



**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MARUZ KALDIĞI ŐIDDETİN
SIRALI LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİ İLE
İNCELENMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Musa DEMİRHAN

Kütahya – 2020

T.C.
KÜTAHYA DUMLUPINAR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
Ekonometri Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MARUZ KALDIĞI ŞİDDETİN
SIRALI LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİ İLE İNCELENMESİ**

Danışman:
Prof. Dr. Sema BEHDİOĞLU

Hazırlayan:
Musa DEMİRHAN

Kütahya – 2020

Kabul ve Onay

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Ekonometri Anabilim/Anasanat Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ ÇALIŞMA RAPORU olarak kabul edilmiştir.

Başkan.....(İmza)

Prof. Dr. Sema BEHDİOĞLU

Üye.....(İmza)

Prof. Dr. Zeynep FİLİZ

Üye.....(İmza)

Dr. Öğr. Üyesi Seyhat BAYRAK GEZDİM

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

İmza

Prof. Dr. Şahmurat ARIK

Enstitü Müdürü

Bilimsel Etik Bildirimi

Yüksek Lisans tezi olarak hazırladığım “Sağlık Çalışanlarının Maruz Kaldığı Şiddetin Sıralı Lojistik Regresyon Analizi İle İncelenmesi” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

...../...../2020

Musa DEMİRHAN

Özgeçmiş

1995 yılında Ankara'da doğdu. İlkokul ve Ortaokulu Çizmeci İlköğretim Okulu'nda ve lise eğitimini Akyurt Anadolu Lisesi'nde tamamladı. 2013 yılında Kütahya Dumlupınar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Ekonometri Bölümü'nü kazandı ve 2018 yılında mezun oldu. Aynı yıl Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ekonometri Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başladı.



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans süresince yardımlarıyla ve katkılarıyla bana yol gösteren, yılların verdiği bilgi ve birikimini benden esirgemeyen, her fırsatta daha da gelişmem için bana emek harcayan değerli danışman hocam Prof. Dr. Sema BEHDİOĞLU'na teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans çalışmalarım boyunca her zaman tecrübeleriyle yol gösteren ve bana manevi desteklerini esirgemeyen kıymetli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Seyhat Bayrak GEZDİM, Arş. Gör. Ayşegül YILDIZ ve Arş. Gör. Neslihan ÇİLESİZ hocalarıma ayrı ayrı teşekkür ederim.

Tez çalışmam sürecinde her zaman yanımda olan, bugüne kadar aldığım eğitimde hiçbir zaman maddi ve manevi desteklerini benden esirgemeyen, canım aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Musa DEMİRHAN

ÖZET

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MARUZ KALDIĞI ŞİDDETİN SIRALI LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİ İLE İNCELENMESİ

DEMİRHAN, Musa

Yüksek Lisans Tezi, Ekonometri Ana Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Sema BEHDİOĞLU

Temmuz, 2020, 103 sayfa

Günlük hayatta karşılaşma ihtimalimiz olan şiddetin, mesleğini icra eden sağlık çalışanlarına çok uzak olmadığı bilinmektedir. Bu çalışma da şiddet, genel olarak tarihçesi ve farklı yaklaşımlar üzerinden ele alınarak sağlık kavramının ayrıntılı incelenmesiyle ilişkilendirilmek istenmektedir. Bu amaçla Türkiye’de sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet sıklığını etkileyen faktörlerin bir ölçek oluşturularak aralarındaki ilişkinin boyutu ortaya koyulmak istenmektedir. Bu ilişkide bağımlı değişken sağlık çalışanının şiddete uğrama sıklığı olarak ifade edilirken, bağımsız değişkenlerimiz sosyo-demografik özellikler, sosyal özellikler, güvenlik koşulları ve toplumsal kalıplar maddeleri altında oluşturulmuştur.

Çalışmanın içeriğinde lojistik regresyon analizi hakkında açıklayıcı bilgiler yer almaktadır. Çalışmamızın tekniği lojistik regresyon analizinin bir türü olan sıralı lojistik regresyon analizi olarak belirlenmiştir. Araştırmaya konu olan sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet ile bu şiddeti etkileyen değişkenler arasındaki ilişki sıralı lojistik regresyon analizi yardımıyla en iyi şekilde ifade edilmektedir.

Sıralı lojistik regresyon analizinin temel varsayımları ve değişkenler arasındaki ilişkinin ispatı tezin anlatılmasında yol gösterici olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Şiddet, Sıralı Lojistik Regresyon Analizi, Çalışma Ortamı, Güvenlik Koşulları.

ABSTRACT**INVESTIGATION OF VIOLENCE EXPOSED BY HEALTH WORKERS BY
ORDINAL LOGISTIC REGRESSION ANALYSIS****DEMİRHAN, Musa****Master's Thesis, Department of Econometrics****This Supervisor: Prof. Dr. Sema BEHDİOĞLU****July, 2020, 103 pages**

It is known that the violence, which we may encounter in daily life, is not too far from the healthcare professionals who carry out their jobs. In this study, it is aimed to be associated with the detailed examination of the concept of health by considering violence, its history and different approaches. For this purpose, forming a scale of the factors affecting the incidence of violence against health workers in Turkey are required to set out the size of their relationship. In this relationship, while the dependent variable is expressed as the frequency of the health worker being subjected to violence, our independent variables were created under the terms of socio-demographic characteristics, social characteristics, safety conditions, social patterns.

The content of the study includes explanatory information about logistic regression analysis. The technique of our study was determined as sequential logistic regression analysis, which is a type of logistic regression analysis. The relationship between the violence that healthcare workers are exposed to and the variables that affect this violence is best expressed through the help of sequential logistic regression analysis.

The basic assumptions of sequential logistic regression analysis and the proof of the relationship between the variables provide guidance in explaining the thesis.

Keywords: Health, Violence, Ordinal Logistic Regression Analysis, Working Environment, Security Conditions.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

| | |
|-----------------------|-----|
| ÖZET..... | v |
| ABSTRACT | vi |
| İÇİNDEKİLER | vii |
| TABLolar LİSTESİ..... | xi |
| ŞEKİLLER LİSTESİ..... | xii |
| GİRİŞ | 1 |

BİRİNCİ BÖLÜM ŞİDDET

| | |
|---|-----------|
| 1.1. ŞİDDET KAVRAMI..... | 5 |
| 1.1.1. Farklı Branşlar Açısından Şiddet Olgusu..... | 6 |
| 1.2. ŞİDDET KURAMLARI | 8 |
| 1.2.1. Psikolojik Kuram | 9 |
| 1.2.1.1. Engelleme-Saldırganlık Kuramı | 9 |
| 1.2.1.2. Dürtü Kuramı | 10 |
| 1.2.1.3. Davranış Kuramı..... | 10 |
| 1.2.1.4. Varoluş Kuramı..... | 10 |
| 1.2.2. Biyolojik Kuram | 10 |
| 1.2.2.1. Evrimsel Kuram | 11 |
| 1.2.2.2. Genetik Kuram | 11 |
| 1.2.3. Sosyal Öğrenme Kuramı | 12 |
| 1.3. ŞİDDETİN TÜRLERİ | 12 |
| 1.3.1. Sözel Şiddet..... | 12 |
| 1.3.2. Fiziksel Şiddet..... | 13 |
| 1.3.3. Psikolojik (Duygusal) Şiddet | 13 |
| 1.3.4. Cinsel Şiddet | 13 |
| 1.3.5. Ekonomik Şiddet..... | 13 |
| 1.3.6. Mobbing (Yıldırma)..... | 14 |
| 1.4. ŞİDDETİN GELİŞİM BASAMAKLARI | 14 |
| 1.5. ŞİDDETE NEDEN OLAN FAKTÖRLER | 15 |
| 1.5.1. Biyolojik Faktörler | 15 |
| 1.5.2. Sosyokültürel Faktörler | 15 |
| 1.5.3. Çevresel Faktörler | 17 |

İKİNCİ BÖLÜM
SAĞLIK SEKTÖRÜ, SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ŞİDDET VE KARŞIT
ÖNLEMLER

| | |
|---|-----------|
| 2.1. SAĞLIK, SAĞLIK HAKKI VE SAĞLIK SEKTÖRÜ | 19 |
| 2.2. SAĞLIK HİZMETLERİ | 20 |
| 2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri | 21 |
| 2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri | 21 |
| 2.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri..... | 21 |
| 2.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri | 22 |
| 2.3. SAĞLIK SİSTEMLERİ | 22 |
| 2.3.1. Hastalık | 23 |
| 2.3.2. Hasta ve Hasta Tipleri..... | 24 |
| 2.4. SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMUNDA İLETİŞİM..... | 27 |
| 2.4.1. Kişiler Arası Sağlık İletişimi..... | 28 |
| 2.4.2. Örgütsel Sağlık İletişimi | 30 |
| 2.5. SAĞLIK KURUMLARINDA ŞİDDETİN KAPSAMI VE ŞİDDETİ YARATAN FAKTÖRLER..... | 30 |
| 2.6. TÜRKİYE’DE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET | 32 |
| 2.6.1. Türkiye’de Sağlık Kurumlarında Şiddetin Sıklığı Ve Özellikleri..... | 32 |
| 2.6.2. Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Nedenleri..... | 33 |
| 2.6.3. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Türleri, Şiddetin Uygulayıcıları ve Muhtemel Etkileri | 34 |
| 2.6.4. Sağlık Kurumlarında Sağlık Personeline Yönelik Şiddetin Engellenmesi ve Şiddet Yönetimi..... | 35 |
| 2.6.5. Yasal Düzenlemeler | 36 |
| 2.7. BEYAZ KOD | 37 |

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİ VE SIRALI LOJİSTİK REGRESYON
ANALİZİ

| | |
|---|-----------|
| 3.1. LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİ | 39 |
| 3.2. LOJİSTİK REGRESYON MODELİNİN VARSAYIMLARI | 40 |
| 3.3. LOJİSTİK REGRESYON MODELİNİN ELDE EDİLMESİ..... | 40 |

| | |
|---|-----------|
| 3.4. İKİLİ (BİNARY) LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİ | 42 |
| 3.5. ÇOKLU LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİ..... | 43 |
| 3.6. SIRALI LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİ..... | 44 |
| 3.6.1. Sıralı Değişkenler İçin Gizli (Latent) Değişken Modeli | 45 |
| 3.6.2. Dağılımsal Varsayımlar | 47 |
| 3.6.3. Gözlemlenmiş Kategorilerin Olasılıklarının Elde Edilmesi | 47 |
| 3.7. SIRALI LOJİSTİK REGRESYON MODELİNİN ELDE EDİLMESİ..... | 49 |
| 3.7.1. Bağlantı Fonksiyonları ve Özellikleri | 50 |
| 3.7.2. Logit Bağlantı Fonksiyonu..... | 52 |
| 3.7.3. Probit Bağlantı Fonksiyonu | 53 |
| 3.7.4. Tamamlayıcı Log Log (Clog Log) Bağlantı Fonsiyonu | 55 |
| 3.8. MODEL PARAMETRELERİNİN TAHMİNİ | 56 |
| 3.8.1. En Çok Olabilirlik Tekniği..... | 57 |
| 3.8.2. En Çok Olabilirlik Tekniği İle Parametre Tahmini..... | 57 |
| 3.9. SIRALI LOJİSTİK REGRESYON MODELİNİN VARSAYIMI | 58 |
| 3.9.1. Paralel Eğriler Varsayımı | 58 |
| 3.9.2. Paralel Eğriler Varsayımının Test Edilmesi..... | 60 |
| 3.9.2.1. Olabilirlik Oran Testi | 60 |
| 3.9.2.2. Wald Ki-Kare Testi | 61 |
| 3.10. MODELİN UYGUNLUĞUNUN TEST EDİLMESİ..... | 61 |
| 3.10.1. Pearson Ki-Kare İstatistiği | 62 |
| 3.10.2. Sözde R^2 Değeri | 62 |
| 3.11. MODEL PARAMETRELERİNİN YORUMU | 63 |
| 3.11.1. Standartlaştırılmış Katsayıya Göre Yorumlar | 63 |
| 3.11.2. Tahmin Edilen Olasılıklara Göre Yorumlar..... | 64 |
| 3.11.3. Kesikli Değişmeye Göre Yorumlar..... | 65 |

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM MATERYAL VE YÖNTEM

| | |
|---|-----------|
| 4.1. MATERYAL | 67 |
| 4.2. PROBLEMİN TANIMLANMASI | 67 |
| 4.3. DEĞİŞKENLERİN BELİRLENMESİ..... | 68 |

| | |
|---|------------|
| 4.4. YÖNTEM..... | 68 |
| 4.4.1. Araştırma Örnekleminin Belirlenmesi | 68 |
| 4.4.2. Anket Formunun Tasarımı ve Değişkenlerin Ölçülmesinde Kullanılan Ölçek Tipi..... | 69 |
| 4.5. VERİ ANALİZİ..... | 71 |
| 4.6. BULGULAR VE TARTIŞMA | 71 |
| 4.6.1. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Demografik Özellikleri | 72 |
| 4.6.2. Tartışma..... | 74 |
| SONUÇ..... | 78 |
| EKLER..... | 80 |
| KAYNAKÇA | 93 |
| DİZİN | 103 |

TABLolar LİSTESİ

| | <u>Sayfa</u> |
|--|---------------------|
| Tablo 3.1: Bağlantı Fonksiyonları..... | 51 |
| Tablo 4.1: Tanımlayıcı İstatistikler | 73 |
| Tablo 4.2: Paralel Eğriler Varsayımı Test Sonucu..... | 75 |
| Tablo 4.3: Modelin Uygunluk Test Sonuçları..... | 75 |



ŞEKİLLER LİSTESİ**Sayfa**

| | |
|--|----|
| Şekil 3.1: Lojistik Regresyon Modelinde Bağımlı ve Bağımsız Değişken Arasındaki İlişki | 40 |
| Şekil 3.2: Gizli Değişkenden Elde Edilmiş Olan Gözlemlenmemiş Kategoriler | 46 |
| Şekil 3.3: Tek Bir Bağımsız Değişken ile Sıralı Lojistik Regresyon Modelinde Gözlenen Y ve Gizli Y^* Arasındaki İlişkinin Gösterimi | 48 |
| Şekil 3.4: Oransal Farklar Modeli | 53 |
| Şekil 3.5: X'te Meydana Gelen Değişimlerin Tahmin Edilen Olasılıklar Üzerindeki Etkilerinin Grafikselleştirilmesi | 55 |
| Şekil 3.6: Paralel Eğriler Varsayımının Grafikselleştirilmesi | 59 |



TEZ METNI

GİRİŞ

Günümüzde gerçek hayatta karşılaştığımız sorunların çözümüne ilişkin uygulanan aşamalar istatistiksel teknik ve düşünceler yardımıyla oluşturulmaktadır. Bir soruna ilişkin çözüm arayışında istatistiksel düşünce ve istatistiksel teknik vazgeçilmez iki unsur olarak kabul edilmektedir. Bu sebepten dolayı sosyal bilimlerin ve fen bilimlerinin kapsadığı bütün alanlarda istatistiksel tekniklerin yaygın kullanımıyla karşılaşmaktadır. İlerleyen zamanla paralel olarak hızla gelişen teknolojilerin, ortaya çıkan karmaşık problemlerin daha çok karmaşık hale gelmesine neden olmaktadır. Bu sebeple çok değişkenli tekniklere olan ihtiyacın ortaya çıkması kaçınılmaz görünmektedir.

Bilgi, istatistiksel düşüncenin temelini oluşturmaktadır. Bilimsel araştırmalarda gerçek bilgiye ulaşma arzusu problemin iyi tanımlanması, değişkenlerin doğru belirlenmesi ve bu değişkenlerin çözümlenme amacına uygun olarak doğru ölçülmesine bağlı bulunmaktadır. Gerçek hayatta karşılaştığımız problemlerin çözümüne ilişkin ele alınan değişkenlerin ölçülmesi konusunda istatistikçiler yoğun şekilde çalışmaktadır. Fen bilimlerinde değişkenlere ait ölçümler nicel ölçümler yardımıyla yapılmakta iken, sosyal bilimlerde çoğunlukla nitel ölçümlerden yararlanılmaktadır. Karşılaşılan karar problemine ait çözüm sürecinin hangi teknik yardımıyla çözümleneceği, tamamen kullanılan veri tipine ya da ölçeğe bağlı olmaktadır. Araştırmada veri tipine bağlı olarak seçilen teknik seçimi, analiz sonuçlarının güvenilirliğini ve doğruluğunu birinci dereceden etkilemektedir. Bir karar problemine sahip yönetici veya diğer kişilerin doğru karar vermelerini sağlayacak yol istatistiksel anlamda güvenilir sonuçlara ulaşmaktan geçmektedir.

