.00-07.00	2,67 (1,50 - 4,67)	1,50 (1,00 - 3,25)	2,50 (1,00 - 3,75)	1,50(1,00 - 2,50)	2,00 (1,31 - 3,38)
Hatırlanmıyor	2,42 (1,00 - 4,33)	1,25 (1,00 - 3,00)	2,00 (1,00 - 4,00)	1,00 (1,00 - 3,50)	1,94 (1,19 - 3,13)
Test İstatistiği	4,252	1,474	1,757	6,301	4,081
p*	0,373	0,831	0,780	0,178	0,395

*Kruskal Wallis testi, Min: Minimum, Max: Maximum

SSAÖ ve alt boyutlarının, katılımcıların mesleği isteyerek tercih etme durumları Tablo 11’de verilmiştir. Sözel, kendine karşı, cinsel saldırganlık alt boyut puanlarının ve SSAÖ toplam puanlarının katılımcıların mesleğini isteyerek tercih etme durumlarını incelediğimizde istatistiksel olarak anlamlı olmadığını ($p>0,05$), mesleği severek tercih edenlerin fiziksel saldırganlık algısının, etmeyenlere göre daha yüksek olduğunu gözlemledik. Mesleği severek tercih etme durumunda fiziksel saldırganlık algısında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu saptadık ($p<0,05$).

Tablo 11. SSAÖ ve alt boyutları ile katılımcıların mesleğini isteyerek tercih etme durumlarının karşılaştırılması

Mesleği isteyerek tercih etme durumu	Sözel Saldırganlık	Fiziksel Saldırganlık	Kendine Karşı Saldırganlık	Cinsel Saldırganlık	Toplam Puan
	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)
Hayır	2,67 (1,33 - 4,33)	1,50 (1,00 - 3,00)	2,00 (1,00 - 3,75)	1,00 (1,00 - 4,00)	2,09 (1,38 - 3,13)
Evet	2,50 (1,00 - 5,00)	1,50 (1,00 - 5,00)	2,25 (1,00 - 4,00)	1,00 (1,00 - 3,00)	1,97 (1,13 - 3,69)
Z	0,681	2,013	-0,206	1,321	1,089
p*	0,494	0,044	0,837	0,186	0,276

*Mann Whitney U test, Min: Minimum, Max: Maximum

Çalışılan bölümü isteyerek tercih etme durumuna göre saldırganlık algısı Tablo 12’de sunulmuştur. Çalıştığı bölümü isteyerek tercih etmeyen katılımcıların sözel saldırganlık ve toplam saldırganlık algısının daha yüksek olduğunu gözlemledik. Katılımcıların çalıştığı bölümü isteyerek tercih etme durumuna göre SSAÖ toplam puanı ve sözel saldırganlık alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunduğunu saptadık ($p<0,05$).

Tablo 12. SSAÖ ve alt boyutları ile katılımcıların çalıştığı bölümü isteyerek tercih etme durumlarının karşılaştırılması

Çalışılan bölümü isteyerek tercih etme durumu	Sözel Saldırganlık	Fiziksel Saldırganlık	Kendine Karşı Saldırganlık	Cinsel Saldırganlık	Toplam Puan
	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)
Hayır	3,00 (1,50 - 4,67)	1,75 (1,00 - 2,75)	2,25 (1,00 - 3,75)	1,00 (1,00 - 3,50)	2,19 (1,44 - 3,13)
Evet	2,50 (1,00 - 5,00)	1,50 (1,00 - 5,00)	2,00 (1,00 - 4,00)	1,00 (1,00 - 4,00)	1,94 (1,13 - 3,69)
Z	2,573	1,568	1,188	0,979	2,622
p*	0,010	0,117	0,235	0,327	0,009

*Mann Whitney U test, Min: Minimum, Max: Maximum

Katılımcıların çalıştığı acil servise günlük başvuran hasta sayısına göre saldırganlık algısının alt boyutları ve toplam puanı açısından farkları incelediğimizde; hasta sayısı arttıkça sözel saldırganlık, fiziksel saldırganlık, cinsel saldırganlık ve toplam saldırganlık algısı artma eğilimindedir. Sözel saldırganlık ve cinsel saldırganlık alt boyutlarında 1000-1500 hasta grubunun algısının 500’den az hastanın başvurduğu gruba göre daha yüksektir. Fiziksel saldırganlık algısı ise hasta sayısının 1500’den fazla olduğunda anlamlı bir şekilde yükseldiğini gördük. SSAÖ ve alt boyutları ile

katılımcıların çalıştığı acil servise başvuran günlük hasta sayısı karşılaştırıldığında sözel, fiziksel, cinsel saldırganlık alt boyutlarında ve SSAÖ toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunduğunu tespit ettik ($p<0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13. SSAÖ ve alt boyutları ile katılımcıların çalıştığı acil servise günlük başvuran hasta sayısına göre karşılaştırılması

Başvuran hasta sayısı	Sözel Saldırganlık	Fiziksel Saldırganlık	Kendine Karşı Saldırganlık	Cinsel Saldırganlık	Toplam Puan
	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)
<500	2,33 (1,00 - 4,67) ^a	1,25 (1,00 - 3,00) ^a	2,00 (1,00 - 3,50)	1,00 (1,00 - 2,50) ^{a,b}	1,88 (1,19 - 3,25) ^a
500-1000	2,67 (1,33 - 4,33) ^{a,b}	1,50 (1,00 - 5,00) ^{a,b}	2,13 (1,00 - 4,00)	1,00 (1,00 - 2,00) ^a	1,94 (1,38 - 3,63) ^{a,b}
1000-1500	2,83 (1,33 - 4,50) ^b	1,50 (1,00 - 3,50) ^b	2,25 (1,00 - 3,75)	1,00 (1,00 - 4,00) ^b	2,22 (1,13 - 3,38) ^b
>1500	2,75 (1,17 - 5,00) ^{a,b}	1,50 (1,00 - 3,25) ^{a,b}	2,25 (1,25 - 3,5)	1,00 (1,00 - 1,50) ^{a,b}	2,06 (1,69 - 3,69) ^{a,b}
Test İstatistiği	11,729	13,183	3,169	9,383	14,675
p*	0,008	0,004	0,366	0,025	0,002

^{a-b}: Aynı harfe sahip gruplar arasında istatistiksel fark yoktur (Dunn testi), *Kruskal Wallis testi, Min: Minimum, Max: Maximum

Katılımcıların çalıştıkları acil servisteki acil tıp araştırma görevlisi sayısına göre saldırganlık algısı Tablo 14’te verilmiştir. Sözel saldırganlık ve toplam puan açısından median değerlerin, daha fazla araştırma görevlisinin olduğu servislerde hafif bir artış göstermesi dikkat çekici olmakla birlikte, bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını gözlemledik ($p>0,05$).

Tablo 14. SSAÖ ve alt boyutları ile katılımcıların çalıştığı servisteki toplam acil tıp araştırma görevlisi sayılarının karşılaştırılması

Acil tıp araştırma görevlisi sayısı	Sözel Saldırganlık	Fiziksel Saldırganlık	Kendine Karşı Saldırganlık	Cinsel Saldırganlık	Toplam Puan
	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)
<50	2,42 (1,00 - 5,00)	1,50 (1,00 - 5,00)	2,13 (1,00 - 4,00)	1,00 (1,00 - 2,50)	1,94 (1,19 - 3,69)
50-100	2,67 (1,33 - 4,17)	1,50 (1,00 - 3,50)	2,00 (1,00 - 3,75)	1,00 (1,00 - 4,00)	2,13 (1,13 - 3,38)
>150	2,83 (2,00 - 4,50)	1,50 (1,00 - 2,00)	2,25 (1,00 - 3,75)	1,00 (1,00 - 3,50)	2,13 (1,44 - 3,13)
Test İstatistiği	4,592	3,228	1,156	1,425	4,482
p*	0,101	0,199	0,561	0,490	0,106

*Kruskal Wallis testi, Min: Minimum, Max: Maximum

Katılımcıların haftalık çalışma saatlerine göre saldırganlık algısının alt boyutları ve toplam puan açısından farklılıklarını değerlendirdiğimizde; haftalık çalışma saatine göre saldırganlık algısının hiçbir alt boyutunda ve toplam puanda istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15. SSAÖ ve alt boyutları ile haftalık çalışma saatine göre karşılaştırılması

Haftalık çalışma saati	Sözel Saldırganlık	Fiziksel Saldırganlık	Kendine Karşı Saldırganlık	Cinsel Saldırganlık	Toplam Puan
	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)
< 40 saat	2,50 (1,17 - 4,17)	1,25 (1,00 - 3,00)	2,50 (1,25 - 3,50)	1,00 (1,00 - 2,00)	1,94 (1,31 - 2,88)
> 40saat	2,50 (1,00 - 5,00)	1,50 (1,00 - 5,00)	2,00 (1,00 - 4,00)	1,00 (1,00 - 4,00)	2,00 (1,13 - 3,69)
Z	0,647	0,813	-1,314	1,764	0,246
p*	0,518	0,416	0,189	0,078	0,806

*Mann Whitney U test, Min: Minimum, Max: Maximum

Katılımcıların Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği'ne (MBÖ) verdikleri cevapların dağılımı Tablo 16'da gösterilmiştir. Katılımcıların %45,1'inin (n=92) sık sık doktorluğun kişisel imajı için önem taşıdığını düşündüğü, %38,7'sinin (n=79) doktor olduğu için sık sık gurur duyduğu, %32,8'inin (n=67) doktorluğu sık sık heyecan verici bir meslek olarak gördüğü saptandı. Araştırmaya katılan acil tıp araştırma görevlisi doktorların %40,2'sinde (n=82) ara sıra doktorluk mesleği ile kendini özdeşleştirmedeği, %31,9'unda (n=65) bazen doktor olmaktan hoşlanmadığı, %30,4'ünde (n=62) ise bazen doktorluk mesleğine girdiği için pişman olduğu saptandı. Katılımcıların %47,1'inin (n=96) şu anda mesleğini değiştirmek için kişisel olarak çok önemli fedakarlıklara katlanması gerektiğini çok sık düşündüğü, %43,6'sının (n=89) mesleğini değişmenin pahalıya mal olacağını çok sık düşündüğü, %37,7'sinin (n=77) sık sık bu mesleği şimdi değiştirmeyi düşünmeyecek kadar çok şey verdiğini düşündüğü, %27,0'ının (n=55) ise sık sık doktorluk mesleğine devam etmeyi, yerine getirmesi gereken bir sorumluluk olarak gördüğünü saptadık.

