

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
İŞLETME YÖNETİMİ BİLİM DALI



İSTANBUL KENT
ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İŞ YAŞAM KALİTESİNİN
YURT DIŞINA GÖÇ NİYETİNE ETKİSİNDE SAĞLIK
ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDETİN ARACI ROLÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÖKHAN ACAR

İSTANBUL – 2024

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
İŞLETME YÖNETİMİ BİLİM DALI

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İŞ YAŞAM KALİTESİNİN
YURT DIŞINA GÖÇ NİYETİNE ETKİSİNDE SAĞLIK
ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDETİN ARACI ROLÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÖKHAN ACAR

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Murat SAĞBAŞ

İSTANBUL – 2024

KABUL VE ONAY

Gökhan Acar tarafından hazırlanan Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesinin Yurt Dışına Göç Niyetine Etkisinde Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Aracı Rolü adlı tez çalışmasının savunma tarihi 21.05.2024 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen jüri tarafından oy birliği ile İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Sağlık Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman

Doç. Dr. Murat SAĞBAŞ

.....

Üye

Doç. Dr. Bülent DEMİR

.....

Üye

Doç. Dr. Arzu UĞURLU KARA

.....

İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Doç. Dr. Bülent DEMİR

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Gökhan ACAR

21.05.2024



ÖN SÖZ

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde iki yıl boyunca tüm bilgi ve birikimi ile destek olan ve hiçbir zaman bu desteği esirgemeyen çok kıymetli hocam Sayın Doç. Dr. Murat SAĞBAŞ'a, ve Enstitü Müdürümüz Sayın Doç. Dr. Bülent DEMİR'e, bütün eğitim hayatım boyunca özellikle manevi desteklerini benden esirgemeyen öncelikle annem ve eşim olmak üzere tüm aile fertlerine ve ayrıca sevinç kaynaklarım olan oğlum Çınar Asaf ile kızım Bilge'ye, araştırma sürecim boyunca iş hayatımda mensubiyetinden gurur duyduğum başta Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanları olmak üzere, tüm sağlık neferlerine sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Gökhan ACAR

21.05.2024

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	i
TABLO LİSTESİ	ii
ŞEKİL LİSTESİ.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	3
1.1. İş Yaşam Kalitesi	3
1.1.1. İş Yaşam Kalitesi Kavramı	3
1.1.2. İş Yaşam Kalitesinin Boyutları	6
1.1.3. İş Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	7
1.1.4. Sağlık Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesi	8
1.2. Beyin Göçü	9
1.2.1. Beyin Göçü Kavramı	9
1.2.2. Beyin Göçü Yaklaşımları	12
1.2.3. Beyin Göçünün Nedenlerine Yönelik Beyin Göçü Yaklaşımları	13
1.2.4. Beyin Göçü Tipleri.....	15
1.2.5. Beyin Göçünün Etkileri	16
1.2.6. Beyin Göçünü Önlemeye Yönelik Politikalar	18
1.2.7. Sağlık Çalışanlarında Beyin Göçü	19
1.2.8. Türk Sağlık Çalışanlarının Yurt Dışına Göçünde Mevcut Durum	21
1.3. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet	23
1.3.1. Şiddet Kavramı	23
1.3.2. Şiddetin Türleri.....	24
1.3.3. Şiddetle İlgili Kuramsal Yaklaşımlar.....	27
1.3.3. Sağlıkta Şiddet	30
1.3.3.1. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Nedenleri.....	31

1.3.3.2. Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Sıklığı	33
1.3.3.3. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Önlenmesi	35
1.3.3.4. Sağlıkta Şiddetle İlgili Yasal Düzenlemeler	36
1.4. Önceki Araştırmalar	37
1.4.1. Sağlıkta Şiddetin İş Yaşam Kalitesine Etkisine Yönelik Önceki Araştırmalar	37
1.4.2. Sağlıkta Şiddetin Beyin Göçüne Etkisine Yönelik Önceki Araştırmalar	39
BÖLÜM 2: ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ	41
2.1. Araştırmanın Amacı.....	41
2.2. Araştırmanın Hipotezleri	41
2.3. Veri Toplama Aracı	42
2.4. Örneklem Profili	42
2.5. Verilerin Analizi	46
BÖLÜM 3: BULGULAR.....	48
3.1. İş Yaşam Kalitesinin Demografik Özelliklere Göre Değişkenliği	48
3.2. Beyin Göçüne Yönelik Tutumun Demografik Özelliklere Göre Değişkenliği	50
3.3. Şiddete Yönelik Tutumun Demografik Özelliklere Göre Değişkenliği	52
3.4. İş Yaşam Kalitesinin Beyin Göçüne Etkisi.....	53
3.5. Sağlıkta Şiddetin Beyin Göçüne Etkisi	54
3.6. İş Yaşam Kalitesinin Beyin Göçüne Etkisinde Şiddetin Aracı Rolü	55
SONUÇ	56
KAYNAKÇA.....	59
ÖZGEÇMİŞ	68

KISALTMALAR

CDC	:Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Korunma ve Kontrol Merkezleri
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
ICN	:Uluslararası Hemşireler Konseyi
İYK	:İş Yaşam Kalitesi
QOL	:Kalite Yaşam (Quality of Life)
SABİM	:Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
TBMM	:Türkiye Büyük Millet Meclisi
TDK	:Türk Dil Kurumu
UÇÖ/ILO	:Uluslararası Çalışma Örgütü
WHO	:Dünya Sağlık Örgütü

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Kişisel Özellikler.....	43
Tablo 2: Yabancı Dil Bilme Durumu.....	44
Tablo 3: Profesyonel Hayata İlişkin Özellikler	45
Tablo 4: Betimleyici İstatistikler	46
Tablo 5: İş Yaşam Kalitesinin Cinsiyete Göre Değişkenliği	48
Tablo 6: İş Yaşam Kalitesinin Medeni Duruma Göre Değişkenliği	48
Tablo 7: İş Yaşam Kalitesinin Çocuk Sahipliğine Göre Değişkenliği.....	49
Tablo 8: İş Yaşam Kalitesinin Sektöre Göre Değişkenliği	49
Tablo 9: İş Yaşam Kalitesinin Pozisyona Göre Değişkenliği	50
Tablo 10: Beyin Göçünün Cinsiyete Göre Değişkenliği	50
Tablo 11: Beyin Göçünün Medeni Duruma Göre Değişkenliği	51
Tablo 12: Beyin Göçünün Çocuk Sahipliğine Göre Değişkenliği.....	51
Tablo 13: Beyin Göçünün Sektöre Göre Değişkenliği	51
Tablo 14: Beyin Göçünün Pozisyona Göre Değişkenliği.....	52
Tablo 15: Şiddete Yönelik Tutumun Cinsiyete Göre Değişkenliği	52
Tablo 16: Şiddete Yönelik Tutumun Medeni Duruma Göre Değişkenliği.....	52
Tablo 17: Şiddete Yönelik Tutumun Çocuk Sahipliğine Göre Değişkenliği.....	52
Tablo 18: Şiddete Yönelik Tutumun Sektöre Göre Değişkenliği	53
Tablo 19: Şiddete Yönelik Tutumun Pozisyona Göre Değişkenliği	53
Tablo 20: Regresyon Katsayıları	54
Tablo 21: Sağlıkta Şiddetin Beyin Göçüne Etkisi	55

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Yıllara Göre Hekimlerin Sicil Belgesi İçin Başvuru Sayısı	22
Şekil 2: 2022 Sağlıkta Şiddet İstatistikleri	34
Şekil 3: İş Yaşam Kalitesinin Beyin Göçüne Etkisine Yönelik Model	54
Şekil 4: Sağlıkta Şiddetin Beyin Göçüne Etkisi	55



ÖZET

İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İŞ YAŞAM KALİTESİNİN YURT DIŞINA GÖÇ
NİYETİNE ETKİSİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDETİN**

ARACI ROLÜ

Gökhan ACAR

Yüksek Lisans Tezi

İşletme Anabilim Dalı / İşletme Yönetimi Bilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Murat SAĞBAŞ

2024 – 82

Düşük iş yaşam kalitesi, beyin göçü ve şiddete maruz kalma sağlık çalışanlarının karşılaştığı önemli sorunlardır. Bu sorunlar, sağlık çalışanlarının iş tatminini ve motivasyonunu düşürmekte, mesleki tükenmişliğe yol açmakta ve sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca, beyin göçü, ülkedeki nitelikli sağlık çalışanlarının azalmasına ve sağlık sisteminde ciddi açıkların oluşmasına neden olmaktadır. Şiddete maruz kalma ise sağlık çalışanlarının fiziksel ve psikolojik sağlığını tehdit etmekte, güvenli çalışma ortamlarının oluşturulmasını zorunlu kılmaktadır. Bu çalışmanın temel amacı, Türkiye'deki sağlık sektörü çalışanlarının iş yaşam kalitesi, beyin göçü algıları ve sağlıkta şiddet maruziyeti arasındaki ilişkileri incelemektir. Ayrıca cinsiyet, medeni durum ve sektör gibi demografik özelliklerin iş yaşamı kalitesi, şiddete yönelik tutum ve beyin göçü algılarını nasıl etkilediğini belirlemeyi amaçlamaktadır. Ayrıca, göç etme niyetindeki rolü de dahil olmak üzere, şiddete maruz kalma ile kariyer memnuniyeti arasındaki ilişkiyi araştırmaktadır. Çalışmada gruplar arası farklılıkların tespitinde bağımsız örneklem t testi ile ANOVA'dan faydalanılmış, ayrıca yapısal eşitlik modellemesine yer verilmiştir. Araştırmada demografik özellikleri belirlemeye yönelik anket kısmının yanı sıra Öncü ve diğerleri (2018) tarafından geliştirilen Beyin Göçü Tutumu Ölçeği, Akar ve Üstünler (2017) tarafından geliştirilen İş Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çelik ve Çelik (2007) tarafından geliştirilen Şiddete Yönelik Tutum Anketi kullanılmıştır. Çalışmanın örneklemi, 331 sağlık çalışanından oluşmaktadır. Sonuçlar, iş-yaşam kalitesinin sektöre göre önemli ölçüde farklılaştığını, özel sektör çalışanlarının kamu sektöründekilere göre daha yüksek puanlar bildirdiğini göstermektedir. Ayrıca, beyin göçü algıları medeni durum ve çocuk sahipliğinden etkilenmekte, evli olmayan ve çocuksuz bireyler göçü daha cazip olarak algılamaktadır.

Yapısal eşitlik modellemesi, şiddete maruz kalmanın beyin göçü tutumları ile pozitif ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak, iş-yaşam kalitesi beyin göçü algılarını doğrudan etkilememektedir. Ayrıca, özel sektörde çalışan sağlık çalışanlarının kamu sektöründe çalışanlara kıyasla şiddete maruz kalma olasılığı daha yüksektir. Sonuç olarak, bu çalışma iş-yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, sağlık hizmetlerinde şiddetin azaltılması ve beyin göçü endişelerinin giderilmesi için kapsamlı politikalara duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır. Mesleki memnuniyetin artırılması ve güvenli çalışma ortamlarının sağlanması, sağlık çalışanları arasında göç niyetlerini önemli ölçüde azaltabilir.

Anahtar Kelimeler: İş Yaşam Kalitesi, Beyin Göçü, Sağlık Sektörü, Şiddet, Demografik Etkiler



ABSTRACT

Istanbul Kent University Postgraduate Education Institute

THE MEDIATORY ROLE OF VIOLENCE AGAINST HEALTHCARE WORKERS IN THE EFFECT OF HEALTHCARE WORKERS' QUALITY OF WORK ON THEIR INTENTION TO MIGRATE ABROAD

Gökhan ACAR

Master Thesis

Business Administration Division / Business Management Discipline

Supervisor: Doç. Dr. Murat SAĞBAŞ

2024 – 82

Low quality of work life, brain drain and exposure to violence are important problems faced by healthcare workers. These problems reduce the job satisfaction and motivation of healthcare workers, lead to professional burnout and negatively affect the quality of healthcare services. In addition, brain drain leads to a decrease in the number of qualified health workers in the country and serious deficits in the health system. Exposure to violence threatens the physical and psychological health of healthcare workers and necessitates the creation of safe working environments. The main purpose of this study is to examine the relationships between quality of work life, brain drain perceptions and exposure to violence in health care among health sector employees in Turkey. It also aims to determine how demographic characteristics such as gender, marital status and sector affect quality of work life, attitudes towards violence and brain drain perceptions. It also explores the relationship between exposure to violence and career satisfaction, including its role in migration intentions. In the study, independent sample t-test and ANOVA were used to determine the differences between groups, and structural equation modeling was also used. In addition to the questionnaire to determine demographic characteristics, the Brain Drain Attitude Scale developed by Öncü et al. (2018), the Quality of Work Life Scale developed by Akar and Üstünler (2017) and the Attitudes Towards Violence Questionnaire developed by Çelik and Çelik (2007) were used in the study. The sample of the study consists of 331 healthcare workers. The results show that quality of work-life differs significantly by sector, with private sector employees reporting higher scores than those in the public sector. In addition, perceptions of brain drain are affected by marital status and having children, and unmarried and childless individuals perceive migration as more attractive.

Structural equation modeling reveals that exposure to violence is positively associated with brain drain attitudes. However, quality of work-life does not directly affect brain drain perceptions. In addition, health care workers working in the private sector are more likely to be exposed to violence than those working in the public sector. In conclusion, this study emphasizes the need for comprehensive policies to improve quality of work-life, reduce violence in healthcare and address brain drain concerns. Increasing occupational satisfaction and providing safe working environments can significantly reduce migration intentions among health workers.

Keywords: Quality of Work Life, Brain Drain, Health Sector, Violence, Demographic Effects.



GİRİŞ

Sağlık sektöründe çalışan profesyoneller, iş yaşamı kalitelerini etkileyen uzun çalışma saatleri ve iş yükü, yetersiz ücret ve yan haklar, mesleki gelişim fırsatlarının önündeki engeller, çalışma ortamının fiziksel koşulları, psikolojik ve sosyal destekten yoksunluk, yönetim ve liderlik problemleri ile iş güvenliği gibi birçok problem ile sürekli olarak karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu sorunların çözümünü ise daha iyi ücret ve sosyal haklar elde edebildikleri, çalışma koşullarının daha iyi olduğu, mesleki gelişim fırsatlarının olduğu, şiddet ve güvenlik problemlerinin olmadığı, toplumsal saygınlık ve politik ve ekonomik istikrarsızlığın olmadığı yurt dışında aramaktadır. Çalışma ortamı, iş stresi, yönetim kalitesi ve mesleki ilerleme fırsatları gibi faktörler, sağlık çalışanlarının işten ayrılma niyetlerini ve beyin göçü eğilimlerini doğrudan etkileyebilmektedir. Bu bağlamda, iş yaşam kalitesinin, sağlık sektöründe çalışan bireylerin kariyer kararları üzerinde ne gibi etkiler yarattığını anlamak, sektörün karşılaştığı insan kaynağı sorunlarına çözüm üretebilme potansiyeli taşımaktadır.

Son yıllarda, sağlık sektörü çalışanları arasında artan şiddet olayları, profesyonellerin iş yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiler yaratmakta ve bu durum, beyin göçü gibi daha geniş çapta kariyer hareketliliklerini tetiklemektedir. Özellikle, pandemi döneminde ne kadar önemli bir iş yaptıkları iyice açığa çıkan sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artması, bu problemin daha derinlemesine incelenmesi gerekliliğini ortaya koymuştur. Şiddetin, iş yaşam kalitesi ve profesyonel memnuniyet üzerindeki etkilerini belirlemek, sağlık politikalarının şekillendirilmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Ayrıca, beyin göçü, sağlık sektörü için önemli bir insan kaynağı sorununu temsil etmektedir. Sağlık profesyonellerinin, daha iyi çalışma koşulları veya yaşam standartları arayışı içinde başka ülkelere veya daha cazip görünen diğer yerel sektörlere geçiş yapması, özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından ciddi zorluklar yaratmaktadır. İş yaşam kalitesinin beyin göçü üzerindeki etkilerini incelemek, bu göç hareketlerini anlamak ve müdahale stratejileri geliştirmek açısından önemlidir.

Bu çalışma, sağlık sektöründe çalışanların iş yaşam kalitesi, beyin göçü algıları ve şiddete maruz kalma durumları arasındaki ilişkileri ele almaktadır. Araştırma, demografik faktörlerin iş yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini, beyin göçü algılarını ve şiddetle nasıl ilişkili olduğunu kapsamlı bir şekilde analiz etmeyi amaçlamaktadır. Bu bağlamda, elde edilen bulguların, sağlık sektöründe çalışma koşullarını iyileştirmek ve sağlık

profesyonellerinin yaşam ve iş kalitesini artırmak için politika ve uygulama önerileri sunması beklenmektedir.



BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. İş Yaşam Kalitesi

İş yaşam kalitesi, çalışanların iş yerlerindeki deneyimlerinin ve koşullarının genel kalitesini ifade eder ve hem bireysel refahları hem de kuruluşların genel performansı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. İş yaşam kalitesi, yalnızca iş yerindeki fiziksel koşulları değil, aynı zamanda çalışanların duygusal, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını da kapsayan geniş bir yelpazeyi içermektedir. Bu kısımda, iş yaşam kalitesinin temel kavramları, önemi ve etkileyen faktörler üzerinde durulmakta; tarihsel kökenlerinden günümüze evrimi, çeşitli boyutları ve sağlık çalışanlarına özgü durumlar incelenmektedir.

1.1.1. İş Yaşam Kalitesi Kavramı

İş-yaşam kalitesi kavramının kökeni, insan faktörü pahasına yüksek verimliliğe vurgu yapılan ve çalışanların ağır koşullar altında aşırı çalıştırılmasına yol açan bir dönem olan Sanayi Devrimi'ne kadar uzanmaktadır. Bu yaklaşım sonunda devamsızlığın, yorgunluğun, kazaların ve sabotaj eylemlerinin artmasına neden olmuş ve çalışanların refahının ihmal edildiğini göstermiştir. Buna karşılık, 20. yüzyılın başlarında güvensiz çalışma koşullarını ve kazaları önlemeyi amaçlayan yasalar yürürlüğe girmiş ve endüstriyel bakış açısında işçilerin ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmaya yönelik bir değişim yaşanmıştır. 1930-1940 yılları arasındaki sendikalaşma hareketi, odağı işçilerin ekonomik kazanımlarına ve üretim sürecine daha da kaydırarak çalışma koşullarının çalışanların beklentileriyle uyumlu hale getirilmesinin önemini vurgulamıştır (Tınar ve Ulusoy, 2017).

İş-yaşam kalitesinin tanımı literatürde tartışma konusu olmaya devam etmekte ve kavramsallaştırılması ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Örneğin, kavram İngilizce konuşulan ülkelerde ve Almanya'da işin insanileştirilmesi, Fransızca konuşulan ülkelerde ve Fransa'da çalışma koşullarının iyileştirilmesi, İskandinav ülkelerinde işyerinin demokratikleştirilmesi ve sosyalist ülkelerde işçilerin korunması ile ilişkilendirilmektedir. Bu çeşitlilik, iş-yaşam kalitesinin çok yönlü doğasının altını çizmekte, çalışan memnuniyeti ve örgütsel etkinliğin ele alınmasında farklı kültürel ve toplumsal öncelikleri yansıtmaktadır.

İş, yalnızca para kazanma aracı olarak değil, aynı zamanda bir tatmin, gurur, başarı ve topluma katkı kaynağı olarak da insan hayatının önemli bir bölümünü işgal etmektedir. Çalışanların işlerine ilişkin algıları, genel iş-yaşam kalitelerini şekillendirmede, memnuniyetlerini veya memnuniyetsizliklerini etkilemede önemli bir rol oynamaktadır. Bu algılar, iş güvenliği, ödül sistemleri, eğitim ve kariyer gelişimi fırsatları ve karar alma süreçlerine katılım gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Bu unsurların yerine getirilmesi

olumlu bir iş algısına katkıda bulunurken, bunların yokluğu çalışanlar arasında stres ve memnuniyetsizliğe yol açabilir (Türkay, 2015).

İş-yaşam kalitesi kavramı dinamik ve çok boyutludur; iş güvencesi, ödül sistemleri, eğitim ve kariyer gelişimi fırsatları ve karar alma süreçlerine katılım gibi unsurları kapsar. Çalışanlar için koşulları iyileştirmeyi ve böylece örgütsel etkinliği artırmayı amaçlamaktadır. İş-yaşam kalitesi sadece çalışanları memnun etmenin bir yolu olarak değil, aynı zamanda kuruluşların daha iyi bir çalışma ortamı yaratarak uzun vadeli verimlilik ve üretkenlik elde etmeleri için bir strateji olarak görülmektedir. Bu karşılıklı fayda, çalışanların refahı ile örgütsel başarının birbirine bağlı olduğunun altını çizmekte ve iş-yaşam kalitesinin bütüncül bir şekilde anlaşılmasına katkıda bulunmaktadır (Connell ve Hannif, 2009).

İş-yaşam kalitesinin önemi, yaşamımızın önemli bir bölümünün işyerlerinde geçmesinden kaynaklanmaktadır. Burada harcanan zaman ve enerji genel yaşam memnuniyetini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Erdem ve Kaya'nın (2013) da belirttiği gibi, iş-yaşam kalitesinin genel yaşam kalitesinden ayrılamayacağının altını çizerek, işteki isteksizlik ve tatminsizliğin sadece bireysel çalışanlar üzerinde değil, genel yaşam kalitesi üzerinde de olumsuz etkileri olduğunu vurgulamaktadır. Bu bakış açısı, iş tatminsizliğinin yaşamın daha geniş alanlarına yayılmasını önlemek için işyerinde çalışan memnuniyetinin sağlanması gerekliliğinin altını çizmektedir.

İşyerindeki koşullar çalışanları sadece fiziksel olarak değil, aynı zamanda psikolojik ve duygusal olarak da etkilemektedir (Chan ve Wyatt, 2007). Olumsuz iş algıları, çalışanların memnuniyetini azaltarak örgütsel başarıya yetersiz katkıda bulunmalarına yol açabilir. Sonuç olarak, işletmeler, çalışanlar arasında işe yönelik olumlu tutumları teşvik etmek ve böylece örgütsel verimliliği artırmak için olumlu çalışma koşulları yaratmalıdır. Bu yaklaşım hem memnun hem de üretken olan etkili bir işgücünün sürdürülmesinde esastır.

İş-yaşam kalitesi kavramı son zamanlarda popülerlik kazanmış, kurumsal etkinlik ve üretkenlik üzerindeki önemli etkisi kabul edilmiştir. İş güvenliği ve memnuniyetini artırırken devamsızlığı, iş gücü devrini, stresi ve tükenmişliği azaltmada giderek daha önemli bir unsur olarak görülmektedir. Çalışma yaşamının kalitesi aynı zamanda bir kurumun sürdürülebilirliği ve yaşayabilirliği açısından da önemli bir göstergedir ve iyileştirilmesi moral artışı, elverişli çalışma ortamlarının yaratılması ve kurumsal performansın genel olarak geliştirilmesi gibi olumlu sonuçlara yol açmaktadır (Sushil, 2013). Bu faydalar, kuruluşların yüksek standartlarda iş-yaşam kalitesi için çaba göstermeleri ve bunu sürdürmeleri gerektiğinin altını çizmektedir.

Son yıllarda iş-yaşam kalitesine yönelik artan ilgi, eğitim seviyesinin yükselmesi ve buna bağlı olarak çalışanların beklentilerinin artması, insan kaynakları yönetiminin önemi ve insan davranışlarının daha iyi anlaşılması gibi çeşitli faktörlere bağlanabilir. Yüksek iş-yaşam kalitesinin hem kuruluşlara hem de çalışanlara sağladığı faydalar, verimlilik ve performansın artması, devamsızlık ve işten ayrılmaların azalması, stresin azaltılması ve olumlu çalışan tutumlarını ve öz yeterliliği teşvik eden esnek çalışma koşullarının yaratılması gibi çok yönlüdür. Bu faktörler, sürdürülebilir ve uygulanabilir bir kurumsal ortama katkıda bulunmakta ve hem çalışanların hem de kurumların karşılıklı yararı için iş-yaşam kalitesini artırmaya odaklanmanın ve yatırım yapmanın kritik bir ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır (Markham, 2010).

Etkin İş-Yaşam Kalitesi (İYK) programları iki ana hedef etrafında şekillenmektedir: çalışan açısından bakıldığında amaç çalışma koşullarını iyileştirmek, işveren açısından bakıldığında ise örgütsel etkinliği artırmaktır. Bu yaklaşım öncelikle çalışanlara odaklanmakta ve onları sadece hizmet kalitesinin sürdürülmesi için değil, aynı zamanda kuruluşun karlılığı ve verimliliği için de çok önemli görmektedir. İş-yaşam kalitesi kavramı, çalışanları işletmenin iç müşterileri olarak gören toplam kalite yönetimi felsefesinden hareketle çalışan ve müşteri memnuniyetiyle yakından ilişkilidir (Yücel ve Sayiner, 2018). Hem iç hem de dış müşteriler için memnuniyet; ücret, terfi, tanınma, gelişim fırsatları ve anlamlı iş gibi hizmet ve ödüllerle beklentilerinin karşılanması veya aşılması yoluyla elde edilir.

Dış müşterilerin memnuniyeti ve dolayısıyla işletmenin kârlılığı, iç müşterilerin- çalışanların- memnuniyeti ile sağlanır. Müşteri odaklı yaklaşım, mutsuz çalışanlarla memnun müşteriler yaratmanın mümkün olmadığının altını çizmekte, mutlu çalışanların mutlu ve sadık müşteriler yaratacağı fikrini desteklemektedir (Sayiner ve Yücel, 2018). İşletmelerin öncelikli hedefinin kâr elde etmek olduğu düşünüldüğünde, çalışanlar bu hedefe ulaşmada en değerli kaynak olarak kabul edilmekte ve iş-yaşam kalitesinin temel hedeflerini gerçekleştirmek için elverişli çalışma ortamı koşullarının sağlanması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu hedefler arasında daha iyi ekip çalışması ve iletişimin teşvik edilmesi, çalışanların moralinin yükseltilmesi, örgütsel stresin azaltılması hem iş içinde hem de iş dışında ilişkilerin geliştirilmesi, güvenli çalışma koşullarının iyileştirilmesi, çalışan memnuniyetinin artırılması, iş yerinde öğrenmenin teşvik edilmesi, süregelen değişim ve geçişlerin etkin bir şekilde yönetilmesi ve kurum içindeki her seviyeden yönetime katılımın sağlanması yer almaktadır (Srivastava ve Kanpur, 2014).