İstatistik biliminin de temel olarak kabul edilen dört tip ölçek kullanılmaktadır. Bu ölçek tipleri sınıflayıcı (nominal), sıralıyıcı (ordinal), eşit aralıklı ve oranlı ölçek olmak ifade edilmektedir. Değişkenlerin sınıflayıcı veya sıralayıcı ölçekle ölçülmesi sonucu elde edilen ölçümler nitel ölçüm değerleri olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir şekilde eşit aralıklı ve oranlı ölçeğin kullanılması sonucu elde edilen sonuçlar nicel ölçümleri ifade etmektedir. Değişkenlere ait ölçüm tekniği yerine başka bir tekniğin kullanılması sonuçların taraflı ve yetersiz olmasını yol açmaktadır. İçinde bulunduğumuz zaman diliminde karşılaşılan problemlere yönelik genellikle olaylar

arasındaki neden-sonuç ilişkisinin belirlenmesi, önemli faktörlerin ortaya çıkarılması ve bu faktörlerin etkilerinin ne derece etkili olduğu çok değişkenli istatistiksel tekniklerle belirlenebilmektedir. Bu doğrultuda en çok tercih edilen istatistiksel tekniklerden birisi de regresyon analizi olmaktadır.

Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerinde hangi yönde ve ne kadar etkiye sahip olduğunun belirlenmesinde regresyon analizi kullanılmaktadır. Sosyal bilimlerde ve fen bilimlerinde sıkça kullanılan regresyon tekniklerinden birisi “Klasik Doğrusal Regresyon Analizi” olmaktadır. Klasik doğrusal regresyon analizinin uygulanabilmesi için değişkenlerin sürekli değişkenler olması gerekmektedir. Ancak fen bilimlerinde ve özellikle sosyal bilimlerde karşılaşılan çoğu karar problemlerindeki değişkenler sürekli değişken özelliğini taşımamaktadır. Bu gibi problemlerde bağımlı değişkenin sınıflayıcı veya sıralayıcı bir ölçekle ölçülmüş olması, dolayısıyla kesikli değerlere sahip olmasıyla karşılaşılabilmektedir. Bu noktada regresyon analizi, bütün veri tipleri için uygun teknik kullanılarak uygulanabilmektedir.

Chen ve Hughes (2004)’e göre regresyon problemlerinde bağımlı değişken ile bağımsız değişkenlerin ölçüm düzeylerinin sürekli olması ve en küçük kareler yöntemi varsayımının sağlanması koşullarında “Klasik Doğrusal Regresyon Analizi” kullanılmaktadır. Bağımlı değişkenin kategorik değişken olması ve en küçük kareler yöntemi varsayımının sağlanmadığı durumlarda “Lojistik Regresyon Analizi” kullanılmaktadır. Bağımlı değişken iki kategorili bir değişken ise “İkili (binary) Lojistik Regresyon Analizi”, bağımlı değişkenin kategori sayısı üç ve üçten daha fazla ve sıralı kategorik değişken özelliğine sahipse “Sıralı (ordinal) Lojistik Regresyon Analizi” tercih edilmektedir. Bağımlı değişkene ait kategorilerin sıralı olma özelliği olmadığında “Nominal Lojistik Regresyon Analizi” uygulanmaktadır. Sosyal bilimlerde sıkça karşılaşılan memnuniyet araştırmalarında elde edilen verilerin çoğu kategorik değişken özelliği taşımaktadır. Araştırmalarda en çok tercih edilen ölçek tipi “Likert Ölçek” olarak bilinmektedir. Bu tür verilerin analiz edilmesinde tercih edilecek olan teknik seçimi doğru ve güvenilir sonuçların elde edilebilmesi açısından önem arz etmektedir. Araştırmacılar sıralı kategorik değişkenlerin tüm düzeylerinde bağımsız değişkenlerin yaptıkları etkileri belirlemeyi hedeflemiş ise doğru, güvenilir ve uygun sonuçlar elde etmek için sıralı lojistik regresyon analizi en uygun teknik olmaktadır.

Bu tezde, sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddeti etkileyen değişkenlerin neler olduğunu, şiddete uğrama sıklığı ile bağımsız değişkenler (sosyo-demografik özellikler, toplumsal kalıplar, güvenlik koşulları, çalışma koşulları ve sosyal özellik maddeleri) arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla sıralı lojistik regresyon modeli oluşturulmaya ve elde edilen analiz sonuçları yorumlanmaya çalışılmıştır. Araştırmamız 4 bölümden oluşmaktadır.

Araştırmanın birinci bölümünde şiddet kavramı, bu kavramın farklı disiplinlerdeki yeri ve şiddet kuramları oluşturmaktadır. İkinci bölümde şiddet türleri, şiddetin gelişim basamakları ve şiddete neden olan faktörler yer almaktadır. Üçüncü bölüm ise sağlık sektöründeki şiddeti ve karşıt önlemleri içermektedir. Dördüncü bölüm lojistik regresyon analizi ve sıralı lojistik regresyon analizinin ayrıntılı konu anlatımını yansıtmaktadır. Beşinci bölümde ise uygulama kısmı ayrıntılı şekilde ele alınmış ve araştırma sonuçları tartışılarak yol gösterici bazı önerilere yer verilmiştir. Çalışmamızın son kısmını faydalandığımız kaynaklar oluşturmaktadır.



BİRİNCİ BÖLÜM

ŞİDDET

1.1. ŞİDDET KAVRAMI

Şiddet kavramı geçmişten günümüze kadar uzanan toplumsal bir sorun olarak görülmektedir. Çok fazla araştırmaya konu olmasıyla insanlık tarihi açısından önemi her defasında vurgulanmaktadır. Şiddet, hayatımızın her anında ve her yerinde karşılaşılabileceği olasılığımızın olduğu bir eylem olarak kabul edilmektedir. İnsanlar iletişim kurmak yerine çeşitli nedenler üretip, bu nedenleri şiddete dönüştürerek haklı bir savunma refleksi geliştirdiklerini düşünmektedir (Zengin ve Uludağ, 2016: 72). Bu konuda asıl üstünde durulması gereken kısım şiddete toplum olarak neden duyarsız kalınmakta ve kavram olarak şiddetin bireydeki algısı nasıl şekillenmiş, araştırılması gerekmektedir (İnce ve Page, 2008: 82). Şiddetin oluşum durumu ve derecesine göre tehdit etmek, kötü davranmak, hakaret etmek, fiziksel temas kurmak, cana kıymak vb. farklı türleri bulunmaktadır (Kocacık, 1996: 1).

Günümüzde şiddeti kavramına ilişkin birçok tanım yer almaktadır. Şiddetin kesin bir tanımının ifade edilmesi güç olmakla birlikte dar ve geniş kapsamlı olarak aşağıda bazı tanımlar şiddeti adlandırmaktadır (TBMM, 2013: 105-106).

Şiddet kavramı; sertlik, sert ve katı davranış, kaba kuvvet kullanma; insanları sindirmek, korkutmak için yararlanılan olay ya da girişimler olarak tanımlanmaktadır (Kocacık, 1996: 2).

Özcan (1996)'a göre şiddet; “aşırı duygu durumunu, bir olgunun yoğunluğunu, sertliğini kaba ve sert davranışını nitelendirirken; özel olarak saldırgan davranışları, kaba kuvveti, beden gücünün kötüye kullanılmasını, yakan, yıkan, yok eden eylemleri; taşlı, sopalı, silahlı saldırıları; bireye ve topluma zarar veren etkinlikleri belirtir. Saldırgan davranışlar, yüz mimiğinden ya da bir sözcükten; doğayı, canlıyı yakan, yıkan şiddet eylemlerine kadar geniş bir yelpaze içinde yer alır” olarak ifade edilmektedir.

Michaud (1991)'e göre şiddet, “Bir karşılıklı ilişkiler ortamında taraflardan birinin ya da bir kaçının doğrudan veya dolaylı, toplu veya dağınık olarak, diğerlerinin veya bir kaçının bedensel bütünlüğüne veya mallarına veya simgesel ve kültürel değerlerine oranı ne olursa olsun zarar verecek şekilde davranmasıdır” şeklinde tanımlanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre şiddet: “Kişinin kendine, bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol

açabilecek ya da neden olacak şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı veya tehdidin amaçlı olarak uygulanması”dır.

Toplumda şiddet olgusunun nasıl kabul gördüğü, nasıl yerleştiği, hatta nasıl görmezlikten gelindiği üzerinde bir kavram oluşturulmaktadır. Bir toplum kendi içerisinde şiddete dayanak oluşturup onu haklı sebepler arkasında görmeye başlarmaktaysa, o toplum şiddetin yol açtığı büyük sorunlara duyarsız kalmaya başlamaktadır (Ergil, 2001: 40).

Toplum olarak şiddete yatkın bir ortamda yetişen kişilerin sosyal hayatta pek çok kez şiddeti bir çözüm yolu olarak görmeleri toplumu daha da kötüleşen bir yapıya dönüştürmektedir. Toplumda varlığını sürdürecekt olan bireyin çocukluk ve sonraki evrelerden itibaren bilinçli şekilde yetiştirilerek topluma kazandırılması amaçlanmalıdır (Kocacık, 2000: 111).

Günümüzde hiç tartışma yaşanmadığı ileri sürülen sağlıklı ilişki olgusundan uzaklaşılması öngörülmektedir. Bu yüzden toplumu oluşturan bireyin günlük hayatta şiddetle hiç karşılaşmama olasılığı düşünülmemektedir. Ancak önemli olan şiddete karşı nasıl bir yol izleneceğinin araştırılmasıdır. Sosyal dürtülerimiz bizlere şiddete karşı çözüm yolları sunmada en önemli görevi üstlenmektedir. Bir toplum eğer şiddet olayı karşısında sessiz kalarak tepkisini ortaya koymazsa, zamanla toplum içerisindeki çatlakların artacağı unutulmamalıdır (Kocacık, 1996: 6).

1.1.1. Farklı Branşlar Açısından Şiddet Olgusu

Şiddet ve şiddet suçu olarak tabir edilen olayların farklı disiplinlerde farklı yaklaşımlar üzerinde tanımlandığı bilinmektedir. Şiddet kavramı incelenirken birey şiddetinin ortaya çıkış yeri, kültürel etkileri, yaşamsal döngüsünü ikame ettirdiği çevresi de konuya eklenmesi gerekmektedir (Kızmaz, 2006: 248). Bu farklı branşlar sayesinde şiddete bakış açısı çok yönlü bir yapıya ulaşmaktadır.

Sosyolojik Açıdan: Şiddet günümüzde sosyolojik açıdan sıkça ele alınan konulardan biri olmaktadır. Şiddetin birçok açıdan ele alınması sosyolojik araştırmalar için önem arz etmektedir. Sosyoloji, şiddetin tek bir kaynağa bağlı eğilim göstermediği, bireyin yaşamış olduğu çevresel faktörlerinde etkili olmasıyla toplumsal bir sorun haline gelmesi üzerinde çalışmaktadır (Bal, 2014: 12).

Toplumların doğasında saldırganlık içgüdüsünün varlığından bahseden Gustave ve Le Bon, bu tutumun ırksal bilinçaltı özelliğinden kaynaklandığını ileri sürmektedir. Bu durum bireyi kışkırtmalara karşı savunmasız bırakıp, düşünce yetisinden kopararak hareket etmesine neden olmaktadır (Bon, 2001: 25). Bireyin toplum içerisinde bir anda saldırgan bir tutum sergilemesi, kışkırtma ve kararsızlık duyguları arasında kalarak sahip olduğu bilinçaltı etkisiyle harekete geçtiğini iddia etmektedir (Dolu, Büker ve Uludağ, 2010: 58).

Psikolojik Açıdan: Saldırgan tutum, en eski çağlardan günümüze kadar gelen ve ilerleyen zamanlarda da varlığını korumaya devam edeceği görünen bir davranış bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Freud, saldırganlığı insanın doğuştan elde ettiği bir davranış olarak savunmaktadır. Bütün saldırgan davranışların temelinde içi doldurulamamış cinsel dürtüler yer almaktadır (Tutar, 2014: 241-247). Freud insanın yaşamış olduğu hayatın kaynağının bilinçaltı olduğunu ileri sürmektedir. Bunun nedeni bilinçaltının içinde bilinç tarafından bilinmeyen birçok farklı özellik olması olarak vurgulanmaktadır. Bunun nedeninin bireyin sahip olduğu bilinçaltının yaşam süreci boyunca alışkanlıklarını, zevklerini, eğitimlerini ve eğilimlerini içerisinde biriktiren bir kısım olması olarak kabul görmesidir (Erdem, 1981: 10). Freud'a göre bilinçaltının temelinde saldırganlık ve cinsellik içgüdüleri yer almaktadır. Bireyin saldırganlık içgüdüsünden koparılamayacağını ifade eden Freud, saldırganlık içgüdüsünün kişinin kendisine yönelik olarak gerçekleştirilmesi mazoşizm, başkalarına yönelik olarak gerçekleştirilmesi sadizm olarak adlandırılmaktadır (Sigmund, 2008: 133-134).

Biyo-psiko-sosyal suç kuramı ile Hans Eysenck, psikolojide suça yönelik en ayrıntılı açıklamayı sunmaktadır. Hans, biyolojik yapılardan kaynaklanan sinir sistemindeki farklılıkların bireyin kişilik kimliğini belirlediği, bazı bireylerinde fizyolojik yapılarından kaynaklı olarak suç işlemeye daha elverişli olduklarını ifade etmektedir. Bireyin, yaşadığı çevrede gerçekleşen suç ortamından kendisini korumayı başarması halinde şiddete yönelmesinin söz konusu olmayacağı ileri sürülmektedir (Nelson-Jones, 1982: 28-30).

Ekonomik Açıdan: Birey toplumun en küçük yapı taşını oluşturmaktadır. Bireyde meydana gelen ekonomik, sosyal, psikolojik değişimler bir döngü ile toplumu da etkilemektedir. Bu etki bireyin ekonomik durumundaki bir bozulmaya bağlı olarak

strese, boşanmalara, şiddet olaylarına neden olmaktadır. Bireydeki ekonomik bozukluk kendine zarar verecek kadar ileri seviye ruhsal bozukluklara yol açmaktadır. Yapılan araştırmalar sonucu bireyin ekonomik durumundaki bir bozulma suça iştirak etme oranında yüksek bir artışa neden olduğu belirtilmektedir (Durak, 2011: 11-15).

Siyaset Açısından: Siyasette muhalefet partilerin iktidar partisine karşı birlik olarak yapılan projeler ve yatırımlara karşı bir yıpratma politikasında olması siyasetteki şiddete örnek teşkil etmektedir. Bu iktidarı yıpratma çalışmalarının amacı iktidar partisinden yönetimi almak ve devletin başına geçme arzusu olmaktadır. Bu arzu doğrultusunda muhalefet partileri her zaman iktidar partisinin vaatlerinden daha fazla vaat verme eğiliminde olmaktadır (Akın, 2004: 113-116).

Ülkemizde siyasi şiddet ilk olarak çok partili hayata geçiş dönemi olan 1950’li yıllarda görülmektedir. Bu tarihi takiben 1960 ve 1980 yıllarında Türk Silahlı Kuvvetli yönetime iki kez el koymuştur. Tarihler 1971 ve 1997 yıllarını gösterdiğinde ise mevcut hükümetler Türk Silahlı Kuvvetleri tarafından istifaya zorlanarak siyasi şiddet bir kez daha Türkiye tarihinde yerini almaktaydı (Yetkin, 2011: 8-12). Yakın tarihimizde yer alan en önemli siyasi şiddet örneği 15 Temmuz darbe girişimi olarak karşımıza çıkmaktadır. Eski darbe yöntemleri tamamen siyasi yapıya yönelik hareket halinde iken 15 Temmuz darbesi sivil vatandaşa yönelik şiddet eylemleri nedeniyle farklılaşmaktadır. Darbe girişimi gecesini 246 vatandaşın şehit edilmesi diğer darbelerden farkını açıkça ortaya koymaktadır (SETA, 2016: 73).