Tablo 16. Katılımcıların üç boyutlu MBÖ'ye verdikleri cevapların dağılımı

	Üç Boyutlu MBÖ									
	Asla		Ara Sıra		Bazen		Sık Sık		Çok Sık	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Doktorluk kişisel imajım açısından önem taşımaktadır.	13	6,4	25	12,3	32	15,7	92	45,1	42	20,6
2. Doktorluk mesleğine girdiğim için pişmanım.	26	12,7	57	27,9	62	30,4	30	14,7	29	14,2
3. Doktor olduğum için gurur duyuyorum.	20	9,8	21	10,3	43	21,1	79	38,7	41	20,1
4. Bir doktor olmaktan hoşlanmıyorum.	26	12,7	51	25,0	65	31,9	33	16,2	29	14,2
5. Doktorluk mesleği ile kendimi özdeşleştiremiyorum.	53	26,0	82	40,2	34	16,7	19	9,3	16	7,8
6. Doktorluğu heyecan verici bir meslek olarak görüyorum.	27	13,2	23	11,3	64	31,4	67	32,8	23	11,3
7. Bu mesleği şimdi değiştirmeyi düşünmeyecek kadar çok şey verdim.	13	6,4	15	7,4	25	12,3	77	37,7	74	36,3
8. Benim için mesleğimi değiştirmek şu anda çok zor olur.	10	4,9	11	5,4	16	7,8	84	41,2	83	40,7
9. Eğer mesleğimi değiştirirsem hayatım büyük ölçüde altüst olur.	26	12,7	31	15,2	41	20,1	53	26,0	53	26,0
10. Şu anda mesleğimi değiştirmem bana çok pahalıya patlar.	13	6,4	14	6,9	17	8,3	71	34,8	89	43,6
11. Beni doktorluk mesleğini değiştirmekten alıkoyacak herhangi bir neden yok.	37	18,1	34	16,7	51	25,0	59	28,9	23	11,3
12. Şu anda mesleğimi değiştirmem için kişisel olarak çok önemli fedakarlıklara katlanmam gerekir.	7	3,4	9	4,4	14	6,9	78	38,2	96	47,1
13. Belirli bir mesleğin eğitimini almış kişilerin o mesleği makul bir süre yapma sorumluluğu taşımaları gerektiğine inanıyorum.	52	25,5	35	17,2	40	19,6	45	22,1	32	15,7

		Üç Boyutlu MBÖ									
		Asla		Ara Sıra		Bazen		Sık Sık		Çok Sık	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
14.	Doktorluk mesleğinde kalmak için herhangi bir yükümlülük hissetmiyorum.	40	19,6	47	23,6	52	25,5	38	18,6	27	13,2
15.	Doktorluk mesleğine devam etmeyi, yerine getirmem gereken bir sorumluluk olarak görüyorum.	34	16,7	36	17,6	47	23,0	55	27,0	32	15,7
16.	Bana avantaj sağlayacak olsa bile, doktorluk mesleğini bırakmaya hakkım olmadığını düşünüyorum.	65	31,9	41	20,1	45	22,1	39	19,1	14	6,9
17.	Doktorluğu bırakırsam kendimi suçlu hissederim.	47	23,0	49	24,0	42	20,6	42	20,6	24	11,8
18.	Mesleğime duyduğum sadakatten dolayı doktorluk yapmaya devam ediyorum.	43	21,1	42	20,6	43	21,1	48	23,5	28	13,7

MBÖ: Mesleki Bağlılık Ölçeği

Üç Boyutlu MBÖ alt boyutlarına (Duygusal Mesleki Bağlılık, Mesleki Devamlılık Bağlılığı, Normatif Mesleki Bağlılık) ve toplam mesleki bağlılık puanına ait ortalama ve median değerleri Tablo 17’de verilmiştir. Katılımcılar en yüksek puanı sırasıyla mesleki devamlılık bağlılığı ($3,76 \pm 0,84$), ardından duygusal mesleki bağlılık ($3,07 \pm 0,51$) ve normatif mesleki bağlılık alt boyutundan ($2,81 \pm 0,93$) almışlardır (Tablo 17).

Tablo 17. Üç Boyutlu MBÖ toplam puanı ve alt boyut puanlarının ortalama ve median değerleri

	Ortalama $\pm$ SS	Median (min-max)
Duygusal mesleki bağlılık	$3,07 \pm 0,51$	3,00 (1,00 - 5,00)
Mesleki devamlılık bağlılığı	$3,76 \pm 0,84$	3,83 (1,00 - 5,00)
Normatif mesleki bağlılık	$2,81 \pm 0,93$	2,83 (1,00 - 5,00)
Mesleki bağlılık toplam	$3,22 \pm 0,58$	3,28 (1,00 - 5,00)

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Max: Maksimum

Yaş gruplarına göre Duygusal Bağlılık, Devamlılık Bağlılığı ve Mesleki Bağlılık toplam puanı Tablo 18’de verilmiştir. Yaş grupları arasında mesleki devamlılık bağlılığı ve mesleki bağlılık toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$). Mesleki duygusal bağlılık düzeyi değerlendirildiğinde ise 20-30 yaş grubunun, 31-40 yaş grubuna göre mesleki duygusal bağlılık düzeyinin daha yüksek olduğunu gözlemledik ve duygusal mesleki bağlılık alt boyutunda yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptadık ($p<0,05$).

Tablo 18. Üç Boyutlu MBÖ ve duygusal bağlılık ve devamlılık bağlılığı alt boyutlarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması

Yaş Grubu	Duygusal Bağlılık	Devamlılık Bağlılığı	Mesleki Bağlılık Ölçeği
	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)
20-30 yaş	3,17 (1,00 - 5,00) ^a	3,83 (1,00 - 5,00)	3,28 (1,00 - 5,00)
31-40 yaş	3,00 (1,33 - 4,17) ^b	3,83 (1,17 - 5,00)	3,25 (1,17 - 4,50)
41 yaş ve üzeri	3,00 (2,67 - 3,67) ^{a,b}	4,17 (3,17 - 4,83)	3,39 (3,00 - 3,89)
Test İstatistiği	6,915	1,592	1,124
p*	0,032	0,451	0,570

^{a-b}: Aynı harfe sahip gruplar arasında istatistiksel fark yoktur (Dunn testi), *Kruskal Wallis testi, Min: Minimum, Max: Maximum

Yaş gruplarına göre mesleki normatif bağlılık alt boyutunun karşılaştırılması Tablo 19’da verilmiştir. Yaş gruplarına göre, normatif bağlılık açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptamadık ($p>0,05$).

Tablo 19. Üç Boyutlu MBÖ ve normatif bağlılık alt boyutunun yaş gruplarına göre karşılaştırılması

Yaş Grubu	Normatif bağlılık
	Ort ± SS
20-30 yaş	2,76 ± 0,95
31-40 yaş	2,89 ± 0,9
41 yaş ve üzeri	3,03 ± 1,02
F	0,564
p*	0,570

*Tek yönlü varyans analizi (One-way ANOVA), Ort: Ortalama, S.S:Standart sapma

Üç Boyutlu MBÖ ve alt boyutlarının cinsiyete göre karşılaştırılması Tablo 20’de verilmiştir. Duygusal mesleki bağlılık ve mesleki devamlılık bağlılığı alt boyutlarında kadın ve erkek cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Kadınların normatif bağlılık puanının ve mesleki

bağlılık toplam puanının, erkeklere oranla daha yüksek olduğunu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptadık ($p<0,05$).

Tablo 20. Üç Boyutlu MBÖ ve alt boyutlarının cinsiyete göre karşılaştırılması

Cinsiyet	Duygusal Bağlılık	Devamlılık Bağlılığı	Normatif Bağlılık	Mesleki Bağlılık Ölçeği
	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)
Erkek	3,00 (1,00 - 5,00)	3,83 (1,00 - 5,00)	2,67 (1,00 - 5,00)	3,22 (1,00 - 5,00)
Kadın	3,00 (1,50 - 4,33)	4,00 (2,00 - 5,00)	3,00 (1,00 - 5,00)	3,33 (1,83 - 4,78)
Z	-0,137	-0,702	-2,67	-2,052
p*	0,891	0,483	0,008	0,040

*Mann Whitney U test, Min: Minimum, Max: Maximum

Medeni durumun (bekar ve evli) Üç Boyutlu MBÖ alt boyutları (Duygusal Mesleki Bağlılık, Mesleki Devamlılık Bağlılığı, Normatif Mesleki Bağlılık) ve toplam mesleki bağlılık puanı üzerindeki etkisi Tablo 21’de verilmiştir. Mesleki duygusal bağlılık alt boyut puanının medeni durumdan etkilendiği, bekarların puanlarının evlilerin puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğunu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptadık ($p<0,05$).

Tablo 21. Üç Boyutlu MBÖ ve alt boyutlarının medeni duruma göre karşılaştırılması

Medeni Durum	Duygusal Bağlılık	Devamlılık Bağlılığı	Normatif bağlılık	Mesleki Bağlılık Ölçeği
	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)
Bekar	3,17 (1,33 - 5,00)	3,83 (1,17 - 5,00)	3,00 (1,00 - 5,00)	3,31 (1,17 - 5,00)
Evli	3,00 (1,00 - 4,17)	3,83 (1,00 - 5,00)	2,67 (1,00 - 5,00)	3,19 (1,00 - 4,50)
Z	-2,503	-0,401	-1,04	-1,423
p*	0,012	0,689	0,298	0,155

*Mann Whitney U test, Min: Minimum, Max: Maximum

Katılımcıların acil tıp araştırma görevlisi olarak çalışma yılına göre Üç Boyutlu MBÖ alt boyutları puanları ve toplam mesleki bağlılık puanları Tablo 22’de verilmiştir. Yeni başlayan (<1 yıl) grubun tüm boyutlarda biraz daha yüksek bağlılık puanlarına sahip olmasına rağmen, acil asistanı olarak çalışma süresi ile mesleki bağlılık alt boyutlarında ve toplam mesleki bağlılık puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmedik ($p>0,05$).

Tablo 22. Üç Boyutlu MBÖ ve alt boyutlarının acil tıp araştırma görevlisi olarak çalışma yılına göre karşılaştırılması

Acil tıp araştırma görevlisi olarak çalışma yılı	Duygusal Bağlılık	Devamlılık Bağlılığı	Normatif bağlılık	Mesleki Bağlılık Ölçeği
	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)
<1 yıl	3,17 (1,50 - 5,00)	4,00 (1,17 - 5,00)	3,00 (1,00 - 5,00)	3,33 (1,28 - 5,00)
1 yıl- 3 yıl	3,00 (1,00 - 4,00)	3,83 (1,00 - 5,00)	2,50 (1,00 - 5,00)	3,22 (1,00 - 4,50)
>3 yıl	3,00 (1,33 - 4,33)	3,83 (1,00 - 5,00)	2,67 (1,00 - 5,00)	3,25 (1,17 - 4,78)
Test İstatistiği	3,899	1,046	4,171	5,203
<i>p*</i>	0,142	0,593	0,124	0,074

*Kruskal Wallis testi, Min: Minimum, Max: Maximum

Katılımcıların çalışma şeklinin, Üç Boyutlu MBÖ toplam puanı ve alt boyut puanlarıyla ilişkisi Tablo 23'te verilmiştir. Çalışma şekli ile mesleki bağlılık alt boyutlarında ve toplam mesleki bağlılık puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptamadık ($p>0,05$).