1.1.2. İş Yaşam Kalitesinin Boyutları

İş-yaşam kalitesi iki ana boyuta ayrılabilir: toplumsal, ailesel ve bireysel düzeyleri kapsayan ve ülkeden bölgeye ve şehre uzanan sorunlar ve konum. Bu sınıflandırma, en küçük birim olan bireydeki iyileşmelerin ailenin ve toplumun yaşam standardında iyileşmelere yol açabileceğini ve benzer şekilde, bir ülkenin yaşam standardının bölgelerini ve şehirlerini etkilediğini göstermektedir. Böylesi bir hiyerarşik ilişki, herhangi bir düzeyde iş-yaşam kalitesinin yükseltilmesinin diğer düzeyleri de olumlu yönde etkileyeceği anlamına gelmekte ve genel iş-yaşam kalitesinin belirlenmesinde bireysel, toplumsal ve mekânsal faktörlerin birbirine bağıllığını güçlendirmektedir.

İş-yaşam kalitesine ilişkin söylem hem makro hem de mikro perspektifleri kapsamakta ve mikro ölçekte iş-yaşam standardının geliştirilmesinin genel makro düzeydeki iyileştirmelere katkıda bulunduğunu öne sürmektedir. Bu kuralın istisnaları, bir bireyin iş-yaşam kalitesi algısını olumsuz etkileyebilecek geçici koşullardan veya bireysel özelliklerden kaynaklanabilir. Çalışma ortamındaki sosyo-kültürel etkiler gibi faktörler, bireylerin iş-yaşam kalitesini şekillendirmede önemli bir rol oynamakta ve iş-yaşam kalitesine ilişkin hem bireyci hem de toplumcu görüşleri içeren bir anlayışa işaret etmektedir.

Bireysel refah, iş-yaşam kalitesinin merkezi bir belirleyicisi olarak kabul edilmekte, bireysel çeşitlilik ve memnuniyet ele alınmadan daha geniş toplumsal iş-yaşam kalitesi tartışmalarının eksik kalacağı öne sürülmektedir. Bireye yapılan bu vurgu, aile yapılarının ve belirli kültürlerdeki sosyal iş birliğinin yaşam standartlarını etkileyebileceği yönündeki daha geniş anlayışla uyumludur ve iş-yaşam kalitesini değerlendirmek ve iyileştirmek için çok katmanlı bir yaklaşıma işaret etmektedir.

Sosyal karşılaştırma teorisi, bireylerin kendi standartlarını başkalarının standartlarıyla karşılaştırarak iş-yaşam kalitelerini ölçtüklerini, algılarını ve memnuniyet düzeylerini şekillendirdiklerini öne sürmektedir. Bu karşılaştırmalı değerlendirme, adil bir iş ortamının temel bir bileşeni olarak benzer işler için eşit ücret ödenmesinin önemini vurgulayarak, iş memnuniyetini ve algılanan ücret adaletini etkileyebilir. Bu ilke, çalışanlar arasındaki potansiyel olumsuz dinamikleri azaltarak kuruma olan güveni artırır ve genel olarak olumlu iş-yaşam kalitesine katkıda bulunur (Aksüt, Eren ve Tüfekçi, 2020).

Güvenlik ve sağlık da dahil olmak üzere çalışma koşulları, çalışanların yaşamlarında önemli bir rol oynamakta ve işyerinin ötesine geçerek kişisel zamanı ve aile yaşamını etkilemektedir. Uzun çalışma saatleri ve kötü ergonomik koşullar kişisel gelişimi sınırlayabilir ve ailevi ve sosyal ilişkileri zorlayabilir. Buna karşılık, kişinin işi üzerinde kontrol sahibi olması refah, özerklik ve memnuniyet duygusunu teşvik ederek, çalışanlara

anlamalı kontrol ve beceri geliştirme fırsatları sunan ve böylece genel iş-yaşam kalitesini artıran çalışma ortamları yaratmanın önemini vurgulamaktadır (Erdem ve Kaya, 2013).

1.1.3. İş Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

İş yaşamının kalitesi akademik literatürde kapsamlı bir şekilde incelenmiş ve bunu etkileyen çeşitli faktörler tanımlanmıştır. Bu alandaki öncü çalışmalar arasında, adil ücret, güvenli ve sağlıklı bir iş ortamı, büyüme ve güvenlik fırsatları, organizasyonda sosyal entegrasyon, işyerinde anayasalcılık, toplam yaşam alanı ve iş yaşamının sosyal uygunluğu dahil olmak üzere çeşitli insan ihtiyaçları ve beklentilerine dayalı olarak iş yaşam kalitesini tanımlayan Walton'un (1973) çalışması yer almaktadır. Diğer araştırmacılar da iş yaşam kalitesini etkileyen faktörleri daha da genişletmiştir. Örneğin, Levine, Taylor ve Davis (1984) yönetimden saygı ve güven, iş çeşitliliği, mevcut rol içinde büyüme fırsatları, öz saygı, iş-yaşam dengesi ve kişinin işinin toplumsal katkısı gibi unsurlara odaklanmıştır. Mirvis ve Lawler (1984) ile Saraji ve Dargahi (2006) de benzer şekilde adil ücret, istihdam fırsatları, iş hareketliliği, yönetim ve iş arkadaşlarından destek, iş kalitesi, üst yönetime güven, iş-yaşam dengesi, iş stresi ve kariyer fırsatları gibi temel unsurları belirlemişlerdir. Bu çalışmalar hem içsel iş özelliklerinin hem de dışsal örgütsel politikaların iş yaşam kalitesini şekillendirmedeki önemini altını çizmektedir.

Sinha (2012) iletişim, kariyer gelişimi, örgütsel bağlılık, yönetimin duygusal desteği, esnek çalışma düzenlemeleri, kurum kültürü, çalışan motivasyonu, örgüt iklimi, destek, iş tatmini, ödüller ve ücretin iş yaşam kalitesini etkilemedeki rolünü vurgulayarak ek boyutlar getirmiştir. Bu bakış açısı, hem kurum içindeki kişiler arası ilişkilerin hem de çalışma ortamının yapısal unsurlarının iş yaşam kalitesini belirlenmesinde kritik rol oynadığını öne sürmektedir.

Literatür, iş yaşam kalitesini anlamak için biri işin dışsal özelliklerine (ücret, çalışma koşulları ve iş güvenliği gibi) odaklanan, diğeri çalışanların içsel özelliklerini (kişisel tatmin ve motivasyon dahil) vurgulayan ve üçüncüsü de iş yaşam kalitesini birincil geliştiricileri olarak örgütsel iklimin kalitesine, çalışanlar ve yönetim arasındaki ilişkilere ve güvene işaret eden olmak üzere üç farklı yaklaşım ortaya koymaktadır (Kanten, 2014). Bu sınıflandırma, iş yaşam kalitesini iyileştirilmesi için hem işin nesnel koşullarına hem de çalışanların öznel deneyimlerine dikkat edilmesini gerektiren kapsamlı bir yaklaşım önermektedir.

Etkili iletişim bu söylemde çok önemli bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır ve çalışanların rollerine entegre olmaları ve işlerinden memnuniyet duymaları için gereklidir. İletişim, iş tanımlarının ve beklentilerin net bir şekilde ortaya konmasını kolaylaştırarak çalışanların daha verimli bir performans sergilemesini ve daha iyi performans göstermesini

sağlamaktadır (Ölçer ve Koçer, 2015). Ayrıca, destekleyici ve sağlıklı bir çalışma ortamının yaratılması, işyerinin fiziksel koşullarının ele alınması ve adil ücretlendirmenin sağlanması, iş yaşam kalitesinin artırılması için kritik öneme sahiptir. Bu unsurlar, iş-yaşam dengesi girişimleri ve katılımcı yönetim uygulamaları ile birlikte çalışan memnuniyetine, örgütsel bağlılığa ve verimliliğe önemli ölçüde katkıda bulunmakta ve iş yaşamı kalitesini tanımlamada bireysel, örgütsel ve toplumsal faktörlerin birbiriyle bağlantılı olduğunun altını çizmektedir (Nanjundeswaraswamy ve Swamy, 2013).

1.1.4. Sağlık Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesi

Sağlık çalışanları, insan hayatı üzerindeki doğrudan etkileri nedeniyle, hata payının olmadığı diğer mesleklerle göre çok daha ağır sorumluluklar taşımaktadır. İş tatminlerinin ve motivasyonlarının yüksek tutulması, beklentilerinin karşılanması da dahil olmak üzere yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen faktörlerin iyileştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu tür önlemler, sağlık çalışanlarının görevlerini daha özenli, sağlıklı ve mutlu bir şekilde yerine getirmelerini sağlayarak hizmet verdikleri bireylerde memnuniyet yaratır. Bir sağlık çalışanının iş yaşamı kalitesinin artırılması, motivasyonunun artırılmasını ve sağlıklı bir yaşam tarzının teşvik edilmesini gerektirir (Babapour ve diğerleri, 2022). Sağlıklı yaşam alışkanlıkları, takdir edilme, uygun çalışma saatleri, daha iyi ücret, beceri ve bilgi kullanımı, çalışan-yönetici ilişkileri ve ağır iş yükü gibi iyileştirilmesi gereken kilit alanların altını çizmek mümkündür. Bu önemli alanların ele alınması motivasyonu artıracak, iş memnuniyetine ve yaşam kalitesinde genel bir iyileşmeye yol açacak, bu da genel olarak toplumu olumlu yönde etkileyecektir (Babamohamadi ve diğerleri, 2023). Bu nedenle, yaşam kalitesi gerçeğini göz ardı etmeyen bir sağlık politikası oluşturmak ve sağlık çalışanlarının yaşam kalitesine katkıda bulunan tüm unsurları iyileştirmek zorunludur. Yaşam kalitesi göstergeleri arasında bireysel veya ailevi ihtiyaçların karşılanması, kişinin çevresi üzerinde kontrol sahibi olması, kişisel gelişim ve anlamlı bir yaşam sürme yer almaktadır. Çalışma koşullarının, çevresel koşulların, hizmetlere erişimin ve sosyal ilişkilerin iyileştirilmesi iş memnuniyetini, mesleki ve kişisel gelişimi, performans değerlendirmesini, motivasyonu ve sunulan hizmetlerin kalitesini artırabilir ve sağlık hizmetlerinde moral ve hizmet kalitesinin korunmasında yönetim ve eğitimin önemini vurgulayabilir (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011).

Sağlık kurumlarındaki çalışma ortamları, yüksek kalitede bir iş yaşamı için elverişli değildir ve kaliteli yaşam koşullarına ulaşmayı diğer sektörlerle kıyasla daha zor hale getirmektedir. Bu zorluklar, sağlık hizmetlerinin kişiselleştirilmiş, karmaşık, değişken ve genellikle acil olması nedeniyle çalışma ortamının doğasından ve iş özelliklerinden

kaynaklanmaktadır. İhmal, dikkatsizlik ve hatalar, genellikle can kaybıyla sonuçlanan ciddi sonuçlar doğurabilir. Yoğun dikkat, hassasiyet, teknik bilgi ve beceri gerektiren işler zaman içinde üretkenliği ve isteği olumsuz etkileyebilir. Çalışma koşullarındaki sorunlar veya iyileştirmeler genel yaşam koşullarını doğrudan etkiler (Kaya ve Alan, 2023).

Genellikle normal çalışma saatleri ve günleri dışında çalışan, hayati önem taşıyan görev ve sorumluluklar taşıyan, yoğun stres ve baskı altında çalışan sağlık çalışanları, düzensiz vardiyalar veya nöbet görevleri nedeniyle uyku bozuklukları gibi fiziksel etkilerle karşı karşıya kalmaktadır. Vardiyalı ya da çağrı üzerine çalışma düzeninden vazgeçmek bile bu sorunları hemen çözmektedir. Vardiyalı veya çağrı üzerine çalışmanın uyku bozukluklarına yol açtığı bilinmektedir ve bu durum gece vardiyalarının yanı sıra sosyal bozulmalara, tükenmişliğe ve diğer psikolojik sorunlara yol açabilir. Sağlık hizmetlerinin süreklilik arz eden doğası ve ekip çalışması gerekliliği, etkili bir iletişim sisteminin yokluğu ile birleştiğinde, mesleki tatmini, iş verimliliğini ve kişisel performansı önemli ölçüde etkileyebilir, zaman ve ekonomik kayıplara yol açabilir. Bu nedenle, çalışanların iş performansını ve ruhsal durumlarını iyileştirmek için çalışma koşullarının iyileştirilmesi yaşam kalitesini artırabilir (Uyar, Kırac ve Kırac, 2020).

1.2. Beyin Göçü

Beyin göçü, yüksek vasıflı profesyonellerin genellikle daha az gelişmiş ülkelere daha gelişmiş ülkelere doğru olan hareketini ifade eden karmaşık bir olgudur. Beyin göçü, bir yandan bireyler için daha iyi yaşam standartları ve kariyer fırsatları sunarken, diğer yandan kaynak ülkelerin eğitimli insan sermayesinin azalmasına ve gelişim süreçlerinin yavaşlamasına yol açarak önemli sosyal ve ekonomik etkiler yaratır. Çalışmanın bu kısmında beyin göçünün kavramsal çerçevesi, tarihsel arka planı, çeşitli türleri, nedenleri ve sonuçları ve önlemeye yönelik politikalar ele alınmıştır. Bu olgunun farklı yönleri gerek kaynak gerekse hedef ülkelerin perspektiflerinden değerlendirilmiştir. Aynı zamanda sağlık çalışanlarında beyin göçüne değinilerek sağlık çalışanlarının göçünün kaynak ülkelere ve hedef ülkelere yarattığı etkilerden söz edilmiştir.

1.2.1. Beyin Göçü Kavramı

Yüksek vasıflı profesyonellerin, akademisyenlerin ve uzmanların bir ülkeden diğerine, genellikle daha az gelişmiş ülkelere daha gelişmiş ülkelere göç etmesiyle karakterize edilen bir olgu olan beyin göçü, Türk Dil Kurumu (TDK, 2022) tarafından gelişmiş profesyonellerin ve bilim insanlarının başka bir gelişmiş ülkeye yerleşmek ve çalışmak üzere ayrılmaları olarak tanımlanmaktadır. Terim, eğitimli ve vasıflı işgücünün daha fakir ülkelere daha zengin ülkelere doğru hareketini kapsamakta ve işgücünün bol

olduğu ülkelerdeki daha ucuz eğitim fırsatları ve başka yerlerde daha iyi insan sermayesi değerlemesi arayışının neden olduğu göçü vurgulamaktadır. Bu göç genellikle yüksek nitelikli bireylerin göçünü destekleyen yasalar ve kurumsal faktörler tarafından kolaylaştırılmakta ve eğitim becerisinin insan sermayesine yapılan bir yatırım olarak kritik rolü kabul edilmektedir.

Beyin göçü kavramı aynı zamanda teknoloji transferindeki hassas alanlarla da ilişkilendirilmekte ve yetenekli profesyonellerin kendi ülkeleri dışında daha umut verici fırsatlar arayışına işaret etmektedir (Kwok ve Leland, 1982). Rutherford (1992), beyin göçünü düşük gelirli ülkelerdeki cerrahlar, doktorlar, mühendisler, bilim insanları ve bilişim uzmanları gibi yüksek vasıflı bireylerin, maaşlar ve araştırma olanaklarındaki eşitsizlikler ve az gelişmiş ülkelerdeki uzmanlaşmış yüksek vasıflı mezunların bolluğu gibi faktörlerin etkisiyle, başta ABD olmak üzere daha zengin ekonomilere uluslararası göçü olarak tanımlamaktadır.

Black (1997) ise beyin göçünü, yüksek vasıflı, yetenekli bireylerin daha fakir ülkelere daha zengin ülkelere iş arama hareketi için aşağılayıcı bir terim olarak tasvir etmiş ve bunun hem daha fazla ödeme yapmaya istekli zengin ülkelerdeki talepten hem de fakir ülkelerdeki sınırlı veya hiç olmayan iş fırsatlarından kaynaklandığını öne sürmüştür. Bu tanım aynı zamanda zengin ve fakir ülkeler arasındaki sosyal ve siyasi farklılıkları da kabul etmekte, daha zengin ülkelerin göç için meritokratik bir temele yöneldiğini ve birincil kaynaklar olarak ekonomik nedenlere ve araştırma fırsatlarındaki eşitsizliklere odaklanan beyin göçü tanımlarını desteklemektedir.

Çeşitli tanımlar arasında beyin göçü, yüksek vasıflı profesyonellerin ve uzmanların göçünün farklı yönlerini, nedenlerini ve potansiyel etkilerini kapsamaktadır. Bu, daha iyi fırsatlar arayan ve ev sahibi ülkenin ekonomik, siyasi ve sosyo-kültürel gelişimine önemli ölçüde katkıda bulunurken potansiyel olarak kendi ülkelerinin büyümesine zarar veren yüksek vasıflı bireylerin göçüne yapılan vurguyu içerir. Buna ek olarak tanımlar, ekonomik teşvikler ve araştırma altyapısı eşitsizlikleri temel motivasyon kaynakları olmak üzere, sosyal ve siyasi sistemlerin beyin göçünü yönlendirmedeki rolünü vurgulamaktadır.

1960'lardan bu yana beyin göçünün tarihsel gelişimi, küresel yetenek dağılımı üzerindeki etkisinin altını çizmekte ve vasıflı işçilerin gelişmekte olan ülkelere göçü önemli bir eğilim olmaya devam etmektedir. Süregelen bu olgu, hem kaynak hem de hedef ülkeler için ekonomik sonuçlar üzerine tartışmaları gündeme getirmekte, yetenek kaybeden ülkeler üzerindeki olumsuz etkileri azaltmak için karşı önlemler

önerirken, gelişmiş ülkeler arasında dengeli değişimler de dahil olmak üzere vasıflı göçün faydalarını araştırmaktadır (Breinbauer, 2009).

Beyin göçü olgusu, beyin bolluğu, beyin değişimi, beyin dolaşımı, beyin israfı ve beyin kazancı gibi çeşitli ilgili kavramları kapsamaktadır. Beyin bolluğu, bir ülke atıl kalan vasıflı işgücü fazlası ürettiğinde ortaya çıkar ve eğitilmiş ancak işsiz bireylerin fazlalığı nedeniyle rekabetin artmasına ve potansiyel olarak ücretlerin ve üretkenliğin düşmesine neden olur. Bu durum genellikle az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelere, düşük kaliteli eğitim üreten plansız eğitim sistemleri nedeniyle ortaya çıkar. Öte yandan, beyin değişimi, kaynak ve hedef ülkeler arasında net bir kayıp veya kazanç olmaksızın insan sermayesinin dengeli bir şekilde hareket etmesini ifade eder ve iki yönlü bir uzmanlık akışını kolaylaştırır. Beyin dolaşımı, vasıflı göçmenlerin gelişmiş ülkelere gidip daha sonra evlerine döndükleri, kendi ülkelerine fayda sağlayabilecek değerli deneyimler ve bilgiler getirdikleri, genellikle sosyal, ekonomik ve bilimsel fırsatları geliştirdikleri ve küresel bağlantılılığı teşvik ettikleri süreci tanımlamaktadır (Milio vd., 2012; Ulusoy, 2021).

Beyin israfı, yüksek eğitilmiş göçmenlerin beceri düzeylerine veya eğitimlerine uymayan işlerde eksik istihdam edilmesini vurgulayan bir diğer kritik kavramdır. Bu durum, yetersiz istihdam koşulları, iş fırsatlarındaki uyumsuzluklar ve istihdam piyasasındaki yasal sorunlardan kaynaklanabilmekte ve vasıflı göçmenlerin ya işsiz kalmalarına ya da vasıflarının gerektirdiğinden daha düşük seviyeli işlerde istihdam edilmelerine yol açmaktadır. Nitelikli işgücünün bu şekilde atıl kalması sadece bireysel olarak göçmenler için değil, aynı zamanda uygun şekilde istihdam edilmeleri halinde ev sahibi ülkenin ekonomisine yapabilecekleri potansiyel katkılar açısından da bir kayıp anlamına gelmektedir. B israfı, vasıflı göçmenlerin kötü istihdam koşulları ve düzensiz yasal statü gibi çeşitli faktörler nedeniyle işsizlikle karşı karşıya kalmaları veya beceri düzeylerinin altında işlerde çalışmaları durumu olarak tanımlanmaktadır (Karaduman ve Çoban, 2019).

Son olarak, beyin kazancı, gelen vasıflı göçmenlerin beceri ve bilgilerinden yararlanan ev sahibi ülke için avantajlı durumu ifade etmektedir. Bununla birlikte, vasıflı bireylerin gelişmiş beceriler ve deneyimlerle zenginleştirilmiş olarak kendi ülkelerine geri dönmesi, potansiyel olarak yerel işgücünün kalitesini dönüştürmesi ve ülkenin kalkınmasına katkıda bulunması anlamına da gelebilir. Bu süreç, ev sahibi ülkenin diaspora ağlarından ve ulusal fayda için vasıflı göç sürecinden yararlanma politikalarının etkinliğinden önemli ölçüde etkilenmektedir. Beyin kazanımı tek yönlü bir yetenek, beceri ve teknoloji akışını vurgularken, beyin dolaşımı hem ev sahibi hem de menşe ülkelerin kapasitelerini artıran daha dinamik, çift yönlü bir alışverişi önermektedir (Yılmaz, 2019). Beyin göçü ve ilgili

terimlerin bu çok yönlü anlayışı, yetenekli bireylerin göç kararlarını yönlendiren karmaşık sosyo-ekonomik ve siyasi faktörleri ve hem göç veren hem de göç alan ülkeler için uzun vadeli sonuçları vurgulamaktadır.

1.2.2. Beyin Göçü Yaklaşımları

Uluslararası model, insanların en etkili olabilecekleri yerde çalışarak insanlığın ilerlemesine hizmet etmeleri gerektiğini öne sürmektedir. Bu bakış açısı, nitelikli işgücü göçünü bir kayıp olarak değil, potansiyel bir küresel fayda olarak görmekte ve son zamanlarda beyin dolaşımının işçi dövizleri, beceri kazanımı ve geri dönen insanların iş yaratması gibi olumlu etkilerine odaklanmaktadır. Küreselleşmenin sunduğu fırsatlarla birleştiğinde, olumlu etkilerini artıran bireyin hareket ve seçim özgürlüğüne saygıyı vurgulayan bu model, beyin dolaşımının kısıtlanmasından ziyade kolaylaştırılmasını savunmaktadır. Bu model, vasıflı göçmenlerin kendi ülkelerine doğrudan maliyet getirmeden küresel ve ulusal kalkınmaya katkıda bulunmak, kazanımlarını geride bıraktıkları aile üyeleriyle paylaşmak ve potansiyel olarak kendi ülkelerinin kalkınmasına katkıda bulunabilecek gelişmiş beceriler ve bakış açılarıyla geri dönmek dahil olmak üzere kendi ülkelerine sağlayabilecekleri çeşitli faydaları kabul etmektedir. Kısıtlayıcı politikaların aksine bu model, bireylerin daha iyi yaşam ve çalışma koşulları arama özgür iradelerine saygı göstererek beyin dolaşımına izin veren bir sistemin gerekliliğinin altını çizmektedir. Bu tür tercihlerin uzun vadeli küresel faydalarını vurgulayarak, vasıflı bireylerin hareketini teşvik eden politikaları savunmaktadır. Bu yaklaşım, vasıflı bireylerin hareketinin küresel bilgi paylaşımına ve küresel koşulların iyileştirilmesine yönelik çabalara olumlu katkıda bulunduğunu savunmaktadır. Model aynı zamanda vasıflı işgücünün serbestçe hareket edebileceği bir ortamı teşvik ederek hem göç veren hem de göç alan ülkelerin fayda sağlayabileceğini, birbirine daha bağlı ve karşılıklı olarak destekleyici bir küresel toplumu teşvik edebileceğini öne sürmektedir.

Milliyetçi model, az gelişmiş ülkelerdeki kalkınma ve refahın önemini vurgulayarak vasıflı işgücünün daha gelişmiş ülkelere hareketini insan sermayesi kaybı olarak görmekte ve ülkelerin ekonomik büyüme ve teknolojik ilerlemeyi sağlamak için vasıflı işgücünü ellerinde tutmaları gerektiğinin altını çizmektedir. Milliyetçi bakış açısını destekleyen uluslararası modelin eleştirilenleri, vergi mükelleflerinin parasıyla finanse edilen yüksek vasıflı işgücüne yapılan yatırımın diğer ülkelere kaymasına, kilit bilim adamlarının ayrılmasının ve bunun sonucunda ortaya çıkan liderlik boşluğunun neden olduğu uzun vadeli zarara ve gelişmekte olan ülkelerin ilerlemesi için gerekli olan sosyal ve kültürel katkıların azalmasına karşı çıkmaktadır.

Milliyetçi model, bilim insanlarının insanlığın yararı için en iyi koşullar altında çalışmalarını mesleki bir görev olarak kabul ederken, bilim ve teknolojinin ulusal kültürün ayrılmaz bir parçası olduğunu ve kalkınma için hayati önem taşıdığını iddia etmektedir. Bu model, bireysel haklara ve küresel gelişmelere saygıyı dengeleyerek işgücünün uluslararası göçünü kontrol edecek tedbirleri savunmaktadır. Uluslararası model, ulusal çıkarların korunması ve değerli insan kaynaklarının heba edilmesinin önlenmesi gerektiğinde ısrar ederek, yetenekli bireylerin elde tutulmasının bir ülkenin kültürel, sosyal ve ekonomik ilerlemesi için elzem olduğunu öne sürerek uluslararası modelin duruşuna meydan okumaktadır. Özünde milliyetçi model, beyin göçünü yönetmek için stratejik bir yaklaşım çağrısında bulunmakta ve ülkelerin, özellikle de gelişmekte olan ülkelere, en yetenekli bireylerini göçe kaptırmadan eğitim ve beceri geliştirme yatırımlarından faydalanabilmelerini sağlamaktadır.

1.2.3. Beyin Göçünün Nedenlerine Yönelik Beyin Göçü Yaklaşımları

Bireyler genellikle, göçün kendilerinin veya ailelerinin yaşam kalitesini artıracak, daha iyi ekonomik koşullar sunacak, çalışma hayatlarını geliştirecek ve toplum içindeki statülerini yükseltecek inancıyla daha iyi bir yaşam standardı arayışıyla kalıcı olarak göç etmeye karar verirler (Aksoy ve Gürsoy, 2018). Bu karar, literatürde kapsamlı bir şekilde belgelendiği üzere itici ve çekici faktörlerden etkilenmektedir. İtici faktörler, menşe ülkenin bireyleri ayrılmaya zorlayan olumsuz özelliklerini içerirken, çekici faktörler ise hedef ülkenin bireyleri kendisine çeken cazip niteliklerinden oluşmaktadır. Göç etme olasılığı en yüksek olanlar arasında, özellikle daha iyi ekonomik koşullar ve eğitim fırsatları hedefleyen genç, eğitilmiş ve sağlıklı bireyler yer almaktadır. Zengin ve fakir ülkeler arasındaki çalışma koşullarında süregelen eşitsizlik, daha gelişmiş ülkelere göçü daha da körüklemekte, hükümet ve işe alım politikaları sağlık çalışanlarının göçünü artırmada rol oynamaktadır. Göçmen çalışanlar, itme-çekme dinamiklerinin sonucunu yansıtan "Umuda Yolculuk" ifadesiyle özetlenen ekonomik, sosyal, psikolojik faktörler ve aile yaşamı tercihlerinin bir kombinasyonuyla karşı karşıyadır (Dodani ve LaPorte, 2005).