1.2. ŞİDDET KURAMLARI

Geçmişten günümüze kadar süre gelen araştırmalarda şiddet kavramı sosyo-demografik, kalıtsal, sosyal, ekonomik, biyolojik ve psikolojik yönleriyle incelenmektedir. Şiddet üzerine yapılan araştırmalarda birçok yönde kendini gösterebilen bu toplumsal parçanın insan hayatında zorunlu olarak katlanması gereken bir yere sahip olup olmadığı tartışılmaktadır. Hayatın bir parçası olarak görülmeye başlanan şiddetin nedenleri olarak zor şartlarda kazanılmaya çalışılan hayat mücadelesi, insanların kendi egolarını tatmin edici davranışlarda bulunma, üstünlüklerini tescillemek uğruna altındaki kişileri aşağılayıcı ve küçük düşürücü şekilde davranmak olarak gösterilebilmektedir (Güleç, vd., 2012: 116).

1.2.1. Psikolojik Kuram

Şiddet kavram olarak bireye uygulanan çeşitli söz ve eylemler olarak ifade edilmektedir. Fakat sadece şiddete uğrayan bireyi değil aynı zamanda buna tanık olan yakın çevresini de etkilemektedir. Türkiye’de yapılan araştırmalar sonucu fiziksel şiddet uygulanma sıklığına bağlı olarak konulan depresif bozukluklar, anksiyete bozukluğu, alkol ve madde bağımlılığı, psikotik bozukluk ve uyum bozukluğu gibi tanılar oluştuğu görülmektedir (Vahip ve Doğanavşargil, 2006: 109). Psikolojik kuramlar saldırgan tavırlar sergileyen bireyin bunu neden gerçekleştirdiğine dair bilgi elde edilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Şiddetin neden olduğu saldırgan davranışların oluşmasında etkin bir pay sahibi olan faktörlerin özüksenebilmesi için sosyal, psikolojik ve doğal bir yaklaşımın esas alındığı belirtilmekte ve kavramsal modellerle bu süreçler daha iyi ifade edilmektedir (Çetinkaya Yıldız, 2010: 14). Psikolojik kuramlar alt başlıklarda engelleme-saldırganlık kuramı, dürtü kuramı, davranış kuramı ve varoluş kuramı olarak incelenmektedir.

1.2.1.1. Engelleme-Saldırganlık Kuramı

Bireyin göstermiş olduğu şiddet davranışlarının engelleme sonucu ortaya çıktığını savunan bu kuram, bireyin içgüdüsel olarak uyguladığı şiddetin açıklanmasında rol oynayan psikanalitik kuram olarak tanımlanmaktadır. Erken yaşlarda görülen şiddet vakalarında bireylerin yetiştirilme tarzları, çocukluk dönemlerinde etkisinden kurtulamadıkları olaylar, şiddetin bütünsel olarak oluşturduğu psikolojik, bireysel ve çevresel bir süreç olarak ifade edilmektedir (Yılmaz, 2011: 8). Saldırganlık, engelleme durumunda gösterilen en bilinen davranış olmaktadır. Bireyi engelleyen kişi veya nesneye karşı gösterilen bu tutum öncelikle uyum sağlamaya yönelik oluşum gösterse de bazen de bireyleri uyumsuzluğa götürdüğü bilinmektedir. Bireyin sergilemek istediği davranışa engel olan durumlarda birey kızgınlık ve öfke davranışlarını ortaya çıkararak, bunun sonucunda bireyin gücünün yettiği kişi veya nesnelere yönelik şiddete başvurması kaçınılmaz bir davranış olarak görülmektedir (Karataş, 2008: 278).

1.2.1.2. Dürtü Kuramı

Saldırganlığın tanımında içgüdülerin rolünün yerini dürtülerin almış olduğu görülmektedir. Bireyin amaçları doğrultusunda gerçekleştirmek istediği eylemlerin engellenmesi durumunda saldırganlık dürtüsünün oluşacağı ve sonucunda şiddetin açığa çıkmasının kaçınılmaz olacağı ifade edilmektedir. Kişinin engellemesi kendi içindeki çelişkilerden veya çevresel etkilerden kaynaklanmaktadır (Ulusoy, 2008: 13).

1.2.1.3. Davranış Kuramı

Davranış, bir olay ya da olgu oluşumunda belirli amaçlar doğrultusunda ortaya çıkan tepki olarak tanımlanmaktadır. Davranışı oluşturan ortam, amaç ve eylem üçlüsüdür. Sergilenen davranışın bireysel ve çevresel olarak farklılık göstermesi sosyo-demografik özelliklere, kontrol mekanizmasına ve yaşadığı ortamın özelliklerine bağlı olarak şekil almaktadır (Karayağız Muslu ve Başbakkal, 2014: 4).

1.2.1.4. Varoluş Kuramı

Bireyin varoluş - ilişki kurma – gelişme ihtiyaçları olduğu teorisi 1969 yılında Alderfer tarafından geliştirilmiştir. İnsanoğlunun hayatını devam ettirmesi için gerekli güvenlik ve fiziksel ihtiyaçlarının bulunduğunu ifade etmektedir. Açlık, susuzluk, fiziksel güvenlik, iş yapma ve kazanım gibi maddi istekleri kapsayan varoluş kuramı, kısıtlı kaynakların bulunduğu bir ortamda bireyin kendi kişisel istekleri doğrultusunda kazanımlar elde etmek istemesi ve diğer bireylerin elde edilmek istenilen kazanım kaynaklarına ulaşamaması veya engellenmesi doğrultusunda birey memnuniyetinin sağlanması olgularını kapsamaktadır. Bireyin sahip olmak istediği bu olguların gerçekleşmemesi sonucunda ortaya çıkan içgüdüsel dürtü şiddete neden olmaktadır (Alderfer, 1973: 490).

1.2.2. Biyolojik Kuram

Biyolojik kuram bireyin nörolojik, genetik ve hormonal fonksiyonları sebebiyle şiddete eğilimli olmaları, beyinde meydana gelen sinirsel olaylar neticesinde kontrol mekanizmasının bir süreliğine yitirilmesi gibi durumların gerçekleşmesi sonucu ortaya çıkmış bir kuramdır. Bu kuram şiddete karşı önlemede tıbbi yollara başvurulmasını desteklemektedir (Gökçen, 2012: 116).

Yılmaz ve arkadaşları psikobiyojik modelleri altı madde halinde incelemektedir. Bunlardan ilk olarak elde edilmiş motivasyon duygusu ve zıt süreçlerdir. Bireyin daha önce hiç karşılaşmadığı bir durum veya olay karşısında bireyde yarattığı etkiyi en aza indirmesi ve duygusal bir moda girmesini kapsayan sürecin başlamasını içermektedir. İlk durumda söz edilen zıt süreçlerin başlangıcında meydana gelen ilk duygusal durum etkisiz hale gelerek, ikinci duygusal sürecin başlamasına neden olmaktadır. Buna bir örnek verilmek istenirse; alkol ve madde kullanımını sonucu bireye haz ve keyif alması birinci duruma, sonrasında karamsar durumun meydana gelmesi ikinci duruma örnek olarak gösterilebilmektedir.

İstek ve kontrol kaybı modelinde ise içsel ve dışsal hatırlatıcı etkenlerin bulunduğu, içsel hatırlatıcının etkileri olarak depresyon, anksiyete gibi durumların fiziksel olarak yarattığı etkilerini içermekteyken, alkol ya da uyuşturucu varlığı, başarısızlık gibi durumlar ise dışsal hatırlatıcıların yarattığı durumları ifade etmektedir. Diğer psikobiyojik modelleri incelersek eğer; çekilme/limbik (duygu ve içgüdü merkezi) ateşleme modeli, çekilme belirtileri modeli, akut çekilme sonrası sendromu ve aşırı arzu/istek modeli, alkol ve madde kullanımlarının fizyolojik etkilerinin meydana geldiği süreçler olarak ifade edilmektedir (Yılmaz, vd., 2014: 246).

1.2.2.1. Evrimsel Kuram

Toplumlarda karşılaşılan erkek kesimin kadın kesim üzerinde hüküm sürmeye çalışmasının en büyük nedeni olarak cinsiyet farklılığı karşımıza çıkmaktadır. Kadının toplumdaki rolünün etkisiz eleman olarak görülmesi, korumaya muhtaç gibi hissettirilmesi gibi olgularla kadınlara baskı uygulanması, erkeğin gerçekleştirmek istediği amaçları doğrultusunda karşılaştığı ters bir tepki sonucu ise şiddete başvurduğu bilinmektedir. Toplum düzeninde erkeğin çok eşliliğe, kadının ise tek eşliliğe eğilimli olduğu görülmektedir. Buna sebep olan durumun ise kadının doğurganlık erkeğin doğurabilme özelliği bulunmasıdır. Bu durum evrimsel kuramın temelini oluşturmaktadır (Bingöl, 2014: 108).

1.2.2.2. Genetik Kuram

Genetik kuramdan faydalanarak şiddetin bireyde farklılık gösterip göstermediğini öğrenmek için bir takım araştırmalar gerçekleştirilmiştir. Şiddetin gen

kodu konusunda ikiz bireyler üzerinde 2000’li yılların başında yapılan genetik çalışmalarda doğrudan fiziksel saldırganlık gösterenlerde bu davranışın geçiş oranının %47 olduğu, dolaylı fiziksel saldırganlıkta %40, sözel şiddetin ise %28 olduğu bir rapor hazırlanmıştır. Diğer bir örnekte ise; evlat edinme çalışmalarında ise bireyin biyolojik babaları ile evlat edinilen çocuklar arasında mahkumiyet ve suç yönünden anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmaktadır (Abay ve Tuğlu, 2000: 22).

1.2.3. Sosyal Öğrenme Kuramı

Günlük hayatta bireyin çevresinde değişen durumlara bağlı olarak birçok davranışını değiştirdiği gözlemlenmektedir. Şiddet olayları da bu değişimlerin içinde yer almaktadır. Bireyin biyolojik ve psikolojik durumundaki değişimin yanı sıra yaşadığı çevre, arkadaşları ve iş ortamı gibi sosyal etkenlerinde dahil olması şiddet uygulama eğilimini doğrudan ya da dolaylı biçimde etkilediği bilinmektedir.

Birey hayatı süresince her zaman kendisine bir rol model aramaktadır. Sosyal bir canlı olan birey için karşılaştığı şiddet olayları çeşitli kanallar aracılığıyla kendisine ulaştığında gözlem yeteneğinden yararlanarak kendisine aşılacaktır. Bu da toplumda şiddet olgusunun yaygınlaşmaya başlamasına neden olmaktadır (Bayrakçı, 2007: 200).

1.3. ŞİDDETİN TÜRLERİ

Günlük hayatta şiddet olgusu birçok alanda, çeşitli boyut ve türde ortaya çıkmaktadır. Bunlar sözel, fiziksel, psikolojik, cinsel, ekonomik şiddet ve mobbing (yıldıрма) olarak incelenebilmektedir (Coşkun Us ve Erdem, 2018: 18).

1.3.1. Sözel Şiddet

Sözel şiddet, bireyi birey yapan özgürlüklere yönelik hakaret aşağılama vb. davranışlar sergileyerek bireyin kişiliğine, varoluşuna saygı göstermeyerek uygulanan şiddet türü olarak adlandırılabilir (Pınar ve Pınar, 2012: 316). Martino (2002)’e göre bu şiddet türünün içinde tehdit yoluyla uygulanan şiddet türü de yer almaktadır. Tehdit tanım olarak birey veya belirli bir topluluğa herhangi bir şiddet türüyle zarar verebileceğini vurgulayan söz öbekleri olarak isimlendirilebilir.

1.3.2. Fiziksel Şiddet

Şiddet türleri arasında en yaygın ve kapsamlı olan şiddet türü olmaktadır. Fiziksel şiddetin tanımı şiddetin kendi tanımı ile aynı özellikler içermektedir. Bireye yönelik vurma, tokat veya tekme atma vb. fiziksel hareketlerin zarar verecek şekilde gerçekleştirilmesi fiziksel şiddet olarak adlandırılmaktadır (Coşkun Us ve Erdem, 2018: 18).

1.3.3. Psikolojik (Duygusal) Şiddet

Bir bireye fiziksel olarak bir güç uygulayabileceğini, sözlü olarak belirterek onu ruhsal ve bedenen çökme evresine sokmak, sosyalleşme sürecini durdurmaya yönelik kasıtlı eylemler içerisinde bulunmak psikolojik şiddet olarak tanımlanmaktadır (Pınar ve Pınar, 2012: 316).

1.3.4. Cinsel Şiddet

Toplumun her kesiminde farklı yaş aralıklarında bulunan bireylere fiziksel temas ile başlayıp, daha ileri seviyelerde tecavüz vakalarına kadar vuku bulan şiddet türü olarak karşılaşılmaktadır (Büyükbayram ve Okçay, 2013: 46). Bireyin karşısındaki insanın rızasını gözetmeksizin başka bir bireye egemenliğini kanıtlamak veya cinsel istismarda bulunmak için el ve kollarını kullanarak başvurduğu bir şiddet türü olarak da adlandırılmaktadır (Onat Bayram ve Dinç, 2012: 22).

1.3.5. Ekonomik Şiddet

Bireyin sahip olduğu ve maddi değer taşıyan eşyaların bir başkası tarafından zarar verilmek amacıyla uygulanan şiddet türü olarak adlandırılmaktadır. Bu şiddet türünü fiziksel şiddetten ayıran özeliğin bireye değil sahip olduğu maddi varlıklarına yönelik olduğu vurgulanmaktadır. Şiddeti uygulayan kişinin bu yolu kullanarak bireye yönelik şiddet uygulayabileceği düşüncesinde olduğu söylenebilmektedir (Özerkmen, 2012: 7). Başka bir tanım eklemek istersek, bireyin ekonomik olarak zor duruma düşürülmesi, kendi ihtiyaçlarını karşılayamayacak şekilde zarar verilmesi olarak da ifade edilebilmektedir (Can Gürkan ve Coşar, 2009: 125).

1.3.6. Mobbing (Yıldırma)

Bireyi çalışma ortamında diğer kişiler arasında aşağılamak, hakaret etmek, yaptığı işlere yönelik zorluklar çıkarmak, onu istifaya zorlamak gibi eylemlerin oluşturduğu şiddet türü olarak ifade edilmektedir (Chappell ve Di Martino, 2006: 21). Farklı bir tanım olarak, bir veya birkaç kişi tarafından bireye sistematik bir şekilde devam eden baskı ve hakaret türü olarak da bilinmektedir (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2012: 579).

1.4. ŞİDDETİN GELİŞİM BASAMAKLARI

Şiddet karşı tarafa uygulanmak istendiğinde veya uygulandığında hissedilme durumuna göre 3 farklı düzeyde incelenmektedir. Bu şiddet düzeyleri uygulanan kişinin ne oranda baskı ve şiddete maruz kaldığını ifade etmektedir (Kutlu, 2003: 12).

- **Hafif Düzeyde Şiddet:** Şiddet düzeyi gelişiminin ilk basamağını oluşturmaktadır. Bireyde herhangi bir etkisi ya da zararı görülmemektedir. Belirtiler hoşnutsuzluk, stres, agresiflik şeklinde kendisini göstermektedir (A.g.e.: 12).
- **Orta Düzeyde Şiddet:** Şiddet düzeyi gelişiminin orta basamağını oluşturmaktadır. Bu düzeyde şiddet kendisini daha çok öfke ve düşmanca ifadeler olarak göstermektedir. Belirtiler elle tutulur eşyaları etrafa fırlatma, kapı ve pencere gibi açılır kapanır maddeleri çarpma şeklinde görülmektedir (A.g.e. : 12).
- **Ağır Düzeyde Şiddet:** Şiddet düzeyi basamağının en son basamağıdır. Bu basamak düzeyinde şiddet ağır bir şekilde fiziksel zarar verme boyutundadır ve bütünlüğü bozmaya yönelik tutum içinde olmaktadır (A.g.e.: 12).

Şiddetin saldırganlık süreci Smith'in geliştirmiş olduğu stres modeline göre beş aşamada ortaya çıkmaktadır. Bu süreç aşağıda yer alan sıralamada ifade edilmektedir (Smith, vd., 2003: 178).

- **Tetikleme Basamağı:** Genel uyarılmışlık seviyesi tehdit olarak algılanan bir durumda artmaktadır.
- **Şiddetleme Basamağı:** Tetikleyici faktörlere bağlı olarak duygusal ve fiziksel hislerin artmasıdır.