Tablo 23. Üç Boyutlu MBÖ ve alt boyutları ile katılımcıların çalışma şeklinin karşılaştırılması

Çalışma Şekli	Duygusal Bağlılık	Devamlılık Bağlılığı	Normatif bağlılık	Mesleki Bağlılık Ölçeği
	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)
Vardiya	3,00 (2,50 - 4,17)	3,83 (3,17 - 5,00)	3,00 (1,17 - 5,00)	3,33 (2,61 - 4,33)
24 saat	3,00 (1,00 - 5,00)	3,83 (1,00 - 5,00)	2,67 (1,00 - 5,00)	3,22 (1,00 - 5,00)
Z	-0,006	-0,904	-0,917	-1,277
<i>p*</i>	0,995	0,386	0,359	0,201

*Mann Whitney U test, Min: Minimum, Max: Maximum

Mesleği severek tercih etme durumu ile MBÖ alt boyutları ve toplam mesleki bağlılık puanı arasındaki ilişki Tablo 24'te verilmiştir. Toplam mesleki bağlılık puanı, duygusal mesleki bağlılık ve mesleki devamlılık bağlılığı alt boyutları açısından mesleği severek tercih edenler ve etmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 24. Üç Boyutlu MBÖ ve alt boyutlarının mesleği severek tercih etme durumuna göre karşılaştırılması

Mesleği severek tercih etme durumu	Duygusal Bağlılık	Devamlılık Bağlılığı	Mesleki Bağlılık Ölçeği
	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)
Hayır	3,17 (1,00 - 4,17)	3,67 (1,00 - 4,83)	3,14 (1,00 - 4,17)
Evet	3,00(1,00 - 5,00)	3,83 (1,00 - 5,00)	3,28 (1,00 - 5,00)
Z	1,381	-0,667	-1,668
p*	0,167	0,505	0,095

*Mann Whitney U test, Min: Minimum, Max: Maximum

Mesleği severek tercih etme durumu ile normatif bağlılık düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 25’te verilmiştir. Mesleği severek tercih edenlerin normatif bağlılık düzeyi severek tercih etmeyenlere göre anlamlı şekilde daha yüksektir. Normatif bağlılık düzeyi açısından, mesleği severek tercih edenler ile etmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Tablo 25. Üç Boyutlu MBÖ Normatif Bağlılık alt boyutunun mesleği severek tercih etme durumuna göre karşılaştırılması

Mesleği severek tercih etme durumu	Normatif bağlılık
	Ort $\pm$ SS
Hayır	2,48 $\pm$ 0,88
Evet	2,87 $\pm$ 0,93
Test istatistiği	2,101
p*	0,037

*Bağımsız örneklem t testi, Ort: Ortalama, S.S:Standart sapma

Çalışılan bölümü isteyerek tercih etme durumu ile MBÖ alt boyutları ve toplam mesleki bağlılık puanı arasındaki ilişki Tablo 26’da verilmiştir. Mesleği "isteyerek tercih eden" ve "etmeyen" gruplar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığını saptadık ($p>0,05$).

Tablo 26. Üç Boyutlu MBÖ ve alt boyutlarının çalışılan bölümü isteyerek tercih etme durumuna göre karşılaştırılması

Çalışılan bölümü isteyerek tercih durumu	Duygusal Bağlılık	Devamlılık Bağlılığı	Normatif bağlılık	Mesleki Bağlılık Ölçeği
	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)
Hayır	3,17 (1,00 - 3,83)	4,17 (1,00 - 5,00)	2,17 (1,00 - 4,17)	3,11 (1,00 - 4,00)
Evet	3,00 (1,33 - 5,00)	3,83 (1,00 - 5,00)	2,83 (1,00 - 5,00)	3,28 (1,17 - 5,00)
Z	-0,171	0,211	-1,931	-0,95
p*	0,864	0,833	0,053	0,342

*Mann Whitney U test, Min: Minimum, Max: Maximum

Acil servise günlük başvuran hasta sayısı ile MBÖ alt boyutları (Duygusal Mesleki Bağlılık, Mesleki Devamlılık Bağlılığı) ve toplam mesleki bağlılık puanı arasındaki ilişki Tablo 27’de verilmiştir. Duygusal bağlılık düzeyleri açısından başvuran hasta sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$).

Tablo 27. Üç Boyutlu MBÖ ve alt boyutlarının acil servise günlük başvuran hasta sayısına göre karşılaştırılması

Başvuran hasta sayısı	Duygusal Bağlılık	Devamlılık Bağlılığı	Mesleki Bağlılık Ölçeği
	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)
<500	3,08 (1,50 - 4,33)	4,00 (1,00 - 5,00)	3,28 (1,28 - 4,78)
500-1000	3,00 (1,50 - 3,83)	4,00 (1,50 - 5,00)	3,25 (1,56 - 4,28)
1000-1500	3,00 (1,00 - 5,00)	3,83 (1,00 - 5,00)	3,28 (1,00 - 5,00)
>1500	3,08 (2,50 - 4,17)	3,58 (2,17 - 4,67)	3,08 (2,33 - 4,11)
Test İstatistiği	3,628	1,405	2,303
p*	0,163	0,495	0,316

*Kruskal Wallis testi, Min: Minimum, Max: Maximum

Üç Boyutlu MBÖ Normatif Bağlılık alt boyutu ile acil servise günlük başvuran hasta sayısının karşılaştırılmasına ilişkin veriler Tablo 28’de verilmiştir. Daha az hasta başvurusu olan grupların (<500 hasta) normatif bağlılık düzeylerinin diğer gruplara kıyasla daha yüksek olduğunu gözlemledik. Ancak bu farkın istatistiksel olarak bir anlam ifade etmediğini saptadık ($p>0,05$).

Tablo 28. Üç Boyutlu MBÖ Normatif Bağlılık alt boyutunun acil servise günlük başvuran hasta sayısına göre karşılaştırılması

Başvuran hasta sayısı	Normatif bağlılık
	Ort ± SS
<500	2,91 ± 0,89
500-1000	2,78 ± 0,88
1000-1500	2,82 ± 1,106
>1500	2,45 ± 0,87
F	1,110
p*	0,346

*Tek yönlü varyans analizi (One-way ANOVA), Ort: Ortalama, S.S: Standart sapma

Katılımcıların çalıştığı servisteki acil tıp araştırma görevlisi sayısı ile MBÖ alt boyutları ve toplam mesleki bağlılık puanı arasındaki ilişki Tablo 29’da verilmiştir. Daha az araştırma görevlisi bulunan servislerde (<50 asistan) duygusal bağlılık ve toplam mesleki bağlılık puanları biraz daha yüksek olmasına rağmen, çalışan servisteki araştırma görevlisi sayısının, mesleki bağlılık alt boyutları ve toplam

puan üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığını belirlendik ($p>0,05$).

Tablo 29. Üç Boyutlu MBÖ ve alt boyutlarının çalışılan servisteki acil tıp araştırma görevlisi sayısına göre karşılaştırılması

Acil tıp araştırma görevlisi sayısı	Duygusal Bağlılık	Devamlılık Bağlılığı	Normatif bağlılık	Mesleki Bağlılık Ölçeği
	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)
<50	3,00 (1,00 - 4,33)	4,00 (1,00 - 5,00)	2,67 (1,00 - 5,00)	3,28 (1,00 - 4,78)
50-100	3,00 (1,00 - 5,00)	3,83 (1,00- 5,00)	3,00 (1,00 - 5,00)	3,33 (1,00 - 5,00)
>150	3,00 (2,50 - 3,67)	3,50 (2,83 - 4,50)	2,50 (1,00 - 3,00)	3,00 (2,33 - 3,44)
Test				
İstatistiği	3,628	1,405	2,964	2,303
p*	0,163	0,495	0,227	0,316

*Kruskal Wallis testi, Min: Minimum, Max: Maximum

Haftalık çalışma süresine göre grupların MBÖ alt boyutları ve toplam mesleki bağlılık puanı arasındaki ilişki incelenmiştir (Tablo 30). Haftalık çalışma saati ile mesleki bağlılık alt boyutları ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 30. Üç Boyutlu MBÖ ve alt boyutlarının haftalık çalışma saatlerine göre karşılaştırılması

Haftalık çalışma saati	Duygusal Bağlılık	Devamlılık Bağlılığı	Normatif bağlılık	Mesleki Bağlılık Ölçeği
	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)
< 40 saat	3,00 (2,67 - 4,33)	4,00 (2,50 - 5,00)	3,00 (1,83 - 5,00)	3,33 (2,61 - 4,78)
> 40saat	3,00 (1,00 - 5,00)	3,83 (1,00 - 5,00)	2,83 (1,00 - 5,00)	3,28 (1,00 - 5,00)
Z	-0,099	-0,467	-0,765	-0,619
p*	0,921	0,64	0,444	0,536

*Mann Whitney U test, Min: Minimum, Max: Maximum

SSAÖ ve MBÖ alt boyutları arasındaki ilişki Tablo 31’de verilmiştir. Korelasyon analizi için Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Korelasyon katsayısı (r) ilişkinin yönü ve gücünü, p değeri ise istatistiksel anlamlılığı göstermektedir. SSAÖ alt boyutları ile SSAÖ toplam puanı arasındaki ilişkiler incelendiğinde, tüm alt gruplar ile SSAÖ toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon olduğu görüldü. SSAÖ toplam puanı ile en güçlü korelasyon gösteren alt grup sözel

saldırganlık alt grubu iken ($r=0.876$ $p<0.001$), en zayıf korelasyon gösteren grup cinsel saldırganlık alt grubu idi ($r=0.488$ $p<0.001$).

SSAÖ ve MBÖ alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, duygusal bağıllık ile sözel saldırganlık ($r=0.232$, $p=0.001$) ve SSAÖ toplam puanı ($r=0.18$, $p=0.001$) ile anlamlı ve zayıf bir pozitif ilişki saptandı. Mesleki devamlılık bağıllığı ile fiziksel saldırganlık ($r=-0.146$, $p=0.037$) ve cinsel saldırganlık ($r=-0.162$, $p=0.021$) arasında negatif yönde zayıf korelasyon olduğu görüldü. Normatif bağıllık ise, saldırganlık alt boyutlarıyla anlamlı bir ilişki göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 31).