Gelişmiş ülkelere yaşayan yüksek nitelikli bireylerin sayısının gelişmekte olan ülkelere göre her geçen gün daha fazla artmaktadır. Bu olgu, yüksek vasıflı göç ile ekonomik kalkınma arasındaki bağlantıyı inceleyen önemli bir literatürün oluşmasına yol açmıştır. Çalışmaları, önceki araştırmaların genellikle bu bağlantının sadece bir yönünü dikkate aldığını göstermektedir. Literatür, ekonomik büyüme açıkları, yoksulluk, siyasi istikrarsızlık ve sınırlı özgürlükleri yüksek vasıflı bireylerin göçünün arkasındaki temel itici güçler olarak tanımlamaktadır. Bu göçün, daha düşük vasıflı bireylere kıyasla ekonomik itme-çekme

güçlerine karşı daha hassas olduğuna inanılmaktadır. Buna ek olarak, Beyin Kazancı literatürü olarak adlandırılan yeni bir literatür kolu, yüksek vasıflı bireylerin göçünün menşee ülkelerde eğitime yapılan ek yatırımları teşvik edebileceğini öne sürmektedir (Croix ve Docquier, 2011).

Beyin göçünün nedenleri ve sonuçları, konum; ülkeler arasındaki kurumsal ve eğitimsel farklılıklar, verimlilik kazanımları ve hem işçilerin hem de işverenlerin bu farklılıklarla nasıl etkileşime girdiğini yansıtan yığılma etkileri gibi temel faktörleri kapsayan karmaşık bir dizi modeli içermektedir. Coğrafi konumlar farklı kalitede işlere, finansal ve fiziksel sermayeye, teknolojiye ve işgücüne erişim sunarak mevcut işlerin kalitesini ve verimliliğini artırır. Benzer sektörlerin veya mesleklerin bir arada kümелendiği yığılma etkileri, diğer yüksek vasıflı bireyleri de aynı yere göç etmeye çeker; Hollywood'daki aktör ve aktrislerin yoğunlaşması buna örnektir, bu da film endüstrisinin ve ilgili sektörlerin yığılması nedeniyle daha da fazla yetenek çeker (Kerr vd., 2016).

Yüksek vasıflı bireylerin azalması demokrasinin temelini ve iyi yönetilen ekonomiler için gerekli kurumları zayıflatabilir. İnsan hakları ihlalleri ve demokrasi eksikliği, yüksek vasıflı bireylerin göçü için önemli itici faktörler olarak hareket etmekte, demokrasi ve insan haklarının korunması için bu sorunların ele alınmasının önemini vurgulamaktadır (Lowell vd., 2004). Yüksek vasıflı bireylerin göçü coğrafi konum, ekonomik koşullar ve eğitim fırsatları gibi faktörlerden etkilenmekte ve ülkeler için hem kazanç hem de kayıp anlamına gelebilmektedir. Dolayısıyla, beyin göçünün arkasındaki nedenler karmaşık ve çok yönlüdür ve literatürde tanımlanan hem itici hem de çekici faktörleri kapsamaktadır.

Özetle, göç kararı ağırlıklı olarak daha iyi koşullara ulaşma arzusuyla alınmakta ve beyin göçünün boyutunu belirleyen hem itici hem de çekici faktörlerin varlığı söz konusu olmaktadır. Bu olgu, coğrafi, ekonomik ve eğitimsel unsurların karmaşık bir etkileşimini içermekte ve göçün, bireylerin bu faktörler arasında başka bir yerde daha iyi bir yaşam vaat eden bir denge algıladıklarında ortaya çıktığını göstermektedir. Beyin göçü literatürü, bu göçe yol açan belirli itici ve çekici faktörleri detaylandıran, yüksek vasıflı bireylerin hareketinin arkasındaki çok yönlü nedenlerin ve bunların hem kaynak hem de hedef ülkeler üzerindeki etkilerinin altını çizen katkılarla zenginleşmiştir (Kerr vd., 2016; Lowell vd., 2004).

Beyin göçü, küresel ölçekte birçok ülkenin karşı karşıya olduğu önemli bir sorundur ve farklı teorik yaklaşımlar bu olgunun nedenlerini açıklamaya çalışmaktadır. Merkez-Çevre Ülkeler Yaklaşımı, dünya ekonomisinin 'merkez' olarak adlandırılan gelişmiş ülkeler ile 'çevre' olarak tanımlanan gelişmekte olan ülkeler arasında ayrıldığı bir yapıyı

önermektedir. Merkez ülkeler, yüksek gelir düzeyleri, yaşam standartları, erişilebilir eğitim fırsatları ve yüksek refah düzeyi gibi özelliklerle tanımlanırken, çevre ülkeler bu özelliklerden mahrum bırakılmıştır. Bu durum, çevre ülkelerden merkez ülkelere doğru bir beyin göçü akışını teşvik eder. Ancak, İngiltere gibi bazı gelişmiş ülkelerin de beyin gücü kaybettiği gözlemlenmiştir, bu durum merkez-çevre yaklaşımının bazı eksiklikler içerdiğini göstermektedir.

Arz-Talep Dengesizliği Yaklaşımı gelişmiş ülkelerdeki yüksek nitelikli işgücü talebinin, eğitim sisteminin kapasitesini aşan bir hızla büyüdüğünü, bu durumun vasıflı göçmenler için çekici imkanlar yarattığını savunmaktadır. Öte yandan, gelişmekte olan ülkelerde düşük ekonomik büyüme, eğitilmiş bireylerin ekonomide istihdam edilebilme kapasitesini sınırlamakta ve bu bireyleri yurtdışına göç etmeye zorlamaktadır. Bu yaklaşım, ülkeler arasındaki eğitim ve istihdam olanakları arasındaki dengesizliğin, beyin göçünün temel nedenlerinden biri olduğunu vurgulamaktadır.

Çekici-İtici Güçler Yaklaşımı ise göç edilen ülkenin çekici özellikleri ile terk edilen ülkenin itici özellikleri arasındaki dinamikleri ele almaktadır. Bu yaklaşım, göç hareketlerini anlamak için hem bireylerin kendi ülkelerini terk etmeye iten faktörleri (örneğin, siyasi baskı, ekonomik sıkıntılar) hem de başka ülkeleri çekici kılan faktörleri (örneğin, yüksek gelir imkanları, sosyal ve kültürel çekicilik) incelemeyi önermektedir.

Ayrıca, Cazibe Kutupları Merkezi Yaklaşımı, sanayi bölgelerinin kurulması veya yazılım geliştirme gibi sektörlere odaklanılması gibi üst düzey kararlar nedeniyle ülkelerdeki belirli şehirleri veya bölgeleri çekim noktası olarak tanımlar; ABD, İngiltere ve Kanada bunun başlıca örnekleridir. Bu ülkeler gelişmiş ekonomileri, Ar-Ge'ye verdikleri önem, bu gelişmelere erişilebilirlik ve yabancı göçmenlere kucak açan göç politikaları nedeniyle cazibe merkezi haline gelmektedir. Son olarak, Uluslararası Bağımlılık Yaklaşımı, gelişmekte olan ülkelerin kapitalist çerçevede ekonomik sistemlerini sürdürmek için gelişmiş ülkelere olan bağımlılıklarına ışık tutmakta, insan sermayesi de dahil olmak üzere kaynakların çevre ülkelerden merkez ülkelere çekilmesinin bu sistemin doğal bir sonucu olduğunu öne sürmekte ve küresel ekonomik bağlamda beyin göçü olgusunu daha da açıklamaktadır.

1.2.4. Beyin Göçü Tipleri

Beyin göçü kavramı, özellikle geleneksel göç ve çalışma kavramlarını dönüştüren dijital çağın ve COVID-19 salgınının ortaya çıkmasıyla birlikte zaman içinde önemli ölçüde gelişmiştir. Başlangıçta beyin ihracatı, sanal beyin göçü ve gizli beyin göçü gibi terimlerle kategorize edilen kavram, pandeminin başlamasıyla dijital dönüşümü daha da hızlandırarak

çevrimiçi beyin göçü ve dijital beyin göçü gibi olguların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu gelişmeler, beyin gücünün faaliyet göstermek üzere coğrafi sınırları aştığı fiziksel göçten daha uzamsal, zamansal ve hatta maddi bir olguya geçişi ifade etmektedir. Bu tür dönüşümlerin etkileri, sadece vasıflı işgücünün hareketini değil, aynı zamanda fiziksel yer değiştirme gerekliliği olmaksızın yeteneklerin sınır ötesi dijital katılımını ve katkısını da kapsayacak şekilde çok geniştir.

Beyin göçü ile ilgili beyin ihracatı, sanal beyin göçü ve gizli beyin göçü gibi temel terimlerin her biri ister fiziksel göç ister coğrafi yer değiştirme olmaksızın dijital hizmet sunumu veya kendi ülkelerinde yabancı şirketler için çalışma yoluyla olsun, vasıflı işgücünün menşe ülkelerinin dışındaki ekonomilere nasıl katkıda bulunduğunun farklı yönlerini tanımlamaktadır. Bu kavramlar, yalnızca insan sermayesinin kaybıyla ilgili olmayan, aynı zamanda beceri ve bilginin küresel akışını ve değişimini de kapsayan beyin göçünün karmaşık dinamiklerini vurgulamaktadır. Özellikle sanal beyin göçü ve gizli beyin göçü, dijital teknolojilerin ve sosyal ağların, küresel ekonomiye katkıda bulunmaya devam ederken yeteneklerin menşe ülkelerde tutulmasındaki rolünü vurgulamaktadır. Bununla birlikte, vasıflı göçmenlerin eksik istihdam edildiği beyin israfı gibi sorunlar, ev sahibi ülkelerdeki vasıflı işgücü potansiyelinden tam olarak yararlanmanın zorluklarının altını çizmektedir.

Dijital çağ, göçün fiziksel mekânlar arasında değil de sanal mekânların sınırsız âlemlerinde gerçekleştiği dijital beyin göçü gibi yeni paradigmlar ortaya çıkarmıştır. Bu geçiş, teknolojiyle iç içe büyüyen dijital yerliler tarafından kolaylaştırılırken, bu teknolojilere yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde adapte olan dijital göçmenlerle tezat oluşturmaktadır. Ancak işin ve göçün doğası gelişmeye devam ettikçe, küresel olarak birbirine bağlı, dijital bir dünyada beyin göçünün karmaşıklıklarını ele alan politikaları yeniden değerlendirmek ve geliştirmek çok önemli hale gelmektedir.

1.2.5. Beyin Göçünün Etkileri

Beyin göçü olgusu, yüksek vasıflı işgücünün bir ulusal, ekonomik ve bilimsel sistemden diğerine göçü olarak anlaşılmakta ve göç veren ülke için kayıplar, göç alan ülke için ise kazançlarla sonuçlanmaktadır. Bu süreç, gerekli işgücünü üretmenin ve eğitmenin maliyeti ve küresel sistemler aracılığıyla coğrafi, devlet, ekonomik ve bilimsel alanlar arasındaki etkileşim dahil olmak üzere çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Beyin göçünün etkileri ülkeler arasında tek tip değildir; coğrafi özelliklere, nüfus büyüklüğüne, gelişmişlik düzeylerine, menşe ülkedeki beceri düzeylerine ve hem ana hem de ev sahibi ülkelerdeki dil yeterliliğine bağlı olarak önemli ölçüde değişmektedir. Brock ve Blake (2015) ve diğerleri,

bazı ülkelerin yüksek beceri göçünden fayda sağlarken, diğerlerinin, özellikle de küçük ada devletlerinin önemli kayıplara uğradığını ve böylece ülkeler arasındaki eşitsizlikleri daha da kötüleştirdiğini vurgulamıştır.

Docquier'in (2014) yüksek beceri göçünü uluslararası göçün baskın bir modeli ve küreselleşmenin önemli bir yönü olarak incelemesi, küresel eşitsizlik üzerindeki etkileri konusunda artan endişelerin altını çizmektedir. Vasıflı işgücünün daha yoksul ülkelere daha zengin ülkelere göçü, zaten kıt olan insan sermayesini daha da kısıtlayan ve dolayısıyla eşitsizlikleri artıran sıfır toplamı bir oyun olarak algılanmaktadır. Bu bakış açısı, göçün istihdam yaratma, işçi dövizleri ve insan sermayesi birikimi yoluyla bir ülkenin kalkınması üzerinde olumlu etkileri olabileceği gibi, özellikle yüksek eğitimli ve vasıflı işçilerin kitlesel ve yönetilmeyen göçünü içerdiğinde, eşitsizlikleri derinleştirebilecek ve hizmet sunumunu ve işgücü piyasalarını olumsuz etkileyebilecek olumsuz etkilere de sahip olabileceğini gösteren ampirik çalışmalarla desteklenmektedir.

Yüksek vasıflı bireylerin ülkeyi terk etmesi, potansiyel gelir ve kamu sektörüne katkılarının yanı sıra daha geniş sosyal ve ekonomik kalkınma kaybı da dahil olmak üzere, içinde bulundukları toplumlara çeşitli maliyetler yüklemektedir. Metinde, eğitimli insan gücünün göçü nedeniyle menşe ülkelere yüklenen ve alıcı ülkelere neredeyse hiçbir maliyet getirmeyen önemli mali ve kalkınma yükleri tartışılmaktadır. Özellikle teknolojik gelişmelerde geri kalmış ülkelere yapılan bu beşerî sermaye transferi, önemli bilgi yoğun üretim kayıplarına yol açmakta ve gelişmekte olan ülkelerle lider ülkeler arasındaki teknolojik uçurumu artırmaktadır (Aksoy ve Gürsoy, 2018).

Buna karşılık, yüksek vasıflı işgücünün göçü tek tip olarak zararlı değildir. Mezun arzının fazla olduğu veya eğitim çıktıları ile piyasa ihtiyaçları arasında bir uyumsuzluk olduğu bağlamlarda, göçün maliyetleri daha az etkili olabilir. Mısır gibi bazı ülkeler, mezunları işgücü piyasasına dahil etmekte zorluklarla karşılaşmakta ve yüksek eğitimli kişilerin üretkenliğe katkısını sorgulamaktadır. Ayrıca, göç alan ülkeler, göçmenlerin teknoloji sektöründeki ve Silikon Vadisi gibi inovasyon merkezlerindeki rolünden de anlaşılacağı üzere, vasıflı işgücü akışından önemli ölçüde faydalanmaktadır. Bu göç modeli sadece ev sahibi ülkelere teknoloji ve bilgi üretimini teşvik etmekle kalmamakta, aynı zamanda etkilerin hem kaynak hem de hedef ülkelerdeki belirli koşullara ve etkilenen sektörlerle göre önemli ölçüde değiştiği beyin göçünün karmaşık dinamiklerini de göstermektedir.

1.2.6. Beyin Göçünü Önlemeye Yönelik Politikalar

Beyin göçü sorunu, yani yüksek vasıflı ve eğitilmiş bireylerin kendi ülkelerinden başka bir ülkeye göç etmesi, küresel olarak birçok ülke için önemli bir sorun teşkil etmektedir. Odak noktası, beyin göçünü durdurmaya çalışmaktan beyin dolaşımına ve hatta beyin kazanımına dönüştürmenin yollarını bulmaya kaymıştır. Bu paradigma değişimi, yetenek göçünü durdurmanın mümkün olmadığını kabul etmekte, ancak yetenekleri elde tutmak veya geri çekmek için teşvikler yaratmanın önemini vurgulamaktadır. Bu teşvikler arasında eğitim, altyapı, bilimsel ve teknolojik gelişim ve inovasyon kabiliyetine yapılacak önemli yatırımlar yer almaktadır. Dünya standartlarında eğitim ve açık kariyer ilerleme fırsatlarının sağlanmasının vasıflı işçilerin göçünü potansiyel olarak azaltabileceği öne sürülmektedir. Ancak, yüksek eğitilmiş bireylerin ülkeden çıkışı devam ederse sadece eğitime yatırım yapmak yeterli olmayabilir, dolayısıyla bu kişilerin geri dönüşünü teşvik edecek stratejilere ihtiyaç vardır (Dodani ve LaPorte, 2005).

Çin, insan kaynakları kapasitesini artırarak ve çeşitli stratejilerle küresel yetenekleri çekerek beyin göçüyle aktif bir şekilde mücadele eden bir ülke olarak, bazı tartışmalara rağmen, önemli bir örnek teşkil etmektedir. Ülke tarihsel olarak ciddi bir beyin göçüyle karşı karşıya kalmıştır, ancak son dönemdeki çabalar yüksek öğrenim sistemini küresel standartlara yükseltmeye ve bilimsel araştırma ve eğitime yapılan yatırımları artırmaya odaklanmıştır. Bu girişimler Çin üniversitelerinin küresel konumunu iyileştirmiş ve hem yerli hem de uluslararası yetenekleri ülkeye çekmiştir. Özellikle 1991'den 2015'e kadar Çin'in bilimsel araştırma ve eğitime yaptığı yatırım önemli ölçüde artmış, bu da Çin kurumlarının küresel sıralamalarda daha belirgin bir şekilde temsil edilmesine ve Çin'de kalmayı veya Çin'e dönmeyi tercih eden yerli öğrenci ve akademisyenlerin artmasına yol açmıştır (Enago Academy ve Pells, 2018).

Çin'in beyin göçünü tersine çevirme yaklaşımı, devlet destekli programlar aracılığıyla yabancı ve Çin doğumlu akademisyenlerin stratejik olarak işe alınmasını içermektedir. Bu programlar, rekabetçi maaşlar, elverişli çalışma koşulları ve önemli araştırma fırsatları ile yüksek vasıflı profesyonelleri ve akademisyenleri çekmeyi amaçlamaktadır. Başlangıçta etnik olarak Çinli bilim insanlarına odaklanan bu işe alım çabaları, başarıları ve yüksek etkili dergilere katkıları vurgulayarak dünyanın dört bir yanından önde gelen akademik ve araştırma personelini kapsayacak şekilde genişlemiştir (Jia, 2018). Örneğin Ulusal Üst Düzey Yabancı Uzman İstihdam Planı, ekonomik casusluk suçlamalarıyla karşı karşıya kalan tartışmalı Bin Yetenek Planı gibi diğer programlarla

birleşerek inovasyona katkıda bulunmaları için önde gelen yabancı uzmanları Çin'e getirmeyi amaçlamaktadır (Jia, 2018).

Ancak Çin'in işe alım stratejileri, Bin Yetenek Planı ile ilgili iddialar ve kültürel ve bürokratik engeller nedeniyle yabancı uzmanların işe alınmasındaki zorluklar da dahil olmak üzere zorluklarla karşılaşmıştır. Bu sorunlara rağmen Çin, araştırma dürüstlüğüne geliştirmek ve açık bilimi teşvik etmek için çaba sarf etmiş ve bu da küresel akademik camiada tanınırlığını artırmıştır. Ülkenin deneyimi, akademik dürüstlük ve şeffaflığı sağlarken küresel yetenekleri çekmenin ve elde tutmanın karmaşıklığını vurgulamaktadır (Enago Academy, 2018).

Gelişmekte olan ekonomiler, yurt dışında eğitim gören vatandaşlarını geri dönmeye teşvik etme ve yabancı profesyonelleri çekme çabalarıyla tersine bir beyin göçüne giderek daha fazla tanık olmaktadır. Brezilya'nın Sınır Tanımayan Bilim Programı gibi programlar, eğitilmiş bireyleri elde tutmayı ve yurt dışındakileri geri dönmeye teşvik ederek destekleyici bir bilimsel topluluk ve altyapı ihtiyacını karşılamayı amaçlamaktadır. Beyin göçüne karşı başarılı stratejiler sadece yetenekleri geri çekmeyi değil, aynı zamanda bilgi paylaşımını ve gelişimini teşvik etmek için uluslararası araştırma iş birliklerini ve ortaklıkları teşvik etmeyi de içerir. Bu çok yönlü yaklaşım, beyin göçünü beyin dolaşımına dönüştürerek hem bireylere hem de kendi ülkelerine fayda sağlamaya yönelik sürdürülebilir bir yol önermektedir (Dodani ve LaPorte, 2005).

1.2.7. Sağlık Çalışanlarında Beyin Göçü

Sağlık işgücünün beyin göçü, özellikle düşük ve orta gelirli ülkeleri ve kırsal alanları etkileyen önemli bir küresel sorun olarak kabul edilmektedir. Bu olgu, başta doktorlar ve hemşireler olmak üzere sağlık çalışanlarının daha iyi yaşam koşulları ve gelir fırsatları arayışıyla daha zengin ülkelere göç etmesiyle karakterize edilmektedir (Kalipeni ve diğerleri, 2012). Göç modelleri, Sahra Altı Afrika, Asya ve Pasifik'teki ülkelere Avustralya, Kanada ve ABD gibi kaynak zengini ülkelere önemli bir akış olduğunu ve doktorların %20'sinden fazlasının bu bölgelerden gelen göçmenler olduğunu ortaya koymaktadır (Clemens ve Pettersson, 2008). Bu göçün sonuçları, bireylerin kişisel kazançlarının ötesine geçerek, eğitim ve elde tutma ile ilgili artan maliyetler nedeniyle kendi ülkelerinin sağlık sistemlerini etkilemekte ve kritik sağlık personeli eksikliğini daha da kötüleştirmektedir (Bourassa vd., 2004).

Ülkelerinden Kuzey Amerika ve Avrupa'ya göç eden sağlık çalışanlarının kendi ülkelerindeki sağlık sistemlerine önemli ölçüde zarar vermesiyle birlikte, beyin göçünün yarattığı eşitsizlikler oldukça belirgindir. Bu kitlesel göç, sağlık çalışanlarının küresel

ölçekte eşitsiz dağılımına ve dolayısıyla küresel sağlık eşitsizliklerinin artmasına neden olmuştur. Örneğin, Sahraaltı Afrika'daki en yoksul dört ülke, hemşirelerinin %50'sinden fazlasının daha varlıklı bölgelere taşınmasına tanık olmuş, bu da sağlık hizmetleri işgücünü ciddi ölçüde azaltmış ve temel sağlık ihtiyaçlarını karşılama kapasitelerini etkilemiştir (Serour, 2009).

Beyin göçünün mali etkileri de oldukça büyüktür. Araştırmalar, eğitilmiş sağlık çalışanlarının göçü nedeniyle Sahra altı ülkelerinin önemli kayıplar yaşadığını tahmin etmektedir. Bu kişilerin eğitimiyle ilgili maliyetler, kariyerleri boyunca kaybedilen potansiyel getirilerle birleştiğinde, bu ülkeler için milyarlarca dolarlık kayıp anlamına gelmektedir. Buna karşılık, Amerika Birleşik Devletleri gibi ülkeler, yabancı hekimlerin istihdamı yoluyla eğitim maliyetlerinden tasarruf ederek mali açıdan fayda sağlamaktadır. Bu durum, yüksek gelirli ülkelerin işe alım uygulamalarına ve küresel sağlık eşitliği ve adaleti üzerindeki etkisine ilişkin etik soruları gündeme getirmekte ve beyin göçünün şiddetlendirdiği eşitsizlikleri ele alan politikalara duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır (Yusuf, 2011).

Genellikle "beyin göçü" olarak adlandırılan sağlık çalışanı göçü olgusu, çeşitli ülkelerde ve on yıllar boyunca çok sayıda akademik çalışmanın odak noktası olmuştur. Mutizwa-Mangiza (1998) Zimbabwe'deki sağlık sektörü reformunun etkisini incelemiş ve iş güvenliği, maaş ve eğitim gibi kaygıları, istihdam uygulamaları üzerindeki etnik ve siyasi etki korkularının yanı sıra sağlık çalışanlarının motivasyonunu etkileyen temel faktörler olarak tanımlamıştır. Bu çalışma, planlama, bilgilendirme ve sağlık çalışanlarına danışmayı içeren örgütsel reformları savunmuştur (Mutizwa-Mangiza, 1998). Pang ve diğerleri (2002), Orta Afrika Cumhuriyeti'ndeki sağlık çalışanları arasındaki beyin göçü küresel sorununu ele almış, düşük ücret ve çalışma koşullarını başlıca sorunlar olarak vurgulamış ve ayrılan profesyonellerin tazminat talepleri ve kamu sektörü sağlık çalışanlarının özel sektörde çalışmasına izin verilmesi gibi çözümler önermiştir (Pang vd., 2002).

Kline (2003) Amerika Birleşik Devletleri'ndeki uluslararası hemşire göçünde itici ve çekici faktörlere odaklanmış, yetersiz mesleki gelişim ve ücretlerin yanı sıra kötü çalışma ortamlarına atıfta bulunmuş ve ulusal bir işgücü planının geliştirilmesini önermiştir (Kline, 2003). Price (2005) Güney Afrika'daki tıp mezunlarının kariyer seçimlerini incelemiş, özel hizmetlerde daha iyi gelir ve çalışma koşullarının cazibesine işaret etmiş ve tıp uzmanlıkları için kapsamlı eğitim ve daha iyi kariyer yolları önermiştir (Price, 2005). Chikanda (2005) Zimbabwe'den hemşire göçünü analiz etmiş, bunu zayıf ekonomilere ve siyasi istikrarsızlığa

bağlamış ve sağlık çalışanlarını elde tutmak için bağlanma ve burs programları gibi hükümet girişimlerini rapor etmiştir (Chikanda, 2005).

Dodani ve LaPorte (2005), gelişmekte olan ülkelere beyin göçünü "bilgelik kazanımı" için bir fırsat olarak görmeyi önermiş ve Amerika Birleşik Devletleri'ndeki sağlık personeli için ödülleri ve destekleyici çalışma ortamlarını savunmuştur (Dodani vd., 2005). Kirigia ve diğerleri (2006) DSÖ Afrika Bölgesi'nde sağlıkla ilgili beyin göçünden kaynaklanan ekonomik kaybı ölçmüş ve daha iyi politika savunuculuğu çağrısında bulunmuştur (Kirigia vd., 2006). Lorenzo (2007) Filipinler'den bir perspektif sunarak kapsamlı bir ulusal sağlık insan kaynakları politikasına duyulan ihtiyacı vurgulamıştır (Lorenzo, 2007). Suwit (2008) Tayland'dan dersler paylaşmış, kırsal kesimde işe alım ve iç beyin göçünü ele almak için mali teşvikler gibi stratejiler sunmuştur (Suwit, 2008).

Serour (2009), düşük gelirli ülkelerdeki zorlukları genelleştirerek ücretlerin ve sağlık kaynaklarının iyileştirilmesi ihtiyacını vurgulamıştır (Serour, 2009). Lofters (2012) ve Kalipeni ve diğerleri (2012) sırasıyla Jamaika ve Sahra altı Afrika için sağlık çalışanı göçünü azaltmak için uluslararası davranış kuralları ve etik işe alım uygulamaları gibi çözümleri tartışmıştır (Lofters, 2012; Kalipeni vd., 2012). Arabi (2012) Suriyeli doktorların Amerika Birleşik Devletleri'ne göçüne odaklanmış ve profesyonel çalışma ortamında iyileştirmeler ve politika reformları önermiştir (Arabi, 2012). Son olarak, Aidalina (2015) Malezya'daki doktorların kamudan özel sektöre geçişini incelemiş, bunu çeşitli memnuniyetsizlik biçimlerine bağlamış ve aile dostu politikaları ve iş memnuniyeti anketlerini savunmuştur (Aidalina, 2015). Bu çalışmalar, sağlık çalışanı göçünün çok yönlü nedenlerini ve bu küresel sorunu ele almak için önerilen çeşitli stratejileri toplu olarak vurgulamaktadır.