- **Kriz Basamağı:** Olumlu baş etme yöntemleri sonrasında karşıdaki bireyin iletişim yetisini kaybetmesi ve şiddeti açığa çıkarması olarak tanımlanmaktadır.
- **İyileşme Basamağı:** Duygusal ve fiziksel hareketlilikte azalmaya bağlı olarak kendisini göstermektedir.
- **Kriz Sonrası Depresyon Basamağı:** Olumlu ve barışçıl iletişimin başkaları ile sağlanmaya başlandığı basamak olarak tanımlanmaktadır.

1.5. ŞİDDETE NEDEN OLAN FAKTÖRLER

Şiddet olgusu kendi içerisinde birçok faktörü barındırmasına rağmen uygulanma sebepleri bakımında çeşitli sınıflara ayrılmaktadır. Bunun temel nedeni, uygulanış farklılıklarından kaynaklanmaktadır. Bu sınıflar biyolojik, sosyokültürel ve çevresel faktörler olmak üzere üçe ayrılmaktadır.

1.5.1. Biyolojik Faktörler

Saldırganlığın ya da kendine zarar verme eğiliminin temelinde seratonin (insanda mutluluk, canlılık ve zindelik hissi veren bir nörotransmit) metabolizması yer almaktadır. Şiddet vakalarında çoğunlukla şiddet uygulayıcısının erkek olmasına androjenlerin (her iki cinste de bulunan ve çoğunluğu böbrek üstü bezinin kabuk kısmında salgılanan madde) neden olduğu düşünülmektedir. Kesin bir kanıtı sahip olunmamasına rağmen, kadınlarda görülen saldırgan davranışların premenstrual dönem (kadınlarda görülen adet dönemi) öncesinde sıklığı görülmektedir. İnsan beynini uyuşturan illegal maddelerin de şiddete neden olduğu öne sürülmektedir. Çocukluk döneminde ya da şiddet ile yetişmiş bir birey için ilerideki yaşam evrelerinde şiddet uygulayıcısı birine dönüşme riski bulunmaktadır (Hatunoğlu, Hatunoğlu ve Avcı, 2014: 442-443).

1.5.2. Sosyokültürel Faktörler

Şiddetin oluşumuna neden olan diğer bir konu ise sosyokültürel faktörlerdir. Sosyokültürel faktörler kendi içinde kendine dönük şiddet, kişiler arası şiddet, organize şiddet, iş yerinde şiddet ve medya şiddeti olarak sınıflandırılmaktadır (Çatel, 2015: 18).

- **Kendine Dönük Şiddet:** Bireyin kendisine yönelik sergilediği şiddet kendi içinde iki farklı şekilde incelenmektedir. Bunlar, bireyin yaşamına son vermesi ve kendisine ait olan vücut fonksiyonlarını kullanamaz hale getirmesi olarak incelenmektedir (Yıldız, Kaya ve Bilir, 2011: 1-2).
- **Kişiler Arası Şiddet:** Şiddet olayları bireyin bağlı olduğu aile içerisinde veya toplumsal olarak da görülmektedir. Aile içi şiddette sıklıkla görülen ebeveyn arasında geçen şiddet veya toplumda bireyler arasında yaşanan kavgalar şiddetin farklı boyutlarını barındırmaktadır
- **Organize Şiddet:** Şiddetin organize bir şekilde ortaya çıktığı durumlar olarak tanımlanmaktadır. Örneğin; toplumsal şiddet, politik şiddet, ekonomik şiddet olarak ifade edilmektedir (A.g.e.: 2).
- **İşyerinde Şiddet:** Bir çalışanın işiyle ilgili olarak elde ettiği hakların engellenmesi veya suiistimal edilmesi, şiddete maruz kalması, iş güvenliğini ve sağlığı tehlikeye atan her türlü sözlü veya fiziksel davranış iş yeri şiddeti olarak ifade edilmektedir. Sağlık çalışanlarının hastane ortamında maruz kaldığı şiddet, iş yerinde uygulanan şiddet kapsamında tanımlanmaktadır (Dursun ve Aytaç, 2011: 8).
- **Medya Şiddeti:** Medya ve şiddet arasında doğrusal bir ilişki olduğunu kabul etmeyen ancak medyadaki şiddetin daha yıkıcı bir zemin oluşturduğunu itiraf eden Medyada Şiddet Efsanesi'nin yazarı olan David Trend'tir. Trend'in yazmış olduğu bu kitabında, bireyin şiddet ağırlıklı bir dünyada yaşadığı ve bu şiddet ağırlıklı dünyanın daha güvenli bir hale getirilmesi için yine şiddetin gerekli olduğu savunmaktadır (Trend, 2008: 80).

Medya, günlük yaşamda bireyin sürekli çeşitli şiddet türleri ile karşılaşabileceği bir korku sendromu yaratmaktadır. Medyanın bu yönü bir rahatlama aracına dönüşmekte olup, bu durum giderek şiddetin onaylandığı, yadırganmadığı ve şiddete eğilimin kolaylaştığı bir ortama zemin hazırlamaktadır (Çakır, 2008: 167).

Bazı araştırmalar medyanın şiddeti azaltıcı bir rolü olduğunu savunmaktadır. Ancak izleyici medya da yer alan şiddet içerikli bir dizi kahramanıyla özdeşleşerek şiddet eğilimini tatmin etmeye çalıştığı görülmektedir (Palabıyıklıoğlu, 1997: 124). Şiddet ve toplum, şiddet olaylarında bir döngüye sahiptir. Bu döngü medyaya da yansımaktadır. Toplumsal yaşamda artan şiddet olayları sonucunda medyada yer alan

şiddet içerikli dizi ve film gibi bireye etki eden izlenimlerde artış görülmektedir (Gümüş, 2006: 57).

Toplum tarafından umursanmadan popülerliği her geçen gün artan şiddet içerikli dizi ve filmler sayesinde bireyler savaş, kavga içeriklerinden zevk almakta ve verdikleri bazı anormal tepkileri bile normal düzeyde görmektedir (Zorlu, 2016: 17). Örnek olarak şiddeti seyre dönüştüren televizyon, bireyin sinirsel boşalmasını iç içe geçirerek durgunluğun ve çaresizliğin aşılandığı bir yol rehberi olmaya başlamıştır (Çakır, 2008: 173).

1.5.3. Çevresel Faktörler

Saldırgan davranışların ortaya çıkmasında önemli rol oynayan diğer bir etken ise çevresel faktörlerdir. Bu faktörlerin bireyde ani davranış değişikliklerine neden olduğu bilinmektedir. Bu faktörler;

- Hava kirliliği
- Gürültü
- Kalabalık
- Çarpık kentleşme
- Trafik yoğunluğu şiddetin açığa çıkmasında etkin rol oynamaktadır.



İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜ, SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ŞİDDET VE KARŞIT ÖNLEMLER

2.1. SAĞLIK, SAĞLIK HAKKI VE SAĞLIK SEKTÖRÜ

İnsanoğlunun en önemli hazinesi olarak kabul edilmiş olan ve yaşam süreci boyunca kazanacağı diğer hazinelere temel oluşturan sağlık farklı alanlarda farklı tanımlar ile ifade edilmektedir (TBMM, 2013: 57). Sağlık, vücudun hasta olmaması durumu, vücut esenliği, esenlik anlamında ifade edilmektedir (TDK, 1988: 549). Dünya üzerindeki birçok insan hastalığı, hastalığın olmaması olarak kabul etmektedir (Devebakan, 2008: 1). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık ise, yalnızca hasta olamamak değil, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden kusursuz bir şekilde hayatına devam etmesi olarak tanımlanmaktadır (Wilkinson, 2001: 7). Tıbbi bir terim olarak hastalık ise, bir kimsenin beden ve ruh sağlığının kaybedilmesi şeklinde ifade edilmektedir (Gerek, 2000: 172). Bir hekim gözüyle hastalığa bakış açısı, doku ve hücrelerde yapısal, fonksiyonel ve normal olmayan değişikliklerin yarattığı hal olarak tanımlanmaktadır (Fişek, 1985: 1).

Hak; birey tarafından istenilebilecek, ileri sürebilecek ve iddia edilebilecek herhangi bir durum olarak ifade edilmektedir (Armağan, 1980: 1). Bu tanımdan hareketle sağlık problemi olan bir bireyin hiçbir ayırım gözetilmeksizin en iyi şartlarda sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi, bireyin hakları arasında yer almaktadır (İnanlı, 1999: 357).

Anayasamızda yer alan “sağlık hakkı” temel haklar arasında yer aldığı için sosyal güvenlik hizmetlerinin içinde yer alan sağlık hizmetleri, ağırlığı fazla olan bir hizmet türü olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün kuruluş sözleşmesinde sağlık hakkı, “ulaşılabilir en yüksek sağlık standardına ulaşmak, herhangi bir din, ırk, siyasal görüş, ekonomik ya da toplumsal koşul ayrımı yapmaksızın hizmet vermektedir ve her insanın temel haklarından birisidir” şeklinde tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Asamblesi, 1970 ve 1977 yıllarında, iki ayrı vesileyle sağlığın bir insan hakkı olduğunu ilan etmiş, bu durum Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu tarafından 1978 yılında ortaklaşa teyit edilmektedir (DSÖ, 1998: 23).

Sağlık hizmetleri diğer sektörler ile mukayese edildiğinde 16 kat daha fazla şiddet olayının gerçekleştiği bir sektör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamdan hareketle sağlık ve sağlık hizmetlerine ait özellikler aşağıda sıralanmaktadır (TBMM, 2013: 60-64).

- Sağlık hizmetlerinde risk ve belirsizlik yüksektir.
- Sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur.
- Sağlık hizmetlerinin tüketimi normal şartlarda ertelenemez.
- Sağlık hizmetlerinin boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan değil, hekim belirler.
- Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi söz konusudur ve sağlık hizmetleri tüketicilerinin davranışları rasyonel değildir.
- Hizmetten sağlanan doyum ve kaliteyi önceden belirlemek çok zordur.
- Sağlık hizmetinin en temel özelliği, toplumsal özelliğe sahip olması ve tüm nüfusu ilgilendirmesidir.
- Sağlık hizmetleri alanı emek yoğun bir sektördür ve sağlık hizmetleri 7 gün 24 saat verilmesi gereken hizmetlerdir.

Yukarıda yer alan maddelerde arz ve talep miktarlarını belirleyen dinamikler sağlık sistemlerini ve politikalarını oluşturmaktadır (A.e.g.: 64).

2.2. SAĞLIK HİZMETLERİ

Hastaların sağlığının korunması, tedavi edilmesi, sağlıklarının geliştirilmesi ve iyileştirilmesi sağlık hizmetleri olarak ifade edilmektedir (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat: 2009: 35). Sağlık hizmetleri hastalık tedavilerinde, birey sağlığının korunmasında, gittikçe azalan ruhsal ve fiziksel becerilerin tekrar kazanılmasında, toplumsal sorunların iyileştirilmesini amaçlayan bir kavram olarak tanımlanmaktadır (Bulakbaşı, 2015: 1). Sağlığın korunması, daha iyi hale getirilmesi, sağlık problemleri yaşayanları ve herhangi bir sakatlık ile uğraşan kimseleri tedavi ve rehabilite edebilmek amacıyla verilen hizmetlerin tümü olarak da ifade edilmektedir. Sağlığın bozulmasında etkili olan birçok faktör bulunmaktadır. Sağlık belirleyici faktörler genel olarak dört farklı boyutta incelenmektedir. Bunlar kalıtımın, çevresel etkilerin, yaşam standartlarının ve sağlık hizmetlerinin bir fonksiyonudur (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat: 2009: 35). Sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici, rehabilitasyon ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak sınıflandırılmaktadır (Bulakbaşı, 2015: 1).

2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bir toplumda meydana gelebilecek hastalıklara karşı bireyi korumak ve verilen sağlık hizmetlerinin gelişmesini sağlamak için verilen hizmetlerin tümünü kapsamaktadır. Bu hizmet türünde hastalık baş göstermesini beklemeden bir dizi önlemler alınmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinden yaralanan kişilerin elde ettiği fayda sadece bireysel olmaktan kalmayıp yararlanan kişi dışında toplumda yaşayan diğer bireylere de fayda sağlamaktadır. Bu nedenden dolayı koruyucu sağlık hizmetleri özel faydasından daha çok sosyal faydası bulunan bir sağlık hizmeti olmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri kendi içerisinde çevreye yönelik sağlık hizmetleri ve kişiye yönelik sağlık hizmetleri olmak üzere iki başlığa ayrılmaktadır. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, sağlıklı bir çevre yaratmak amacıyla çevre sağlığını tehdit eden faktörlerin giderilmesi amacıyla yürütülmek istenilen hizmetleri kapsamaktadır. Kişiyeye yönelik sağlık hizmetleri ise, düzenli beslenme, bağımsızlık kazandırma, kişisel bakım ve hijyen hizmetlerini kapsamaktadır (TBMM, 2013: 58).

2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst kademesini oluşturmaktadır. Bir önceki aşamada yer alan koruyucu sağlık hizmetlerinden farklı olarak daha fazla özel fayda içeren bir sağlık hizmet türü olarak yararlanılmaktadır. Bu sağlık hizmeti hastalığın ortaya çıkmasıyla tanı-teşhis-tedavi sürecinin başlatılmasıdır. Hastalıkların tedavi sürecinden sonra ortaya çıkan verimlilik artışı vb. çıkarımlar sonucu sosyal fayda sağlayan bir hizmet türü olarak da bilinmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinden yararlanan kişilerin ortalama yaşam sürelerinde artış sağlayıcı kazanımları bulunmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri de kendi içerisinde birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak üç başlığa ayrılmaktadır (A.e.g.: 59).

2.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Sağlık hizmetleri arasında özel bir yer kapsamaktadır. Bireyin karşılaşmış olduğu kısıtlılıkları ortadan kaldırmak için yararlanılan hizmet türüdür. Burada sözü edilen kısıtlılıklar ani ruhsal değişimler, kazalar, vücut organlarının tam verimle çalışmaması gibi etmenler belirtilmektedir. Doğuştan veya sonradan meydana gelen

olaylar sonucu kişide oluşabilecek kötü his ve davranışlar rehabilitasyon hizmeti ile tedavi edilmeye çalışılmaktadır (A.g.e.: 59).

Bir hastalık veya kaza sonucu ortaya çıkmış durumlarda zayıflayan veya zarar gören organların tedavisi için sunulan hizmet türü olarak da ifade edilmektedir. Tıbbi yöntemlere başvurarak kaybedilen organı yeniden güçlendirmek adına protez bir organ takılması ile bireyi tekrardan günlük hayata kazandırma amacı ile hizmet vermektedir. Bu hizmetler sonucu bireyin günlük hayatta sınırlı da olsa bazı fonksiyonlarını kullanabilmesi olanağına sahip olması sağlanmaktadır. Psikolojik veya fiziksel olarak sağlık problemleri olan bireyin hayatını ikame ettirebilmesi, bir geçim kaynağı sağlayabilmesi için iş bulması zorlaşmaktadır. Bu nedenle herhangi bir kaza veya hastalık sonucu sağlığında bozulma yaşayan kişilere yönelik iş alanlarının oluşturulması ve bu kişilere iş verilmesi gerekmektedir. Bu tür hizmetler ise toplumsal rehabilitasyon olarak adlandırılmaktadır. Bu hizmet türü kendiliğinden oluşamamakta, bu yüzden toplumsal örgütlenmelere ve kurumlara ihtiyaç duymaktadır (A.g.e.: 59-60).

2.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığı yerinde olan bireylerin sağlık durumlarını daha iyi seviyelere yükseltmek amacıyla sağlanan hizmet türü olarak tanımlanmaktadır. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde birinci sorumlu bireydir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinin temel amaçları yaşam kalitesini artırmak, yaşam süresini yükseltmek, bedensel ve ruhsal sağlık durumunu iyileştirmektedir. Bireyin sağlığın geliştirilmesinin birinci sorumlu olmasının sebebi, kendisinden başka birisinin onun kadar sağlık standartlarını yükseltmeye inancı olmayışından kaynaklanmaktadır. Örneğin; sigara ve alkol kullanılmaması, sağlığını bozmaya yönelik besin maddelerinden uzak durması, spor yapması ve kişisel bakımına özen göstermesi sağlık seviyesindeki artışı destekleyici katkı sağlamaktadır (A.g.e.: 60).