Tablo 31. SSAÖ ve alt boyut puanları ile Üç Boyutlu MBÖ alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi

		Sözel Saldırganlık	Fiziksel Saldırganlık	Kendine Karşı Saldırganlık	Cinsel Saldırganlık	SSAÖ Toplam puan	Duygusal Bağlılık	Devamlılık Bağlılığı	Normatif Bağlılık	MBÖ Toplam puan
Sözel Saldırganlık	r p	1,000								
Fiziksel Saldırganlık	r p	0,543 <0,001***	1,000							
Kendine Karşı Saldırganlık	r p	0,238 0,001***	0,294 <0,001***	1,000						
Cinsel Saldırganlık	r p	0,356 <0,001***	0,330 <0,001***	0,274 <0,001***	1,000					
SSAÖ Toplam puan	r p	0,876 <0,001***	0,707 <0,001***	0,603 <0,001***	0,488 <0,001***	1,000				
Duygusal Bağlılık	r p	0,232 0,001***	0,086 0,220	0,063 0,373	-0,011 0,879	0,18 0,01**	1,000			
Devamlılık Bağlılığı	r p	-0,031 0,660	-0,146 0,037*	0,079 0,262	-0,162 0,021*	-0,031 0,663	0,229 0,001***	1,000		
Normatif Bağlılık	r p	-0,091 0,194	-0,134 0,056	-0,035 0,621	0,062 0,376	-0,077 0,273	0,105 0,137	0,208 0,003**	1,000	
MBÖ Toplam puan	r p	-0,007 0,916	-0,132 0,061	0,019 0,785	-0,036 0,606	-0,019 0,790	0,427 <0,001***	0,684 <0,001***	0,771 <0,001***	1,000

r: Spearman korelasyon katsayısı, p: anlamlılık düzeyi, *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001, SSAÖ: Saldırganlık sıklığını algılama ölçeği, MBÖ: Mesleki bağlılık ölçeği

5. TARTIŞMA

Şiddet, gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkelerde giderek artış gösteren, toplum sağlığını ilgilendiren ciddi bir sorundur. Sağlık personellerine yönelik uygulanan şiddet, sağlık çalışanlarında memnuniyetsizlik ve düşük verimliliğe neden olarak hasta bakımı ve sağlık hizmeti sunumu üzerinde olumsuz sonuçlara yol açabilmekte ve sağlık çalışanlarının mesleklerine olan bağlılıklarını azaltarak işten ayrılmayı gündemlerine almalarına yol açabilmektedir. Çalışmamızda acil tıp araştırma görevlisi doktorların işyerinde maruz kaldıkları şiddetin mesleklerine olan bağlılıklarına etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

Çalışmamızda şiddet uygulayan kişilerin %84,3'ünün hasta yakınları olduğu belirlenmiştir. Literatürdeki benzer araştırmalar da bulgularımızla tutarlı bir şekilde, sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddetin en sık hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiğini ortaya koymaktadır (1, 6, 81-83). Özcan ve Bilgin (41) tarafından Türkiye'de sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin araştırıldığı sistematik bir derlemede şiddet uygulayan kişilerin en çok hasta yakınları olduğu ve bunu takiben hastalar olduğu bildirilmiştir. Bazı çalışmalarda ise çalışmamızın bulgularından farklı olarak sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulayan kişilerin en çok hastalar olduğu bildirilmiştir (14, 84-86). Farklı çalışmalarda hastaların şiddet uygulayanlar arasında öne çıkması, hasta profillerinin nörolojik ve psikiyatrik farklılıklarından, örneklem farklarından (örneğin psikiyatri hastanesi veya acil servis) ve metodolojik yöntem farklılıklarından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %39,2'si şiddetin en çok 18.00-24.00 saatleri arasında meydana geldiğini belirtmişlerdir. Çalışmamızla uyumlu olarak literatürdeki bazı çalışmalarda şiddetin genellikle gece saatlerinde (örneğin 16.00-08.00 ve 01.00-06.00 saat dilimleri) meydana geldiği bildirilmiştir (81, 82, 87, 88). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının gece saatlerinde artması, gece saatlerinde başvuran hasta profillerindeki çeşitliliklerden (alkol veya madde bağımlıları, travma ve diğer ciddi vakalar) ve hastaların veya hasta yakınlarının psikolojik olarak gerginlik ve sabırsızlık seviyelerinin gece saatlerinde artmasından kaynaklanabilir. Imran ve ark. (6) çalışmasında ise çalışmamızın bulgularından farklı olarak şiddet vakalarının gündüz saatlerinde daha fazla olduğu belirtilmiştir. Bulgulardaki bu farklılıklara, gündüz saatlerinde daha fazla hasta ve hasta yakını olması, kültürel ve organizasyonel faktörlerdeki farklılıklar neden olabilir.

Çalışmaya katılan acil tıp araştırma görevlisi doktorların şiddete maruz kaldıktan sonra yalnızca %30,4'ünün yasal işlem başlattığı, %14,2'sinin yönetime rapor ettiği, %24,5'inin hiçbir şey yapmadığı ve %31,9'unun maruz kaldıkları şiddeti bildirmenin veya başkalarına bahsetmenin işe yaramayacağını düşündüğü saptanmıştır. Çalışmamızda, katılımcıların şiddete maruz kaldıktan sonra büyük bir kısmının olay sonrası yasal süreç başlatmaktan kaçındığı ve sessiz kalma eğiliminde olduğu görülmüştür. Zampieron ve ark. (27) tarafından yapılan bir çalışmada, çalışmamızın bulguları ile benzer olarak saldırıya uğrayanların %53'ünün olaydan sonra yardım talebinde bulunmadığı saptanmıştır. Tarhan ve ark. (88) tarafından yapılan bir çalışmada katılımcıların %26,4'ünün maruz kaldıkları şiddet olayını yönetime bildirerek raporladığı, buna karşın %79,1'inin maruz kaldığı şiddeti raporlamadığı, %47'sinin ise maruz kaldığı şiddeti gereksiz olduğunu düşünerek raporlamadığı belirlenmiştir. Bayraktar (14) tarafından Kocaeli ilinde doktorlara uygulanan bir çalışmada, katılımcıların %63,3'ünün maruz kaldıkları son şiddete tepki vermediği, %40,5'inin maruz kaldıkları şiddeti yalnızca ailesine veya arkadaşlarına anlattığı, %51,4'ünün olumsuz sonuçlardan korktukları için şiddet olayından başkalarına bahsetmediği, %52,5'inin ise şiddet olaylarının engellenemez olduğunu düşündüğü bildirilmiştir. Çalışmamızda raporlamanın gereksiz olduğunu düşünenlerin oranı daha düşük olmasına rağmen literatürdeki benzer çalışmalarda "raporlama gereksiz" algısının yaygın olması dikkat çekicidir. Çalışmamız literatürdeki benzer çalışmalarla karşılaştırıldığında, şiddet sonrası davranışlardaki ortak eğilimlerin, sağlık çalışanlarına yönelik global bir sorun olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda SSAÖ toplam puan ortalaması $2,08 \pm 0,5$ olarak saptandı. SSAÖ toplam puan ortalaması çalışmamızın bulguları ile benzer olarak Haines'in (89) çalışmasında $2,8 \pm 0,97$, Jonker ve arkadaşlarının (90) çalışmasında $2,46 \pm 0,76$, Kıymaz'ın (1) çalışmasında ise $2,13 \pm 0,69$ olarak belirlenmiştir.

Çalışmamızda acil tıp araştırma görevlisi doktorlarının SSAÖ'den aldıkları puanlar incelendiğinde, sözel saldırganlık alt boyutunda $2,64 \pm 0,81$ ile en yüksek, cinsel saldırganlık alt boyutunda ise $1,22 \pm 0,44$ ile en düşük değerlerin elde edildiği belirlenmiştir. Kıymaz'ın (1) çalışmasında, katılımcıların en yüksek puanı $2,69 \pm 0,95$ ile sözel saldırganlık, en düşük puanı ise $1,20 \pm 0,42$ ile cinsel saldırganlık alt boyutunda aldıkları saptanmıştır. Aynı şekilde, Loughland ve ark. (91) çalışmasında

da katılımcıların sözel saldırganlık alt boyutunda ($1,11 \pm 1,06$) en yüksek, cinsel saldırganlık alt boyutunda ($0,15 \pm 0,35$) en düşük puanı aldığı belirlenmiştir. Literatürdeki diğer araştırmalar incelendiğinde çalışmamızın bulguları ile uyumlu olarak katılımcıların en çok sözel saldırganlık ile karşılaştıkları bildirilmiştir (41, 84, 90, 92, 93).

Çalışmamızda SSAÖ toplam ve alt boyut puanları üzerinde yaş ve cinsiyetin etkili olmadığı tespit edilmiştir. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda bulgularımızla benzer olarak yaş ve cinsiyetin, SSAÖ puanlarının toplam ve alt boyutlarında farklılık yaratmadığı bildirilmiştir (1, 91).

Çalışmamızda SSAÖ cinsel saldırganlık alt boyutunda katılımcıların medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Evli bireylerin cinsel saldırganlık algısı bekarlara kıyasla daha yüksek saptanmıştır. Bu bulgu, toplumsal rollerin ve kişisel hassasiyetlerin cinsel saldırganlığın algılanmasında önemli faktörler olabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda, acil servise günlük başvuran hasta sayısının artmasıyla çalışmamıza katılan acil tıp araştırma görevlisi doktorların saldırganlık algısının alt boyutları (sözel, fiziksel, cinsel saldırganlık) ve toplam puanın anlamlı şekilde arttığı saptanmıştır. Bu bulgular, başvuran hasta sayısındaki artışın iş yükü ve stres düzeyi üzerinde önemli bir etkisi olduğunu ve bunun saldırganlık algısını doğrudan artırabileceğini göstermektedir. Kıymaz'ın (1) çalışmasında günlük başvuran hasta sayısının artması ile katılımcıların özellikle sözel saldırganlık algısında artma olduğu belirtilmiştir. Tarhan ve ark. (88) tarafından acil servis hemşireleri üzerinde yapılan bir çalışmada ise hasta yoğunluğu arttıkça özellikle fiziksel saldırganlık olaylarının daha sık ortaya çıktığı vurgulanmıştır. Zhou ve ark. (94) tarafından Çin'de hastanede çalışan sağlık personelleri üzerinde yapılan bir çalışmada da, araştırma bulgularımız ile benzer olarak hasta trafiğinin yoğun olduğu acil servislerde katılımcıların saldırganlık algısının yüksek olduğu bildirilmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda, saldırganlık algısının azaltılması için hasta yoğunluğunun dengelenmesi, personel sayısının artırılması ve güvenlik önlemlerinin güçlendirilmesi gerektiği görülmektedir.

Çalışmamızın bulgularına göre mesleği severek tercih edenlerin fiziksel saldırganlık algısının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın bulguları ile

uyumlu olarak İtalya’da yapılan bir çalışmada, mesleği ile duygusal bağı güçlü olan hemşirelerin saldırgan davranışları daha fazla algıladığı belirlenmiştir (27). Acil servis çalışanları üzerinde yapılan bir başka çalışmada, mesleğine bağlılığı yüksek olan katılımcıların saldırganlık algısının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (82). Doktorlara ve hemşirelere uygulanan işyeri şiddetinin sıklığını araştıran bir başka çalışmada da, mesleğine yüksek duygusal bağlılığı olan sağlık çalışanlarının şiddet olaylarını daha sık raporladıkları bildirilmiştir (6). Bu doğrultuda meslek sevgisinin saldırganlıkla baş etme yetisini artırmadığı veya idealist beklentilerin daha fazla hayal kırıklığına neden olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda acil tıp araştırma görevlisi doktorlara uygulanan MBÖ sonuçlarına göre, katılımcıların en yüksek puanı mesleki devamlılık bağlılığı ($3,76 \pm 0,84$), ardından duygusal mesleki bağlılık ($3,07 \pm 0,51$) ve en düşük puanı normatif mesleki bağlılık ($2,81 \pm 0,93$) alt boyutundan aldıkları belirlenmiştir. Bulgularımızla uyumlu olarak, Kıymaz’ın (1) hemşirelere yönelik anket çalışmasında, katılımcıların en yüksek puanı mesleki devamlılık bağlılığı ($4,65 \pm 1,24$), ardından duygusal mesleki bağlılık ($4,25 \pm 0,92$) ve normatif mesleki bağlılık ($4,22 \pm 1,19$) alt boyutlarından aldıkları rapor edilmiştir. Haydari (95) tarafından MBÖ kullanılarak hemşirelere uygulanan anket çalışmasında katılımcılar duygusal bağlılık alt boyutundan 3.97 ± 1.36 , normatif bağlılık alt boyutundan 3.61 ± 1.32 , devamlılık bağlılığı alt boyutundan 4.67 ± 1.48 puan aldıkları belirlenmiştir. Bu çalışmalarda mesleki devamlılık bağlılığının en yüksek puan alması, sağlık çalışanlarının mesleklerini sürdürme kararlarının daha çok ekonomik ve maliyet temelli olduğunu göstermektedir. Hemşireler arasında daha yüksek olan duygusal ve normatif bağlılık, acil tıp doktorları arasında daha düşük puanlanmıştır. Bu, doktorların yoğun iş yükü, hasta trafiği ve stresle baş etme zorluklarından kaynaklanabilir. Tak ve Çiftçiöğlu (96) tarafından yapılan, katılımcıların farklı klinik branş ve statülerdeki doktorlardan oluştuğu bir başka çalışmada ise katılımcıların duygusal mesleki bağlılık alt boyutunda en yüksek, normatif mesleki bağlılık alt boyutunda ise en düşük puanı aldıkları bildirilmiştir. Bu, acil tıp doktorlarının spesifik iş yükü ve stres faktörlerinin duygusal bağlılıklarını azaltabileceğini düşündürülebilir.