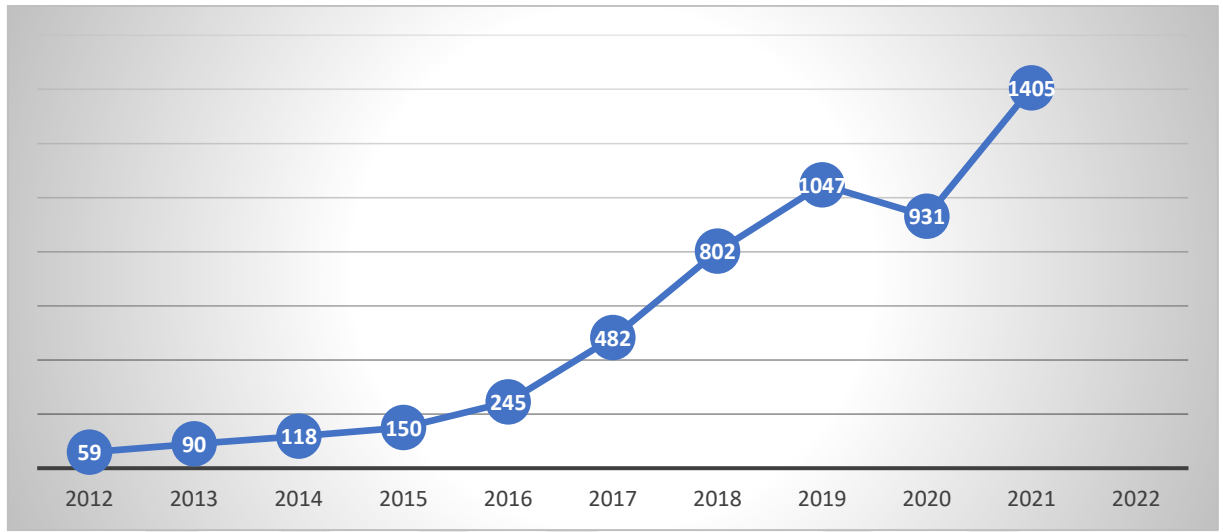
1.2.8. Türk Sağlık Çalışanlarının Yurt Dışına Göçünde Mevcut Durum

Türkiye'de 2006 yılında ortaya çıkan yabancı doktor ithalatı girişimi, sağlık çalışanlarının uluslararası göçüne ilişkin tartışmaların artmasına yol açmış ve Türkiye'nin katı politikaları ile birçok gelişmiş ülkenin yabancı sağlık çalışanlarını istihdam etmeye yönelik daha liberal yaklaşımları arasında bir tezat oluşturmuştur (Yıldırım, 2010; Korku, 2022). Özellikle 2011 yılında çıkarılan bir Kanun Hükmünde Kararname ile doktorların Türkiye'de çalışabilmesi için Türk vatandaşı olma zorunluluğunun kaldırılması ve 2012 yılında dış hekimleri, eczacılar, ebeler ve hemşireler hariç olmak üzere yabancı sağlık profesyonellerinin Türkiye'deki özel sağlık kuruluşlarında hangi koşullarda çalışabileceğini detaylandıran düzenlemelerin getirilmesi (1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun; Yabancı Sağlık Meslek Mensuplarının Türkiye'de Özel Sağlık

Kuruluşlarında Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik) gibi mevzuat değişiklikleri de bu değişimi kolaylaştırmıştır.

Türkiye'den yurt dışında fırsat arayan tıp uzmanları olgusu, Türk Tabipleri Birliği'nden yurt dışında çalışmak için mesleki durumlarını teyit eden sertifikalar almak üzere başvuran doktorların sayısındaki artışın da gösterdiği gibi yükseliştir (Türk Tabipleri Birliği, 2017). Bu eğilim genç pratisyenlerle sınırlı kalmayıp, kritik ve az bulunan alanlardaki uzmanları da kapsamaktadır (Kayım Yıldız, 2022).

Şekil 1: Yıllara Göre Hekimlerin Sicil Belgesi İçin Başvuru Sayısı



Kaynak: (TTB, 2023)

Türkiye'deki tıp öğrencileri ve profesyonelleri arasında yapılan anketler, yurtdışında çalışmaya yönelik güçlü bir eğilimi ortaya koymaktadır; tıp öğrencileri, doktorlar ve asistan doktorların önemli bir yüzdesi, öncelikle daha iyi çalışma ve yaşam koşulları beklentisiyle yurtdışında iş arama veya daha fazla eğitim alma niyetlerini ifade etmektedir (Kaya, Aktürk ve Aslan, 2023; Uğur, 2022; Uzun ve diğerleri, 2021). Bu istek, Türkiye'deki çalışma ortamı ve yaşam kalitesiyle ilgili daha geniş endişeleri yansıtmakta ve koşulları iyileştirmek ve tıbbi yetenekleri elde tutmak için politika müdahalelerine ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Raporlar ve çalışmalar, Türkiye'deki yüksek vasıflı profesyoneller arasında beyin göçünün akut bir sorun olduğunu ve sağlık sektörünün bundan özellikle etkilendiğini vurgulamaktadır. Eğitimli sağlık personelinin ülkeden ayrılması mevcut eksiklikleri daha da artırmakta ve bilimsel ilerlemeyi engellemekte, Türkiye'nin ve politika yapıcılarının bu göç eğilimini ele alması gerektiğinin altını çizmektedir (Mollahaliloğlu vd., 2014). Hükümet, sağlık sistemini iyileştirmek ve yüksek vasıflı yabancı işçiler için Turkuaz Kart düzenlemesi ve Türk bilim insanlarının ve sağlık uzmanlarının yurt dışından geri dönüşünü teşvik eden

programlar da dahil olmak üzere yüksek vasıflı yabancıların geri dönüşünü teşvik etmek için çeşitli stratejiler uygulamıştır (Sarcan, 2022).

Tıp fakültelerinin ve öğrencilerin sayısının artırılması, zorunlu hizmet yükümlülükleri ve tam gün yasası girişimleri gibi Türkiye'nin sağlık sektöründeki beyin göçünü azaltmaya yönelik çabalar, doktor-hasta oranları ve dağılımı açısından uluslararası standartlara uyum sağlama konusunda henüz istenen sonuçları vermemiştir (Filiz, 2022; Yıldız, 2020). Ülkenin sağlık turizmi için bir merkez olma girişimleri, vasıflı sağlık profesyonellerine olan talebi daha da vurgulamaktadır. Bu zorluklara rağmen Türkiye, sağlık işgücü piyasasında artan hareketliliğin sunduğu küresel dinamikleri ve fırsatları yansıtarak sağlık çalışanlarının iç ve dış göç yönetimini geliştirmeye yönelik politikalar geliştirmeye devam etmektedir.

1.3. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet

Çalışmanın bu kısmında şiddet kavramı ele alınmış ve yaş, cinsiyet, ırk veya eğitim düzeyinden bağımsız olarak toplumun farklı kesimlerindeki tezahürlerine ve etkilerine ışık tutulmuştur. Şiddet kavramının tanımı ve sözlü, fiziksel, psikolojik, cinsel, ekonomik ve siber şiddet de dahil olmak üzere şiddet türleri ele alınmış ve bunların kendine özgü özellikleri, nedenleri ve bireyler ve toplumlar üzerindeki etkileri vurgulanmıştır. Ayrıca şiddeti anlamaya yönelik teorik yaklaşımlar, şiddet içeren davranışların kökleri ve sürekliliği hakkında fikir vermek üzere incelenmiştir. Daha sonra sağlık ortamlarındaki yaygın şiddet sorunu ele alınmış, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetteki endişe verici artışın sağlık çalışanları üzerindeki derin etkileri ve şiddet olaylarına katkıda bulunan altta yatan nedenler tartışılmıştır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi için stratejiler ve bu tür olayların azaltılmasında yasal çerçevelerin, kurumsal politikaların ve toplumsal farkındalığın önemi vurgulanmıştır.

1.3.1. Şiddet Kavramı

İnsanlığın varoluşuyla birlikte ortaya çıkan ve toplumdaki tüm bireyleri yaş, cinsiyet, ırk ya da eğitim düzeyi gözetmeksizin etkileyen şiddet kavramı, karmaşık ve tartışmalı bir yapıya sahiptir. Bu karmaşık ve tartışmalı yapısı nedeniyle literatürde farklı tanımlar önerilmiştir. Türk Dil Kurumu (2023) şiddet kavramını yoğunluk, bir eylemden doğan güç, sertlik ve karşıt görüşte olanlara karşı kaba kuvvet kullanımı gibi terimlerle tanımlamaktadır. Buna karşılık, Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2002) şiddeti, yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, kötü gelişme veya mahrumiyetle sonuçlanan veya sonuçlanma olasılığı yüksek olan, kişinin kendisine, başka bir kişiye veya bir gruba veya topluluğa karşı tehditle veya fiilen, fiziksel

güç veya kuvvetin kasıtlı olarak kullanılması olarak tanımlayarak kavramın farklı eylem ve düşünceleri kapsayan genişliğini göstermektedir.

Ergil (2001) şiddeti, herhangi bir birey, grup veya örgütlü varlık tarafından bir kişi veya topluluğun fiziksel ve ahlaki bütünlüğüne, mülkiyetine, kültürel veya sembolik değerlerine verilen zarar veya fiziksel ya da psikolojik acı olarak tanımlamaktadır. Michaux şiddeti, ilişkisel bağlamda bir ya da birkaç tarafın, doğrudan ya da dolaylı, toplu ya da dağınık olarak, derecesi ne olursa olsun başkalarının bedensel bütünlüğüne, ahlaki (etik, manevi) bütünlüğüne, mallarına ya da sembolik ve kültürel değerlerine zarar veren bir eylem olarak görmektedir. Bu perspektifler, şiddetin saldırgan davranışlar, fiziksel gücün kötüye kullanımı ve taş atma, silahlı saldırı ve bireylere ve topluma zarar veren faaliyetleri kapsayan zarar veren veya yok eden eylemleri içeren çok yönlü yapısını vurgulamaktadır.

Arnetz ve diğerleri (2015) şiddeti, bir birey veya bireyler tarafından başka bir kişi veya kişilere karşı kasıtlı olarak güç ve kuvvet kullanımı olarak tanımlamaktadır. Bu davranış özerk, bireysel ve bir kişi ya da grubun onuruna yönelik olup genellikle bireyler, gruplar, topluluklar ve uluslar arasında meydana gelmektedir. Şiddet tek seferlik bir olay olabileceği gibi birden fazla kez de meydana gelebilir ve tesadüfi olmaktan ziyade kasıtlı eylemleri kapsar. Şiddetin tezahürleri aile, okul, arkadaşlar ve medya dahil olmak üzere çeşitli sosyal ortamlarda ortaya çıkabilir ve fiziksel, psikolojik, cinsel ve ekonomik şiddet gibi biçimler alabilir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2002) şiddet türlerini üç gruba ayırmaktadır: kendine yönelik, kişiler arası ve kolektif şiddet. Kendine yönelik şiddet intihar ve madde bağımlılığı gibi davranışları içerir. Kişiler arası şiddet, aile içi şiddet ve aile içi istismar ve tanıklar veya yabancılar tarafından uygulanan şiddet dahil olmak üzere toplumsal şiddeti kapsar. Kolektif şiddet ise sosyal, siyasi ve ekonomik şiddet olarak sınıflandırılmakta ve terörizm, cinayet, adam kaçırma ve yıkım gibi eylemleri kapsamaktadır. Bu sınıflandırma, kişiler arası kategoride toplum şiddeti altında sağlık çalışanlarının şiddeti de dahil olmak üzere şiddetin çeşitli biçimlerinin altını çizmekte ve ayrıca sözlü, fiziksel, psikolojik, ekonomik, cinsel ve siber şiddet gibi şiddetin çeşitli tezahürlerini vurgulamaktadır.

1.3.2. Şiddetin Türleri

Sözel: Sözel şiddet, öfke ve kinin yüksek sesle ifade edilmesi, bir kişiye veya mesleğine hakaret edilmesi veya saygısızlık edilmesi, küfredilmesi, alay edilmesi, küçük düşürücü konuşmalar yapılması, gözdağı veya baskı oluşturulması, tehdit edici veya suçlayıcı iletişim tarzlarını içeren davranışlarla karakterize edilmektedir (Polat, 2001:20-65). Bireyin sosyal ve psikolojik bütünlüğüne zarar veren, küfür ve küçümseme gibi eylemlerle

doğrudan kişiliğini hedef alan sözel ifade ve davranışlar olarak tanımlanmaktadır (Oral vd., 2017; Altıntaş, 2006). Sert sözler, saldırgan konuşmalar, yüksek sesle konuşma, argo ifadeler ve yazılı veya sözlü tehditleri içeren (Tay vd., 2021) sözel şiddet, genellikle iş kalitesinin düşmesine, sağlık durumunun bozulmasına, sosyal ilişkilerin yok olmasına ve mağdurların günlük yaşam aktivitelerinin etkilenmesine neden olmaktadır (Rafeea vd., 2017). Diğer şiddet türlerine kıyasla daha az somut sonuçları olması nedeniyle, sözel şiddete maruz kalma riski yüksektir ve bu durum sözel şiddeti özellikle sağlık ortamlarında yaygın hale getirmektedir.

Fiziksel: Fiziksel şiddet genel olarak başka bir kişiye acı, yaralanma veya ölüm veren kasıtlı davranışlar olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2002). Atman'a (2003:333) göre, güç kullanımı yoluyla fiziksel zarar vermeyi amaçlayan tüm saldırgan davranışları kapsar. Tokat atma, tekmeleme, yumruklama, boğma, yara açmak için keskin veya kör nesneler kullanma, asitle veya kaynar suyla yakma, işkence yapma ve sağlık hizmetlerine erişimi engelleme gibi fiziksel zarara yol açan eylemleri içerebilir (ASPB, 2013:7). Toplumda fiziksel şiddetin görülme sıklığı cinsiyete, yaşa, eğitim düzeyine ve mesleki statüye göre değişmekte, genellikle güç sahibi konumdaki bireylerden daha savunmasız olanlara doğru tezahür etmektedir. Örneğin, aile içinde şiddet tipik olarak erkeklerden kadınlara ve ebeveynlerden çocuklara ve gençlere doğru gerçekleşmektedir. Fiziksel şiddet hem faili hem de mağduru olumsuz etkilemekte, özellikle sağlık hizmetleri gibi yüksek stresli ortamlarda iş performansını önemli ölçüde etkileyerek karşılıklı olumsuz etkilere yol açabilmekte ve sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürebilmektedir.

Psikolojik: Psikolojik şiddet (mobbing) kavramı ilk olarak 1960'larda hayvan davranışlarını inceleyen K. Lorenz tarafından ortaya atılmış ve bir sürü içindeki daha küçük hayvan gruplarının daha güçlü, yalnız bir hayvanı uzaklaştırmak, beslenmesini engellemek, zayıflatmak ve sonunda öldürüp gruptan dışlamak için toplu olarak saldırması olarak tanımlanmıştır (Tınaz, 2008:10-11). İnsanlara uygulanan psikolojik şiddet, kuşatma, taciz, rahatsızlık ve sıkıntı gibi davranışları kapsayan, bireyler veya gruplar üzerinde duygusal baskı ve ruhsal saldırı uygulamayı içerir (Tınaz, 2006: 7). Zorlayıcı olan bu şiddet biçimi, insanların iletişim kurduğu herhangi bir ortamda ortaya çıkabilir ve genellikle hakaret, lakap takma, bağırma, gözdağı verme gibi bireyin zihinsel ve psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkileyen ve ciddi hastalıklara yol açabilen sözlüdür (Korkmaz ve Yeğin, 2020).

Leymann, iş yerinde psikolojik şiddet davranışlarını beş grupta sınıflandırarak, davranışların psikolojik şiddet olarak değerlendirilebilmesi için süreklilik ve niyet gerekliliğini vurgulamaktadır. Bu davranışlar arasında kendini ifade etmeyi ve iletişimi

engellemek, sosyal ilişkilere saldırmak, kişinin itibarına saldırmak, çalışanın yaşam kalitesine ve mesleki durumuna saldırmak ve ağır görevler, fiziksel şiddet tehditleri ve cinsel taciz yoluyla çalışanın sağlığına doğrudan saldırmak yer almaktadır (Leymann, 1996). Mikkelsen ve Einarsen (2002) mobbing mağdurları üzerinde üç kategoride etki tanımlamaktadır: güç kaybı ve kronik yorgunluk gibi fiziksel semptomlar, uykusuzluk ve öz-değer kaybı gibi depresif semptomlar ve düşmanlık, hafıza sorunları, sinirlilik ve sosyal geri çekilme gibi çeşitli psikolojik semptomlar. Bu durum, psikolojik şiddetin işyerleri de dahil olmak üzere her ortamda meydana gelebileceğinin ve bu şekilde tanınması için mağdurlar üzerinde olumsuz etkiler bırakması, belirli bir süre boyunca tekrarlanan ve kasıtlı olumsuz davranışlar içermesi ve düşmanca bir iş ortamı yaratması gerektiğinin altını çizmektedir.

Cinsel: WHO (2002) cinsel şiddeti, istenmeyen cinsel yorumlar, ilerlemeler, uygunsuz teklifler veya bir bireyin ticari cinsel sömürüsü dahil olmak üzere zorlama altında gerçekleştirilen herhangi bir cinsel eylem olarak tanımlamaktadır. Polat (2016) cinsel şiddeti görsel, sözlü ve fiziksel taciz olarak sınıflandırmakta ve genellikle fiziksel belirtiler göstermediğine dikkat çekmektedir. Çocuklar, kadınlar, yaşlılar, fiziksel veya zihinsel engelliler gibi toplumdaki savunmasız gruplar cinsel şiddete maruz kalma konusunda daha yüksek risk altındadır. Raporlar ağırlıklı olarak cinsel istismar ve ardından cinsel tacizden oluşmakta ve karşılaşılan yaygın cinsel şiddet türlerini göstermektedir.

Cinsel şiddet mağdurları günlük yaşamlarında bir dizi fiziksel, psikolojik ve sosyal sorundan muzdarip olabilirler. Bunlar arasında depresyon, anksiyete, şok, inkâr, öfke, korku, sinirlilik, güven kaybı, utanç, ihanete uğramışlık hissi, kafa karışıklığı, güçsüzlük, suçluluk, benlik saygısında azalma ve yalnızlık gibi psikolojik etkiler yer almaktadır. Fiziksel etkiler arasında baş ağrısı, yorgunluk, mide rahatsızlıkları, cilt bozuklukları, kilo dalgalanmaları, uyku bozuklukları, kabuslar ve cinsel işlev bozukluğu sayılabilir. Ayrıca, mağdurlar akademik ve mesleki performanslarında düşüş, okula veya işe devamsızlık, ilgisizlik, konsantrasyon güçlükleri, gelecek planlarında veya önceliklerinde değişiklik, ilişki sorunları, izolasyon ve öfke patlamaları yaşayabilir. Cinsel şiddet, mağdurları hem fiziksel hem de psikolojik olarak önemli ölçüde etkileyebilmesine rağmen, diğer şiddet türlerine kıyasla sağlık ortamlarında görülme olasılığı daha düşüktür.

Ekonomik: Çeşitli şiddet türleri arasında tanımlanan ekonomik şiddet, tipik olarak ekonomik açıdan daha güçlü olanın ekonomik açıdan daha zayıf olan üzerinde kontrol kurması şeklinde ortaya çıkmakta ve genellikle bir üyenin finansal kaynaklara, konuta ve ulaşım erişimi kontrol ettiği aile ortamlarında tüm aile üyelerini etkilemektedir. Bu kontrol

sadece ekonomik bağımlılığı ve yoksulluğu teşvik etmekle kalmaz, aynı zamanda ulusal kalkınmayı da engeller (Kahraman ve Çokamay, 2016). İhmal ve istismarla ilişkili olan ekonomik şiddet, mali açıdan sorumlu olan tarafın (ör. koca/baba), para kazanamayan (çalışmayan eş) veya doğası gereği bağımlı olan (çocuklar) kişiler üzerinde para alıkoyma, sahip olunan kaynakları zorla alma veya istihdamı engelleme gibi eylemler yoluyla ekonomik baskı uyguladığı durumlarda ortaya çıkmaktadır (Vatandaş, 2021). Çalışmaya zorlama veya engelleme, ekonomik varlıklara el koyma veya eşleri aile içindeki finansal karar alma süreçlerinden dışlama gibi sözlü veya davranışsal eylemleri içerir (KAMER, 2016). Ağırlıklı olarak ekonomik olarak birbirine bağımlı gruplar arasında meydana gelen ekonomik şiddetin, sağlık hizmetleri ortamlarında hastalar veya yakınları tarafından uygulanma olasılığı oldukça düşüktür.

Sanal: Hem küresel hem de Türkiye bağlamında, literatürde siber veya dijital şiddet olarak adlandırılan yeni bir şiddet türü ortaya çıkmıştır ve bu şiddet türü, bireylerin koşullarını, özelliklerini veya zayıflıklarını istismar ederek onlara fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik zarar veya acı vermek, bunu kolaylaştırmak veya tehdit etmek için bilgisayar sistemlerinin kullanılmasıyla karakterize edilmektedir (Avrupa Konseyi, 2018:5). Ang'ın (2015) belirttiği gibi, bu şiddet türü genellikle başkalarını çevrimiçi ortamda tehdit etmeyi, zarar vermeyi, utandırmayı veya sosyal olarak dışlamayı içerir. Siber şiddet, romantik ilişkiler, aile hayatı, okullar veya iş yerleri gibi çeşitli bağlamlarda hem yabancılardan hem de tanıdıklardan gelebileceği gibi, bireyler hiç tanımadıkları kişiler tarafından dijital alanlarda organize saldırılara da hedef olabilmektedir. 2021 yılında yayınlanan Türkiye'de Dijital Şiddet raporuna göre, Türkiye'de insanların %18'inin dijital şiddete maruz kalmış olması, dijital şiddetin dünya genelinde giderek büyüyen bir tehdit olduğunu ve çeşitli şiddet türlerini kapsayan çok boyutlu doğasını vurgulamaktadır. Türkiye'de dijital şiddet, cinsiyet, etnik köken, siyasi kimlik ve özellikle gençler için fiziksel görünüme dayalı olanlar da dahil olmak üzere çeşitli biçimlerde ortaya çıkmaktadır. Yüz yüze etkileşimlerden sanal iletişime geçişle birlikte, günlük pratiklerinin önemli bir kısmını çevrimiçi ortamda gerçekleştiren bireyler de bu alanlarda şiddet uygulamakta, şiddeti normalleştirmekte, modellemekte, duyarsızlaştırmakta ve yoğunlaştırmakta, böylece daha büyük bir tehlike oluşturmaktadır.

1.3.3. Şiddetle İlgili Kuramsal Yaklaşımlar

İlk olarak 1950'lerin ortalarında Rotter tarafından geliştirilen ve daha sonra Bandura ve Mischel'in önemli katkılarda bulunduğu Sosyal Öğrenme Teorisi, 1960'lara kadar uzanan ve televizyonun çocuklar üzerindeki etkilerini açıklayan öncü bir teori olma özelliğini taşımaktadır. Davranış teorilerinden türetilen temel bileşenler üzerine inşa edilen bu teori,

bireylerin davranışların neden ve sonuçlarını sosyal çevrelerinde gözlem yaparak ve başkalarının eylemlerini taklit ederek öğrendiklerini vurgulamaktadır. Bandura, gözlemsel öğrenmenin ve modellerin davranışlarını taklit etmenin sosyal öğrenmenin özünü oluşturduğunu öne sürerek, bireylerin kişiliklerini, arzularını ve değerlerini değiştirmek için gözlemlenen davranışları model olarak benimsediklerini, çocukların ebeveynlerinin sözlerini ve eylemlerini benimsediklerini örneklendirmiştir.

Teori ayrıca, bireyler ve toplum arasındaki sürekli etkileşimin önemini vurgulamakta ve toplumsal bağlamlardaki dinamik iki yönlü yapıyı korumak için bu etkileşimin sürdürülmesi gerekliliğinin altını çizmektedir (Van Lange vd., 2012). Gözlem ve taklidin öğrenmeyi kolaylaştırdığını, ödüllendirilen veya cezalandırılan davranışların gözlemlenmesinden etkilenen davranışların benimsenmesi yoluyla sosyalleşmeyi sağladığını ileri sürer. Bu, bireylerin kabul edilebilir ve kabul edilemez davranışları gözlem ve taklit yoluyla ayırt ettiğini ve taklit edilen davranışların sonucunun (ödüllendirilen veya cezalandırılan) bireyin davranışını önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir (Gökalp, 2009: 268-301; O'Fallon ve Butterfield, 2012).

Bandura'nın sosyal öğrenme çerçevesi, gözlem, taklit ve pekiştirme süreçlerini, eldeki probleme özgü durumsal ve çevresel değişkenlerin bilişsel çözümü için kritik olarak tanımlamaktadır. Ayrıca, davranışların taklit edilmesinin, bireyin motivasyon düzeyi, doğrudan veya dolaylı deneyimlerden oluşan bilişsel şemalar, benlik algısını etkileyen duygusal izlenimler ve taklit edilen modelin sosyal statüsü dahil olmak üzere psiko-sosyal faktörlere bağlı olduğunu belirtmektedir. Bandura, model alma uyarılarını canlı, sembolik ve sözlü talimatlar olmak üzere üç türe ayırarak, özellikle sağlıkla ilgili medya içeriğindeki şiddet bağlamında "FÖKU" (Fark Et-Özümse-Kopyala-Uygula) döngüsü olarak tanımladığı bir süreç aracılığıyla kitle iletişim araçlarının düşünce ve eylemleri şekillendirmedeki etkili rolü de dahil olmak üzere, gözlem yoluyla çeşitli insan davranışlarını açıklamada sosyal öğrenme teorisinin geniş erişimine işaret etmektedir (Bilican-Gökkaya ve Ayan, 2017; Karşlı, 2016).