2.3. SAĞLIK SİSTEMLERİ

Sağlık sektörü veya sağlık sistemleri toplumu oluşturan bireyin sağlık hizmetleri için mal ve hizmet arz etmek, talep etmek üzere kurulan sistem ve bu sistemi oluşturan alt sistemlerin içinde yer alan kurum, kuruluş, statü, ürün ve benzerlerinin tümünü kapsayan bir ifade olarak tanımlanabilmektedir (Sargutan, 2005: 2). Bu

tanımdan hareketle üretilen ve yürürlüğe koyulan politikalar, sağlık politikaları olarak ifade edilmektedir (TBMM, 2013: 64).

Genel olarak bakıldığında bir sağlık sisteminin amaçları; sağlığın geliştirilmesi, beklentilerin karşılanması ve eşitlik ilkesinin doğrultusuna bağlı olarak finansmanın sağlanmasıdır. Sağlık sisteminin dinamikleri; yönetim, örgütlenme ve düzenleme, hizmet sunumu, finansman, kaynaklar ve reformlar olarak belirtilebilmektedir (A.g.e.: 64).

Birey sağlık hizmetlerinden faydalanmak istediğinde hizmeti arz ve talep etmeyi belirleyen unsurlar bulunmaktadır. Bireyde rahatsızlığa neden olan hastalığın belirlenmesi ve tedavisinde uygun yöntemin seçilmesi çok önem arz etmektedir. Ancak bazı durumlarda hastalığın belirlenmesi ve uygun tedavi yönteminin uygulanması tek başına yeterli olamamaktadır. Tedavi sürecinin sonuçlanması hastanın takındığı tutum ve davranış tiplerine göre de farklılıklar göstermektedir.

2.3.1. Hastalık

Hastalık, normal seyrinde ilerleyen vücut fonksiyonlarının olumsuz bir durum karşısında bozulması durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu olumsuz duruma bedensel, toplumsal ya da zihinsel sınıflardan herhangi biri neden olabilmektedir (Bulduklu, 2015: 56). Hastalık vücut fonksiyonlarından birinin veya birçoğunun görevini yerine getirememesi olarak ifade edilmektedir (Lupton, 2003: 93). Başka bir ifadeyle hastalık, bir canlı bedeninde tespit edilen bir olumsuzluğun tedavi edilmesi olarak tanımlanmaktadır.

Sosyal bilimciler ve tıp araştırmacıları arasında farklı bakış açıları ile hastalık tanımlamaları yapılmaktadır. Araştırmalar sonucunda hastalık tanımına yönelik olarak iki bakış açısının ön plana çıktığı görülmektedir (Bulduklu, 2015: 56).

- **Biyomedikal Bakış Açısı:** Hastalık kavramına tıbbi terimler aracılığıyla yaklaşan ve bütünüyle somut kavramlara dayanan yorumlama türüdür. Bütünüyle fizyolojik, kalıtsal, biyolojik gibi kanıta dayalı bilimlere odaklanarak hastalık hakkında yorum yapmakta, aynı süre zarfında hastalığa sahip kişinin içinde bulunduğu şartları göz önünde bulundurmamaktadır (A.g.e.: 56).

- **Biyopsikososyal Bakış Açısı:** Hastalığın somut kavramlarıyla açıklamanın yanı sıra hastanın duruma bakış açısının da dikkate alınması gerektiğini savunmaktadır. Hasta olan kişiyi içinde bulunduğu psikolojik durumunun tedavi yöntemine karar verirken göz önünde bulundurulmasının gerekliliği vurgulamaktadır (Mast ve Cousin, 2014: 43).

2.3.2. Hasta ve Hasta Tipleri

Bireyin tıbbi olarak devam eden tedavi yöntemleri sırasında bir problem oluşmamış olsa bile, kendisini içinde bulunduğu süreçte rahatsız hissediyorsa hasta olarak tanımlanmaktadır. Hastanın, sağlık sisteminin ve sunucuların hizmeti hakkında yaklaşımı tedavi sürecinden önce belirlenmesi gerekmektedir. Sağlık sistemlerinin kendi içerisinde birçok sorunu barındırması, hastanın da hizmeti almaya karar vermesi birçok sorunu beraberinde getirmektedir. Bu sorunları hastanın sisteme yönelik bazı önyargılarını oluşturmaktadır (Bulduklu, 2015: 58-59).

Günümüzde hastaların daha bilinçli ve hakları konusunda daha donanımlı konumda olduğu belirtilmektedir. Hastalar ön yargılarını bir tarafa bırakarak kendilerine uygun davranışlar sergilemektedir. Hastaların sahip olduğu haklar aşağıda belirtilmektedir (Perry, 2002: 9-10).

- Din, dil, ırk, gelir düzeyi gibi faktörler dikkate alınmaksızın gerekli olan sağlık hizmetini almak
- Hastalığını veya sağlık durumunu anlamak
- Hastaya tedavi yöntemini uygulayacak olan kişinin adı ve görevini öğrenmek
- Tedavi yöntemi hakkındaki olumsuz düşüncesi beyan edebilmek ve diğer yöntemler hakkında bilgilendirilmek
- Başka bir görüşe başvurmak
- Hastalığın tedavi sürecinde hizmetten memnun kalınmaması halinde süreci başka bir tedavi ve hizmet sunucu ile devam ettirmek
- Hastanın tedavi sürecinde kendi bilinçsel fonksiyonları olmadığında onun adına en doğru yolun seçilmesi
- Hastanın aldığı tüm sağlık hizmetlerinde özel hayatın gizliliğine özen gösterilmesi

- Hastaya ait tıbbi dökümanların hastanın rızası veya mahkeme kararının olmaması durumunda ortaya çıkarılmasına müsaade edilmemesi
- Hastaya ait test sonuçlarının kendi izni veya mahkeme kararı olmadan incelenememesi
- Sağlık hizmetinin uygun şartlar altında sağlanması
- Uygun sağlık hizmetinin alınmasında sürekliliğin dikkate alınması
- Hastanın tıbbi incelemeler için istekli olup olmadığının sorgulanması
- Sağlık hizmeti karşılığında düzenlenen faturanın açıklayıcı bilgilere sahip olmasıdır.

Hastaların sosyal yaşantısı onu tanımak için yeterli olmamaktadır. Kişilik özelliklerinin belirlenmesi hasta hakkında daha çok ayrıntıya sahip olmamızı kolaylaştırmaktadır. Hastaların kişiliklerine göre ortak veya farklı özellikler çerçevesinde beliren tiyolojiler aşağıda ifade edilmektedir. Bu tiyolojiler durum anında hastanın göstereceği tepki düzeylerini ifade etmektedir. Sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki görüşmede mükemmel iletişimi elde etmek için hasta tipleri hakkında bilgi edinilmesi ve buna göre iletişim stratejisinin belirlenmesi şiddet ve iletişim eksikliğinin önüne geçebilmektedir (Bulduklı, 2015: 65).

- **Geveze Hastalar:** Geveze olarak tanımlanan bu hastalar konuşmayı çok sevmektedir. Hasta her konuda yorum yapmak için kendiyile bir yarış içerisinde bulunmaktadır. Eğer konuşma onların hakkında şekilleniyorsa konu hakkında daha fazla konuşma istediği belirlemektedir. Bu tür hasta tipindeki bir kişi dinleyici ayırt etmeksizin karşı tarafla sürekli bir iletişim halinde olmak istemektedir. Bu noktada sağlık hizmetini sağlayıcı kişiler ile hasta arasında sorun yaşama olasılığı artmaktadır (Bilello, 2005: 132).
- **Suskun Hastalar:** Sağlık hizmeti veren kişiler için en zor hasta tipi olarak tanımlanmaktadır. Hastanın utangaç, suskun ve çekingen tavırlara sahip olması bu tipin özelliği olmaktadır. Bu tip hastalarla iletişime geçmek için biraz daha fazla gayret gösterilmektedir. Çünkü bu tip hastalar konuşurken bile ses tonlarını yükseltmeden ve daha alttan bir frekansta iletişimde bulunmaktadır (Maguire ve Pitceathly, 2004: 81). Bu hasta tipinde iletişime geçmek biraz zaman ve sabır gerektirmektedir. Farklı yaklaşım metotları ile hastayla iletişim kurulmaya

çalışılmaktadır. Bu tipteki hastalar için yapılacak en kötü yaklaşım onları iletişime zorlamaktır (Collins, 2009: 71).

- **Öfkeli Hastalar:** Hayatın herhangi bir anında istenmeyen durumlar karşısında gösterilen en yoğun duygu öfke olarak adlandırılmaktadır. Öfke hali bazen istediklerimizin gerçekleşmemesinden bazen de diğer insanlarla olan etkileşimden kaynaklanmaktadır (Bilello, 2005: 53). Bu duygu yoğunluğunun sağlık sektörüne de etkileri yansımaktadır. Sağlık hizmeti alan birçok hasta ve yakını tedavi sürecinde maddi ve manevi yıpranmaların da etkisiyle endişeli ve üzüntülü hissedebilmektedir. Bu hisler yoğun şekilde yaşanmaya devam ederse öfke duygusuna dönmektedir. Sağlık hizmetini alan hasta veya yakınları öfkelenildiğinde, öfkeye zemin hazırlayan durumun kabul edilmemesi, dikkate alınmaması öfkenin boyutunu arttırmaktadır. Böyle durumlarda ilk yapılması gereken öfkeli hasta veya yakınına iletişime davet ederek sorunun kaynağına yönelik diyalog yolunun açılması gerekmektedir (Bulduklu, 2015: 71).
- **İtaatsiz Hastalar:** Bu hasta tipi sağlık hizmeti sunan kişilerin, uygulanmasını istediği küçük ya da büyük tedavi önerilerine uymak istemeyen, bunları gerçekleştirilmeyen ve reddeden hasta tipi olarak tanımlanmaktadır. Yüksek oranda sağlık hizmetinden yararlanan ve kronik bir hastalığa sahip olan hasta tipidir. Sağlık hizmeti veren kişiler bu tip hastalara durumları hakkında bilgi de verseler, öneride de bulunsalar hastalar bunları dikkate almamaktadır (Bilello, 2005: 41).
- **Bağımlı Kişiliğe Sahip Hastalar:** Hastanın sağlık hizmeti sunan kişi ile gönül rızası gözetmeksizin bağlı hale geldiği hasta tipi olarak ifade edilmektedir. Bu tip de hastanın sağlık hizmeti sunan kişiye karşı aşırı bağımlı hale gelmesi, gereğinden fazla önerilere bağlanması, bir çocuk-ebeveyn ilişkine dönüşmektedir. Ancak bu tür ilişkiler zamanla kötü durumlara zemin hazırlamaktadır. Bu tür hastalarla kurulan iletişimde oldukça dikkatli yaklaşılmaktadır (A.g.e.: 99).
- **Tiyatral Kişiliğe Sahip Hastalar:** Bu tip hastalarda heyecan ve hareketlilik sık görülmektedir. Bu hastalar kendileri için edindikleri rolleri başkalarına da yansıtılmaktadır. Bu tür hastalara ayırıcı hastalarda denilmektedir. Mesleki samimiyet ile kişisel samimiyet arasında ince bir çizgi bulunmaktadır. Sağlık

hizmeti sunan kişilerin bu tür hastalara karşı dikkatli olmaları gerekmektedir. Çünkü hasta ile olan ilişki kurum dışına çıkabilmektedir. Bu durum beraberinde farklı olaylara ve sonuçları doğurmaktadır (Maguire ve Pitceathly, 2004: 83).

- **Narsist Hastalar:** Bu hasta tipi ilgi odağının üzerinde olmasını istemekte ve bulunduğu her ortamda kendisine sonsuz bir beğeni içinde olduğunu belli etmektedir. Bu tip hastalar sağlık hizmeti alacakları zaman özel ve titiz bir karşılık görmeyi arzu etmektedir. Bu arzu karşılığını bulmadığında büyük bir hayal kırıklığına uğramaktadır. Sisteme ilişkin kural ve kuramları kabul etmemektedir. Sadece kendisine yönelik özel uygulamalar olmasını istemektedir (A.e.g.: 84).
- **Saplantılı Hastalar:** Bu tip hastalar güçlü manevi kurallara sahiptir. Vicdanen kuvvetli bir ruh hali yer almaktadır. Bu durum onları duygularıyla başa çıkmasında zorlamaktadır. Bu kişiler çevrelerinde yer alan düzene ve hijyen koşullarına çok dikkat etmektedir. Hastalık sürecinde veya olma aşamasında herhangi bir önlem alamadıklarında bu durum onlarda kaygı duygusunu uyandırmaktadır (A.g.e.: 84-85).

2.4. SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMUNDA İLETİŞİM

Duygu, düşünce, görüş veya bilgi aktarımının karşı tarafa aktarılması iletişim olarak adlandırılmaktadır (Gökçe, 2013: 6). İletişim doğuştan gelen bir nitelik olmaktan ziyade zamanla öğrenilen ve geliştirilen bir kazanımdır (Kurtz, 2002: 24). Sağlık sektöründe devamlılığın sağlanması, geliştirilmesi ve ilerlemesi için iletişim ayrılmaz bir bütün olmaktadır. Araştırmalar sonucu sağlıklı iletişimin, bakım ve sağlık kalitesindeki artışın ortaya çıkmasında etkili bir rol oynadığı gözlemlenmektedir. Sağlık sektöründeki gelişmeye bağlı olarak birimler arası koordinasyon sağlanması açısından da iletişim büyük bir paya sahip olmaktadır. Büyüyen sisteme bağlı olarak yalnızca hasta veya hasta yakınları ile sınırlı kalmayarak diğer birimler arasındaki iletişimde de vazgeçilmez bir özelliğe sahip olmaktadır (Bulduklu, 2015: 28).

Tedavi aşamasında etkili bir uyum açığa çıkarılmak istendiği zaman sağlık çalışanı ve sağlık hizmeti almak isteyen kişi arasında kuvvetli bir dışsal bağ olması gerekmektedir. Gerek tedavi sürecinin olumlu geçmesi gerek karşılıklı saygı ve

sorumlulukların yerine getirilebilmesi için iletişimin sağlam olması gerekmektedir (Heath, 1986: 50).

Sağlık çalışanı ile sağlık hizmetini alacak kişi arasında ilk karşılaşma tedavi sürecinin temelini oluşturmaktadır. Sağlık çalışanının hastaya tedavi yöntemini gerekçeleriyle birlikte anlatması, sağlık çalışanının hasta üzerinde ikna etme gücünü arttırmaktadır (Bulduklu, 2015: 30).

Sağlık sektöründe görevli sağlık personeli ile hasta arasında çift yönlü etkili iletişim sağlanması gerekmektedir. Hastanın talep ettiği sağlık hizmetinin verilebilmesi ve sağlık personelinin en uygun tedavi hizmetini hastaya verebilmesi açısından, iletişimin konusunun önemi vurgulanmaktadır (Taşkın, vd., 2014: 124). İletişimin sağlık hizmetlerindeki farklı sunumları aşağıda belirtilmektedir.

2.4.1. Kişiler Arası Sağlık İletişimi

Kişiler arası iletişim temelinde sağlık çalışanı ile sağlık hizmeti alanlar veya birey-birey arasındaki bilgi paylaşımıdır. Genelde hizmetin tarafları birbirinden farklı toplumsal statülere ve yaşayış tarzlarına sahip olmaktadır. Buna bağlı olarak beklentilerde değişkenlik gösterebilmektedir. Sağlık hizmeti alan hasta için iletişimin önemi, kendisine sunulan tedavi hakkında bilgi alarak daha rahat olmasıdır. Kişiler arası iletişimi belirleyen en önemli özelliklerinden birisi sosyo-demografik özellikler olmaktadır.

Sağlık çalışanı ve hasta arasındaki iletişimin 3 temel amacından bahsedilebilmektedir. Bunlar;

- Sağlık hizmeti alacak kişi ile samimi bir ilişki kurmak
- Bilgi alışverişi yapmak
- Hasta ile ilgili en doğru tedavi yöntemine başvurmaktır (Bulduklu, 2015: 31-32).