Çalışmamızın bulgularına göre, yaş faktörünün mesleki devamlılık bağlılığı alt boyut puanı ve mesleki bağlılık toplam puanı üzerinde etkili olmadığı, duygusal

mesleki bağıllık alt boyut puanı üzerinde ise etkili olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda 20-30 yaş aralığındaki katılımcıların, 31-40 yaş aralığındaki katılımcılara kıyasla daha yüksek duygusal bağıllık düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, genç doktorların mesleğe daha yüksek duygusal bağıllık duyduğunu göstermektedir. Literatür incelendiğinde, bulgularımızın aksine Kıymaz'ın (1) hemşirelerin mesleki bağıllıklarını inceleyen çalışmasında yaştan MBÖ toplam puan ve alt boyut puanları üzerinde etkili olmadığı, Gambino'nun (97) çalışmasında ise katılımcıların yaşı arttıkça normatif mesleki bağıllık alt boyut puanlarının arttığı belirtilmiştir. Araştırma sonuçlarındaki farklılıklar, çalışmaya katılan grupların kültürel farklılıklardan, meslek gruplarındaki farklılıklardan, meslekler arasındaki etik algı farklılıklarından ve normatif mesleki bağıllığa verilen önemin değişiklik göstermesinden kaynaklanabilir.

Çalışmamızın sonuçları, kadın katılımcıların toplam ve normatif mesleki bağıllık düzeylerinin erkek katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Çalışmamız, cinsiyetin mesleki bağıllık alt boyutları üzerindeki farklı etkilerini ortaya koymaktadır. Kadınların normatif bağıllıklarının ve toplam mesleki bağıllık puanlarının daha yüksek olması, toplumsal roller ve etik sorumluluk algılarıyla açıklanabilir.

Bu çalışmada mesleğini severek tercih etmenin normatif mesleki bağıllık alt boyutu üzerinde etkili olduğu ve mesleği severek tercih edenlerde, mesleğini severek tercih etmeyenlere göre normatif mesleki bağıllık alt boyut puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kıymaz'ın (1) çalışmasında mesleğini isteyerek tercih edenlerin duygusal mesleki bağıllık alt boyut puanlarının ve mesleğini sevenlerin duygusal ve normatif mesleki bağıllık alt boyutlarının puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu bulgular, mesleki bağıllık türlerinin meslek gruplarının çalışma koşulları ve rollerine göre farklı şekillerde etkilendiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda SSAÖ alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde sözel saldırganlık algısı yüksek olan bireylerin fiziksel saldırganlık algısının da yüksek olma eğiliminde olduğu, kendine yönelik saldırganlık algısı ve cinsel saldırganlık algısı arttıkça diğer saldırganlık türlerinin de algılanma eğiliminde olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda aynı zamanda SSAÖ toplam puanı, tüm saldırganlık alt boyutlarıyla istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek düzeyde pozitif bir ilişki göstermektedir. Literatür incelendiğinde Kıymaz'ın (1) çalışmasında sözel ve

fiziksel saldırganlık arasında güçlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Zhou ve ark. (94) sağlık çalışanlarının sözel ve fiziksel saldırganlığı birlikte algılama eğilimi olduğunu, Ferri ve ark. (82) ise sözel saldırganlığın diğer saldırganlık türleriyle en güçlü ilişkiyi gösterdiğini bildirmiştir. Bu, çalışmamızın bulgularının literatürle benzer olduğunu göstermektedir.

SSAÖ ve MBÖ alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, fiziksel saldırganlık ve cinsel saldırganlık algısı ile mesleki devamlılık bağlılığı arasında zayıf düzeyde negatif yönde anlamlı korelasyon olduğu görüldü. Normatif bağlılığın ise, saldırganlık alt boyutları ile anlamlı bir ilişki göstermediği saptandı. Literatür incelendiğinde, hemşirelerde SSAÖ ile MBÖ alt boyutları arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada, çalışmamızın bulgularıyla benzer bulgular saptamış olup SSAÖ toplam puanının tüm alt boyutlarla anlamlı ve pozitif bir ilişki gösterdiği, saldırganlık algısı arttıkça çalışanların mesleklerine yönelik duygusal bağlılıklarının ve devamlılık bağlılıklarının arttığı, normatif bağlılıklarının ise etkilenmediği bildirilmiştir (1). Bu iki çalışma arasında saldırganlık algısı ile mesleki bağlılık arasındaki ilişkilerde bazı benzerlikler bulunmasına rağmen, meslek gruplarının farklı doğası bu ilişkilerin derecesini ve yönünü etkileyen önemli bir faktör olmuştur. Imran ve ark. (6) tarafından yapılan bir anket çalışmasında saldırganlık algısı yüksek olan doktor ve hemşirelerin mesleki bağlılıklarının arttığı bildirilmiştir. Gambino (97) saldırganlık algısı ile devamlılık bağlılığı arasında, Jonker ve ark. (90) ise saldırganlık algısı ile duygusal mesleki bağlılık arasında pozitif bir ilişki tespit ettiklerini bildirmişlerdir.

6. KISITLILIKLAR

- 1- Çalışmamızda kar topu örnekleme yöntemi kullanıldığından katılımcılar rastgele seçilememiştir.
- 2- Veriler, anket çalışması şeklinde, katılımcıların beyanlarına dayanarak toplandığından eksik veya yanlış bildirim gibi olasılıkları bulunmaktadır.
- 3- Doktorlara yönelik SSAÖ ve MBÖ'nün her ikisinin de kullanılarak yapılan anket çalışmalarının azlığı, çalışmamızın mevcut literatürle karşılaştırılmasını zorlaştırmaktadır.



7. SONUÇLAR

- 1- Katılımcılar iş yerinde hasta yakınları tarafından şiddete maruz kalmaktadır.
- 2- Gece nöbetleri sırasında (18:00-24:00 saatleri arasında) şiddet daha sık görülmektedir.
- 3- Şiddete maruz kalan katılımcıların yaklaşık 1/4'ü yasal işlem başlatmaktadır.
- 4- Şiddete maruz kalan katılımcıların yaklaşık 1/7'si maruz kaldıkları şiddeti yönetime rapor etmektedir.
- 5- Katılımcılar en fazla sözel şiddete maruz kalmaktadır.
- 6- Katılımcılar en az cinsel şiddete maruz kalmaktadır.
- 7- Evli katılımcıların cinsel saldırganlık algısı bekarlara göre daha yüksektir.
- 8- Mesleğe yeni başlayanlar daha sık şiddete maruz kalmaktadır.
- 9- Çalıştığı bölümü isteyerek tercih etmeyenlerin saldırganlık algısı daha yüksektir.
- 10- Acil servise başvuran hasta sayısı ile saldırganlık algısı arasında korelasyon vardır. Başvuru sayısı arttıkça saldırganlık da artmaktadır.
- 11- Mesleğe duygusal bağlılık gençlerde daha fazladır.
- 12- Mesleğini severek tercih edenlerin mesleki bağlılığı daha yüksektir.
- 13- Katılımcıların saldırganlık algısı arttıkça, mesleklerine yönelik duygusal bağlılıkları artmaktadır.

8. KAYNAKÇA

1. Kıymaz D. Acil hemşirelerinin çalışma ortamında maruz kaldıkları şiddet ile mesleğe bağlılık ve işten ayrılma düşüncesi arasındaki ilişki. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Acil Hemşireliği Ana Bilim Dalı. 2021.
2. Ökçün S. Tıp fakültesi araştırma görevlilerinin fiziksel şiddete uğrama durumlarının mesleki ve kariyer bağlılıklarına etkisi: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2020.
3. WHO. World report on violence and health 2002. <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615> adresinden 07.04.2023 tarihinde erişilmiştir.
4. ILO/ICN/WHO/PSI. Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector 2002. <https://www.who.int/publications/i/item/9221134466> adresinden 05.03.2023 tarihinde erişilmiştir.
5. Fletcher TA, Brakel SJ, Cavanaugh JL. Violence in the workplace: new perspectives in forensic mental health services in the USA. Br J Psychiatry. 2000;176:339-44.
6. Imran N. Aggression and violence towards medical doctors and nurses in a public health care facility in Lahore, Pakistan: a preliminary investigation. Khyber Medical University Journal. 2013;5:179-84.
7. Pınar T, Pınar G. Sağlık çalışanları ve işyerinde şiddet. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2013;12(3):315 - 26.
8. Ayrancı U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoglu C. Identification of violence in Turkish health care settings. J Interpers Violence. 2006;21(2):276-96.
9. Saines JC. Violence and aggression in A & E: recommendations for action. Accid Emerg Nurs. 1999;7(1):8-12.
10. Di Martino V. Workplace violence in the health sector: country case studies, Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study: synthesis report. ILO. <https://researchrepository.ilo.org/esploro/outputs/encyclopediaEntry/Workplace-violence-in-the-health-sector/995218946202676#file-0> adresinden 07.04.2023 tarihinde erişilmiştir.
11. Aydın N, Coşkun F, Balci Ö, Turan H, Sungur D, Akın M, et al. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi araştırma görevlilerinin iş ortamına ilişkin değerlendirme ve beklentileri. SENDROM. 2007;19:71-4.
12. Acik Y, Deveci SE, Gunes G, Gulbayrak C, Dabak S, Saka G, et al. Experience of workplace violence during medical speciality training in Turkey. Occupational Medicine. 2008;58(5):361-6.
13. Aydın B, Kartal M, Midik O, Buyukakkus A. Violence against general practitioners in Turkey. J Interpers Violence. 2009;24(12):1980-95.
14. Bayraktar T. Doktorlara uygulanan şiddetin meslek bağlılığına etkisi: Kocaeli örneği. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2017.