Davranışçı Kuram, içgüdü teorisinin aksine, saldırganlığı doğuştan gelen bir dürtü olarak değil, olumlu pekiştirmenin davranışın tekrarlanmasını teşvik ettiği ve cezanın caydırdığı bir ödül-ceza sistemine dayanan öğrenilmiş bir süreç olarak ortaya koymaktadır. Saldırganlık ve şiddetin çevresel uyarılardan etkilenen tekrarlar ve tepkilerin yokluğu yoluyla pekiştirildiğini ileri sürer. Mattaini ve Strickland (2020), insan davranışlarının büyük ölçüde çevresel uyarılarla şekillenen deneyimler yoluyla kazanıldığını, tüm davranışlar ve türler için geçerli olduğunu, gözlemlenebilir olaylar ve bunların ilişkileri, özellikle de

uyaranlar ve tepkiler arasında tanımlandığını vurgulayarak davranış teorisinin temel varsayımlarını özetlemektedir. Bu teori, esasen davranışta bir değişiklik olan öğrenmenin, uyarıcılar ve tepkiler birbirine yakın olduğunda meydana geldiğini öne sürer ve genellikle öğrenmeye koşullanma olarak atıfta bulunur. Saldırgan davranışların tekrarlanma olasılığı, bu tür eylemler ciddi sonuçlar doğurmadan istenen sonuçlara ulaşılmasıyla sonuçlandığında artar (Wong ve Bouchard, 2021). Sosyal öğrenme teorisiyle benzerlikler paylaşılsa da davranışçı teori, sosyal öğrenme teorisinin gözlem, özümseme, kabullenme ve uygulama süreçlerine yaptığı vurgunun aksine, eylemlerin sonuçlarının öğrenmeyi nasıl şekillendirdiğine odaklanarak farklılaşmaktadır.

Biyolojik Teori, saldırganlık ve şiddetin genetik ve biyolojik özelliklerine bağlı olarak bireyler arasında farklılık gösterebileceğini öne sürmekte ve araştırmacılar bu davranışlar ile merkezi sinir sistemi ve genel biyolojik işleyişteki aksaklıklar arasında bir korelasyon olduğunu öne sürmektedir (Bıçkıcı, 2013). Bu teori, hormonların saldırganlık üzerindeki etkisini, özellikle de erkeklik hormonu testosteronun memelilerde saldırgan tepkileri nasıl tetikleyebileceğini araştırmıştır. Saldırganlığa neden olan durumlar (savunma, avlanma, sosyal statü kazanma gibi) sinirsel süreçler ve beyin bölgeleri aracılığıyla tanımlanmakta, kandaki testosteron seviyesinin artması saldırgan davranışı uyarmakta ve yoğunluğunu belirlemektedir. Hormonlara ek olarak, endokrin bezlerinin etkileri üzerine yapılan çalışmalar, bunların korku, kaygı, öfke ve saldırganlık düzeylerini yükselterek bireyleri şiddet eylemlerine daha yatkın hale getirebildiğini göstermiş ve böylece endokrin bezlerinin saldırgan davranışları, şiddeti ve suç faaliyetlerini şekillendirmedeki rolüne işaret etmiştir (Annagür, 2010).

Biyolojik teoriler aynı zamanda şiddeti açıklamada suç kavramıyla ilgili bir yaklaşım sunmakta ve şiddetin suç eylemlerinin bir parçası ya da sonucu olarak ortaya çıkmasına yönelik temel önermeler ortaya koymaktadır. Bunlar arasında beynin insan davranışındaki merkezi rolü, suç ve şiddetin şekillenmesinde cinsiyet ve etnik köken gibi biyolojik faktörler, suç ve şiddete yönelik yatkınlıkların doğuştan geldiği ve kalıtsal olduğu ve bu tür davranışların genetik, biyoloji ve sosyal çevre eksenlerinde şekillendiği yer almaktadır. Bu bakış açısı, şiddet eylemlerinin ortaya çıkmasında biyolojik özelliklerin baskınlığını vurgulamakta ve diğer önemli çevresel faktörlerin etkisini bir şekilde göz ardı etmektedir (Özaşçılar, 2016).

1960'ların ortalarında Gerbner tarafından geliştirilen Yetiştirme Teorisi ise televizyonun insanların yaşamları, inançları ve davranışları üzerindeki etkisini araştırmakta, medyanın bireyler üzerindeki etkisinin gözlemlenebilir olmakla birlikte kısa vadeli

olmadığını, zaman içinde sosyal gerçeklik algılarını kademeli olarak etkilediğini öne sürmektedir. Teoriye göre kitle iletişim araçları, özellikle de televizyon, ortak fikirleri yayarak ve sembollere dayalı ortak bir gerçeklik inşa ederek yaşam tarzlarının, tutumların şekillendirilmesinde ve kamuoyu oluşturulmasında önemli bir rol oynamaktadır (Shrum, 2017). Bu teori, televizyonun şiddeti resmederek sadece izleyicilerin şiddete yönelik tutum ve davranışlarını etkilemekle kalmayıp, aynı zamanda saldırgan ve kurban profillerini de inşa ettiğini ve böylece potansiyel olarak toplumda şiddetin normalleştirildiği bir ortam yarattığını ima etmektedir (Ergeç ve Zateri, 2015).

1.3.3. Sağlıkta Şiddet

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi, uluslararası ve yerel düzeyde önemli bir politika maddesi olup, özellikle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ/ILO) gibi örgütlerin temel siyasetlerinde önemli bir yer tutmaktadır. Türkiye'de de sağlıklı bir ortamın oluşturulması ve iyileştirilmesi adına yapılan çalışmalar ve uygulamalar giderek artış göstermiş, bu çabalar şiddetin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini önlemeye yönelik politikaların bir parçası haline gelmiştir. Özellikle sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, tüm dünyada ve Türkiye'de giderek artan bir sorun olarak karşımıza çıkmakta, bu bağlamda yapılan araştırmalar da sağlık sektöründe çalışanların yarısının şiddete maruz kaldığını göstermektedir. Sağlık çalışanları, yaşadıkları fiziksel, sözel ve psikolojik şiddet sonucunda ciddi bedensel ve ruhsal sorunlarla karşılaşmaktadırlar.

İş yerinde geçirilen zamanın büyüklüğü ve bu ortamlarda yaşanan şiddet olayları, çalışanların sağlık ve güvenlik durumlarını olumsuz etkilemektedir. Avrupa Komisyonu'nun tanımına göre iş yerinde şiddet, çalışanın işi nedeniyle maruz kaldığı tehdit edici davranışlar olarak ifade edilmekte, Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Korunma ve Kontrol Merkezleri (CDC) ise işyeri şiddetini dört farklı tipe ayırmaktadır. Bu tipler; suça yönelik şiddet, müşteri kaynaklı şiddet, çalışanlar arasındaki şiddet ve kişisel ilişkilerden kaynaklanan şiddeti kapsamaktadır. Sağlık sektöründe çalışanlar, doğrudan hasta ve yakınlarıyla iletişim halinde oldukları için, iş yerinde şiddete maruz kalma riski daha yüksektir. Sağlık kurumlarında yaşanan şiddet, sözel, fiziksel ya da cinsel saldırılar şeklinde gerçekleşebilmekte ve yapılan araştırmalara göre sağlık sektöründe şiddetin diğer sektörlerle göre daha fazla olduğu ve artış gösterdiği belirtilmektedir.

Sağlık kurumlarında, özellikle hastane ve benzeri sağlık tesislerinde yaşanan şiddet, en sık olarak sözel şiddet şeklinde kendini göstermekte olup, çalışma koşulları itibarıyla zaten pek çok riskle karşı karşıya olan sağlık personeli, bu durumdan ciddi şekilde etkilenmektedir. Sağlık hizmeti sunanların geniş bir yelpazeye yayılan meslek gruplarından

oluşması ve farklı statülerde çalıştırılmaları, şiddetin her seviyedeki çalışanı etkileyebileceğini göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Çalışma Örgütü, sağlık çalışanlarını çeşitli gruplarda sınıflandırarak, her bir grubun şiddet riski altında olduğunu vurgulamaktadır. Medya ve sosyal medya aracılığıyla yayılan haberler, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin giderek artan bir trend olduğunu ve bu durumun hem sağlık hizmetlerinin sunumunu hem de toplumun genel sağlık ve huzurunu olumsuz etkilediğini gözler önüne sermektedir.

1.3.3.1. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Nedenleri

Sağlık çalışanları, hizmetleri gereği insanlarla doğrudan temas halindedir ve bu durum hem çalışanlar hem de hastalar veya hasta yakınları için stres seviyelerini artırmaktadır. Bu artan stres, kontrol edilmediği takdirde sağlık hizmeti sunumu bağlamında şiddete dönüşebilecek gerilimlere yol açabilir. Bu tür şiddet olaylarının kötü haber verilmesi, istenen ilaçların yazılmaması, iletişim hataları, tedaviden memnuniyetsizlik, uzun beklemler ve hastalar, hasta yakınları ve sağlık çalışanları arasında hoşgörü eksikliği gibi çok sayıda nedeni vardır. Sağlık hizmetlerinde şiddet olaylarını büyüten medya haberleri de bu gerginliklerin artmasında rol oynamaktadır.

Çeşitli bireysel ve çevresel faktörler sağlık hizmeti ortamlarında şiddete katkıda bulunmaktadır. Bunlar arasında hastalar veya personel arasındaki ruhsal hastalıklar, madde bağımlılığı, yetersiz güvenlik önlemleri, hastane içinde ve çevresinde zayıf aydınlatma, toplumda silahların yaygınlığı ve ulaşma erişim kolaylığı yer almaktadır. Ayrıca, ulaşım, muayene veya testler için uzun bekleme süreleri, aşırı kalabalık, rahatsız bekleme alanları, hizmet alanlarında yalnız çalışma ve sağlık personelinin yetersiz eğitimi gibi faktörler de şiddet riskini daha da artırmaktadır. Tedavi arayışı sırasında sağlık çalışanlarına karşı şiddete başvurma çelişkili doğasına rağmen, bu olgu sağlık sektöründe acil ilgi ve çözüm gerektiren acil bir toplumsal sorun olmaya devam etmektedir.

Bireylerin günlük rutinleri, sağlık hizmetlerinden yararlanmak ya da sevdiklerine tıbbi yardım için eşlik etmek amacıyla özel ya da kamu sağlık kuruluşlarına sık sık gitmeyi içermektedir. Bu durum, sağlık çalışanlarının bu tesislerde bulunmasını gerektirmekte ve sağlık ortamlarının doğasında zaten var olan yüksek stresli ortama katkıda bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) tarafından hazırlanan ortak bir rapora göre, sağlık çalışanlarının yarısından fazlası mesleki uygulamaları sırasında şiddete maruz kaldıklarını bildirerek sağlık kurumlarındaki stresin yaygınlığını vurgulamaktadır (Nau vd., 2009).

Kamu veya özel sağlık kurumlarındaki şiddet olaylarını incelemek için yapılan araştırmalar endişe verici istatistikler ortaya koymaktadır. Örneğin, 2009 yılında Ankara'daki bir üniversite hastanesinde yapılan bir araştırmada, asistan hekimlerin %65,5'inin ve araştırma görevlisi hekimlerin %59,5'inin kariyerleri boyunca şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (İlhan vd., 2013). Sağlık hizmetlerinin sunumunda veya yardımında yer alan sağlık çalışanları, görevlerinin doğası ve hastalar, aileleri veya diğer bireylerle etkileşimleri nedeniyle doğrudan veya dolaylı olarak şiddet mağduru olma riski altındadır.

TBMM (2013) tarafından yapılan bir çalışma, sağlık hizmetlerinde şiddetin nedenlerini hem şiddet uygulayanların hem de şiddete maruz kalanların perspektifinden araştırmıştır. Failler açısından sebepler arasında sağlık çalışanlarına karşı önyargı, acil vakaların yanlış anlaşılması, sağlık hizmetlerinden gerçekçi olmayan beklentiler, akıl hastalığı ve madde bağımlılığı yer almaktadır. Mağdurlar içinse hasta haklarını korumak için kurulan iletişim merkezlerinin kötüye kullanılması, kötü çalışma koşulları, uzun çalışma saatleri ve sağlık hizmetlerini düzenleyen kapsamlı yasal düzenlemelerin eksikliği gibi faktörler söz konusudur. Bazı sağlık personelinin hastalara veya hasta yakınlarına karşı hoşgörüsüz ve kaba davranışları, tanı konmuş veya konmamış psikiyatrik rahatsızlıkları olan bireylerin sergilediği saldırgan davranışlar ve sağlık personeline yönelik karalayıcı medya haberleri de sağlık ortamlarında şiddeti tetikleyen diğer unsurlar arasında yer almaktadır.

Kayseri Tabip Odası, sağlıkta şiddete ilişkin 2022 Çalıştayı sonuç belgesinde, sağlık çalışanlarının devlet desteğinden yoksun olmaları nedeniyle savunmasız olarak algılanmaları, kamuoyunun sağlık çalışanlarının haklarına yönelik bilgisizliği ve duyarsızlığı, hastane ve sağlık kurumlarındaki güvenlik önlemlerinin yetersizliği ve şiddet uygulayanlara yönelik yasal yaptırımların yetersizliği gibi çeşitli şiddet nedenlerini sıralamaktadır (KTO, 2022). Hasta ve hasta yakınlarının gerçekçi olmayan ve bazen de meşru olmayan beklentileri, şiddet içeren taleplerin karşılanabileceği algısı, sağlık hizmeti sunucuları üzerindeki nicelikten çok niteliğe yönelik hizmet sunma baskısı, sağlık hizmetlerinin kalitesini düşüren ağır iş yükü ve personel yetersizliği de belirtilen diğer faktörler arasındadır. Tıbbi hata ve ihmallere ilişkin asılsız, abartılı veya kışkırtıcı haberlerin medyada yer almasının yanı sıra modern tıbaa olan güveni sarsan yanlış iddiaların ve komplo teorilerinin yayılmasının da sağlık ortamlarında şiddete katkıda bulunduğu vurgulanmaktadır.

Sağlık tesislerinde tedavi veya hizmet almak isteyen kişiler tarafından sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin arkasındaki nedenleri araştırmak için çok sayıda çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda şiddete yol açabilecek çeşitli faktörler tespit edilmiş olmakla

birlikte şiddetin herhangi bir nedenle meşrulaştırılması kabul edilemez. İnsanlar genellikle kendilerinin veya yakınlarının sağlık sorunlarının arzu ettikleri kadar hızlı veya etkili bir şekilde ele alınmaması durumunda yaşadıkları hayal kırıklığı veya hüsrana nedeniyle şiddete başvurmaktadır. Şiddete başvurma konusundaki bu haklılık duygusu, çözümlere duydukları şiddetli ihtiyaçtan ve sağlık sorunlarıyla uğraşmanın yarattığı duygusal gerginlikten kaynaklanmaktadır (Kaya ve Tok, 2021).

Çeşitli kişisel ve durumsal faktörler, sağlık hizmeti ortamlarında şiddetin ortaya çıkmasına katkıda bulunan faktörler olarak tanımlanmıştır. Faillerin alkol ve uyuşturucu kullanması, hastalar arasındaki ruh sağlığı sorunları ve hastalık nedeniyle hastaların ve ailelerinin yaşadığı stres, uzun bekleme süreleri ve alınan hizmetlerden memnuniyetsizlik önemli faktörlerdir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin sürekli talep görmesi ve hastalığın hastalar ve yakınları üzerindeki psikolojik etkisi şiddet riskini daha da artırmaktadır.

Sağlık tesislerinin aşırı kalabalık olması ve tıbbi muayene için uzun bekleme süreleri, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artmasının başlıca nedenleri olarak vurgulanmaktadır (Takak ve Artantaş, 2018). Katkıda bulunan faktörler arasında yüksek hasta/personel oranı, aşırı kalabalık çalışma ortamları ve şiddetle başa çıkma konusunda yeterli eğitim eksikliği de yer almaktadır. Bu koşullar yalnızca şiddet riskini artırmakla kalmamakta, aynı zamanda hasta ve hasta yakını memnuniyetsizliğini artıran idari ve fiziksel altyapı zorlukları da dahil olmak üzere sağlık hizmetleri ortamlarındaki sistemik sorunları yansıtmaktadır (Yılmaz, 2020).

Ayrıca, sağlık çalışanları, sağlık sisteminin kendisinin kendilerine yönelik şiddetin ortaya çıkmasını önemli ölçüde etkilediğine inanmaktadır. Belirlenen diğer nedenler arasında hizmet alanların ve sağlık çalışanlarının tutumları da yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinde diğer çalışma ortamlarına kıyasla daha yaygın olan bu şiddet sorunu hem sağlık çalışanları hem de hastalar için daha güvenli ve destekleyici bir ortam sağlayarak şiddeti ele almak ve azaltmak için kapsamlı stratejilere duyulan acil ihtiyacın altını çizmektedir (Akca vd., 2014; Annagür, 2010).

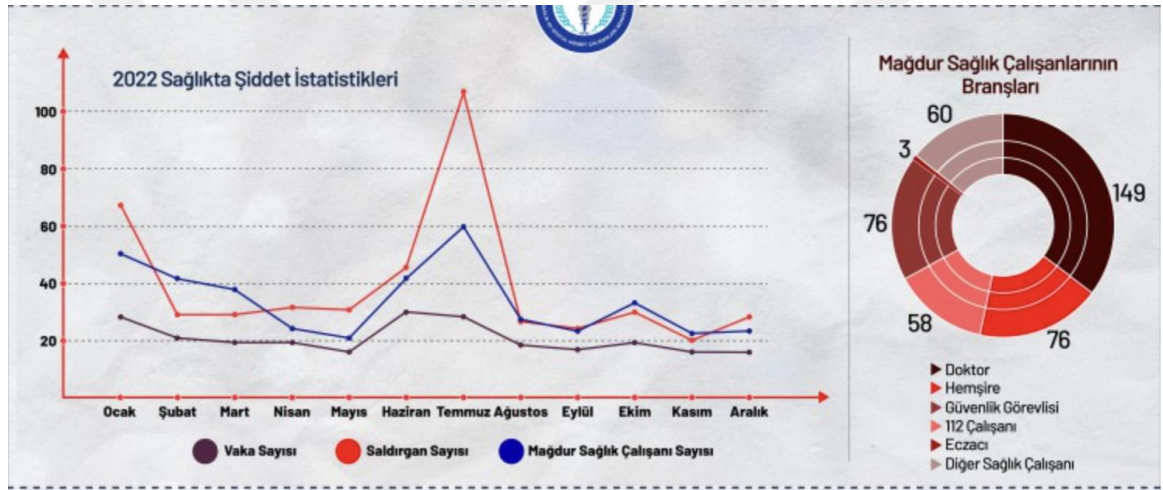
1.3.3.2. Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Sıklığı

2021 sağlıkta şiddet raporu, 162'si hem fiziksel hem de sözlü saldırı, 22'si sadece sözlü saldırı, 5'i mobbing ve 1'i taciz olmak üzere toplam 190 vaka ortaya koymuştur. Bu olayların büyük çoğunluğu başta acil servisler olmak üzere hastanelerde meydana gelirken, aile sağlığı merkezlerinde 13 olay ve 112 çalışanlarının karıştığı 1 olay rapor edilmiştir. Rapor, hastalar ve aileleriyle sık sık etkileşim halinde olan doktor ve hemşirelerin en sık

hedef alınan kişiler olduğunu vurgulamaktadır. Özellikle 2021 yılında 92 doktor, 59 hemşire, 46 112 çalışanı ve 69 diğer sağlık personeli şiddete maruz kalmıştır (Sağlık-SEN, 2021).

2022'de 206'sı hastanelerde, 23'ü sahada ve 16'sı aile sağlığı merkezlerinde olmak üzere 249 olay bildirilmiştir. Ayrıca, bir olay sosyal medya üzerinden ve üç olay da SABİM hattı üzerinden tehdit yoluyla bildirilmiştir. Bunların 216'sı hem fiziksel hem de sözlü taciz, 32'si sadece sözlü taciz ve biri de mobbing olarak sınıflandırılmıştır. Mesleklere göre yapılan analiz, doktor ve hemşirelerin yıl boyunca şiddetin birincil hedefi olmaya devam ettiğini ortaya koymuştur. Trajik bir şekilde, iki sağlık çalışanı bu olaylar nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Mağdurlar arasında 149 doktor, 7 hemşire, 76 güvenlik görevlisi, 58 acil sağlık hizmeti personeli, 3 eczacı ve 60 diğer sağlık çalışanı olmak üzere toplam 422 kişi şiddetten etkilenmiştir (Sağlık-SEN, 2022).

Şekil 2: 2022 Sağlıkta Şiddet İstatistikleri



Kaynak: Sağlık-SEN, 2022

Uzman Fikir dijital araştırma platformu tarafından 9-15 Nisan 2023 tarihleri arasında, veri tabanındaki üyeler arasından seçilen 1.338 hekimle gerçekleştirilen çevrimiçi bir araştırma, sağlık sektöründe şiddetin yaygınlığını ele almıştır. Araştırma demografik olarak, katılımcıların cinsiyet, akademik unvan ve coğrafi dağılım açısından temsilci bir örneklem oluşturacak şekilde tasarlanmıştır. Araştırma sonuçları, hekimlerin büyük bir çoğunluğunun (%84) kariyerleri boyunca en az bir kez şiddete maruz kaldığını göstermiştir; bu şiddetin çeşitleri arasında sözel (%81), psikolojik (%48), fiziksel (%16), cinsel (%3) ve tehdit (%48) yer almaktadır. Araştırma ayrıca, şiddet vakalarının çoğunun (%60) normal çalışma saatleri içinde meydana geldiğini, %28'inin nöbet esnasında ve %12'sinin ise mesai dışı saatlerde gerçekleştiğini belirtmiştir. Şiddeti uygulayan aktörlerin yüzde 45'i hasta yakınları, yüzde 30'u hastalar, yüzde 10'u yöneticiler, yüzde 7'si iş arkadaşları ve yüzde 8'i diğer kişiler olarak saptanmıştır. Şiddete maruz kaldıktan sonra, hekimlerin %97'si (1092

kişi) işlerine devam etmiş, ancak bu kararlarının çeşitli faktörlere bağlı olduğu ortaya çıkmıştır: yönetici baskısı (%10), yerine geçecek kişinin olmaması (%34), iş arkadaşlarının iş yükünün artmasını önleme isteği (%40) ve durumun önemsiz bulunması (%15). Bununla birlikte, şiddete maruz kalan hekimlerin sadece %3'ü psikolojik destek alırken, %29'u destek alma ihtiyacı hissetmesine rağmen bu imkana erişim sağlayamamıştır. Bu bulgular, sağlık sektöründe şiddetin ciddi bir sorun olduğunu ve etkilenen bireylerin destek sistemlerine erişimde önemli zorluklarla karşılaştığını göstermektedir (Haberturk, 2023).

1.3.3.3. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Önlenmesi

Sağlıkta şiddetin önlenmesi ve nedenlerinin anlaşılması, sağlık çalışanlarının görüşlerinin de altını çizdiği önemli bir konudur. Yasal düzenlemelerdeki yetersizlikler ve sağlık sektöründeki hızlı değişimler, sağlık çalışanlarının güvenliğinin sağlanmasının ve şiddetin önlenmesinin önemini vurgulamaktadır. Konunun ciddiyeti, fiziksel şiddetin ardından yaşanan ölüm veya yaralanma vakaları ile vurgulanmakta ve sadece sağlık çalışanlarının güvenliği için değil, aynı zamanda toplumun refahı için de şiddetle mücadeleyle yönelik önlemlerin önemini altı çizilmektedir. Şiddetle başa çıkma stratejileri hem kurum hem de hastalarla ilgili önleyici tedbirlerin alınmasını içerir.

Hastalarla ilgili şiddeti azaltmak için, stres yönetimi teknikleri konusunda eğitim vermek, hastaları yakından gözlemlemek, ayrıntılı hasta geçmişi toplamak, etkili iletişim kurmak ve gerektiğinde ilaç veya kısıtlama kullanmak gibi çeşitli önlemler düşünülebilir. Ancak bazıları hastaları zapt etmenin onları travmatize edebileceğini, ters tepkilere yol açabileceğini, sağlık çalışanlarının stres düzeylerini artırabileceğini ve hasta-sağlayıcı ilişkilerine zarar verebileceğini savunmaktadır. Bu yöntemler kısa vadede etkili olsa da uzun vadede hastaların stres düzeylerini artırabilir.

Şiddetin önlenmesi hem toplumsal hem de bireysel önlemler gerektirir. Ailelerde ve eğitim ortamlarında eşitlik, hak, adalet, empati, iletişim ve etkin dinleme gibi becerilerin öğretilmesi, şiddeti bir çözüm olarak görmeye daha az meyilli nesillerin yetişmesine katkıda bulunabilir. Ayrıca, eğitim yoluyla sağlıkta şiddete yönelik toplumsal farkındalığın ve duyarlılığın artırılması gerekmektedir. Hastalar için psikolojik danışmanlık birimlerinin yanı sıra şiddete maruz kalan sağlık çalışanları için destek hizmetleri oluşturulmalıdır.

Trafiğin yoğun olduğu ortamlar olan sağlık tesisleri, güvenlik açısından doğası gereği riskli alanlardır. Şiddetin meydana gelmeden önce önlenmesi, olay sonrasında güvenlik önlemlerinin uygulanması ve faillerin tespit edilmesi güvenlik güçleri için çok önemli rollerdir. Güvenlik kameraları, metal dedektörler, panik butonları yerleştirilmesi, güvenlik personelinin artırılması, hasta yakınlarının acil servisler gibi belirli alanlardan

uzaklaştırılması ve acil servisler gibi şiddete eğilimli alanlarda ek tedbirlerin uygulanması gibi kapsamlı önleyici tedbirler, güvenliğin sağlanması için elzemdir. Sağlık çalışanlarının iş yükünü azaltmak için çalışma koşullarında yapılacak düzenlemeler, fiziksel çalışma ortamlarının iyileştirilmesi ve çalışanların haklarını koruyacak yasal reformlar hem sağlık çalışanlarının hem de hastaların güvenliğini ve refahını daha da artırabilir.

Sağlık-Sen Genel Başkanı Semih Durmuş tarafından açıklanan “2022 Yılı Sağlıkta Şiddet Raporu”na göre, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayları, ekonomik ve özlük haklarında yapılan iyileştirmelere rağmen, artarak devam etmiştir. Rapor, 249 şiddet vakasının kaydedildiğini ve bu olayların özellikle Konya ve İstanbul'da gerçekleşen iki ölümle sonuçlanan vakayla toplumu derinden etkilediğini belirtmiştir. Sağlık-Sen, şiddetin önlenmesi için toplumsal duyarlılığın artırılması adına çeşitli raporlar yayımlayarak ve kamuoyu ile düzenli olarak paylaşarak farkındalık oluşturmuş, yasal adımların atılmasına katkı sağlamıştır. Raporda, şiddet olaylarının sağlık çalışanları üzerindeki olumsuz etkileri vurgulanmakta ve şiddetin önlenmesi için çeşitli önerilerde bulunmaktadır. Bu öneriler arasında hastanelere X-ray cihazlarının yerleştirilmesi, güvenlik görevlilerinin eğitilmesi ve yetkilerinin artırılması, hasta ve hasta yakınları için bekleme alanlarının ayrılması gibi önlemler yer almaktadır. Ayrıca, şiddetle mücadelenin sadece olay temelli değil, toplum temelli bir yaklaşımla ele alınması gerektiği ve bu sorunun kısa vadede çözülemeyeceği ancak koordineli çalışmalarla minimize edilebileceği belirtilmektedir (Sağlık-SEN, 2022).