Günümüzde hastaların çoğunluğu sağlık çalışanları tarafından tam manasıyla dinlenmediğinin şikayetinde bulunmaktadır. Ancak hastaların kendi iletişim becerilerini sorgulamak yerine sağlık çalışanlarını eleştirmeleri sorunun çözümüne katkı sağlamamaktadır. Tam da bu noktada sağlık çalışanları ve hasta arasındaki iletişimde, sağlık çalışanlarının kendilerinden büyük bir fedakarlık yapmaları beklenmektedir. Yapılan bir çalışma sonucu sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki iletişimin sekiz

önemli noktası vurgulanmakta ve bu noktalarının iletişimi etkileyen başarı anahtarları olduğu kabul edilmektedir. Bu noktalar sırasıyla aşağıdaki gibidir:

- Sağlık çalışanı tarafından hastanın rahatsızlık öyküsünün dikkatle dinlenmesi ve sağlık çalışanının bu öyküden duymak istediği bilgileri elde etmesidir. Bu iletişimin kilit taşı olmaktadır. Burada iki tarafa da büyük bir sorumluluk düşmektedir.
- İletişim, hastanın o anki ruh halini ve fiziksel durumunu yansıtmalı, bu sayede sağlık çalışanının hastayı en uygun birime yönlendirmesi, tedaviye başlanma sürecinin minimuma indirilmesinde etkili olmaktadır.
- İletişim, hastanın rahatsızlığının bazı kalıplar içine alınmasını sağlamaktadır. Bu sayede tanı koymada nokta atışı yapma ve en doğru sonuca ulaşmak iletişimin sağladığı faydalar arasında olmaktadır.
- İletişim, sağlık çalışanı tarafından hastaya alanında en doğru ve sade şekilde hastalığı hakkında bilgi sağlayarak herhangi bir kopukluğa neden olmaması için önemli görülmektedir.
- İletişim sırasında sağlık çalışanının hastanın ruh halini ve değişen duygu dalgalarına hakim olması gerekmektedir. Sağlık sektöründe duygu yoğun işlemlerin varlığı ağır bastığı için, iki taraf arasında empati duygusunun geliştirilmesinde iletişim etkili rol oynamaktadır.
- İletişim, iki taraf için de baştanbasa açık bir şekilde olmalıdır. Sağlık çalışanının hastaya sade ve açıklayıcı bir şekilde hastalığı hakkında bilgi vermesi iki taraf için anlam karmaşasını ortadan kaldırmaktadır.
- İletişim, her iki tarafında beklentilerini gerçekleştirebileceği özgür bir ortamın olmasında rol oynamaktadır. Sağlık çalışanının hastadan beklentisi, hastanın fiziksel ve kültürel özellikleri ile uyum içinde olmalıdır.
- İletişim, hizmeti sunan ile hasta arasında güven ağının oluşmasını sağlayan bir yapıya sahip olmalıdır. Bu sayede tedavi sürecinde karşılaşma olasılığı bulunan sorunlar karşısında yapıcı olmayı sağlayacak şekilde bağlar kurulacaktır (Roter ve Hall, 2006: 6).

2.4.2. Örgütsel Sağlık İletişimi

Sağlık sektörü gibi kurumsal alanlarda çalışanlar arasında iletişim oldukça büyük önemi sahip olmaktadır. Daha da öznel bir yaklaşım ifade etmek gerekirse sağlık çalışanları hizmet verdikleri bireyler ile sağlıklı bir iletişim kurması, meslek gerekliliğinin en önemli unsuru olduğu söylenebilmektedir. Bu süreçte kurulmaya çalışılan iletişimin kolay olduğu söylenememektedir (Harrington, 2015: 147). Aşağıda etkili bir iletişim için gerekli çalışma ortamının oluşturulmasının sağladığı faydalardan bahsedilmektedir.

- Sağlık çalışanı tarafından hastaya verilen sağlık hizmetinin tutarlılığının artmasında katkıda bulunmaktadır.
- Sağlık çalışanının yetersiz veya etkisiz kaldığı bir durumda hastanın da sorumluluk almasında katkısı bulunmaktadır.
- Sağlık çalışanlarından veya hastalardan kaynaklanan hataları sorgulamak yerine işbirliği yapılarak sorunların çözüme kavuşmasında etkili bir rol oynamaktadır.
- Sağlık çalışanının daha özverili çalışmasına ve bu çalışmaya bağlı işini daha zevkle yapmasını zemin hazırlamaktadır (Bulduklu, 2015: 38).

2.5. SAĞLIK KURUMLARINDA ŞİDDETİN KAPSAMI VE ŞİDDETİ YARATAN FAKTÖRLER

Günümüzde şiddetin gerçekleştiği ortamlar arasında bireyin çalıştığı iş ortamı da yer almaktadır. Sektörler arası bir karşılaştırma yapılmak istenirse, hizmet sektöründe çalışanlar için çalışma ortamında şiddet görme eğilimi diğer sektörlerle göre daha fazla artış göstermektedir. Bunun en temel nedeni ise insanlar arasındaki iletişimin en yoğun yaşandığı sektör olmasından kaynaklanmaktadır (Özen Çöl, 2008: 107). Çalışma ortamında karşılaşılma olasılığı bulunan şiddet olayları 4 başlık altında ifade edilmektedir (TBMM, 2013: 121).

- Suça niyet ederek şiddete başvurma
- Tüketicinin çalışana karşı uyguladığı şiddet
- Çalışanın çalışana karşı uyguladığı şiddet
- Kişilerarası ilişki ile ilgili şiddet

Sağlık kurumlarında şiddeti yaratan faktörleri çevresel ve iletişim olarak iki başlık altında açıklamak mümkün olmaktadır. Çevresel faktörleri bekleme zamanı, yoğunluk, güvenlik ve tiryaj ile ilgili hususlar oluşturmaktadır. İletişim faktörlerini ise bireyler arası iletişim, sağlık çalışanının yaklaşımları ve hassasiyet oluşturmaktadır (Devebakan, 2018: 34).

Ankara Tabip Odası'nın sağlıkta şiddet üzerine 2008 yılında hazırlamış olduğu raporda, sağlık çalışanına yönelik şiddeti artıran nedenler arasında dikkat çeken sağlık kurum ve kuruluşları olmuştur. Rapora göre sağlık politikalarından ve hastane yöneticilerinden kaynaklanan nedenler aşağıdaki gibi sıralanmıştır:

- Sağlık kurumlarında alt yapı ve donanım eksiklikleri
- Personel yetersizliği veya kötü işletmecilikten kaynaklanan beklentiler
- Uzayan kuyruklar, geciken randevular, boş yatak bulunamaması
- Hastalar için asgari konfor ve güvenliğin sağlanamaması
- İlaç, alkol ve madde bağımlılığı olan, şiddet öyküsü veren, psikiyatrik hastalık tanısı almış personelle çalışılması
- Yemek ve ziyaret saatlerinde çalışan sayısının iyice azalması
- Hastanede tek sağlık çalışanının bulunması
- Hastane güvenliğinin yetersiz kalması
- Hastanede sınırsız dolaşma özgürlüğünün olması
- Hastane koridor ve ünitelerinin aydınlatılmasında yetersiz kalması
- Hasta bekleme alanlarının konforsuz olması
- Farklı karakterde hastalarla iletişim konusunda sağlık çalışanının yetersizliği
- Personel ve hastane idaresindeki kriz yönetimi politikasının eksikliği

Sağlık kurumlarının yönetimi iş odaklılık, verimsizlik ve ticarileşme olarak sıralanmıştır (A.g.e.: 34).

Sağlık işletmelerinde çalışan tüm meslek gruplarının çalışma ortamında şiddet riski ile karşı karşıya olmasına rağmen bazıları özel risk grubuna girmektedir. Söz konusu meslek grupları aşağıdaki gibi sıralanmıştır;

- Hemşire ve ambulans çalışanları
- Doktorlar, destek ve teknik çalışanlar

- Diğer sağlık çalışanları (tekniker, hasta bakıcı, yönetici, ebe vd.) risk altında yer alan gruplar arasında yer almaktadır (A.g.e.: 41).

2.6. TÜRKİYE'DE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET

Ülkemizde son yıllarda meydana gelen sağlık çalışanlarına yönelik şiddet artışına bağlı olarak sağlık sektöründe bir risk grubu oluşmaya başlamaktadır. Sağlık çalışanlarına yönelik henüz tam güvenilir ve tutarlı bir koruma sistemi bulunmadığından yaşanması muhtemel şiddet olaylarına zamanında ve uygun şekilde müdahale edilememektedir (TBMM, 2013: 159). Şiddetin ırk, din, cinsiyet, yaş ayırt etmeksizin gerçekleşmeye devam etmesi sektörde risk oluşumunu artmasına neden olmaktadır (Kingma, 2001: 129). Sağlık çalışanlarına yönelik bu şiddet vakalarında büyük oranda kayda geçen bir bildiri bulunmamaktadır. Ciddi yaralanmalarla sonuçlanan durumlarda dahi önlem ve yasaların yetersiz kalması şiddetin engellenemez olmasına neden olmaktadır. Buna bağlı olarak sağlık sektöründe çalışan sağlık çalışanlarının işlerini icra ettikleri bir güven ortamından bahsedilememektedir. Şiddeti engellemede öncelikli olarak hastane yönetimlerinin alacakları güvenlik önlemleri ile güven ortamı sağlanmaya çalışılmalıdır (Akça, Yılmaz ve Işık: 2014: 2).

2.6.1. Türkiye'de Sağlık Kurumlarında Şiddetin Sıklığı Ve Özellikleri

Türkiye genelinde bir inceleme yapılacak olursa %62-90 oranıyla pratisyen hekimler, sağlık sektöründe çalışan sağlık çalışanları arasında şiddete en çok maruz kalan grup olarak ortaya çıkmaktadır (Aydın, Kartal ve Midik: 2009).

Ülkemiz sınırları içerisinde şiddet olaylarına ilişkin birkaç örnek vererek konunun önemi daha da vurgulanmaktadır. Kocaeli ilinde 2011 yılında bir hastanede 2 araştırmacı tarafından yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının iş yerinde şiddete uğrama oranı çalışma hayatı sürecince %72,6, son bir yıl içerisinde ise %72,4 olarak ortaya konulmuştur. En sık maruz kalınan şiddet türü %98,5 ile sözel şiddet olup şiddetin en fazla hasta yakınları ve erkekler tarafından gerçekleştiği tespit edilmiştir (Çamcı ve Kutlu, 2011: 11).

Bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan 178 sağlık çalışanı üzerinde uygulanan bir çalışma sonucu; sağlık personelinin şiddet öyküleri

incelendiğinde; %73'ünün şiddete maruz kaldığı, %68,8'inin son bir yıl içinde şiddete maruz kaldığı, %80.3'ünün şiddete maruz kalma sıklığının 1-4 kez olduğu, %87.2'sinin hasta tarafından şiddet gördüğü, %85.4'ünün kendi çalıştıkları servislerde şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Buna göre şiddet uygulayan hastaların %48,3'ünün şizofreni tanısıyla yattığı ve şiddete maruz kalan sağlık çalışanının, uğradıkları şiddet türünün %51,1 fiziksel ve yine %51.1 sözel şiddet olduğu saptanmıştır. Fiziksel şiddet açısından, sağlık personelinin %63,2 vurma, %31 saldırı, %2,3 tırmalama, %2,3 el/kol tutma ve %1,1 ısırma davranışlarına maruz kalındığı bulunmuştur. Sağlık personelinin duygusal şiddet özelinde, %58,3 acındırma, %41,7 ağlama davranışlarına; sözel şiddet olarak %53,5 hakaret, %37,6 küfür ve %8,9 tehdit şeklinde davranışlara; cinsel şiddet kategorisinde ise %52.4 dokunma, %28,6 cinsel içerikli sözler, %14,3 öpmek isteme ve %4.8 cinsel organını teşhir davranışlarına maruz kaldığı saptanmıştır. Şiddete maruz kalan sağlık personelinin %39,1'inin şiddet olayının ardından üzüntü ve şaşkınlık hissettiği, %39,8'inin şiddet olayının ardından hiçbir şey yapmadığı, %32'sinin şiddet olayının ardından kendilerine tıbbi müdahale uyguladığı saptanmıştır. Birçok sağlık personelinin şiddet olayını kurumuna dahi bildirmedığı belirlenmiştir (Kocabıyık, vd., 2015: 115).

Türkiye'de Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası'nın asistan, pratisyen, uzman doktor, ebe ve hemşirelerin yer aldığı toplam 1771 kadın sağlık çalışanı üzerinde yaptığı anket, sağlık kurumlarında çalışan kadınların psikolojik baskı ve fiziksel şiddetten yoğun olarak şikayetçi olduğunu ortaya koymaktadır (Kirel, 2007: 320).

2.6.2. Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Nedenleri

Ülkemizde gün geçtikçe artmaya devam eden şiddet vakalarına yönelik yapıcı bir yaklaşım arayabilmek için öncelikle sorunun kaynağına yönelik bir araştırma yapılması gerekmektedir. Literatürde yer alan araştırmalar sonucu ortaya çıkan bazı nedenler şiddet olaylarının kaynağı olarak gösterilebilmektedir. Aşağıda araştırma sonuçlarına göre nedenler sıralanmıştır (Keser Özcan ve Bilgin, 2011: 1452).

- Mental ve davranış bozukluğu
- Eğitim seviyesinde azlık ve kurallara uymama

- Çok sayıda muayene ve tahlil yapılması
- Stresli hasta yakınları ve kalabalık gürültülü ortamlar
- Hasta ve hasta yakınlarının sürekli istekte bulunması
- Muayene olmak için uzun bekleme süreleri
- Sağlık çalışanlarının sayısındaki yetersizlik
- Yanlış anlamalar, iletişim problemleri ve kişisel sorunlardır.

Alanında uzman kişilerin bilgi ve görüşleri, literatür çalışmaları neticesinde Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenlerini 5 ana başlık altında incelenmektedir. Bunlar;

- Örgütsel / kurumsal faktörler
- Toplumsal faktörler
- Tarafların özellikleri, etkileşimleri ve iletişim
- Çevresel faktörler
- Hukuka / yargıya ilişkin nedenler olarak incelenmektedir.

Yukarıda oluşturulan maddeler bizim mutlak şiddete neden olan başlıklarımız olmasa da genel düşünüldüğünde ortaya çıkan nedenlerin en sade hali bu 5 madde içerisinde bahsedilebilmektedir (TBMM, 2013: 169).

2.6.3. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Türleri, Şiddetin Uygulayıcıları ve Muhtemel Etkileri

Sağlık çalışanları kendi arasında, sağlık çalışanları ile hasta / hasta yakınları arasında, sağlık çalışanları ile üçüncü şahıslar arasında, sağlık çalışanları ile hasta veya hasta yakınları ya da üçüncü şahıslar arasında, hasta veya hasta yakınları ile hasta veya hasta yakınları arasında, üçüncü şahıslar ile üçüncü şahıslar arasında, hasta veya hasta yakınları ile üçüncü şahıslar arasında şiddet açığa çıktığında uygulayıcılarının bu ikililerden birisi olduğu belirtilebilmektedir (Coşkun Us ve Erdem, 2018: 19).

Sağlık çalışanları mesai saatleri içerisinde iş akışlarını gerçekleştirirken yukarıda belirtilen herhangi bir şiddet uygulayıcısı tarafından maruz kaldığı çeşitli şiddet türleri ile karşılaşmaktadır. Günümüzde en çok sözel ve fiziksel şiddet ile karşı karşıya kalan sağlık çalışanları bunları takiben psikolojik, cinsel, ekonomik ve mobbing gibi diğer türleriyle de baş etmek zorunda kalmaktadır (Pınar ve Pınar, 2013: 316).

Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalmaları sadece bireysel sonuçlar doğuracağı düşünülmemelidir. Şiddet sonucu hem bireysel, hem kurumsal, hem de toplumsal olarak bazı sorunları ortaya çıkarabilmektedir. Bireysel açıdan bakıldığında sağlık çalışanı şiddet sonra yaralanma, motivasyon eksikliği, özgüven kaybı gibi sonuçlarla karşı karşıya kalırken, kurumsal olarak ise çalışan kaybeden kurumda hizmette aksaklıklar ve iş gücü kaybı olmaya başlamaktadır (Coşkun Us ve Erdem, 2018: 21).

2.6.4. Sağlık Kurumlarında Sağlık Personeline Yönelik Şiddetin Engellenmesi ve Şiddet Yönetimi

Ülkemizde sağlık kurumlarında şiddet vakalarına sık rastlanmaya başlanması sonucu hastanelerde bazı yeni uygulamalar geliştirilmiştir. Bunlar şu şekilde ifade edilmektedir;

- Acil sinyal, alarm ve izleme sistemlerini geliştirilmesi
- Metal dedektör gibi güvenlik aygıtlarının kullanılması suretiyle silahlı kişilerin kuruma girişlerinin önlenmesi
- Koridorların iyi aydınlatılması ve kameralar gibi diğer güvenlik araçlarının kurulması
- Geceleri park alanlarında güvenlik görevlisi desteğinin sağlanması
- Bekleme alanları hasta ve ziyaretçilerin bekleme durumuna göre düzenlenmesi
- Triyaj ve diğer alanlarda çalışanlara yönelik saldırıları en aza indirmek için; çalışana tuvalet ve acil çıkış imkanlarının sağlanması, danışma birimlerini kurşun geçirmez cam ile çevrelenmesi, alanlarda kullanılan mobilya ve diğer malzemelerin gerektiğinde silah olarak kullanılmasına olanak verilmemesine yönelik önlemlerin alınmasıdır (Devebakan, 2018: 91).