15. Tak B, Çiftçioğlu BA. Üç boyutlu mesleki bağlılık ölçeğinin Türkçe’de güvenilirlik ve geçerliliğinin incelenmesine yönelik bir alan araştırması. Dokuz Eylül Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi. 2009;10(1):35-54.
16. Oh S, Kim H. Turnover intention and its related factors of employed doctors in Korea. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019;16(14).
17. Avcı Uzun D. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hasta ve hasta yakınlarından gördükleri şiddetin tükenmişlik, aleksitimi ve iş doyumuna etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. 2013.
18. Annagür B. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. Current Approaches in Psychiatry. 2010;2(2):161-73.
19. Akça N, Yılmaz A, Işık O. Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet: özel bir tıp merkezi örneği. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi 2014;13(1):1-12.
20. Jones J, Lyneham J. Violence: part of the job for Australian nurses? Aust J Adv Nurs. 2000;18(2):27-32.
21. Gates DM, Ross CS, McQueen L. Violence against emergency department workers. J Emerg Med. 2006;31(3):331-7.
22. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HE, Nachreiner NM, Geisser MS, et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. Occup Environ Med. 2004;61(6):495-503.
23. Boz B, Acar K, Ergin A, Erdur B, Kurtulus A, Turkcu I, et al. Violence toward health care workers in emergency departments in Denizli, Turkey. Adv Ther. 2006;23(2):364-9.
24. ALBashtawy M, Al-Azzam M, Rawashda A, Batiha AM, Bashairah I, Sulaiman M. Workplace violence toward emergency department staff in Jordanian hospitals: a cross-sectional study. J Nurs Res. 2015;23(1):75-81.
25. Oud N. Results of the Perception of Prevalence of Aggression Scale (POPAS) tested in a Vienna General Psychiatric Hospital (2004-2005) 2010. https://www.researchgate.net/publication/287217629_Results_of_the_Perception_of_Prevalence_of_Aggression_Scale_POPAS_tested_in_a_Vienna_General_Psychiatric_Hospital_2004-2005 adresinden 27.02.2023 tarihinde erişilmiştir.
26. Hahn S, Müller M, Needham I, Dassen T, Kok G, Halfens RJ. Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. J Clin Nurs. 2010;19(23-24):3535-46.
27. Zampieron A, Galeazzo M, Turra S, Buja A. Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. J Clin Nurs. 2010;19(15-16):2329-41.
28. Gökçe TD, C. Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. Journal of Turgut Ozal Medical Center. 2008;15(1):25-8.

29. Sarıbiyık M. Malatya merkez sağlık ocaklarında çalışan hekim, hemşire ve ebelerin şiddet deneyimleri ve kadına yönelik şiddetle ilgili tutum ve davranış düzeyleri: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2012.
30. Carmi-Iluz T, Peleg R, Freud T, Shvartzman P. Verbal and physical violence towards hospital- and community-based physicians in the Negev: an observational study. BMC Health Serv Res. 2005;5:54.
31. Bahadır B. Acil servislerde çalışan sağlık personelinin, şiddete uğrama sıklığı ve şiddetin tükenmişlik düzeyine etkisi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2017.
32. Schat AC, Kelloway EK. Reducing the adverse consequences of workplace aggression and violence: the buffering effects of organizational support. J Occup Health Psychol. 2003;8(2):110-22.
33. Chappell D, Di Martino V. Violence at Work. International Labour Organization 2006. [https://books.google.com.tr/books?id=oESHJBZyJDwC&pg=PR4&dq=Chappell,+D.,++Di+Martino,+V.,+\(2006\).+Violence+at+work.+International+Labour+Organization.&hl=tr&sa=X&ved=2ahUKEwj4oNS8gL39AhXiRPEDHWS7CDEQ6AF6BAgCEAI#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.tr/books?id=oESHJBZyJDwC&pg=PR4&dq=Chappell,+D.,++Di+Martino,+V.,+(2006).+Violence+at+work.+International+Labour+Organization.&hl=tr&sa=X&ved=2ahUKEwj4oNS8gL39AhXiRPEDHWS7CDEQ6AF6BAgCEAI#v=onepage&q&f=false) adresinden 02.03.2023 tarihinde erişilmiştir.
34. Tokgöz H. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Tekirdağ il Sağlık Müdürlüğü kurumlarında sağlıkta şiddet vakaları: Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2019.
35. Polat O. Şiddet. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi. 2016;22(1):15-34.
36. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. Lancet. 2002;360(9339):1083-8.
37. Garza-Treviño ES. Neurobiological factors in aggressive behavior. Hosp Community Psychiatry. 1994;45(7):690-9.
38. Stolzenberg L, D'Alessio SJ. Gun availability and violent crime: New evidence from the National Incident-Based Reporting System. Social Forces. 2000;78:1461-82.
39. Kitzmann KM, Gaylord NK, Holt AR, Kenny ED. Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. J Consult Clin Psychol. 2003;71(2):339-52.
40. Büyükbayram A, Okçay H. The socio-cultural factors that affect violence to health care personnel. J Psy Nurs. 2013;4(1):46-53.
41. Özcan N, Bilgin H. Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: sistematik derleme. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2011;31(6):1442-56.
42. ILO. ILO Fact Sheet Workplace Violence in Health Services. 2003. https://www.ilo.org/sector/Resources/training-materials/WCMS_161953/lang--en/index.htm adresinden 06.03.2023 tarihinde erişilmiştir.

43. Taylor JL, Rew L. A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department. *J Clin Nurs*. 2011;20(7-8):1072-85.
44. Cooper C, Swanson N. Workplace violence in the health sector. State of the art. Geneva: Organizaci3n Internacional de Trabajo, Organizaci3n Mundial de la Salud, Consejo Internacional de Enfermeras Internacional de Servicios P3blicos, 2002.
45. Dursun S. İşyeri şiddetinin çalışanların t3kenmişlik d3zeyi 3zerine etkisi: sağlık sekt3r3nde bir uygulama. *alışma İlişkileri Dergisi* 2012;3(1):105-15.
46. TC Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Y3netmelik. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/04/20120428-3.htm> adresinden 06.03.2023 tarihinde erişilmiştir.
47. TC Sağlık Bakanlığı. Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/439,hybupdf.pdf?0> adresinden 06.03.2023 tarihinde erişilmiştir.
48. Lee K, Carswell JJ, Allen NJ. A meta-analytic review of occupational commitment: relations with person- and work-related variables. *J Appl Psychol*. 2000;85(5):799-811.
49. Siraneh Y, Ololo S, Tsega G, Yitbarek K, Adamu A, Erchafo B, et al. Level and factors associated with professional commitment of health professionals providing institutional delivery services in Public Health Facilities, Southwest Ethiopia. *Ethiop J Health Sci*. 2018;28(4):495-504.
50. Wang L, Tao H, Ellenbecker CH, Liu X. Job satisfaction, occupational commitment and intent to stay among Chinese nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *J Adv Nurs*. 2012;68(3):539-49.
51. Meyer JP, Allen NJ, Smith CA. Commitment to organizations and occupations: extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology*. 1993;78(4):538-51.
52. Morrow P. Concept redundancy in organizational research: The case of work commitment. *The Academy of Management Review*. 1983;8(3):486-500.
53. Blau G, Lunz M. Testing the incremental effect of professional commitment on intent to leave one's profession beyond the effects of external, personal, and work-related variables. *Journal of Vocational Behavior*. 1998;52(2):260-9.
54. Meyer JP, Allen N. A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*. 1991;1(1):61-89.
55. Allen NJ, Meyer JP. The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*. 1990;63(1):1-18.
56. Angle HL, Perry JL. An empirical assessment of organizational commitment and organizational effectiveness. *Administrative science quarterly*. 1981:1-14.

57. Demirci A. Özel güvenlik görevlilerinde mesleki bağlılık: kariyer değerlerinin ve iş doyumlarının rolü. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2018.
58. Koch JL, Steers RM. Job attachment, satisfaction, and turnover among public sector employees. *Journal of vocational behavior*. 1978;12(1):119-28.
59. Morris JH, Sherman JD. Generalizability of an organizational commitment model. *Academy of management Journal*. 1981;24(3):512-26.
60. Joiner TA, Bakalis S. The antecedents of organizational commitment: the case of Australian casual academics. *International journal of educational management*. 2006;20(6):439-52.
61. Cohen A. Dynamics between occupational and organizational commitment in the context of flexible labor markets: A review of the literature and suggestions for a future research agenda. 2007.
62. Kaya ŞD. Psikolojik sermaye ve mesleki bağlılık ilişkisine kariyer planlamasının etkilerinin belirlenmesine yönelik bir model önerisi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı. 2012.
63. Açıl İ. Mobbingin hemşirelerde mesleki bağlılığa etkisi: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2017.
64. Lu KY, Lin PL, Wu CM, Hsieh YL, Chang YY. The relationships among turnover intentions, professional commitment, and job satisfaction of hospital nurses. *J Prof Nurs*. 2002;18(4):214-9.
65. Satoh M, Watanabe I, Asakura K. Occupational commitment and job satisfaction mediate effort-reward imbalance and the intention to continue nursing. *Japan Journal of Nursing Science*. 2017;14(1):49-60.
66. Hackett RD, Lapierre LM, Hausdorf PA. Understanding the links between work commitment constructs. *Journal of vocational behavior*. 2001;58(3):392-413.
67. Kong H, Cheung C, Song H. Determinants and outcome of career competencies: Perspectives of hotel managers in China. *International Journal of Hospitality Management*. 2012;31(3):712-9.
68. Lee RT, Seo B, Hladkyj S, Lovell BL, Schwartzmann L. Correlates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis. *Human resources for health*. 2013;11(1):1-16.
69. Addae H, Parboteeah K, Davis E. Organizational commitment and intentions to quit: An examination of the moderating effects of psychological contract breach in Trinidad and Tobago. *International Journal of Organizational Analysis*. 2006;14:225-38.
70. Hämmig O. Explaining burnout and the intention to leave the profession among health professionals - a cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):785.
71. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping: Springer publishing company, 1984.
72. Degen C, Li J, Angerer P. Physicians' intention to leave direct patient care: an integrative review. *Hum Resour Health*. 2015;13:74.

73. Heinen MM, van Achterberg T, Schwendimann R, Zander B, Matthews A, Kózka M, et al. Nurses' intention to leave their profession: a cross sectional observational study in 10 European countries. *International journal of nursing studies*. 2013;50(2):174-84.
74. Lee TW. How job dissatisfaction leads to employee turnover. *Journal of business and psychology*. 1988;2:263-71.
75. Sasso L, Bagnasco A, Catania G, Zanini M, Aleo G, Watson R, et al. Push and pull factors of nurses' intention to leave. *Journal of nursing management*. 2019;27(5):946-54.
76. Certel E. Çalışanların işten ayrılma niyetini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2018.
77. Leineweber C, Chungkham HS, Lindqvist R, Westerlund H, Runesdotter S, Smeds Alenius L, et al. Nurses' practice environment and satisfaction with schedule flexibility is related to intention to leave due to dissatisfaction: A multi-country, multilevel study. *Int J Nurs Stud*. 2016;58:47-58.
78. Tekingündüz S, Mehmet T, Seçkin M. İş tatmini, performans, iş stresi ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkilerin incelenmesi: hastane örneği. *Verimlilik Dergisi*. 2015(4):39-64.
79. Sjögren K, Fochsen G, Josephson M, Lagerström, M. Reasons for leaving nursing care and improvements needed for considering a return: a study among Swedish nursing personnel. *International Journal of Nursing Studies*. 2005;42(7):751-8.
80. Varol F. Örgütsel bağlılık ve iş tatmininin işten ayrılma niyetine olan etkisi: konya ili ilaç sektörü çalışanları üzerine bir uygulama. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2010.
81. Talas MS, Kocaöz S, Akgüç S. A survey of violence against staff working in the emergency department in Ankara, Turkey. *Asian nursing research*. 2011;5(4):197-203.
82. Ferri P, Stifani S, Accoto A, Bonetti L, Rubbi I, Di Lorenzo R. Violence against nurses in the triage area: a mixed-methods study. *Journal of emergency nursing*. 2020;46(3):384-97.
83. Akbaş M, Boz A, Dursun A, Çetin S, Kılıçaslan A. 112 Çalışanlarının Şiddete Maruz Kalma Durumları ve Şiddete Yönelik Tutum ve Davranışları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2016;9(3):93-100.
84. Ryan D, Maguire J. Aggression and violence - a problem in Irish Accident and Emergency departments?. *J Nurs Manag*. 2006;14(2):106-15.
85. Grange JT, Corbett SW. Violence against emergency medical services personnel. *Prehosp Emerg Care*. 2002;6(2):186-90.
86. Coşkun S, Öztürk AT. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemşirelerinde şiddete maruz kalma durumlarının incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2010;3(3):16-23.