1.3.3.4. Sağlıkta Şiddetle İlgili Yasal Düzenlemeler

Sağlık hizmetlerinde şiddeti ele almak için, sağlık kurumlarında şiddeti önlemeye yönelik önleyici ve caydırıcı tedbirlerin uygulanması esastır. Sağlık çalışanları şiddete maruz kaldıklarında ne yapmaları gerektiği konusunda bilgilendirilmeli, yasal düzenlemeleri ve izlenecek prosedürleri anlamalı ve yasal hakları konusunda bilgi sahibi olmalıdır. 6 Nisan 2011 tarihinde, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin ilgili maddelerine dayanılarak, hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliğinin sağlanması, hizmet kalitesinin artırılması, sağlık kurumlarında hasta ve çalışanlara yönelik olası risklerin belirlenmesi ve bu risklerin azaltılması için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesi, hizmet içi eğitimlerle güvenli hizmet sunumu ve çalışma ortamının sürdürülmesi amacıyla on iki maddelik bir genelge 27897 Sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır.

27897 Sayılı Resmi Gazete’de özetlenen yönerge, prosedürel ve temel önlemler yoluyla hasta ve çalışan güvenliğinin, hizmet sunum kalitesinin artırılmasına, potansiyel risklerin belirlenmesine ve azaltılmasına ve güvenli bir hizmet sunumu ve çalışma ortamının

sürdürülmesine odaklanmaktadır. Direktifin dördüncü maddesi özellikle hasta ve çalışanlara zarar verebilecek prosedür ve süreçlerle ilgili önlem ve iyileştirmeleri ele alırken, beşinci madde bu önlemlerin uygulanması sorumluluğunu sağlık kuruluşlarına devretmektedir. Ayrıca yedinci madde, çalışanlara yönelik fiziksel saldırıları önlemek için düzenlemeler ve gerekli önlemleri önermektedir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin bildirilmesini kolaylaştırmak amacıyla 113 Beyaz Kod Çağrı Merkezi kurulmuş ve bu merkeze erişim için bir web sitesi oluşturulmuştur. Beyaz Kod koordinatörü, tüm başvuruların Beyaz Kod ile ilgisini belirlemek üzere incelenmesinden, varsa savcılığa iletilmesinden ve tüm sürecin İl Sağlık Müdürlüğü tarafından hukuki yardım isteyen sağlık personelinin ücret talep edilmeksizin denetlenip bakanlığa bildirilmesinden sorumludur. Ayrıca Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, psikolojik şiddetle mücadele için ALO 170 hattını devreye sokarak çalışanlara psikologlar aracılığıyla destek sağlamıştır.

14 Ocak 2013 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde kurulan "Meclis Araştırma Komisyonu", sağıkta şiddetin önlenmesine yönelik tedbirleri içeren 66 maddelik bir rapor yayınlamıştır. Ayrıca, 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu kasten öldürme, yaralama, cinsel taciz, saldırı, şantaj, cebir, ayrımcılık, hakaret, kötü muamele, iftira ve kişiyi hürriyetinden yoksun kılma gibi suçları tanımlamakta ve cinsel taciz için para cezasından hapis cezasına kadar değişen cezalarla sonuçlanan özel hükümler getirmektedir. Bu cezalar belirli koşullar altında artırılmakta ve yasal çerçevenin eğitim, hiyerarşi, hizmet veya işyeri ilişkilerinden yararlananlar da dahil olmak üzere çeşitli biçimlerdeki şiddeti ele alma yaklaşımını vurgulamaktadır.

1.4. Önceki Araştırmalar

1.4.1. Sağıkta Şiddetin İş Yaşam Kalitesine Etkisine Yönelik Önceki Araştırmalar

Bae ve Lee (2015), hastane hemşirelerinin şiddet tecrübeleri ile profesyonel yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla, Güney Kore'nin Seul metropol bölgesindeki bir genel ve üç özel hastanede çalışan 212 hemşire üzerinde çalışmalarını gerçekleştirmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, hemşireler sıklıkla hastalar ve hasta yakınlarından sözlü şiddet, fiziksel tehdit ve fiziksel şiddet tecrübe etmişlerdir. Ayrıca hemşireler, meslektaşlarından şiddet gördüklerinde şefkat hisleri düşerken, hasta ve hasta yakınlarından şiddet gördüklerinde tükenmişlikleri yükselmektedir. Şiddet, hemşirelerin profesyonel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemiştir.

Choi ve Lee (2017), Kore'deki hemşirelerin iş yerinde şiddete maruz kalma deneyimlerini ve bunun profesyonel yaşam kalitesi ve işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisini

incelemişlerdir. 358 hemşire üzerinde yapılan bu çalışmada, %95.5'i son bir yıl içinde iş yerinde şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Çalışma sonuçlarına göre, işten ayrılma niyeti, hemşire olarak çalışma süresi, işlevsel hemşirelik sistemi, şiddetin türleri ve hafif ya da şiddetli tükenmişlikle pozitif ilişkilidir.

Eslamian, Akbarpoor ve Hoseini (2015), acil servislerdeki hemşirelerin iş yaşam kalitesi ile iş yerinde şiddet arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla, İsfahan Üniversitesi Tıp Bilimleri Üniversitesi'ne bağlı seçilmiş hastanelerde çalışmalarını yürütmüşlerdir. 186 kayıtlı hemşire üzerinde yapılan bu çalışmada, %76.9'u son bir yıl içinde sözlü şiddete ve %26.9'u fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, iş yaşam kalitesi ile iş yerinde maruz kalınan şiddet sıklığı arasında ters bir ilişki bulunmuştur.

Xie ve arkadaşları (2021), COVID-19 pandemisi sırasında Çin'de zihinsel sağlık profesyonelleri arasında iş yerinde şiddetin prevalansını ve kalite yaşam (QOL) ile ilişkisini incelemiştir. 10,516 katılımcının dahil edildiği bu ulusal anket çalışmasında, toplam şiddet prevalansı %18.5 olarak bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, zihinsel sağlık profesyonelleri şiddet tecrübesi yaşadıklarında, şiddet tecrübesi yaşamayanlara kıyasla genel olarak daha düşük bir yaşam kalitesine sahip olmuştur.

Yang ve diğerleri (2021), COVID-19 pandemisi sırasında Çin'deki sağlık çalışanlarına yönelik iş yerinde şiddeti ve bunun yaşam kalitesine etkilerini incelemiştir. 2020 Mart'ta yapılan çevrimiçi anketle, katılımcılar şiddet tecrübeleri ve yaşam kaliteleri hakkında bilgi vermiştir. Bulgular, %18,5'inin sözlü veya fiziksel şiddete maruz kaldığını göstermiştir. Şiddetle karşılaşanların yaşam kalitesi düşük bulunmuş ve şiddetin yaşam kalitesi üzerinde doğrudan olumsuz etkisi olduğu tespit edilmiştir. Araştırma, sağlık çalışanlarını korumak için etkili önlemlerin alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

Fathy Saad (2015), kentsel ve kırsal sağlık hizmeti ayarlarında hemşireler arasında iş yerinde şiddet ve iş yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla çalışmasını gerçekleştirmiştir. Çalışma sonuçlarına göre, iş yerinde şiddet, hemşirelerin iş yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve şiddet algısı arttıkça hemşirelerin yaşam kalitesi ve iş performansı olumsuz yönde etkilenmektedir.

El-Sayed ve Abdel-Aleem (2014), hemşireler arası yatay şiddet ile iş yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla, Port Said Genel Hastanesi'nde çalışmalarını yürütmüşlerdir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, hemşirelerin çoğunluğu iş yaşamlarından memnun olup düşük seviyede yatay şiddet tecrübesi yaşamıştır. Ayrıca, yatay şiddet ve iş yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur,

bu da sağlık hizmeti organizasyonlarının yatay şiddeti önleyici sıfır tolerans politikaları benimsemesi gerektiğini önermektedir.

Çabuk ve Menteş (2023), sağlık sektöründe çalışan sağlık çalışanlarının iş yerinde yaşadıkları şiddet olaylarının yaşam kalitesi ve iş performansı üzerindeki etkisini ve iş yerinde şiddetin iş performansı üzerindeki etkisinin yaşam kalitesi aracılığıyla nasıl hafifletilebileceğini araştırmışlardır. 682 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilen araştırmada, katılımcıların yarısından fazlası son iki yıl içinde iş yerinde herhangi bir şiddet türüne maruz kaldığını bildirmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, iş yerinde şiddet algısı arttıkça, çalışanların yaşam kalitesi ve iş performansı olumsuz yönde etkilenmiştir. Ancak, çalışanların yaşam kalitesi arttıkça, bu olumsuz etkilerin hafifletilebileceği görölmüştür.

Ghasemi-Charati ve diğerleri (2019) tarafından Mazandaran eğitim-tıp merkezlerinin yoğun bakım ünitelerinde yürütölen bir çalışmada, katılımcı hemşirelerin %63,2'sinin yaşam kalitelerini ortalama olarak değerlendirdiği ve %68,3'ünün meslektaşlarının şiddet içeren davranışlarına maruz kaldıklarını bildirdiği bulunmuştur. Dumont Mesleki şiddet ve Walton Yaşam Kalitesi anketlerinin kullanıldığı araştırma, mesleki şiddet ile Yaşam Kalitesi arasında kayda değer bir negatif korelasyon olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, daha yüksek gelire sahip bireyler önemli ölçüde daha iyi yaşam kalitesi sergilemiştir.

Bu çalışmalardan çıkarılan ortak sonuç, hemşirelerin ve sağlık sektöründe çalışan diğer profesyonellerin iş yerinde maruz kaldıkları şiddetin, profesyonel yaşam kalitelerini ve iş performanslarını olumsuz yönde etkilediğidir. şiddetin kaynağı çoğunlukla hasta ve hasta yakınları olmakla birlikte, doktorlar ve meslektaşlar arasından da gelmektedir. İş yerinde şiddete maruz kalmak, hemşirelerin tükenmişlik ve işten ayrılma niyeti gibi olumsuz sonuçlar yaşamalarına yol açmaktadır. Bu bulgular, sağlık hizmeti sağlayıcılarının iş yerinde şiddeti önlemeye yönelik etkili stratejiler geliştirmesi ve pozitif bir organizasyonel kültür oluşturması gerektiğini vurgulamaktadır. Ayrıca, şiddet mağdurlarına yönelik destek ve müdahale programlarının, bu olumsuz etkileri azaltmada önemli bir rol oynayabileceği görölmektedir.

1.4.2. Sağlıkta şiddetin Beyin Göçüne Etkisine Yönelik Önceki Araştırmalar

Çeşitli araştırmalarda sağlıkta şiddetin beyin göçünün tetikleyicileri arasında olduğu bildirilmiştir. Örneğin Kirigia ve diğerleri (2006), sağlık çalışanlarının ülkeyi terk etmesinin Kenya'ya olan etkilerini incelediği araştırmalarında sağlık çalışanlarının ülkeyi terk etme isteklerinin arkasındaki itici güçlerden birinin de şiddet tehdidi ve şiddete uğramış olmak olduğunu ortaya koymuşlardır.

Hashish ve Ashour (2020), Mısır'daki hemşirelerin beyin göçü üzerine etkili faktörler ve bu göçü hafifletme yollarını hemşirelerin perspektifinden araştırmayı amaçlamıştır. Çalışma, Mısır'daki bir üniversite hastanesinde çalışan 325 hemşire ile yapılan bir anket ve 35 hemşire ile yapılan yarı yapılandırılmış görüşmeleri içeren karma yöntemli bir araştırmayı kapsamaktadır. En önemli sebep ekonomik olmakla birlikte sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti de içeren çalışma ortamı sebepleri, hemşirelerin beyin göçünde en etkili nedenler olarak belirlenmiştir.

Sapkota ve diğerleri (2014) Nepalli hemşirelerin siyasi durum, ilgili huzursuzluk ve güvenlik sorunları hakkında endişelendiklerini ve bunları işyerinde kendilerini savunmasız bulan sağlık çalışanları, özellikle de hemşireler üzerinde baskı olarak kabul ettiklerini açıklamıştır. Ayrıca, sağlık çalışanlarının kendi ülkelerinde temel ihtiyaçları karşılanırsa bile siyasi huzursuzluk, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, salgın ve diğer hastalıkların tehdidinden uzaklaşmak zorunda olduklarını ifade etmişlerdir.

Kaya, Aktürk ve Aslan (2023) ise, 5. ve 6. sınıfta öğrenimlerine devam eden 82 tıp öğrencisi ile gerçekleştirdikleri araştırmalarında tıp öğrencilerinin yurt dışına yerleşme isteklerinin arkasındaki nedenler arasında uzun çalışma saatleri ve ağır iş yükünün (%90) ardından ikinci sırada şiddetin varlığını (%87) göstermiştir. Bu da tıp öğrencilerinin en büyük endişelerinden ve yurt dışına göç niyetlerinden birinin sağlıkta şiddet olduğunu göstermektedir.

Benzer şekilde Sancak, Selek ve Sarı (2023) da Türkiye'deki klinik tıp öğrencilerinin %46,3'ünün uzun vadede mezun olduktan sonra kariyerlerine yurt dışında devam etmeyi planladıklarını, tıbbi ortamlarda şiddete maruz kalma olasılığı, stresli çalışma ortamları ve aşırı iş yükünün öğrencilerin göç etmeyi düşünmelerinin başlıca nedenleri olduğunu, göç etmeyi planlayan tıp öğrencilerinin depresyon ve stres düzeyleri önemli ölçüde yüksek olduğunu, erkek, partnere sahip olma, yüksek stres, düşük uyumluluk özelliklerinin göç etme niyeti üzerinde etkili faktörler olduğunu ortaya koymuştur.

BÖLÜM 2: ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın temel amacı, Türkiye'deki sağlık sektörü çalışanlarının iş yaşam kalitesi, beyin göçü algıları ve sağlıkta şiddet maruziyeti arasındaki ilişkileri incelemektir. Araştırma, demografik özelliklerin (cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve sektörel ayrım gibi) iş yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Ayrıca, bu demografik faktörlerin beyin göçüne olan algılar üzerinde nasıl bir etki yarattığı ve sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddetin bu algıları nasıl şekillendirdiği incelenecektir.

Araştırmanın diğer bir amacı da sağlık sektöründe yaşanan şiddet olaylarının beyin göçüne yönelik tutumlar üzerindeki etkisini değerlendirmektir. Bu bağlamda, şiddet maruziyetinin, sağlık çalışanlarının yurt dışına göç etme niyetlerini nasıl etkilediği ve iş yaşam kalitesi ile olan ilişkisinin detaylı bir analizi gerçekleştirilecektir.

Son olarak, elde edilen bulguların sağlık politikaları ve yönetim stratejilerinin geliştirilmesine nasıl katkı sağlayabileceği tartışılacak, sağlık çalışanlarının iş ve yaşam kalitesini artırmak, şiddet olaylarını azaltmak ve beyin göçünü önlemek adına uygulanabilir öneriler sunulacaktır. Bu çalışma, sağlık sektörüne yönelik politikaların ve uygulamaların daha etkin bir şekilde şekillendirilmesine olanak tanıyacak bilgiler sağlamayı hedeflemektedir.

2.2. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın amacı doğrultusunda aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur:

H1: Sağlık sektörü çalışanlarının iş yaşam kalitesi demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

H2: Sağlık sektörü çalışanlarının şiddete yönelik tutumu demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

H3: Sağlık sektörü çalışanlarının beyin göçüne yönelik tutumu demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

H4: Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi, beyin göçüne yönelik tutumlarını pozitif etkilemektedir.

H5: Sağlık çalışanlarının şiddete yönelik tutumları, beyin göçüne yönelik tutumlarını pozitif etkilemektedir.

H6: Sağlık çalışanların iş yaşam kalitelerinin yurt dışına göç niyetine etkisinde şiddetin aracılık rolü bulunmaktadır.

2.3. Veri Toplama Aracı

Araştırma kapsamında araştırmacı tarafından demografik ve profesyonel özelliklerin yanı sıra Beyin Göçü Tutumu Ölçeği, İş Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Şiddete Yönelik Tutum Anketi'nden oluşan bir anket formu hazırlanmıştır. Anket formunun ilk bölümünde katılımcıların demografik ve profesyonel özelliklerini belirlemeye yönelik 12 çoktan seçmeli soru bulunmaktadır.

Anket formunda yer alan Beyin Göçü Tutumu Ölçeği, Öncü ve diğerleri (2018) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek'te 5'li Likert tipte olmak üzere ikisi (3 ve 5. İfadeler) ters kodlanan toplam 16 ifade bulunmaktadır. Ölçek, İtici Faktörler ve Çekici Faktörler olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenirliği, bütüne ilişkin 0.91 ve alt bileşenlerine ilişkin 0.88 ve 0.86'dır.

Anket formunda yer alan İş Yaşam Kalitesi Ölçeği Akar ve Üstüner (2017) tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte 6 alt boyutta toplanan 5'li Likert tipte 23 ifade bulunmaktadır. Ölçeğin güvenirlik katsayısı 0,95 olarak tespit edilmiştir.

Son olarak Şiddete Yönelik Tutum Anketi, Çelik ve Çelik (2007) ile Çelik ve diğerleri (2007) tarafından hazırlanan anket formundan faydalanılarak Yıldırak (2018) tarafından oluşturulmuştur. Fiziksel Şiddet ve Sözel Şiddet olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Güvenirlik katsayısı 0.896'dır.

2.4. Örneklem Profili

Tablo 1'de sunulan kişisel özellikler verileri incelendiğinde, cinsiyet dağılımında erkek katılımcıların sayısının 159 (%48,0), kadın katılımcıların ise 172 (%52,0) olduğu görülmektedir. Yaş gruplarına göre dağılımda katılımcıların %34,1'inin 21-30 yaş aralığında, %41,4'ünün 31-40 yaş aralığında, %17,2'sinin 41-50 yaş aralığında ve %7,3'ünün 51 yaş ve üzeri olduğu anlaşılmaktadır.

Öğrenim durumu açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %25,4'ünün ön lisans, %33,2'sinin lisans, %6,0'ının 6 yıllık fakülte, %15,4'ünün yüksek lisans, %10,0'ının doktora ve %10,0'ının tıpta uzmanlık derecesine sahip olduğu görülmüştür. Medeni durum dağılımında ise katılımcıların %57,1'inin bekar ve %42,9'unun evli olduğu belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların %38,1'inin çocuk sahibi olduğu, %61,9'unun ise çocuk sahibi olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 1: Kişisel Özellikler

	n	%
Cinsiyet		
Erkek	159	48,0
Kadın	172	52,0
Yaş		
21-30	113	34,1
31-40	137	41,4
41-50	57	17,2
51 ve üzeri	24	7,3
Öğrenim Durumu		
Ön lisans	84	25,4
Lisans	110	33,2
6 yıllık fakülte	20	6,0
Yüksek lisans	51	15,4
Doktora	33	10,0
Tıpta Uzmanlık	33	10,0
Medeni Durum		
Bekar	189	57,1
Evli	142	42,9
Çocuk Sahipliği		
Evet	126	38,1
Hayır	205	61,9
Toplam	331	100,0

Tablo 2, katılımcıların yabancı dil bilgi düzeylerini detaylı bir şekilde ortaya koymaktadır. İngilizce bilen katılımcıların %15,1'i hiç bilmediğini, %17,5'i başlangıç seviyesinde olduğunu, %36,6'sı orta seviyede, %19,3'ü iyi seviyede ve %11,5'i ileri seviyede İngilizce bildiğini belirtmiştir. Almanca konusunda ise katılımcıların %64'ü hiç bilmediğini, %13,3'ü başlangıç seviyesinde, %8,8'i orta seviyede, %9,1'i iyi seviyede ve %4,8'i ileri seviyede Almanca bildiğini ifade etmiştir.

Fransızca bilgisine bakıldığında, katılımcıların %77,6'sının hiç bilmediği, %11,2'sinin başlangıç, %3,3'ünün orta, %4,5'inin iyi ve %3,3'ünün ileri seviyede Fransızca

bildiği görülmektedir. Arapça için katılımcıların %75,5'i hiç bilmezken, %12,7'si başlangıç, %4,8'i orta, %3,3'ü iyi ve %3,6'sı ileri düzeyde Arapça bilgisine sahiptir. Diğer diller açısından katılımcıların %80,1'i hiç bilmediğini, %11,5'i başlangıç, %4,5'i orta, %2,1'i iyi ve %1,8'i ileri düzeyde dil bilgisine sahip olduğunu belirtmiştir.

Tablo 2: Yabancı Dil Bilme Durumu

	İngilizce		Almanca		Fransızca		Arapça		Diğer	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bilmiyorum	50	15,1	212	64,0	257	77,6	250	75,5	265	80,1
Başlangıç	58	17,5	44	13,3	37	11,2	42	12,7	38	11,5
Orta	121	36,6	29	8,8	11	3,3	16	4,8	15	4,5
İyi	64	19,3	30	9,1	15	4,5	11	3,3	7	2,1
İleri	38	11,5	16	4,8	11	3,3	12	3,6	6	1,8

Tablo 3, sağlık sektöründeki profesyonellerin iş ve kariyer özelliklerine dair kapsamlı bilgiler sağlamaktadır. Görevlere göre dağılım incelendiğinde, hastane personelinin %51,4'ünü, hekimlerin %24,2'sini ve hemşirelerin %24,5'ini kapsadığı görülmektedir. Çalışılan birimlere bakıldığında ise en yüksek oran %32,3 ile poliklinikte çalışanlar, ardından %27,2 ile idari birimde çalışanlar ve %11,5'er oranla acil servis ile ameliyathane çalışanları şeklinde sıralanmaktadır. Laboratuvar ve yoğun bakım birimlerinde çalışanların oranları sırasıyla %7,3 ve %10,3'tür. Gelir düzeyi açısından, katılımcıların %36,6'sı yıllık 35.001 TL - 45.000 TL arası gelir bildirmiş, %27,2'si 45.001 TL ve üzeri gelir, %25,4'ü 25.001 TL - 35.000 TL arası gelir ve %10,9'u 0-25.000 TL gelir düzeyinde olduğunu ifade etmiştir. Sektörel tecrübeye göre, %29,9'u 0-5 yıl, %21,8'i 6-10 yıl, %22,4'ü 11-15 yıl, %11,2'si 16-20 yıl ve %14,8'i 21 yıl ve üzeri tecrübeye sahip olduğunu belirtmiştir. Çalışanların %52,9'u kamu sektöründe, %47,1'i ise özel sektörde görev yapmaktadır. Son olarak Mevcut hastanedeki çalışma süresine göre, %45,6'sı 0-5 yıl, %21,5'i 6-10 yıl, %18,1'i 11-15 yıl, %6,6'sı 16-20 yıl ve %8,2'si 21 yıl ve üzeri süredir aynı hastanede çalışmaktadır.

Tablo 3: Profesyonel Hayata İlişkin Özellikler

	n	%
Görev		
Hastane Personeli	170	51,4
Hekim	80	24,2
Hemşire	81	24,5
Çalışılan Birim		
Acil Servis	38	11,5
Ameliyathane	38	11,5
İdari Birim	90	27,2
Laboratuvar	24	7,3
Poliklinik	107	32,3
Yoğun Bakım	34	10,3
Gelir Düzeyi		
0-25.000 TL	36	10,9
25.001 TL - 35.000 TL	84	25,4
35.001 TL - 45.000 TL	121	36,6
45.001 TL ve üzeri	90	27,2
Sektörel Tecrübe		
0-5 yıl	99	29,9
6-10 yıl	72	21,8
11-15 yıl	74	22,4
16-20 yıl	37	11,2
21 yıl ve üzeri	49	14,8
Sektör		
Kamu	175	52,9
Özel	156	47,1
Mevcut Hastanedeki Çalışma Süresi		
0-5 yıl	151	45,6
6-10 yıl	71	21,5
11-15 yıl	60	18,1
16-20 yıl	22	6,6
21 yıl ve üzeri	27	8,2

2.5. Verilerin Analizi

Verilere hangi tür analizlerin uygulanacağını belirlemede normallik analizinden faydalanılmıştır. Normallik analizinde basıklık ve çarpıklık değerlerinden faydalanılmaktadır. İlgili değerlerin - 2 ile + 2 aralığında olması verilerin normal dağılım varsayımını karşıladığı anlamına gelmektedir. Verilerin normal dağılım varsayımına karşılamaması durumunda parametrik testlerden, verilerin normal dağılım varsayımını karşılamaması durumunda ise nonparametrik testlerden faydalanılmaktadır. Tablo 4'te görüldüğü üzere ölçeklerin ve tüm alt boyutlarının limit değerler arasında basıklık ve çarpıklık değerleri aldığı görülmektedir. Bu nedenle de verilerin normal dağılım varsayımını karşıladığı görülmüş ve parametrik analizlerin gerçekleştirilmesine karar verilmiştir. Bu bağlamda iki gruplu değişkenler için gruplar arası farklılıkların tespitinde bağımsız örneklem t testinden, ikiden fazla gruplu değişkenler için gruplar arası farklılıkların tespitinde ANOVA analizinden, ANOVA sonucunda farklılık tespit edilmesi durumunda hangi gruplar arasında farklılık olduğunu ortaya koymak için Tukey post-hoc testinden faydalanılmıştır. Ayrıca çalışmada iş yaşam kalitesinin ve şiddete yönelik tutumun beyin göçüne etkisinin belirlenmesinde yapısal eşitlik modellemesinden faydalanılmıştır.

Tablo 4: Betimleyici İstatistikler

	X±SD	Basıklık	Çarpıklık
İŞ YAŞAM KALİTESİ*	3,100 ± 0,935	-0,121	-0,572
İY_İKM	3,289 ± 0,986	-0,417	-0,532
İY_GİO	3,138 ± 0,965	-0,238	-0,637
İY_İKE	3,061 ± 1,139	-0,209	-0,993
İY_ÇK	3,097 ± 1,116	-0,221	-0,984
İY_İYS	2,888 ± 1,129	0,052	-0,896
İY_AİYD	3,126 ± 1,122	-0,229	-0,922
BEYİN GÖÇÜ**	3,196 ± 0,946	-0,296	-0,782
BG_ÇEKİCİ	3,230 ± 1,073	-0,395	-0,897
BG_İTİCİ	3,162 ± 0,870	-0,140	-0,346
SAĞLIKTA ŞİDDET***	2,809 ± 1,144	0,136	-1,184
SS_SOZEL	2,922 ± 1,155	0,001	-1,122
SS_FİZİKSEL	2,696 ± 1,225	0,234	-1,205

*: İY_İKM: İş Kariyer Memnuniyeti, İY_GİO: Genel İyi Olma, İY_İKE: İş Kontrol Edebilme, İY_ÇK: Çalışma Koşulları, İY_İYS: İş Yaşamında Stres, İY_AİYD: Aile İş Yaşam Dengesi

** : BG_ÇEKICI: Çekici Faktörler, BG_ITICI: İtici Faktörler
*** : SS_SOZEL: Sözel Şiddet, SS_FIZIKSEL: Fiziksel Şiddet



BÖLÜM 3: BULGULAR

3.1. İş Yaşam Kalitesinin Demografik Özelliklere Göre Değişkenliği

Katılımcıların iş yaşam kalitesinin cinsiyetlerine göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesinde bağımsız örneklem t testinden faydalanılmıştır. Yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda, katılımcıların hiçbir alt boyutta iş yaşam kalitelerinin cinsiyetlerine göre farklılık göstermediği görülmüştür (tüm alt boyutlar için $p>0,05$).