Yukarıda maddeler halinde belirtilmiş olan şiddetin önlenmesi amacıyla sıralanmış önlemler ancak yönetsel seviyede bir kontrol mekanizması ile başarılı olacaktır. Sağlık İşletmesi Yöneticilerinin iş yerinde şiddetin önlenmesine yönelik aşağıda belirtilen bazı kontrolleri yapması daha etkin uygulama önlemleri sağlamaktadır. Bunlar;

- Hastaların bekleme sürelerini en aza indirmek için ek çalışan desteğinin verilmesi
- Sağlık işletmesine girişinin kısıtlanması amacıyla yönelik kart sisteminin uygulanması
- Personele yönelik bir tehdit olması durumunda güvenlik çalışanına acil kodlu ileti giden bir sistemin oluşturulmasıdır (A.g.e.: 91).

Sağlık kurumlarında şiddetin çok sık rastlanıldığı birimler acil servis, psikiyatri poliklinikleri, yoğun bakım olurken buna ek olarak ölümlerle sonuçlanan sağlık sorunlarının, hasta yakınlarına haber verirken meydana gelen şiddet her geçen gün artış göstermektedir. Dünyanın her yerinde şiddetle karşılaşma olasılığının yüksek olduğu sağlık kurumlarında türlü önlemler zincirine iletişim de eklenmektedir. Sağlık çalışanlarının, hasta ve hasta yakınlarının endişe, korku ortamlarında yaklaşım tarzlarının tutarlı ve insancıl olması gerekmektedir. Bu yüzden iletişim eğitimi burada büyük öneme sahip olmaktadır (Duğan ve Arslan, 2015: 79).

2.6.5. Yasal Düzenlemeler

İnsanoğlunun yaratılışından günümüze suç ve şiddet kavramları sürekli iç içe geçmiş durumdadır. Fakat ikisinin de son bulması mümkün olmadığı için şiddete başvuran bir suçluya yasal yollarla karşılık verilerek bu eylemlerin azalabileceği düşünülmektedir.

6 Nisan 2011 tarihli ve 27897 sayılı resmi gazetede hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliklerini sağlamak amacı ile 12 maddelik bir genelge yayımlanmıştır bu genelgenin 7. maddesinde çalışan güvenliği uygulamaları hakkında bilgi verilmiştir. “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” doğrultusunda sağlık çalışanlarının güvenliğine yönelik düzenlemeler doğrultusunda 14.05.2012 tarihinde Sağlık Bakanlığı tarafından çalışmalar başlatılmıştır.

Bu genelgede “Sağlık çalışanın güvenli yüksek motivasyonla çalışmasının sağlanması amacıyla sağlık çalışanlarının güvenliğine yönelik olarak alınması gereken tedbirler açıklanmış ve sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerden dolayı çalışana karşı işlenen suçlar sebebiyle yapılacak vaka bildirimlerinde yer bakımından hiçbir ayrıma gidilmeyecek ve kamu veya özel bütün sağlık kuruluşlarında gerçekleşen

vakaların tamamı, ‘<http://www.beyazkod.saglik.gov.tr>’ adresine veya ‘113’ numaralı telefona bildirilecektir.” ibaresi kullanılmıştır (Doğanay, 2014: 138).

2.7. BEYAZ KOD

Tüm dünya da olduğu gibi ülkemizde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet karşısında önlem amaçlı geliştirilen yöntemler arasında renkli kodlar yöntemi yer almaktadır. Bu yöntem 3 farklı renk kod sisteminden oluşmaktadır. Bu kodların amacı sağlık çalışanlarının herhangi bir şiddet vakası ile karşı karşıya kalınması sonucu diğer birimler arasında ortak bir dil oluşturarak acil müdahalede bulunulması amaçlanmaktadır. Türkiye’de Hizmet Kalite Standartları kapsamında 2008 yılında mavi kod, 2009 yılında pembe kod, 2011 yılı Temmuz ayında ise beyaz kod sistemi uygulanmaya koyulmuştur (Akca, Yılmaz ve Işık, 2014: 3).

Mavi kod; acil bir durum karşısında bütün dünyada aynı rengin kullanıldığı tek renkli kod olma özelliğini taşımaktadır. Bu kod görevli bir çalışan tarafından, bir hastanın kalbinin durması sonucunda hastaya müdahaleyi hızlandırmaktadır (İncesu, 2018: 28). Pembe kod; hastane servislerinde tedavi amaçlı bulunan çocuk ve bebek hastaların kaçırılması veya kaçılmasına teşebbüs edilmesi durumlarında hastane yönetimleri tarafından kurulan sistemle uygulanan bir acil durum kodu olmaktadır (Devebakan, 2018: 93). Beyaz kod; kamu-özel-vakıf ayrımı yapılmaksızın hastanede sağlık çalışanı olarak görev yapan bireyin olası bir şiddet olayı ile karşılaşması durumunda şiddeti önlemek amacıyla kullanılan renkli kod yöntemidir (Akca, Yılmaz ve Işık, 2014: 3). Bu kod yöntemlerinin etkin bir şekilde kullanılması sistemin iyi dizayn edilmesi ve bu kod uygulamasını kullanacak olan çalışana gerekli eğitimlerin verilmesi gerekmektedir (Ünsal, Atan ve Dönmez, 2011: 77).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİ VE SIRALI LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİ

3.1. LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİ

Günümüzde ortaya çıkan problemler sebep-sonuç ilişkileri kurularak, bilimsel araştırmalarda incelenmek üzere bir model haline getirilmeye çalışılmaktadır. Bu kurulmak istenen modeller doğrultusunda ortaya çıkan sonuçlar bağımlı değişken olarak adlandırılmaktadır. Bağımlı değişken üzerinde belirli etkilere sahip bir veya birden fazla parametrenin oluşturduğu topluluk ise bağımsız değişken olarak ifade edilmektedir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2016: 49).

Birden fazla değişkene sahip bir modelde bağımlı değişkenin nominal ölçekli bir değişken olması, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin belirgin şekilde ortada olmasına rağmen, tahmin edilen varyansların minimum olmalarından bahsedilememektedir. Bu durum en küçük kareler tekniğiyle tahmin edilen sonuçların yetersiz kalmasına neden olabilmektedir. Bunun temel sebebi, bağımlı değişkenin normal dağılıma sahip olması durumunda en küçük kareler tekniğinin varsayımını karşıladığı kabul edilmektedir (Kalaycı, 2017: 273).

Çok değişkenli istatistiksel yöntemleri test etmek amacıyla kullanılmakta olan SPSS programında yer alan lojistik regresyon analizi, birimlerin oluşturduğu gruplar arasındaki ilişkileri ortaya çıkararak yorumlanmasına yardımcı olmak ve kategorik değişkenlerin test edilmesini sağlamak amacıyla kullanılan bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. Bağımsız değişkenlerin kategorik veya sürekli olmasına (Pallant, 2007: 166) ek olarak bağımlı değişkenin veya değişkenlerin kategorik olarak ortaya çıktığı durumlarda lojistik regresyon analizi kullanılmaktadır (Gamgam ve Altunkaynak, 2017: 269).

Çoklu regresyon analizlerinin dağılımsal tahmin yapma zorunlulukları söz konusu iken, bu durum lojistik regresyon analizinde değişiklik göstermektedir. Lojistik regresyon analizinde negatif tahmini olasılıklar yapılamamaktadır (Fidell ve Tabachnick, 2015: 439).

Lojistik regresyon analizinin son yıllarda çok başvurulan bir yöntem olmasını sağlayan etmenler; değişken türü ve dağılım varsayımlarının nadir olması, elde edilen sonuçların açıklayıcı bir şekilde yorumlanabilmesi bu tekniğin sık kullanılan bir analiz haline gelmesine neden olarak gösterilmektedir (Alpar, 2017: 591).

3.2. LOJİSTİK REGRESYON MODELİNİN VARSAYIMLARI

Lojistik regresyon analizi, bazı işlemleri oluşturmaya yönelik yardımcı bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Örnek olarak sınıflandırma ve sıralama işlemlerinde kullanılabilir. Süreklilik ve normal dağılım gibi ön koşullar aranmamaktadır.

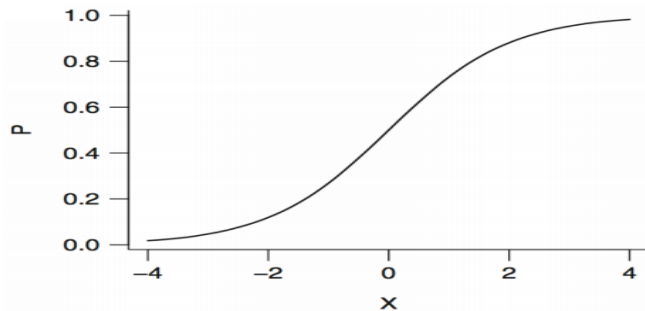
Lojistik regresyon analizinde amaç, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin matematiksel bir kalıba konularak analiz yapılmak istenmesi olarak ifade edilmektedir. Bu yönüyle basit ve çoklu regresyon modellerinde de kullanılabilir.

Lojistik regresyon analizinin üzerinde çalışması planlanan veri setlerinde bağımlı değişkenin normal dağılıma sahip olması, bağımsız değişkenlerin ise normal dağılıma sahip veri veya veri setlerinden oluşması, hata varyansının $\varepsilon \cong N(0, \sigma^2)$ parametrelili normal dağılıma sahip olması gerekmektedir (Özdamar, 1999: 475).

3.3. LOJİSTİK REGRESYON MODELİNİN ELDE EDİLMESİ

Çolak (2002)'a göre lojistik regresyon analizinde, bağımsız değişkenlere göre bağımlı değişkenin sınıflandırılmasında beklenen değerler olasılık olarak elde edilmektedir. Buna bağlı olarak, parametre değerlerinin tahmininde lojistik bir model kullanarak doğrusal bir model elde edilebilir.

Şekil 3.1: Lojistik Regresyon Modelinde Bağımlı ve Bağımsız Değişken Arasındaki İlişki



Kaynak: Korkmaz, 2018: 4.

Şekil 3.1’de belirtilen lojistik fonksiyon için model;

$$P(y) = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 X_1}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 X_1}} = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_0 + \beta_1 X_1)}} \text{ şeklinde ifade edilmektedir. Formül esas}$$

alındığında ulaşılmak istenilen sonucun ilişkinin doğrusal hale gelebilmesi için logaritmik dönüşüm yoluna başvurulabildiğini ifade edilmektedir. Bu dönüşümdeki asıl amaç doğrusal bir ilişkiye sahip olmayan bir yapıyı doğrusal hale getirerek incelemesini esas almaktadır. Başka bir deyişle bu dönüşüm “lojit” dönüşüm olduğundan yöntem “lojistik regresyon” olarak ifade edilmektedir (Gamgam ve Altunkaynak, 2017: 270).

Doğrusal model;

$$\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 \dots \dots + \beta_k X_k \quad (3.1)$$

şeklinde ifade edilmektedir. Bu modele gözlenmek istenilen olasılığın lojit (P) değerini eşitlendiğinde;

$$\text{Logit}(P) = \ln\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 \dots \dots + \beta_k X_k \quad (3.2)$$

eşitliği elde edilmektedir. Elde edilen bu eşitlik sonrası ortaya çıkan sonuç bağımlı değişkenin beklenen değerini veren ve parametre tahminlerinde kullanılan eşitliklerin, basit ve çoklu regresyon modellerinde kullanılan eşitliklere benzerliklerinden söz edilebilmektedir. Bunun temel sebebi ise, $E(Y/X_1, X_2, \dots, X_k)$ değeri ile $\text{Logit}(P)$ değeri negatif ve pozitif sonsuz değerler almaktadır (Feinstein, 1996: 297-318). Bu eşitlikten beklenen olasılık 3.3’de;

$$P = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 X_1}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 X_1}} \quad (3.3)$$

şeklinde ifade edilmektedir. Buradan elde edilen bu eşitlik lojistik regresyon modeli olarak adlandırılmaktadır (Gamgam ve Altunkaynak, 2017: 271).

Burada;

P: İncelenen bir olayla karşılaşılma olasılığını,

β_0 : Açıklayıcı değişkenler sıfır değerini aldığı anda açıklanan değişkenin değerini,

$\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_k$: Açıklayıcı değişkenlerin regresyon katsayılarını,

X_1, X_2, \dots, X_k : Açıklayıcı değişkenleri,

k: Açıklayıcı değişken sayısını,

$e = 2,718281828$ sayısı ifade edilmektedir (Feinstein, 1996: 325-330).

ODDS DEĞERİ: Araştırmaya konu olan herhangi bir olayın gerçekleşme olasılığının (p) gerçekleşmeme olasılığına (1-p) oranı olarak adlandırılmaktadır. Odds = $p/(1 - p)$ şeklinde ifade edilmektedir (Alpar, 2017: 597).

ODDS ORANI: Sürekli değişkenler söz konusu olduğunda, oranları oluşturacak doğal bir temel grubun olmaması ve daha sade bir yorumlama sahip özellik içermektedir. Odds oranı, iki odds değerinin birbirlerine olan oranlarını ifade etmektedir. Buradan yola çıkarak yorum yapılırken bir oran varlığının yerine çarpımsal bir etki alanı oluşturulmaktadır. Örneğin, oy kullanma oranlarının gelir seviyesine göre nasıl değiştiğini araştırdığı varsayılmaktadır. $x + 1$ değerine sahip bir kişi için, x değerine sahip bir kişiye oy kullanma şansı oluşturulduğunda; $\frac{\exp\{\hat{B}_1(x+1)\}}{\exp(\hat{B}_1x)} = \exp\{\hat{B}_1(1)\} = 1.01$ çıkmaktadır.

Bu örnekten yola çıkarak orandaki yüzde, değişim yönünden belirtilebilmektedir. Yukarıdaki örnekte gelirdeki bir birimlik değişiklik oy kullanma oranını %1 oranında artış yönünde etki ettiği görülmektedir (Powers ve Xie, 2000: 76).

3.4. İKİLİ (BİNARY) LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİ

Doğrusal regresyon analizi, bağımlı değişkende sürekli meydana gelen durumların etkilerini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır (Gamgam ve Altunkaynak, 2017: 269). Bu yöntemde tahmin edilen olasılık değerlerinin 0-1 sınırları arasında yer almaması, düşük belirlilik katsayısı değerine ulaşılması, hataların normal dağılım göstermemesi, değişen varyans gibi sorunlara yol açmaktadır (Kalaycı, 2018: 273). Fakat günümüz dünyasındaki problemlerin etkileri incelenirken bağımlı değişkenin kategorik olarak incelendiği birçok durum bulunmaktadır. Bu kategorik durumlar lojistik regresyon analizi ile incelenmektedir. Bağımlı değişken kategorisinin iki değer aldığı durumlarda ise ikili lojistik regresyon analizi uygulanmaktadır (Gamgam ve Altunkaynak, 2017: 269).