87. Senuzun Ergün F, Karadakovan A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *Int Nurs Rev.* 2005;52(2):154-60.
88. Tarhan M, Dalar L, Hançer F, Hancer Ö. Acil servislerde çalışan hemşirelerin şiddete maruz kalma sıklığı ve sebepleri. *Sağlık ve Toplum.* 2015;25.
89. Haines A, Brown A, McCabe R, Rogerson M, Whittington R. Factors impacting perceived safety among staff working on mental health wards. *BJPsych Open.* 2017;3(5):204-11.
90. Jonker EJ, Goossens PJ, Steenhuis IH, Oud NE. Patient aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2008;15(6):492-9.
91. Loughland CM, Lawrence G, Allen J, Hunter M, Lewin TJ, Oud NE, et al. Aggression and trauma experiences among carer-relatives of people with psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology.* 2009;44:1031-40.
92. Swain N, Gale C, Greenwood R. Patient aggression experienced by staff in a New Zealand public hospital setting. *The New Zealand Medical Journal* (Online). 2014;127(1394).
93. Sachdeva S, Jamshed N, Aggarwal P, Kashyap SR. Perception of workplace violence in the emergency department. *Journal of emergencies, trauma, and shock.* 2019;12(3):179-84.
94. Tian Y, Yue Y, Wang J, Luo T, Li Y, Zhou J. Workplace violence against hospital healthcare workers in China: a national WeChat-based survey. *BMC public health.* 2020;20:1-8.
95. Haydari SM. Farklı kuşaklardaki hemşirelerin meslekten ve işten ayrılma niyetleri ile örgütsel ve mesleki bağlılıklarının incelenmesi: Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey); 2014.
96. Tak B, Çiftçioğlu A, Özçakır A, Divleli A. Mesleki bağlılığın bireylerin mesleklerine ve çalıştıkları örgüte ilişkin tutumlarını nasıl etkilediğini anlamaya yönelik bir alan araştırması. *ISGUC The Journal of Industrial Relations and Human Resources.* 2009;11(4):89-102.
97. Gambino KM. Motivation for entry, occupational commitment and intent to remain: a survey regarding registered nurse retention. *Journal of Advanced Nursing.* 2010;66(11):2532-41.

9. EKLER

9.1. Ek 1. Benzerlik Raporu

ORJİNAL LİK RAPORU			
% 22	% 21	% 13	% 7
BENZER LİK ENDEKS İ	İ NTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	Ö ĞRENC İ ÖDEVLER İ
BİRİNCİL KAYNAKLAR			
1	acikerisim.omu.edu.tr İ nternet Kayna ğı	%7	
2	acikbilim.yok.gov.tr İ nternet Kayna ğı	%3	
3	dergipark.org.tr İ nternet Kayna ğı	%2	
4	Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ö ğrenci Ödevi	%1	
5	tez.sdu.edu.tr İ nternet Kayna ğı	%1	
6	hdl.handle.net İ nternet Kayna ğı	<%1	
7	doczz.biz.tr İ nternet Kayna ğı	<%1	
8	epchc.org İ nternet Kayna ğı	<%1	
9	openl-tablets.org İ nternet Kayna ğı	<%1	

9.2. Ek 2. Etik Kurul Onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/522-539

14.11.2023

Sayın Prof. Dr. Latif DURAN

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz Acil Serviste Araştırma Görevlisi Doktorların Çalışma Ortamında Maruz Kaldıkları Şiddetin İşten Ayrılma Düşüncesine ve Mesleğe Bağlılığa Etkisinin Belirlenmesi başlıklı OMÜ KAİK 2023/341 Karar nolu Dosya taraması nitelikli araştırma projeniz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre 25.10.2023 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurumlardan izin yazısı alınıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra başlanmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

9.3. Ek 3. Anket Soruları

Acil Serviste Araştırma Görevlisi Doktorların Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Yaşınız:
2. Cinsiyet: ()Kadın ()Erkek
3. Medeni durumunuz: ()Evli ()Bekar
4. Aile Tipi: ()Geniş aile ()Çekirdek aile
5. Çocuk sayınız...
6. Kaç yıldır doktor olarak çalışmaktasınız?.....
7. Bulunduğunuz hastanede kaç yıldır doktor olarak çalışmaktasınız?.....
8. Halen görev yaptığınız acil serviste kaç yıldır çalışmaktasınız?.....
9. Servisinizde çalışan toplam acil tıp araştırma görevlisi sayısı:.....
10. Çalışma şekliniz: ()Sürekli gündüz ()Vardiya () 24 saat nöbet
()Diğer(belirtiniz):
11. Mesleğinizi isteyerek tercih etme durumunuz? () Evet () Hayır
12. Mesleğinizi sevmeye durumunuz: ()Seviyorum ()Sevmiyorum
()Kararsızım
13. Çalıştığınız servisten memnun olma durumunuz:
()Memnunum ()Kısmen memnunum ()Memnun değilim
14. Çalıştığınız bölümü isteyerek mi tercih ettiniz? () Evet () Hayır
15. Haftada toplam kaç saat çalışıyorsunuz?:.....
16. Günlük ortalama acil servise başvuran hasta sayısı:.....
17. Saldırganlık ve şiddetle baş etme konusunda eğitim almak ister misiniz?
Evet () Hayır ()
18. Son bir yılda görev yaptığınız kurumda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarında bir artış olduğunu düşünüyor musunuz?
()Evet ()Hayır
- 19- En son yaşadığınız şiddet olayı hangi saat diliminde gerçekleşti?
()07-13 ()13-18 ()18-24 ()24-07 ()Hatırlamıyorum
- 20- Şiddete başvuran kişi ya da kişiler kimlerdi? (birden fazla seçenek işaretlenebilir):
()Hasta ()Hasta yakını/yakınları ()Sağlık çalışanı ()Yönetici ()Diğer
(belirtiniz:)
- 21- En son yaşadığınız şiddet olayı sırasında ne yaptınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):
() Hiçbir şey yapmadım
() Kendimi fiziksel olarak savunmaya çalıştım
() Fiziksel şiddet kullanan kişiye/kişilere durmasını söyledim
() Fiziksel şiddet kullanan kişiye/kişilere fiziksel olarak karşılık verdim
() Diğer (Belirtiniz)...
- 22-Maruz kaldığınız şiddet sonrası neler yaptınız?(Birden fazla seçenek işaretlenebilir):
() Yönetime rapor ettim
() 1111 kullanarak yardım istedim
() Çalışan hakları ve güvenliği birimine bildirdim
() Yasal işlem başlattım
() Aileme/arkadaşıma anlattım

☐ İşyerinden arkadaşlarıma anlattım

☐ Hiç bir şey yapmadım

23- Olaydan başkalarına bahsetmediyseniz, neden? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

☐ Önemli değildi

☐ İşe yaramazdı

☐ Utandım

☐ Kime rapor edeceğimi bilmiyordum

☐ Olumsuz sonuçlarından korktum

☐ Kendimi suçlu hissettim

☐ Diğer,.....

24- Yaşadığınız bu olayın engellenebilir olduğunu düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

25- En son yaşadığınız şiddet olayı yaralanmanıza neden oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır

26- Şiddet olayından sonra bir süre çalışmaya ara verdiniz mi?

☐ Evet ☐ Hayır

26.1- Cevabınız evet ise ne kadar süre ayrı kaldınız?

☐ 1 gün ☐ 2-3 gün ☐ 1 hafta ☐ 2-3 hafta

☐ 1 ay ☐ 2-6 ay ☐ 7-12 ay

27. Önümüzdeki süreçte işten ayrılmayı düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

SALDIRGANLIK SIKLIĞINI ALGILAMA ÖLÇEĞİ (SSAÖ)

1. Sözel Saldırganlık

Örneğin: Yüksek sesler çıkaran, bağırarak, küfreden, kişisel hakaretler eden ancak sizin için açık bir tehdit olarak algılanmayan hastalar.

Son bir yıl içerisinde çalışırken **Sıradan Sözel Saldırganlık** ile ne sıklıkta karşılaştınız?

☐ Asla

☐ Ara Sıra

☐ Bazen

☐ Sık Sık

☐ Çok Sık

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

2. Tehditkar Sözel Saldırganlık

Örneğin: Korkunç şekilde küfür eden, öfke ile kötü konuşan, size karşı açık sözlü şiddet tehditleri savuran, öfke patlaması yaşayan, sizi ailenizle tehdit eden (sonra senin evine geleceğim, çocuklarına aileme göstereceğim vs.) ve sonuç olarak duygusal sıkıntı ile birlikte sizin tarafınızdan korkutucu ve tehdit unsuru olarak algılanan hastalar .

Son bir yıl içerisinde çalışırken **Tehditkar Sözel Saldırganlık** ile ne sıklıkta karşılaştınız?

- ☐ Asla
- ☐ Ara Sıra
- ☐ Bazen
- ☐ Sık Sık
- ☐ Çok Sık

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

3. Aşağılayıcı Saldırgan Davranış

Örneğin: Açıkça kişisel hareketlerde bulunan, küfür ile istismar eden, lakap takan, ayrımcı görüşler ve hareketler sergileyen, tüküren ve sizin üstünüzde bir etki bırakıp gururunuzu ve özgüveninizi zedeleyen, başka bir deyişle size aşağılanmış hissettiren hastalar (cinsel tehdit yada taciz olarak görülürse, bkz soru 17).

Son bir yıl içerisinde çalışırken **Aşağılayıcı Saldırgan Davranış** ile ne sıklıkta karşılaştınız?

- ☐ Asla
- ☐ Ara Sıra
- ☐ Bazen
- ☐ Sık Sık
- ☐ Çok Sık

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

4. Kışkırtıcı Saldırgan Davranış

Örneğin: Eğer hastanın negatif sosyal bir tepki almak için sizi veya bir kişiyi tartışmaya sürüklediğini algılıyorsanız kışkırtıcı davranış kullanılıyordur. Başka bir deyişle, hasta veya hastaların davranışları sizi sosyal olarak kabul edilebilir olmayan eylemler ya da sözler ile karşılık vermeye zorlar.