Tablo 5: İş Yaşam Kalitesinin Cinsiyete Göre Değişkenliği

İş Yaşam Kalitesi*	Erkek (n=159)	Kadın (n=172)	t	p
İY_İKM	3,380 ± 1,001	3,205 ± 0,968	1,608	0,109
İY_GİO	3,208 ± 0,990	3,073 ± 0,939	1,272	0,204
İY_İKE	3,170 ± 1,149	2,961 ± 1,124	1,668	0,096
İY_ÇK	3,210 ± 1,124	2,992 ± 1,102	1,777	0,077
İY_İYS	2,975 ± 1,128	2,808 ± 1,128	1,343	0,180
İY_AİYD	3,241 ± 1,144	3,019 ± 1,094	1,803	0,072

*: İY_İKM: İş Kariyer Memnuniyeti, İY_GİO: Genel İyi Olma, İY_İKE: İş Kontrol Edebilme, İY_ÇK: Çalışma Koşulları, İY_İYS: İş Yaşamında Stres, İY_AİYD: Aile İş Yaşam Dengesi

Katılımcıların iş yaşam kalitesinin medeni durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesinde bağımsız örneklem t testinden faydalanılmıştır. Yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda, katılımcıların hiçbir alt boyutta iş yaşam kalitelerinin medeni durumlarına göre farklılık göstermediği görülmüştür (tüm alt boyutlar için $p>0,05$).

Tablo 6: İş Yaşam Kalitesinin Medeni Duruma Göre Değişkenliği

İş Yaşam Kalitesi*	Bekar (n=189)	Evli (n=142)	t	p
İY_İKM	3,336 ± 0,960	3,227 ± 1,020	0,999	0,318
İY_GİO	3,195 ± 0,955	3,061 ± 0,977	1,250	0,212
İY_İKE	3,138 ± 1,091	2,960 ± 1,197	1,405	0,161
İY_ÇK	3,187 ± 1,095	2,977 ± 1,135	1,703	0,090
İY_İYS	2,968 ± 1,126	2,782 ± 1,129	1,490	0,137
İY_AİYD	3,203 ± 1,110	3,024 ± 1,134	1,442	0,150

*: İY_İKM: İş Kariyer Memnuniyeti, İY_GİO: Genel İyi Olma, İY_İKE: İş Kontrol Edebilme, İY_ÇK: Çalışma Koşulları, İY_İYS: İş Yaşamında Stres, İY_AİYD: Aile İş Yaşam Dengesi

Katılımcıların iş yaşam kalitesinin çocuk sahipliğine göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesinde bağımsız örneklem t testinden faydalanılmıştır. Yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda, çocuk sahipliğine göre iş yaşam kalitesinin alt

boyutlarının büyük çoğunluğu için anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir ($p>0,05$). Ancak çocuk sahibi olmayanların İş Yaşamında Stres (İY_İYS) düzeylerinin, çocuk sahibi olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$; $X_{\text{Hayır}}>X_{\text{Evet}}$).

Tablo 7: İş Yaşam Kalitesinin Çocuk Sahipliğine Göre Değişkenliği

İş Yaşam Kalitesi*	Evet (n=126)	Hayır (n=205)	t	p
İY_İKM	3,232 ± 1,006	3,324 ± 0,975	-0,832	0,406
İY_GİO	3,048 ± 0,963	3,193 ± 0,964	-1,330	0,185
İY_İKE	2,974 ± 1,175	3,115 ± 1,116	-1,101	0,272
İY_ÇK	2,992 ± 1,101	3,161 ± 1,123	-1,339	0,182
İY_İYS	2,726 ± 1,122	2,988 ± 1,125	-2,056	0,041
İY_AİYD	3,050 ± 1,092	3,172 ± 1,140	-0,961	0,337

*: İY_İKM: İş Kariyer Memnuniyeti, İY_GİO: Genel İyi Olma, İY_İKE: İş Kontrol Edebilme, İY_ÇK: Çalışma Koşulları, İY_İYS: İş Yaşamında Stres, İY_AİYD: Aile İş Yaşam Dengesi

Katılımcıların iş yaşam kalitesinin sektöre göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesinde bağımsız örneklem t testinden faydalanılmıştır. Yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda, iş yaşam kalitesinin birçok alt boyutunda kamu ve özel sektör çalışanları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Genel İyi Olma (İY_GİO), İş Kontrol Edebilme (İY_İKE), Çalışma Koşulları (İY_ÇK), İş Yaşamında Stres (İY_İYS) ve Aile İş Yaşam Dengesi (İY_AİYD) boyutlarında özel sektör çalışanları kamu sektörüne kıyasla daha yüksek iş yaşam kalitesi puanlarına sahiptir ($p<0.05$). İş Kariyer Memnuniyeti (İY_İKM) boyutunda ise $p=0.085$ ile kamu ve özel sektör arasında anlamlı olmayan bir fark görülmüştür.

Tablo 8: İş Yaşam Kalitesinin Sektöre Göre Değişkenliği

İş Yaşam Kalitesi*	Kamu (n=175)	Özel (n=156)	t	p
İY_İKM	3,201 ± 0,988	3,388 ± 0,978	-1,726	0,085
İY_GİO	3,011 ± 0,941	3,279 ± 0,975	-2,538	0,012
İY_İKE	2,884 ± 1,167	3,261 ± 1,077	-3,041	0,003
İY_ÇK	2,956 ± 1,143	3,254 ± 1,066	-2,444	0,015
İY_İYS	2,686 ± 1,108	3,115 ± 1,113	-3,514	0,001
İY_AİYD	3,000 ± 1,134	3,267 ± 1,094	-2,174	0,030

*: İY_İKM: İş Kariyer Memnuniyeti, İY_GİO: Genel İyi Olma, İY_İKE: İş Kontrol Edebilme, İY_ÇK: Çalışma Koşulları, İY_İYS: İş Yaşamında Stres, İY_AİYD: Aile İş Yaşam Dengesi

Katılımcıların iş yaşam kalitesinin pozisyonlarına göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesinde ANOVA testinden faydalanılmıştır. Yapılan ANOVA testi

sonucunda, iş yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında hastane personeli, hekimler ve hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p<0.001$). Bu sonuçlar, hekimlerin iş kariyer memnuniyeti, genel iyi olma, işi kontrol edebilme, çalışma koşulları, iş yaşamında stres ve aile iş yaşam dengesi boyutlarında diğer gruplara göre daha yüksek puanlar aldığını göstermektedir. Hemşireler bu boyutların çoğunda en düşük puanları alırken, hastane personeli genellikle iki diğer grup arasında bir yerde konumlanmıştır.

Tablo 9: İş Yaşam Kalitesinin Pozisyona Göre Değişkenliği

	Hastane Personeli (n=170)	Hekim (n=80)	Hemşire (n=81)	F	p
İş Yaşam Kalitesi*					
İY_İKM	3,223 ± 1,003	3,681 ± 0,929	3,041 ± 0,900	9,762	0,000**
İY_GİO	3,052 ± 0,962	3,542 ± 0,965	2,918 ± 0,860	10,343	0,000**
İY_İKE	2,961 ± 1,107	3,563 ± 1,144	2,778 ± 1,058	11,611	0,000**
İY_ÇK	3,049 ± 1,140	3,538 ± 1,051	2,761 ± 0,993	10,643	0,000**
İY_İYS	2,600 ± 1,082	3,356 ± 1,126	3,031 ± 1,059	14,088	0,000***
İY_AİYD	3,082 ± 1,134	3,563 ± 1,060	2,786 ± 1,025	10,473	0,000**

*: İY_İKM: İş Kariyer Memnuniyeti, İY_GİO: Genel İyi Olma, İY_İKE: İş Kontrol Edebilme, İY_ÇK: Çalışma Koşulları, İY_İYS: İş Yaşamında Stres, İY_AİYD: Aile İş Yaşam Dengesi

*: Fark: 1-2, 2-3

** : Fark: 1-2, 1-3, 2-3

3.2. Beyin Göçüne Yönelik Tutumun Demografik Özelliklere Göre Değişkenliği

Katılımcıların beyin göçü algılarının cinsiyetlerine göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesinde bağımsız örneklem t testinden faydalanılmıştır. Yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda, beyin göçünü çekici ve itici bulma algılarının cinsiyetler arasında herhangi bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 10: Beyin Göçünün Cinsiyete Göre Değişkenliği

Beyin Göçü*	Erkek (n=159)	Kadın (n=172)	t	p
BG_ÇEKICI	3,228 ± 1,118	3,232 ± 1,033	-0,035	0,972
BG_ITICI	3,159 ± 0,900	3,164 ± 0,844	-0,057	0,955

*: BG_ÇEKICI: Çekici Faktörler, BG_ITICI: İtici Faktörler

Katılımcıların beyin göçü algılarının medeni durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesinde bağımsız örneklem t testinden faydalanılmıştır. Yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda, bekar bireylerin beyin göçünün çekici ve itici faktörlerine yönelik algısının evlilere göre daha olumlu olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Dolayısıyla bekarlık, kariyer fırsatlarına açıklığı beraberinde getirmektedir.

Tablo 11: Beyin Göçünün Medeni Duruma Göre Değişkenliği

Beyin Göçü*	Bekar (n=189)	Evli (n=142)	t	p
BG_ÇEKICI	3,330 ± 1,058	3,096 ± 1,083	1,977	0,049
BG_ITICI	3,253 ± 0,824	3,041 ± 0,916	2,209	0,028

*: BG_ÇEKICI: Çekici Faktörler, BG_ITICI: İtici Faktörler

Katılımcıların beyin göçü algılarının çocuk sahipliğine göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesinde bağımsız örneklem t testinden faydalanılmıştır. Yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda, çocuk sahibi olmayan bireylerin, çocuk sahibi olanlara göre beyin göçünü daha çekici ($p=0.001$) ve itici ($p=0.001$) bulduğu tespit edilmiştir. Bu, çocuk sahibi olmanın, kişilerin yer değiştirme kararlarında önemli bir engel oluşturabileceğini işaret etmektedir.

Tablo 12: Beyin Göçünün Çocuk Sahipliğine Göre Değişkenliği

Beyin Göçü*	Evet (n=126)	Hayır (n=205)	t	p
BG_ÇEKICI	2,976 ± 1,083	3,386 ± 1,040	-3,431	0,001
BG_ITICI	2,964 ± 0,907	3,283 ± 0,825	-3,283	0,001

*: BG_ÇEKICI: Çekici Faktörler, BG_ITICI: İtici Faktörler

Katılımcıların beyin göçü algılarının sektörlere göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesinde bağımsız örneklem t testinden faydalanılmıştır. Yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda, kamuda çalışanlar ile özel sektörde çalışanlar arasında beyin göçünü çekici ve itici bulma algılarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 13: Beyin Göçünün Sektöre Göre Değişkenliği

Beyin Göçü*	Kamu (n=175)	Özel (n=156)	t	p
BG_ÇEKICI	3,161 ± 1,153	3,307 ± 0,974	-1,245	0,214
BG_ITICI	3,093 ± 0,985	3,239 ± 0,714	-1,554	0,121

*: BG_ÇEKICI: Çekici Faktörler, BG_ITICI: İtici Faktörler

Katılımcıların beyin göçü algılarının pozisyonlarına göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesinde ANOVA testinden faydalanılmıştır. Yapılan ANOVA testi sonucunda, pozisyonlar arasında beyin göçünü çekici bulma algısında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p=0.065$). Ancak, beyin göçünü itici bulma algısında hastane personeli ile hemşireler arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.048$). Hemşireler, itici faktörlere karşı hastane personelinden daha olumlu bir tutuma sahiptir. Bu da hemşirelerin yurt dışına itici faktörler nedeniyle göç isteklerinin daha yoğun olduğunu göstermektedir.

Tablo 14: Beyin Göçünün Pozisyona Göre Değişkenliği

	Hastane Personeli (n=170)	Hekim (n=80)	Hemşire (n=81)	F	P
Beyin Göçü*					
BG_ÇEKICI	3,119 ± 1,139	3,233 ± 1,051	3,458 ± 0,918	2,761	0,065
BG_ITICI	3,087 ± 0,911	3,113 ± 0,817	3,367 ± 0,806	3,058	0,048**

*: BG_ÇEKICI: Çekici Faktörler, BG_ITICI: İtici Faktörler

*: Fark: 1-3

3.3. Şiddete Yönelik Tutumun Demografik Özelliklere Göre Değişkenliği

Katılımcıların şiddete yönelik tutumlarının cinsiyetlere göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesinde bağımsız örneklem t testinden faydalanılmıştır. Yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda, sözel ve fiziksel şiddete yönelik tutumların cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 15: Şiddete Yönelik Tutumun Cinsiyete Göre Değişkenliği

Sağlıkta Şiddet*	Erkek (n=159)	Kadın (n=172)	t	p
SS_SOZEL	2,940 ± 1,106	2,905 ± 1,202	0,280	0,780
SS_FIZIKSEL	2,703 ± 1,175	2,689 ± 1,273	0,103	0,918

*: SS_SOZEL: Sözel Şiddet, SS_FIZIKSEL: Fiziksel Şiddet

Katılımcıların şiddete yönelik tutumlarının medeni durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesinde bağımsız örneklem t testinden faydalanılmıştır. Yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda, sözel şiddete yönelik tutumda medeni durumlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 16: Şiddete Yönelik Tutumun Medeni Duruma Göre Değişkenliği

Sağlıkta Şiddet*	Bekar (n=189)	Evli (n=142)	t	p
SS_SOZEL	2,975 ± 1,114	2,851 ± 1,207	0,970	0,333
SS_FIZIKSEL	2,802 ± 1,207	2,555 ± 1,240	1,822	0,069

*: SS_SOZEL: Sözel Şiddet, SS_FIZIKSEL: Fiziksel Şiddet

Katılımcıların şiddete yönelik tutumlarının çocuk sahipliğine göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesinde bağımsız örneklem t testinden faydalanılmıştır. Çocuk sahibi olanlar ve olmayanlar arasında, sözel ve fiziksel şiddete yönelik tutumlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 17: Şiddete Yönelik Tutumun Çocuk Sahipliğine Göre Değişkenliği

Sağlıkta Şiddet*	Evet (n=126)	Hayır (n=205)	t	p
SS_SOZEL	2.808 ± 1.211	2.992 ± 1.116	-1,408	0.160

SS_FIZIKSEL	2.532 ± 1.250	2.796 ± 1.202	-1,915	0.056
-------------	---------------	---------------	--------	-------

*: SS_SOZEL: Sözel Şiddet, SS_FIZIKSEL: Fiziksel Şiddet

Katılımcıların şiddete yönelik tutumlarının sektörlere göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesinde bağımsız örneklem t testinden faydalanılmıştır. Kamu ve özel sektör çalışanları arasında, fiziksel ve sözel şiddete yönelik tutumda anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre özel sektörde çalışan sağlık personelleri, kamu sektöründekilere göre daha fazla şiddete maruz kalmaktadır.

Tablo 18: Şiddete Yönelik Tutumun Sektöre Göre Değişkenliği

Sağlıkta Şiddet*	Kamu (n=175)	Özel (n=156)	t	p
SS_SOZEL	2.774 ± 1.235	3.088 ± 1.037	-2,514	0.012
SS_FIZIKSEL	2.469 ± 1.212	2.950 ± 1.193	-3,636	0.000

*: SS_SOZEL: Sözel Şiddet, SS_FIZIKSEL: Fiziksel Şiddet

Katılımcıların şiddete yönelik tutumlarının pozisyonlarına göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesinde ANOVA testinden faydalanılmıştır. Yapılan ANOVA testi sonucunda, sağlık personelleri arasında şiddete yönelik tutum konusunda anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu farklılığın kaynağının tespit edilmesi için gerçekleştirilen Tukey Post-Hoc testi sonucunda hemşirelerin hastane personeline göre daha fazla şiddete maruz kaldığı görülmüştür.

Tablo 19: Şiddete Yönelik Tutumun Pozisyona Göre Değişkenliği

Sağlıkta Şiddet*	Hastane Personeli (n=170)	Hekim (n=80)	Hemşire (n=81)	F	p
SS_SOZEL	2,788 ± 1,153	2,918 ± 1,164	3,207 ± 1,112	3,684	0,026**
SS_FIZIKSEL	2,557 ± 1,199	2,697 ± 1,144	2,985 ± 1,319	3,383	0,035**

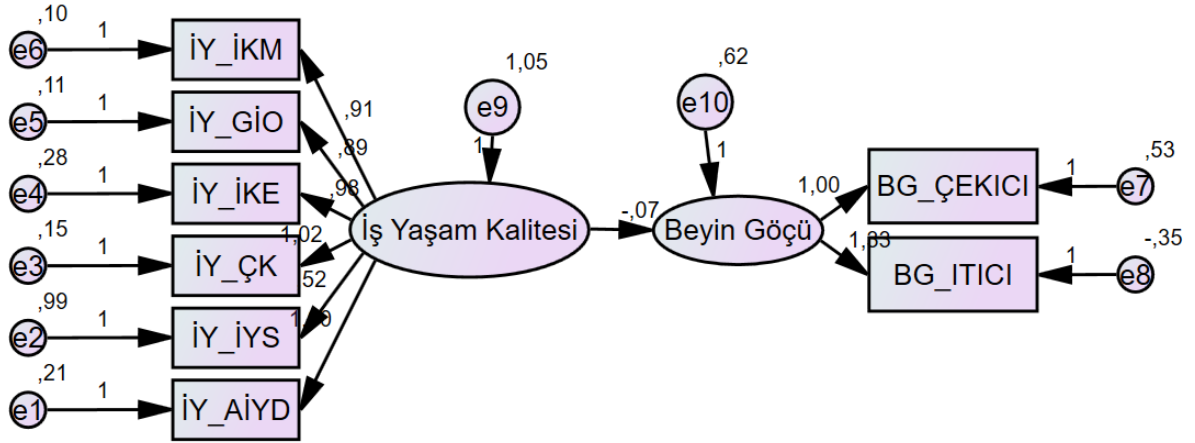
*: SS_SOZEL: Sözel Şiddet, SS_FIZIKSEL: Fiziksel Şiddet

** Fark: 1-3

3.4. İş Yaşam Kalitesinin Beyin Göçüne Etkisi

İş yaşam kalitesinin beyin göçüne etkisinin belirlenmesinde yapısal eşitlik modellemesinden faydalanılmıştır. İş yaşam kalitesi ve beyin göçünün tüm alt boyutlarını hesaba katan model sonucunda iş yaşam kalitesinin beyin göçüne etki etmediği görülmüştür ($p=0,242>0,05$). Her ne kadar standardize regresyon katsayısı negatif bir etki olduğunu belirtse de, bu etki istatistiksel olarak anlamlı olmadığı için, iş yaşam kalitesinin beyin göçüne etki etmediğini söylemek mümkündür.

Şekil 3: İş Yaşam Kalitesinin Beyin Göçüne Etkisine Yönelik Model



Tablo 20: Regresyon Katsayıları

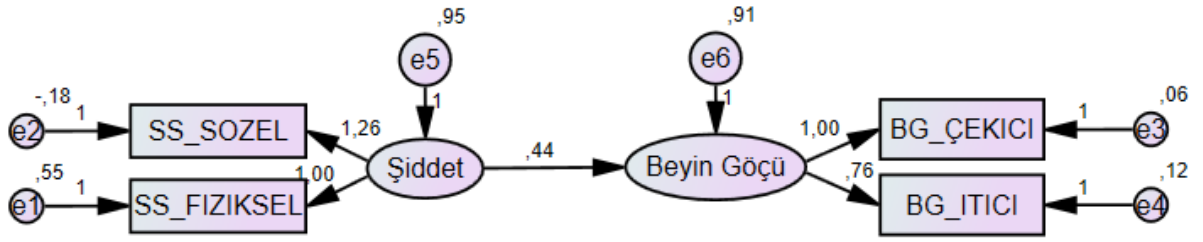
			Standardize Katsayı	St. Hata	p
BG	<---	IYK	-0,089	0,058	0,242
İY_AİYD	<---	IYK	0,914		
İY_İYS	<---	IYK	0,469	0,056	***
İY_ÇK	<---	IYK	0,938	0,033	***
İY_İKE	<---	IYK	0,886	0,038	***
İY_GİO	<---	IYK	0,941	0,028	***
İY_İKM	<---	IYK	0,947	0,029	***
BG_ÇEKİCİ	<---	BG	0,737		
BG_ITİCİ	<---	BG	1,212	0,609	0,029

*: İY_İKM: İş Kariyer Memnuniyeti, İY_GİO: Genel İyi Olma, İY_İKE: İş Kontrol Edebilme, İY_ÇK: Çalışma Koşulları, İY_İYS: İş Yaşamında Stres, İY_AİYD: Aile İş Yaşam Dengesi

3.5. Sağlıkta Şiddetin Beyin Göçüne Etkisi

Sağlıkta şiddetin beyin göçüne etkisinin belirlenmesinde yapısal eşitlik modellemesinden faydalanılmıştır. Sağlıkta Şiddetin ve beyin göçünün tüm alt boyutlarını dikkate alan model sonucunda sağlıkta şiddetin beyin göçüne yönelik tutumu arttıran bir unsur olduğu görülmektedir ($\beta=0,411$, pozitif; $p<0,05$). Buna göre sağlıkta şiddette yaşanan 1 standart sapmalık artış, beyin göçüne yönelik tutumu 0,411 standart sapma arttırmaktadır.

Şekil 4: Sağlıkta Şiddetin Beyin Göçüne Etkisi



Tablo 21: Sağlıkta Şiddetin Beyin Göçüne Etkisi

			Standardize Katsayı	St. Hata	P
BG	<---	SS	0,411	0,055	***
SS_FIZIKSEL	<---	SS	0,797		
SS_SOZEL	<---	SS	1,065	0,116	***
BG_ÇEKICI	<---	BG	0,974		
BG_ITICI	<---	BG	0,916	0,047	***

3.6. İş Yaşam Kalitesinin Beyin Göçüne Etkisinde Şiddetin Aracı Rolü

İş yaşam kalitesinin beyin göçüne etkisi olmadığından, sağlıkta şiddetin aracı rolü bulunmamaktadır.

SONUÇ

Bu araştırma, sağlık sektörü çalışanlarının iş yaşam kalitesi, beyin göçü algıları ve şiddete yönelik tutumları üzerine kapsamlı bir inceleme sunmaktadır. Araştırmanın bulguları, demografik özelliklerin iş yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin yanı sıra, beyin göçü algılarını ve şiddete maruz kalma durumlarını da detaylı bir şekilde ortaya koymaktadır. Çalışmada elde edilen sonuçlar, iş yaşam kalitesinin cinsiyet, medeni durum, çocuk sahipliği ve sektör gibi farklı demografik özelliklere göre anlamlı farklılıklar gösterdiğini belirtmektedir. Özellikle özel sektör çalışanlarının kamu sektörüne kıyasla daha yüksek iş yaşam kalitesi puanlarına sahip olduğu gözlemlenmiştir. Bu durumun sebebi, özel sektördeki ücret ve yan hakların, kamu sektörüne kıyasla daha iyi olması, inovatif teknolojileri kullanmanın yarattığı mesleki tatmin ile daha yüksek iş güvenliği ve çalışma ortamının olması, bu durumun sebebi olabilir. Ayrıca, beyin göçü algıları üzerine yapılan analizler, bekar bireylerin ve çocuk sahibi olmayanların, beyin göçünü daha çekici bulduğunu göstermiştir; bu durum, kariyer fırsatlarına yönelik açıklığı ve yer değiştirme kararlarında çocuk sahipliğinin oluşturduğu engelleri vurgulamaktadır.

Sağlık sektöründe yaşanan şiddet, özellikle özel sektörde çalışan sağlık personellerinin daha fazla şiddete maruz kaldığını ve bu durumun beyin göçüne yönelik tutumları artırdığını ortaya koymuştur. Şiddetin, beyin göçüne etkisi üzerine yapılan yapısal eşitlik modellemesi sonuçları, sağlıkta şiddetin beyin göçüne yönelik tutumu belirgin şekilde artırdığını belirtmektedir. Bununla birlikte, iş yaşam kalitesinin beyin göçüne doğrudan bir etkisi olmadığı; dolayısıyla sağlıkta şiddetin bu etkileşimde aracı bir rol oynamadığı saptanmıştır.

Önceki araştırmalar, sağlıkta şiddetin iş yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini açıkça göstermektedir. Bae ve Lee (2015), Choi ve Lee (2017), Eslamian, Akbarpoor ve Hoseini (2015), Xie ve diğerleri (2021), Yang ve diğerleri (2021), Fathy Saad (2015) ve Ghasemi-Charati ve diğerleri (2019), hemşireler ve sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddetin tükenmişlik, işten ayrılma niyeti ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri olduğunu belirtmişlerdir. Bu bulgulara paralel olarak Çabuk ve Menteş (2023), sağlık çalışanlarının yaşam kalitesinin, iş yerinde şiddet algısı arttıkça düştüğünü göstermiştir. Bu araştırmada da benzer bulgular elde edilmiştir. Bulgulara göre, sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi, iş yerinde karşılaştıkları şiddetin varlığına göre değişmektedir. Hem sözel hem de fiziksel şiddet, sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Özellikle özel sektörde çalışanlar ve hemşireler, kamu çalışanlarına ve hastane personeline göre daha fazla

şiddet algısına sahiptir ve bu, onların iş yaşam kalitelerini düşürmektedir. Hemşirelerin sağlık personelleri içerisinde en ön saflarda yer alan personeller olduğu ve hasta ve hasta yakınları ile hekimlerden daha fazla bire bir temas etmeleri, bu durumun sebebi olabilir. Bu, Çabuk ve Menteş (2023) ve Ghasemi-Charati ve diğerleri (2019) ile uyumlu olup, şiddet mağdurlarına yönelik destek ve müdahale programlarının önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Önceki araştırmalarda, sağlıkta şiddetin sağlık çalışanlarının beyin göçü niyetini artırdığı belirtilmiştir. Kirigia ve diğerleri (2006), Hashish ve Ashour (2020), Sapkota ve diğerleri (2014), Kaya, Aktürk ve Aslan (2023) ile Sancak, Selek ve Sarı (2023) çalışmaları, sağlıkta şiddetin beyin göçü üzerinde önemli bir tetikleyici olduğunu göstermiştir. Bulgular, sağlıkta şiddetin beyin göçüne yönelik tutumu olumlu yönde etkilediğini göstermiştir ($\beta=0,411$, pozitif; $p<0,05$). Şiddet mağdurları, kariyerlerini daha güvenli ve huzurlu bir ortamda sürdürmek amacıyla beyin göçüne daha yatkın hale gelmektedir. Bu sonuç, Kaya, Aktürk ve Aslan (2023) ve Sancak, Selek ve Sarı (2023) gibi önceki çalışmalardaki bulgularla uyumludur.

İş yaşam kalitesi ve beyin göçü arasındaki ilişkiyi değerlendiren araştırmalar sınırlıdır. Ancak, Hashish ve Ashour (2020) ve Sapkota ve diğerleri (2014), çalışma ortamı koşullarının beyin göçü niyetinde önemli bir rol oynadığını belirtmişlerdir. Ancak elde edilen bulgular, iş yaşam kalitesinin beyin göçü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir. Her ne kadar iş yaşam kalitesi ile beyin göçü arasında negatif bir ilişki gözlemlense de bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu sonuç, Hashish ve Ashour (2020) ve Sapkota ve diğerleri (2014) çalışmalarıyla çelişmektedir.

Araştırmanın sonuçları, sağlık sektörü çalışanlarının karşılaştığı zorlukları ve bu zorlukların profesyonel tercihler üzerindeki etkilerini gözler önüne sermektedir. Bu sonuçlar, sağlık politikaları ve sektör yönetimi açısından önemli düzenlemeler yapılması gerektiğine işaret etmekte ve sağlık çalışanlarının iş ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik stratejik adımların atılmasını gerektirmektedir. Bu çalışma, sağlık sektöründe iyileştirilmesi gereken alanlara dikkat çekerek, daha sağlıklı çalışma ortamları oluşturulması için bir temel teşkil etmektedir.

Özetle, bu çalışma, sağlıkta şiddetin sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini ve beyin göçüne yönelik tutumlarını güçlendirdiğini göstermektedir. Ancak iş yaşam kalitesinin doğrudan beyin göçü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Bu bulgular, sağlık sektöründe şiddetin önlenmesi için politikaların ve müdahalelerin

geliştirilmesinin önemini vurgulamaktadır. Çalışma kapsamında aşağıdaki öneriler geliştirilebilir:

1. Sağlık sektöründe iş yaşam kalitesini artırmak için kapsamlı programlar geliştirilmelidir. Bu programlar, çalışma saatlerinin düzenlenmesi, mesleki gelişim fırsatlarının artırılması, çalışma ortamının iyileştirilmesi ve çalışanların karar alma süreçlerine daha fazla dahil edilmesini içermelidir. Ayrıca, iş ve özel hayat dengesini destekleyecek politikaların hayata geçirilmesi, çalışan memnuniyetini ve verimliliği artıracaktır.
2. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti azaltmak için etkili önlemler alınmalıdır. Bu önlemler arasında şiddet olaylarının hızlı ve adil bir şekilde ele alınmasını sağlayacak hukuki ve idari düzenlemeler, çalışanları şiddet olaylarına karşı koruyacak güvenlik önlemleri ve şiddetin önlenmesine yönelik eğitim programları bulunmalıdır.
3. Beyin göçü, özellikle nitelikli sağlık çalışanlarının yurt dışına veya daha cazip koşullar sunan diğer sektörlerle göç etmesi şeklinde kendini göstermektedir. Bu durumu azaltmak için, çalışma koşullarını iyileştirecek, mesleki tatmini artıracak ve kariyer ilerlemesi için fırsatlar sunacak stratejiler uygulanmalıdır. Ayrıca, profesyonel gelişim için sürekli eğitim programları ve yüksek standartlarda çalışma ortamları sağlanmalıdır.
4. Sağlık çalışanlarının deneyimlerine dayanan geri bildirim mekanizmaları kurulmalı ve bu geri bildirimler, sektör politikalarının şekillendirilmesinde aktif olarak kullanılmalıdır. Çalışanların seslerini duyurabilecekleri platformlar oluşturulmalı, böylece karşılaştıkları zorluklar ve ihtiyaçları doğrudan ilgili karar vericilere ulaştırılabilir.

KAYNAKÇA

- Aidalina, M., & Aniza, I. (2015). Factors Associated With The Brain-Drain Phenomenon Of Doctors From The Public Sector To The Private Sector In Selangor And Kuala Lumpur. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences*, 2(1), 46-60.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2013). Kadına yönelik şiddetle mücadele el kitabı. Ankara: ASPB.
- Akca, N., Yılmaz, A., Işık, O. (2014). Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet. Özel Bir Tıp Merkezi Örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi* 13(1) 1-12.
- Aksoy, B., ve Gürsoy, S. (2018). Beyin Göçü: Nedenleri, Etkileri ve Türkiye. In *Sosyal Politika ve Çalışma Yaşamında Güncel Sorunlar* (pp. 55-71). Ankara: Gazi Kitabevi.
- Aksüt, G., Tamer, E. ve Tüfekçi, M. (2020). Ergonomik Risk Faktörlerinin Sınıflandırılması: Bir Literatür Taraması. *Ergonomi*, 3(3): 169-192.
- Altıntaş N. (2006). Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddetin Belirlenmesi. İstanbul
- Ang, R. P. (2015). Adolescent cyberbullying: A review of characteristics, prevention and intervention strategies. *Aggression and violent behavior*, 25, 35-42.
- Annagür, B. (2010). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2), 161-173.
- Arabi, M., & Sankri-Tarbichi, A. G. (2012). The metrics of Syrian physicians' brain drain to the United States.
- Arnetz, J. E., Hamblin, L., Essenmacher, L., Upfal, M. J., Ager, J., & Luborsky, M. (2015). Understanding patient-to-worker violence in hospitals: A qualitative analysis of documented incident reports. *Journal of advanced nursing*, 71(2), 338-348.
- Atman, Ü. C. (2003). Kadına yönelik şiddet; Cinsel taciz/İrza geçme. *Sted Dergisi*, 12(9), 333-335.
- Avrupa Konseyi (2018). Mapping study on cyberviolence. <https://rm.coe.int/t-cy-2017-10-cbg-study-provisional/16808c4914>, (Erişim Tarihi: 25.03.2024).
- Babamohamadi, H., Davari, H., Safari, A. A., Alaei, S., & Pordanjani, S. R. (2023). The association between workload and quality of work life of nurses taking care of patients with COVID-19. *BMC nursing*, 22(1), 234.
- Babapour, A. R., Gahassab-Mozaffari, N., & Fathnezhad-Kazemi, A. (2022). Nurses' job stress and its impact on quality of life and caring behaviors: a cross-sectional study. *BMC nursing*, 21(1), 75.

- Bae, Y., & Lee, T. (2015). Relationship of experience of violence and professional quality of life for hospital nurses'. *Journal of Korean academy of nursing administration*, 21(5), 489-500.
- Bıçkıcı, F. (2013). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve neden olan faktörler: Bir devlet hastanesi örneği. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 5(1), 43-56.
- Bilican Gökkaya, V. ve Ayan, S. (2017). Sosyal öğrenme kuramı ve aile içi şiddet. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(48), 389-394.
- Black, J. (1997) *Oxford Dictionary of Economics*, Oxford University Press.
- Bourassa Forcier, M., Simoens, S., & Giuffrida, A. (2004). Impact, regulation and health policy implications of physician's migration in OECD countries. *Human Resources for Health*, 2, 12.
- Breinbauer, A. (2007). Brain Drain - Brain Circulation or What Else Happens or Should Happen To The Brains Some Aspects Of Qualified Person Mobility. *Migration FIW Working Paper No:4*.
- Brock, G., ve Blake, M. (2015). *Debating Brain Drain: May Governments Restrict Emigration?* New York: Oxford University Press.
- Chan, K. W. Ve Wyatt, T. A. (2007). Quality Of Work Life: A Study Of Employees In Shanghai, China. *Asia Pacific Business Review*. 13(4): 501-517.
- Charati, F. G., Esmaeili, R., Nasab, N. M., & Jafari, H. (2021). Occupational violence and its association with the quality of working life of nurses in intensive care units of educational-medical centers in 2019. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 15(4).
- Chikanda, A. (2005). Nurse migration from Zimbabwe: analysis of recent trends and impacts.
- Choi, S. H., & Lee, H. (2017). Workplace violence against nurses in Korea and its impact on professional quality of life and turnover intention. *Journal of nursing management*, 25(7), 508-518.
- Clemens, M. A., & Pettersson, G. (2008). New data on African health professionals abroad. *Human Resources for Health*, 6(1), 1.
- Connell, J. Ve Hannif, Z. (2009). Call Centres, Quality Of Work Life And HRM Practices An In-House/Outsourced Comparison. *Employee Relations*. 31(4): 363- 381.
- Croix, D., ve Docquier, F. (2011). Do Brain Drain and Poverty Result From Coordination Failures. *J. Econ. Growth*, 17(1), 1-26.

- Çabuk, Y. ve Menteş, S. A. (2023). The Effect of Workplace Violence on Work Performance and Quality of Life in the Health Sector: With the Mediating Role of Quality of Life. *Balkan and Near Eastern Journal of Social Sciences*, 9, 162-175.
- Docquier, F. (2014). The brain drain from developing countries. *IZA World of Labor*, 2014(31).
- Dodani, S., & LaPorte, R. E. (2005). Brain drain from developing countries: how can brain drain be converted into wisdom gain?. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 98(11), 487-491.
- Dodani, S., ve LaPorte, R. (2005). Brain Drain From Developing Countries: How Can Brain Drain Be Converted Into Wisdom Gain? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 98.
- El-Sayed, R., & Abdel-Aleem, M. (2014). Quality of Work Life and Horizontal Violence among Staff Nurses. *Medicine Journal of Cairo University*, 82(1), 860.
- Enago Academy. (2018). U.S. brain drain: A major gain for China. Retrieved from <https://www.enago.com/academy/us-brain-drain-a-major-gain-for-china/>
- Erdem, B. Ve Kaya, İ. (2013). Çalışma Yaşamı Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İşgörenler Tarafından Algılanması: Otel Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* (35): 135-150.
- Ergil, D. (2001). Şiddetin kültürel kökenleri. *Bilim ve Teknik*, 399(2), 40-41.
- Eslamian, J., Akbarpoor, A. A., & Hoseini, S. A. (2015). Quality of work life and its association with workplace violence of the nurses in emergency departments. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 20(1), 56-62.
- Fathy Saad, N. (2015). Work Place Violence and Quality of work Life among Nurses at Urban and Rural Health care setting. *Egyptian Journal of Health Care*, 6(4), 211-217.
- Filiz, M. (2022). Türkiye’de tıp fakültelerinin akademik ve eğitsel yapılarına yönelik bir değerlendirme. *Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleri Dergisi*, 12(2), 190-199.
- Gökalp, E. (2009). Medya, Kitle İletişimi ve Toplum Sosyolojiye Giriş İçinde (Der: N. Suğur). Eskişehir: AÖF Yayınları, 268-301.
- Haberturk (2023). Sağlıkta şiddet araştırıldı! Hekimlerin yüzde 84’ü sözel şiddete maruz kalıyor. <https://www.haberturk.com/saglikta-siddet-arastirildi-hekimlerin-yuzde-84-u-sozel-siddete-maruz-kaliyor-3583173> (Erişim Tarihi: 26.03.2024).
- Hashish, E. A., & Ashour, H. M. (2020). Determinants and mitigating factors of the brain drain among Egyptian nurses: a mixed-methods study. *Journal of Research in Nursing*, 25(8), 699-719.

- Işık, N., ve Ertürk, E. N. (2022). Beyin Göçü. İçinde T. Büyükbeşe, E. Dineri, ve Z. Köse (Editör), Sosyal ve Ekonomik Boyutları ile Göç (pp. 121-150). Özgür Yayınları.
- İlhan, M. N., Çakır, M., Tunca, M. Z., Avcı, E., Çetin, E., Aydemir, Ö., Tezel, A. ve Bumin, M. A. (2013). “Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet: Nedenler, Tutumlar, Davranışlar”, GMJ, 24:5-10.
- Jia, H. (2018). How to find a job in China. *Nature*, 553(7688), S4–S8.
- Kahraman, M. S. ve Çokamay, G. (2016). Aile İçi Şiddet ve Çocuklar Üzerindeki Etkileri: Temel Kavramlar, Güvenlik Planı Hazırlama ve Alternatif Tedavi Model Örnekleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(4), 321-336.
- Kalipeni, E., Semu, L. L., & Mbilizi, M. A. (2012). The brain drain of health care professionals from sub-Saharan Africa: A geographic perspective. *Progress in Development Studies*, 12(2-3), 153-171.
- Kalipeni, E., Semu, L. L., & Mbilizi, M. A. (2012). The brain drain of health care professionals from sub-Saharan Africa: A geographic perspective. *Progress in Development Studies*, 12(2-3), 153-171.
- Kamer. (2016). Kadın Hakları İnsan Haklarıdır Projesi Proje Final Raporu. https://kamer.org.tr/menus/kadin_haklari_insan_haklaridir.pdf, Erişim Tarihi: 25.03.2024.
- Kanten, P. (2014). Effect Of Quality Of Work Life (QWL) On Proactive And Prosocial Organizational Behaviors: A Research On Health Sector Employees. *Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Dergisi*, 19(1), 251-274.
- Karaduman, H. A., ve Çoban, E. (2019). Brain Drain In Turkey: An investigation on the leading motives of skilled migration. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(7), 322-339.
- Karşlı, N. (2016). Psiko-sosyal açıdan şiddet ve çözüm yolları. *Din Bilimleri Dergisi*, 16(3), 65-66.
- Kaya, A. E., Aktürk, B. E., & Aslan, E. (2023). Factors predicting the motivation to study abroad in Turkish medical students: a causal investigation into the problem of brain drain. *Journal of Health Sciences and Medicine*, 6(2), 526-531.
- Kaya, G. ve Alan, H. (2023). Türkiye’de Sağlık Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesi: Sistemantik Derleme. *Yüksek İhtisas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*.
- Kaya, K., Tok, K.Ö. (2021). Sağlıkta Şiddetin Bir Başka Yüzü: Medya Etkisi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(2), 217-220

- Kayım Yıldız, Ö. (2022). Hekim göçünün gerçek maliyeti. *Herkese Bilim Teknoloji*, 326(23), 1.
- Kerr, S. K., Kerr, W., Özden, Ç., ve Parsons, C. (2016). Global Talent Flows. *Journal of Economic Perspectives*, 30(4), 83-106.
- Kirigia, J. M., Gbary, A. R., Muthuri, L. K., Nyoni, J., & Seddoh, A. (2006). The cost of health professionals' brain drain in Kenya. *BMC health services research*, 6, 1-10.
- Kirigia, J. M., Gbary, A. R., Akpa, J. O., Nyoni, J., Seddoh, A., Anthony, K. M., & Muthuri, L. K. (2008). The Cost of Health-related Brain Drain to the WHO African Region. *African Journal of Health Sciences* 13(3-4).
- Kline, D. S. (2003). Push and pull factors in international nurse migration. *Journal of nursing scholarship*, 35(2), 107-111.
- Korkmaz, A. ve Yeğin, M.O. (2020). Televizyon Dizilerinde Kadına Yönelik Şiddetin Gösterimi: “Sen Anlat Karadeniz” Örneği. *USBİK 2020 3.Uluslararası Sosyal Bilimler Kongresi Kayseri-Türkiye*
- Korku, C. (2022). Sağlık çalışanlarının uluslararası göçü. Sağlık yönetimi güncel konular üzerine akademik değerlendirmeler (Ed. İnci Erdoğan Tarakçı, Burhanettin Uysal) içinde. İstanbul: Efe Akademik Yayınları.
- KTO (2022). Sağlıkta Şiddet – Nedenler ve Çözüm Önerileri Çalıştayı. <https://kayseritabip.org.tr/blog/saglikta-siddet-nedenler-ve-cozum-onerileri-calist/> (Erişim Tarihi: 25.03.2024).
- Kwok, V. ve Leland, H. (1982), An Economic Model of the Brain Drain. *The American Economic Review*, 72(1), 91-100
- Levine, M.F., Taylor, J.C. ve Davis, L.E. (1984). Defining Quality Of Working Life. *Human Relations*, 37(1), 81-104.
- Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European journal of work and organizational psychology*, 5(2), 165-184.
- Lofters, A.K. *Can J Public Health* (2012) 103: e376.
- Lorenzo, F. M., Galvez-Tan, J., Icamina, K., & Javier, L. (2007). Nurse migration from a source country perspective: Philippine country case study. *Health services research*, 42(3 Pt 2), 1406–1418.
- Lowell, B. L., Findlay, A., ve Stewart, E. (2004). Brain Strain: Optimising Highly Skilled Migration from Developing Countries. *Institute for Public Policy Research*, 3(1), 1-43.

- Markham, L. G. (2009). *Quality Of Work Life As Predictor Of Employees' Mental Health*. Bloemfontein: University Of The Free State.
- Mattaini, M. A., & Strickland, J. (2020). Challenging collective violence: A scientific strategy. In *Behavior Analysis Around the World* (pp. 500-513). Psychology Press.
- Mikkelsen, E. G. E. ve Einarsen, S. (2002). Basic assumptions and symptoms of post-traumatic stress among victims of bullying at work. *European journal of work and organizational psychology*, 11(1), 87-111.
- Milio, S., Lattanzi, R., Casadio, F., Crosta, N., Raviglione, M., Ricci, P., ve Scano, F. (2012). *Brain Drain, Brain Exchange and Brain Circulation: the Case of Italy Viewed from a Global Perspective*. National Interest Working Paper Series, Italy.
- Mirvis, P.H. Ve Lawler, E.E. (1984). Accounting For The Quality Of Work Life. *Journal Of Occupational Behaviour*, 5, 197-212.
- Misau, Y. A., Al-Sadat, N., & Gerei, A. B. (2010). Brain-drain and health care delivery in developing countries. *Journal of Public Health in Africa*, 1, e6.
- Mollahaliloğlu, S., Çulha, Ü. A., Kosdak, M., Öncül, H. G. (2014). The migration preferences of newly graduated physicians in Turkey. *Medical Journal of Islamic World Academy of Sciences*, 22(2), 69-75.
- Mutizwa-Mangiza, D. (1998). The impact of health sector reform on public sector health worker motivation in Zimbabwe.
- Nanjundeswaraswamy, T. S. Ve Swamy, D. R. (2013). Review Of Literature On Quality Of Worklife. *International Journal For Quality Research* 7(2): 201-214.
- Nau, J., Halfens, R., Needham, I. ve Dassen, T. (2009). The De-Escalating Aggressive Behaviour Scale: Development And Psychometric Testing. *J Adv Nurs*, 65:1956-64.
- O'Fallon, M. J. ve Butterfield, K. D. (2012). The influence of unethical peer behavior on observers' unethical behavior: A social cognitive perspective. *Journal of business ethics*, 109, 117-131.
- Oral R., Günaydın H. ve Mazı M.İ. (2017). Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimlerinin İşleyişi ile Beyaz Kod
- Ölçer, N. Ve Koçer, S. (2015). Örgütsel İletişim: Kocaeli Üniversitesi Akademik Personeli Üzerine Bir İnceleme. *Global Media Journal TR Edition* 6(11): 339-383.
- Özaşçılar, M. (2016). Şiddet davranışının nedenlerini açıklamada biyolojik temelli kuramların rolü. *Türk Psikoloji Yazıları*, 19, 16-28.
- Pang, T., Lansang, M. A., & Haines, A. (2002). Brain drain and health professionals: A global problem needs global solutions. *BMJ*.

- Pells, R. (2018, March 1). China's brain drain is ending. Inside Higher Ed. Retrieved from <https://www.insidehighered.com/news/2018/03/01/experts-see-end-sight-chinas-brain-drain>
- Polat, O. (2016). Şiddet. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi, 22 (1), 21-24.
- Price, M., & Weiner, R. (2008). Where have all the doctors gone? Career choices of Wits medical graduates. South African Medical Journal, 95(6), 414.
- Rafeea, F., Al Ansari, A., Abbas, E. M., Elmusharaf, K. and Abu Zeid, M. S. (2017). Violence toward health workers in Bahrain Defense Force Royal Medical Services' emergency department. Open access emergency medicine, 113-121.
- Sağlık-SEN (2021). Genel Başkan Durmuş: 190 Şiddet Olayında 316 Sağlık Çalışanı Mağdur Oldu. <https://www.sagliksen.org.tr/haber/10831/genel-baskan-durmus190-siddet-olayinda-316-saglik-calisani-magdur-oldu> (Erişim Tarihi: 26.03.2024).
- Sağlık-SEN (2022). 2022 Yılı Sağlıkta Şiddet Raporu. <https://www.sagliksen.org.tr/haber/12308/saglik-sen-2022-yili-saglik-ta-siddet-raporu>
- Sancak, B., Selek, S. N., & Sarı, E. (2023). Depression, anxiety, stress levels and five-factor personality traits as predictors of clinical medical students' migration intention: A cross-sectional study of brain drain. The International Journal of Health Planning and Management, 38(4), 1015-1031.
- Sapkota T, Teijlingen E, Simkhada P. (2014) Nepalese health workers' migration to the United Kingdom: A qualitative study. Health Science Journal 8(1): 57–74.
- Sarcan, E. (2022). Yüksek vasıflı işgücünün göçü: beyin göçü. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 13(2), 69-75.
- Serour, G. I. (2009). Healthcare workers and the brain drain. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 106(2), 175-178.
- Serour, G. I. (2009). Healthcare workers and the brain drain. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 106(2), 175-178.
- Shrum, L. J. (2017). Cultivation theory: Effects and underlying processes. The international encyclopedia of media effects, 1-12.
- Sinha, C. (2012). Factors Affecting Quality Of Work Life: Empirical Evidence From Indian Organizations. Australian Journal Of Business And Management Research, 1(11), 31-40.

- Srivastava, S., ve Kanpur, R. (2014). A Study On Quality Of Work Life: Key Elements ve It's Implications. IOSR Journal Of Business And Management, 16(3), 54-59.
- Sushil, S. (2013). Motivation And Retention: HR Strategies in Achieving Quality Of Work Life. Global Journal Of Management And Business Studies. 3(7): 763-768.
- Takak, Ö. ve Artantaş, B.A. (2018). Hastalar ve yakınlarının Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Nedenleri Konusunda Görüş ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Ankara Med J, Vol. 18(1).
- Tay, G. K., Foong, K., Ng, Q. X., & Arulanandam, S. (2021). Self-reported incidence of verbal and physical violence against emergency medical services (EMS) personnel in Singapore. Australasian emergency care, 24(3), 230-234.
- TBMM (2013). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. <https://acikerisim.tbmm.gov.tr/server/api/core/bitstreams/4dc7ecea-2336-4eb6-b1c4-fd14bb49c56f/content> (Erişim Tarihi: 25.03.2025).
- Tınar, M. Y. Ve Ulusoy, T. (2017). Çalışma Koşullarının İnsancıllaştırılmasında Çalışan Memnuniyeti Anketinin Rolü-Uygulamadan Bir Örnek Analizi. Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi 5(0): 115-125.
- Tınaz, P. (2006). İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing), İstanbul: Beta Yayınlar.
- Tınaz, P. (2008). Çalışma Psikolojisi ve Hukuki Boyutlarıyla İşyerinde Psikolojik Taciz (mobbing). Beta Basım, SS:10-11, İstanbul.
- Türkay, O. (2015). Çalışma Yaşamı Kalitesinin İş Memnuniyeti ve Bağlılık Üzerine Etkileri: Seyahat Acentaları Üzerine Bir Araştırma. Yönetim ve Ekonomi 22(1): 239- 256.
- Uğur, N. (2022). Eğitim maliyetlerinde büyük risk: beyin göçü (asistan hekimler örneği). Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 31(2), 115-125.
- Ulusoy, E. (2021). Modern Dünyada Beyin Göçü (1. baskı). Ankara: Gazi Kitabevi.
- Uyar, S., Kırac, R. ve Kırac, F. Ç. (2020). Sağlık Çalışanlarında Zaman Yönetimi ile İş-Yaşam Kalitesinin İlişkisi. Ekev Akademi Dergisi, (81), 397-410.
- Uzun, S. U., Kılıç, B. B., Yıldız, E. (2021). Pamukkale üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin beyin göçüne yönelik tutumları ve ilişkili etmenler. 5. Uluslararası 23. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 13-18 Aralık, 2021.
- Van Lange, P. A., Kruglanski, A. W. and Higgins, E. T. (2012). Theories of social psychology: An introduction. Handbook of theories of social psychology, 1-8.

- Vatandaş, S. (2021). Şiddet ve Televizyon: Şiddetin Televizyon Üzerinden Deneyimlenmesi. *HUMANITAS: Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(17), 393-417.
- Walton, R.E. (1973). Quality Of Working Life: What is it?. *Sloan Management Review*, 15 (1), 11-21.
- WHO (2002). World Report on Violence and Health. Geneva (Switzerland). 1-21.
- Wibulpolprasert, S., & Pachanee, C.-A. (2008). Addressing the Internal Brain Drain of Medical Doctors in Thailand: The Story and Lesson Learned. *Global Social Policy*, 8(1), 12-15.
- Wong, J. S. ve Bouchard, J. (2021). Judging the book by its cover: What comprises a cognitive behavioral intervention program for perpetrators of intimate partner violence?. *Criminal Justice and Behavior*, 48(9), 1278-1299.
- Xie, X. M., Zhao, Y. J., An, F. R., Zhang, Q. E., Yu, H. Y., Yuan, Z., ... & Xiang, Y. T. (2021). Workplace violence and its association with quality of life among mental health professionals in China during the COVID-19 pandemic. *Journal of psychiatric research*, 135, 289-293.
- Yang, Y., Li, Y., An, Y., Zhao, Y. J., Zhang, L., Cheung, T., ... & Xiang, Y. T. (2021). Workplace violence against Chinese frontline clinicians during the COVID-19 pandemic and its associations with demographic and clinical characteristics and quality of life: a structural equation modeling investigation. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 649989.
- Yıldırım, A., & Hacıhasanoğlu, R. (2011). Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2(2). 61-68.
- Yıldırım, T. (2010). Uluslararası düzeyde sağlık çalışanlarının göçünü yönetme politikaları: genel bir bakış ve Türkiye için bir durum değerlendirmesi. *Amme İdaresi Dergisi*, 43(4), 31-65.
- Yıldız, M. S. (2020). Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan Türk hekimlerin Türkiye'de çalışma isteklilikleri. *ACU Sağlık Bil Derg.*, 11(1), 44-54.
- Yılmaz, E. (2019). Uluslararası Beyin Göçü Hareketleri Bağlamında Türkiye'deki Beyin Göçünün Durumu. *LAÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(2), 220-232.
- Yılmaz, K. (2020). Adana İlinde Sağlık Çalışanlarının Şiddete Uğrama Sıklığı ve Sağlıkta Şiddet Konusundaki Düşünceleri. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi*.

ÖZGEÇMİŞ

İlk, orta ve lise öğrenimini Rizenin Pazar ilçesinde tamamladı. Lisans eğitimini Karadeniz Teknik Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinde 2008 yılında tamamladı. 2009 yılından itibaren Kamu İdaresinin çeşitli alanlarda devlet memuru olarak görev yapmaktadır.