Son bir yıl içerisinde çalışırken **Kışkırtıcı Saldırgan Davranış** ile ne sıklıkta karşılaştınız?

- ☐ Asla
- ☐ Ara Sıra
- ☐ Bazen
- ☐ Sık Sık
- ☐ Çok Sık

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

5. Pasif Saldırgan Davranış

Örneğin: Pasif saldırgan davranış sizin tarafınızdan o an için açıkça saldırgan olmayan rahatsız edici, sinir bozucu, direnç gösterici ve karşı koyucu olarak algılanan davranıştır. Yüzeysel olarak ve görünüşte, hasta işbirlikçi bir davranış sergiler gibi görünür ancak altta yatan davranış tamamen aksi şekilde algılanır. Hasta melek gibi görünmeye çalışır ancak...

Son bir yıl içerisinde çalışırken **Pasif Saldırgan Davranış** ile ne sıklıkta karşılaştınız?

- ☐ Asla
- ☐ Ara Sıra
- ☐ Bazen
- ☐ Sık Sık
- ☐ Çok Sık

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

6. Ayırıştırıcı Saldırgan Davranış

Örneğin: Sizi, diğerlerini yada bir grubu iki zıt kutba (negatif ya da pozitif) bölmeye çalışan, sizi diğer personele karşı dolduran ve diğer savunmasız hastaları personele karşı olan savaşlarına dahil etmeye çalışan, personel arasında çatışma ve anlaşmazlık yaratan hastalar.

Son bir yıl içerisinde çalışırken **Ayırıştırıcı Saldırgan Davranış** ile ne sıklıkta karşılaştınız?

- ☐ Asla
- ☐ Ara Sıra
- ☐ Bazen
- ☐ Sık Sık
- ☐ Çok Sık

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

7. Tehditkar Fiziksel Saldırganlık

Örneğin: Size eşya fırlatan (belli bir yön veya yaralanma olmadan) kapıları çarpan, kıyafetleri saçan, dağınıklık yaratan, duvarı çizen, yere idrarını yapan, tehdit edici el hareketleri yapan, yakanızdan tutan, üstünüze yürüyen, bir bıçak, tabanca ya da başka bir tehlikeli silahla size doğru şiddet tehdidi savunan, eşyaları yere atan, kırmadan, mobilyaları tekmeleyen, insanlara el kol savuran ve tehdit unsuru olarak algıladığınız hastalar.

Son bir yıl içerisinde çalışırken **Tehditkar Fiziksel Saldırganlık** ile ne sıklıkta karşılaştınız?

- ☐ Asla
- ☐ Ara Sıra
- ☐ Bazen
- ☐ Sık Sık
- ☐ Çok Sık

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

8. Yıkıcı Saldırgan Davranış

Örneğin: Nesneleri kıran, pencereleri kıran, yangın çıkaran, nesneleri tehlikeli bir şekilde fırlatan, parçalara ayıran, TV'ye tekme atarak hasra neden olan hastalar.

Son bir yıl içerisinde çalışırken **Yıkıcı Saldırgan Davranış** ile ne sıklıkta karşılaştınız?

- ☐ Asla
- ☐ Ara Sıra
- ☐ Bazen
- ☐ Sık Sık
- ☐ Çok Sık

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

9. Hafif Fiziksel Şiddet

Örneğin: Tekme atan, vuran, iten, tırmalayan, saç çeken, ısırın, saldıran, hastalar vb. bununla birlikte gerçek bir zarar yada yaralanma olmaksızın, küçük yaralanmalara neden olan (morluklar, burkulmalar, ağrılıklar)

Son bir yıl içerisinde çalışırken **Hafif Fiziksel Şiddet** ile ne sıklıkta karşılaştınız?

- ☐ Asla
- ☐ Ara Sıra
- ☐ Bazen
- ☐ Sık Sık
- ☐ Çok Sık

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

10. Ağır Fiziksel Şiddet

Örneğin: Size saldırıp ağır yaralanmalara yol açan (kemik kırılması, derin kesikler, iç organ yaralanmaları, diş kaybı, bilinç kaybı) ve dolayısıyla tıbbi tedaviye veya hastaneye yatırılmaya ihtiyacı olan hastalar

Son bir yıl içerisinde çalışırken **Ağır Fiziksel Şiddet** ile ne sıklıkta karşılaştınız?

- ☐ Asla
- ☐ Ara Sıra
- ☐ Bazen
- ☐ Sık Sık
- ☐ Çok Sık

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

11. Kendine Karşı Hafif Şiddet

Örneğin: Kendi derisini yolan ve tırnaklayan, kendine vuran, kendi saçlarını çeken, kafasını vuran, nesnelere yumruk atan, kendisini yere yada eşyaların üzerine atan, kendisine zarar veren (küçük yaralanma, küçük kesilme ve morarma ya da yanıklarla sonuçlanan) hastalar

Son bir yıl içerisinde çalışırken **Kendine Karşı Hafif Şiddet** ile ne sıklıkta karşılaştınız?

- ☐ Asla
- ☐ Ara Sıra
- ☐ Bazen

☐ Sık Sık

☐ Çok Sık

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

12. Kendine Karşı Ağır Şiddet

Örneğin: Kendini kesen, derin kesiklere kanamaya neden olacak şekilde kendini ısırarak, sigara ile kendini yakan, sonuç olarak ciddi yaralanmaya neden olan hastalar (kesikler veya büyük yanıklar, iç yaralanma, kırılma, bilinç kaybı, diş kaybı ve dolayısıyla tıbbi tedaviye ihtiyaç duyan hastalar)

Son bir yıl içerisinde çalışırken **Kendine Karşı Ağır Şiddet** ile ne sıklıkta karşılaştınız?

☐ Asla

☐ Ara Sıra

☐ Bazen

☐ Sık Sık

☐ Çok Sık

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

13. İntihar Girişimi

Örneğin: İlaç alan, bileklerini kesen, binalardan atlayan vs. ancak başarılı şekilde intihar edemeyen hastalar

Son bir yıl içerisinde çalışırken **İntihar Girişimi** ile ne sıklıkta karşılaştınız?

☐ Asla

☐ Ara Sıra

☐ Bazen

☐ Sık Sık

☐ Çok Sık

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

14. Ölümle Sonuçlanan İntiharlar

Son bir yıl içerisinde çalışırken **Ölümle Sonuçlanan İntiharlar** ile ne sıklıkta karşılaştınız?

☐ Asla

☐ Ara Sıra

☐ Bazen

☐ Sık Sık

☐ Çok Sık

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

15. Cinsel Tehdit/Taciz

Müstehcen hareketler yapan, izinsiz davranış ya da teşhici davranışlar sergileyen, cinsel temas talebinde bulunan, çıkma teklif eden, cinsel yorumlarda bulunan,

kovalayan, arayan, yazan, saldırı ve tecavüz ile tehdit eden, cinsiyetçi davranışlar sergileyen, sizi pornografik materyal ile karşı karşıya bırakan, duvara cinsel betimlemeler çizen hastalar.

Son bir yıl içerisinde çalışırken **Cinsel Tehdit/Taciz** ile ne sıklıkta karşılaştınız?

- ☐ Asla
- ☐ Ara Sıra
- ☐ Bazen
- ☐ Sık Sık
- ☐ Çok Sık

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

16. Cinsel Saldırı /Tecavüz

Örneğin: Sizinle rızanız olmadan seks yapmak isteyen ya da bir vücut deliğini penetre ederek cinsel olarak tecavüz etmek amacıyla doğrudan size fiziksel olarak saldıran hastalar

Son bir yıl içerisinde çalışırken **Cinsel Saldırı /Tecavüz** ile ne sıklıkta karşılaştınız

- ☐ Asla
- ☐ Ara Sıra
- ☐ Bazen
- ☐ Sık Sık
- ☐ Çok Sık

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

17. Hastalık İzni

Son bir yıl içerisinde **Hastalık İzniniz** oldu mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

18. Geçen yıl saldırganlık veya şiddet nedeniyle tahmini kaç gün çalışmadınız?

...

MESLEKİ BAĞLILIK ÖLÇEĞİ SORU FORMU

Bu bölümde mesleğinize olan bağlılığınızı ölçmek amacıyla çeşitli sorular verilmiştir. Lütfen bu soruları kendi düşünceleriniz doğrultusunda;
1-Kesinlikle Katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle Katılıyorum, seçeneklerinden birini (X) koyarak cevaplandırınız.

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

9.4. Ek 4. Ölçek Kullanım İzinleri

Re: Subject: Permission to use "The Perception of Prevalence of Aggression Scale (POPAS)"

Kimden : nico oud

08 Nis 2023 Cmt 09:36

Konu : Re: Subject: Permission to use "The Perception of Prevalence of Aggression Scale (POPAS)"

Kime : Latif Duran

i'm now on holidays and yes you have permission - i will send you next week more material - best regards - nico oud

Op 07-04-2023 09:35 CEST schreef Latif Duran

" Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği " kullanım izni

Kimden : DİLEK KIYMAZ

Konu : " Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği " kullanım izni

Kime : Latif Duran

Sayın Latif hocam,

Tez öğrenciniz ile birlikte yürütecek olduğunuz " Acil Serviste Araştırma Görevlisi Doktorların Çalışma Ortamında Maruz Kaldıkları Şiddetin İşten Ayrılma Düşüncesi Ve Mesleğe Bağlılığa Etkisinin Belirlenmesi " başlıklı çalışmanızda " **Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği**'ni kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Ölçek sahibi olan Oud'dan da izin almanızı öneririm. Ölçek ile ilgili detaylı bilgi ekteki dosyada mevcuttur. İyi çalışmalar.

Saygılarımla

Dr Hem. Dilek KIYMAZ
Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Eğitim ve Ar-Ge Birim Sorumlusu

Re: Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği Kullanım İzni

Kimden : Prof.Dr.Bilçin Tak Meydan

Konu : Re: Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği Kullanım İzni

Kime : Latif Duran

Latif Hocam Merhaba,

Öncelikle çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

Atıf vermek koşuluyla memnuniyetle kullanabilir ölçeği öğrencimiz. Ölçeğe dair detaylar makalenin (Dokuz Eylül)sonunda yer alıyor. İşten ayrılma niyeti ölçeğini ise SBF ve İşGüç Endüstri İlişkileri dergisinde yayınlanan makalelerimizden alabilir öğrenciniz. Bu çalışmaların hepsi ResearchGate profilimde fulltext olarak yüklü.

----- Forwarded message -----

Gönderen: TÜLİN İLTER

Date: 24 Nis 2023 Pzt, 18:16

Subject: Re: "doktorlara uygulanabilirliği konusunda geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış olan "üç boyutlu mesleki bağlılık ölçeği" kullanım izni

To: latif duran

Cc:

Merhaba Sayın Hocam,

Araştırmanızda ölçeğimizi kullanabilirsiniz. Ölçeği word formatında ekli dosyada gönderiyorum.

Saygı ve Selamlarımla,

Dr. Tülin İlter

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı: Aleyna ÖZCAN

Uzmanlık Alanı: Acil Tıp

Görevler:

Görev Ünvanı	Görev yeri	Yıl
Tabip	Bayburt Devlet Hastanesi	Mart, 2019- Temmuz, 2019
Araştırma Görevlisi	Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı	Temmuz, 2019- halen