Bağımlı değişken kodlama yöntemi yardımıyla genellikle yokluk durumunu sıfır (0), varlık durumunu bir (1) kodunu kullanarak atama yapmaktadır. Bağımsız

değişkenin türü ile ilgili bir sınırlandırma söz konusu olmamaktadır. Bağımsız değişken sürekli, kesikli veya sıralanabilir nitelikte olabilmektedir. Lojistik regresyon analizi bağımlı değişkenin kesin değerinin bulunması ile ilgilenmemektedir. Söz konusu bağımlı değişkenin 1 değeri alması olasılığını tahmin etmeye çalışmaktadır. Bir olasılık değeri elde edileceği için bu sonuç 0 ile 1 arasında bir değer olmak zorundadır (Alpar, 2017: 599). İkili lojistik regresyon analizi eşitlik 3.4'teki formülle ifade edilmektedir (Gamgam ve Altunkaynak, 2017: 271).

$$P(y) = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_k X_k}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_k X_k}} \quad (3.4)$$

3.5. ÇOKLU LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİ

İkili lojistik regresyon analizine genel olarak baktığımızda bağımlı değişkenin sadece iki durumu üzerinden bir yorumlama gerçekleştirilmektedir. Bağımlı değişkenin ikiden daha fazla kategoriye ayrılması sonucunda analiz tekniği “Çoklu Lojistik Regresyon Analizi” olarak isimlendirilmektedir. Bu teknikte bağımlı değişken için kategori sayısında herhangi bir kısıtlama ve doğal bir sıralama bulunmamaktadır. Bağımlı değişkenin kategorik durumları bağımsız değişkenler ile nasıl ilişkili olduğunu test edilebilmektedir (Chatterjee ve Hadi, 2012: 347). Çoklu regresyon analizi eşitlik 3.5'teki formülle ifade edilmektedir (Alpar, 2017: 611).

$$\pi(x) = P(Y = 1|x) = \frac{e^{(\beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_p x_p)}}{1 + e^{(\beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_p x_p)}} \quad (3.5)$$

Çoklu lojistik regresyon modelinde bağımlı değişkenin odds oranı türünden ifadesi $\frac{\pi(x)}{1-\pi(x)} = e^{(\beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_p x_p)}$ formüllü ile tanımlanmaktadır. Odds'un doğal logaritması alınarak lojit dönüşüm yapılmaktadır. Bu dönüşüm Lojit $\pi(x) = \ln\left(\frac{\pi(x)}{1-\pi(x)}\right)$ şeklinde gösterilmektedir. Odds'un doğal logaritması alındığında model doğrusal modele 3.6'daki formülle dönüştürülmektedir (A.g.e.: 611).

$$g(x) = \ln\left(\frac{\pi(x)}{1-\pi(x)}\right) = (\beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_p x_p) \quad (3.6)$$

3.6. SIRALI LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİ

Regresyon tekniklerinin diğer tekniklerden üstün yanı olarak bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkilerini ve aralarındaki ilişkileri belirlenmesinde etkin bir rol oynadığı gösterilmektedir. Bağımlı değişkenin sıralı kategorik şekilde ifade edildiği çalışmalarda, doğrusal ve lojistik regresyon tekniklerinin daha sık kullanılan bir analiz olmasına rağmen tek alternatif sıralı lojistik regresyon analizi olmaktadır (Ayhan, 2006: 21).

Sıralı lojistik regresyon analizinde bağımlı değişken ikiden daha fazla kategoriden oluşmaktadır ve kendi aralarında hiyerarşik bir düzene göre sıralanmaktadır (Akın ve Şentürk, 2012: 184). Bağımsız değişkenlerin sürekli olması uygun görülmektedir. Fakat bağımsız değişkenlerin kategorik veya sürekli olmasıyla ilgili kesin bir kural bulunmamaktadır (Ayhan, 2006: 21).

Olası birbiriyle çelişkili faktörlerin kontrol edilmesi gerektiğinde veya yalnızca birkaç faktörün dikkate alınmasının gerekli olduğu durumlarda kullanılan bir yöntem olmaktadır (Siqueira, vd., 2008: 583).

Bağımlı değişkenin sahip olduğu çok yakın kategoriler arasında bulunan gerçek aralıklar saptanamadığı ve kategorilerin en düşükten en yükseğe doğru sıralandığı bilinmektedir. Eşit aralığa sahip olmayan sıralı kategorilerde bağımlı değişken ile bağımsız değişken arasındaki ilişkinin belirlenmesi söz konusu olduğunda en iyi yöntem “Sıralı lojistik regresyon yöntemi” olduğu ifade edilmektedir (Long ve Freese, 2001: 137). Sıralı lojistik regresyon modelinin başlıca özellikleri aşağıda sıralanmaktadır.

- Bağımsız değişkenlerin sıralı kategorik bağımlı değişken üzerindeki etkisini açıklamak için bağlantı fonksiyonu kullanarak, aynı zamanda normallik ve sabit varyans varsayımlarını şart koşmamaktadır (Ayhan, 2006: 22)
- Söz konusu olan bağımlı değişken, gözlemlenmemiş sürekli gizli (latent) bir değişken olarak tekrar düzenlenebilir sıralı ve gruplanmış bir kategorik değişkendir. Fakat sıralı değişkenin sahip olduğu kategorilerin eşit aralıklara sahip şekilde ayrılıp ayrılmadığı kesin olmamaktadır (Şerbetçi ve Özçomak, 2012: 93).

- Chen ve Hughes (2004)'e göre β tahminlerinin, bağlantı fonksiyonu kullanılarak her bir kesme noktasında aynı olduğu ifade edilmektedir. Sıralı lojistik regresyon yöntemi kullanılarak sıralı kategorik bağımlı değişken ile bağımsız değişken arasındaki ilişkinin, bağımlı değişkenin kategorisinden bağımsız olduğunu ileri sürmektedir.

Sıralı lojistik regresyon analizinde “J-1” tane model tanımlanmaktadır. Bu kavram paralellik varsayımını oluşturmaktadır. Bu ifade β parametresinin farklı kesme noktaları ve farklı kategorileri için değişiklik göstermemekte ve modeller arasında paralellik sınavına gidilmesini gerektirmektedir. Bu varsayım sıralı lojistik regresyon analizinin en belirgin özelliklerinden biri olmaktadır (Akın ve Şentürk, 2012: 184).

3.6.1. Sıralı Değişkenler İçin Gizli (Latent) Değişken Modeli

Gözlenebilir sıralı kategorik bağımlı değişkenin (Y) altında $-\infty$ ve $+\infty$ arasında değerler alabilen gözlemlenemeyen gizli bir değişkenin (Y^*) olduğunu ileri sürülmektedir. Gizli Y^* değişkeniyle ilgili bilginin Y kategorik bağımlı değişkeni tarafından sağlandığı düşünülmektedir. Gözlemlenebilen Y bağımlı değişkeni genel olarak eşitlik 3.7'deki gibi gösterilmektedir (Long ve Freese, 2001: 138).

$$Y_i = m \text{ olduğunda } m=1,2,\dots,j \text{ için } \tau_{m-1} \leq Y_i^* < \tau_m \quad (3.7)$$

Formülde (3.7) yer alan “m” değeri bağımlı değişken kategorisinin sayısını ifade etmektedir. Yine formülde yer alan τ 'lar “kesme noktaları” veya “eşik değerleri” olarak tanımlanmaktadır. Ancak uç kategoriler için (1 ve j) eşik değeri açık uçlu olarak tanımlanmaktadır.

Sıralı lojistik regresyon modelinde ölçüm modelini açıklamak için bir örnek uygulanmaktadır. Bu örnek doğrultusunda araştırmaya konu olan kişilerden aşağıdaki ifadeye yanıt vermeleri istenmektedir:

Çalışan bir annenin çalışmayan bir anneye göre çocuğu ile daha samimi, içten, sıcak ve güvenli bir ilişki kurması beklenmektedir.

Yukarıdaki ifadeye ilişkin olarak olası cevaplar şunlardır: 1 = Kesinlikle katılmıyorum, 2 = Katılmıyorum, 3 = Katılıyorum, 4 = Kesinlikle katılıyorum

şeklinde. Burada ki sürekli gizli değişken, çalışmayı kabul etme eğilimi olarak düşünülmektedir.

Y^* gizli değişkeni, bağımsız değişkenler ve hata terimi ile açıklanmaktadır. Genel olarak eşitlik 3.8'deki gibi ifade edilmektedir.

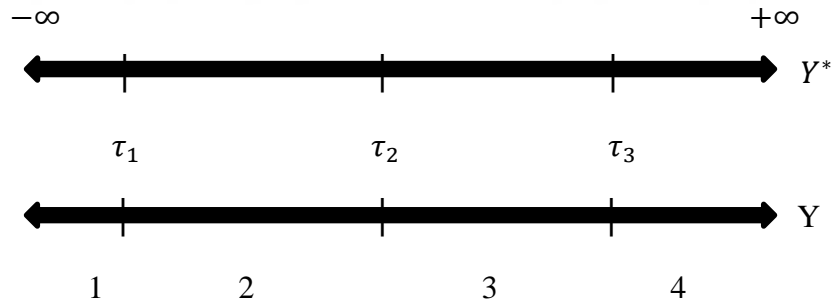
$$Y_i^* = \beta x_i + \varepsilon_i \quad (3.8)$$

Burada ifade edilen gözlenemeyen gizli Y^* değişkeni ile sıralı kategorik değişken arasındaki ilişki aşağıda belirtildiği gibi ifade edilmektedir.

$$Y_i = \begin{cases} 1 \rightarrow K. Katılmıyorum & \tau_0 = -\infty \leq Y_i^* < \tau_1 \text{ ise} \\ 2 \rightarrow Katılmıyorum & \tau_1 \leq Y_i^* < \tau_2 \text{ ise} \\ 3 \rightarrow Katılıyorum & \tau_2 \leq Y_i^* < \tau_3 \text{ ise} \\ 4 \rightarrow K. Katılıyorum & \tau_3 \leq Y_i^* < \tau_4 = \infty \end{cases}$$

Böylece gizli bir Y kesme noktasında geçtiğinde gözlenen kategori değişime uğramaktadır. Aşağıdaki Şekil 3.2'de bu değişim ifade edilmektedir (A.g.e.: 138-139).

Şekil 3.2: Gizli Değişkenden Elde Edilmiş Olan Gözlemlenmemiş Kategoriler



Kaynak: Ayhan, 2006: 24.

Yukarıdaki Şekil 3.2.'de ifade edildiği gibi τ_1, τ_2 ve τ_3 , Y değişkenini Y^* değişkenine bağlayan eşik değerleri katsayıları olduğu göstermektedir. Elde edilen eşik değerleri bağımlı değişken kategorilerine ait olan olasılık değerinin saptanmasında kullanılmaktadır. $\tau_0 = -\infty$ ve $\tau_4 = +\infty$ olduğu için model oluşum aşamasında yalnızca 3 eşik değeri hesaplanmaktadır. Üç eşik değeri, bağımlı değişkenin kategori sayısının 4 olmasına bağlı olmaktadır. Sıralı lojistik regresyon modelinde eşik değeri sayısı, bağımlı değişkene ait kategori sayısından bir eksik olmaktadır.

3.6.2. Dağılımsal Varsayımlar

McCullagh (1980)'e göre gizli değişkene ait regresyon denkleminin belirlenmesinde en çok olabilirlik tekniği tercih edilmektedir. Hata terimlerinin dağılımının spesifik bir biçimde belirlenerek en çok olabilirlik yönteminin kullanılabilir hale getirilmesi gerekmektedir. Modelde hata terimlerinin normal veya lojistik olarak dağıldığı üzerinde durulmaktadır.

En çok kullanılan sıralı probit ve logit modellerinin dağılımsal varsayımları üzerinde durulmaktadır. Öncelikle probit model için, u hata terimi 0 ortalama ve 1 varyans ile normal dağılmaktadır. Olasılık yoğunluk fonksiyonu ve birikimli dağılım fonksiyonu sırasıyla 3.9 ve 3.10'da yer alan formüllerde belirtilmektedir (Ayhan, 2006: 24-26).

$$f(u) = \frac{1}{\sqrt{2\pi}} \exp\left(-\frac{u^2}{2}\right) \quad (3.9)$$

$$F(u) = \int_{-\infty}^u \frac{1}{\sqrt{2\pi}} \exp\left(-\frac{t^2}{2}\right) dt \quad (3.10)$$

Sıralı lojit model için, u hata terimi 0 ortalama ve $\frac{\pi^2}{3}$ varyansı ile lojistik dağılır. Olasılık yoğunluk fonksiyonu ve birikimli dağılım fonksiyonu sırasıyla 3.11 ve 3.12'de belirtilmektedir.

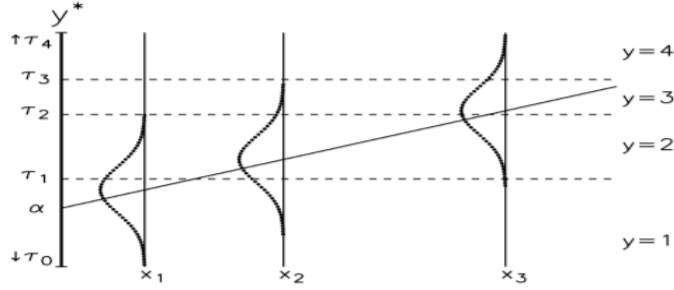
$$f(u) = \frac{\exp(u)}{[1+\exp(u)]^2} \quad (3.11)$$

$$F(u) = \frac{\exp(u)}{1+\exp(u)} \quad (3.12)$$

3.6.3. Gözlemlenmiş Kategorilerin Olasılıklarının Elde Edilmesi

Hata terimlerinin dağılımının saptanmasının ardından bağımsız değişkene bağlı olarak bağımlı değişkenin gözlemlenmiş değerlerinin olasılıkları hesaplanmaktadır. Hatalar $E(Y^*|X) = \alpha + \beta x$ regresyon doğrusu etrafında lojistik ya da normal dağılım göstermektedir. “m” kategorisinin olasılığı τ_{m-1} ve τ_m kesim noktaları arasındaki alana denk gelmektedir (A.g.e.: 26-27).

Şekil 3.3: Tek Bir Bağımsız Değişken ile Sıralı Lojistik Regresyon Modelinde Gözlenen Y ve Gizli Y^* Arasındaki İlişkinin Gösterimi



Kaynak: Long ve Freese, 2001: 139.

Tek bir bağımsız değişken için verilen yapısal model, ölçüm modeli için kesme noktaları yukarıda belirtilmektedir ve şekil 3.3. $Y^* = \alpha + \beta x + \varepsilon$ olarak ifade edilmektedir. Bu şekil ikili lojistik regresyon modeline benzemektedir. Ancak τ_1, τ_2 ve τ_3 noktalarını temsil eden üç yatay çizgi bulunmaktadır. Bu üç kesme noktası grafiğin sağ tarafında etkilenmiş olan dört Y seviyesine etki etmektedir.

Belirli bir değer için gözlenen bir sonucun olasılığı, bir çift kesme noktası arasındaki eğrinin altındaki alanı artırmaktadır. Örneğin, τ 'lerin verilen değerleri için $Y = m$ gözleme olasılığı, dağılımın Y 'nin τ_{m-1} ve τ_m arasında olduğu bölgeye karşılık geldiği görülmektedir (Long ve Freese, 2001: 139).

Kategorik bağımlı değişkenin birinci kategorisi incelenmek istendiğinde; $Y = 1$ olarak gözlemlenmekte ise, Y^* değişkeni $\tau_0 = -\infty$ ve τ_1 arasında bir değer almaktadır. $Y = 1$ 'in olasılık değeri 3.13'de yer alan matematiksel formdaki gibi gösterilmektedir.

$$Pr(Y_i = 1 | x_i) = Pr(\tau_0 \leq Y_i^* < \tau_1 | x_i) \quad (3.13)$$

Bu modelde $Y^* = \beta_0 + \beta x + u = \beta'x + u$ yerine koyduğumuzda 3.14 elde edilmektedir.

$$Pr(Y_i = 1 | x_i) = Pr(\tau_0 \leq \beta'x_i + u_i < \tau_1 | x_i) \quad (3.14)$$

Buradan, $\beta'x$ 'i eşitsizliğinden dışarı çıkardığımızda 3.15 elde edilmektedir.

$$Pr(Y_i = 1 | x_i) = Pr(\tau_0 - \beta'x_i \leq u_i < \tau_1 - \beta'x_i | x_i) \quad (3.15)$$

İki değer arasında bulunan rassal değişken olasılığı, bu değerlerdeki birikimli dağılım fonksiyonu değerleri arasındaki fark olmaktadır. Bundan dolayı 3.16'daki eşitlik elde edilmektedir.

$$\begin{aligned} Pr(Y_i = 1 | x_i) &= Pr(u_i < \tau_1 - \beta'x_i | x_i) - Pr(u_i \leq \tau_0 - \beta'x_i | x_i) \\ &= F(\tau_1 - \beta'x_i) - F(\tau_0 - \beta'x_i) \end{aligned} \quad (3.16)$$

Bu işlemler her bir kategorinin olasılığını elde etmek üzere genelleştirilirse 3.17'de bulunan genel matematiksel model elde edilmektedir. Herhangi bir "m" kategori ve "x" değeri için,

$$Pr(Y_i = m | x_i) = F(\tau_m - \beta'x_i) - F(\tau_{m-1} - \beta'x_i) \quad (3.17)$$

Yukarıda yer alan açıklamalarda uç kategoriler (1. ve j. Kategori) için birikimli olasılık değerlerinin hesaplanmadığı belirtilmektedir. Birinci kategori göz önüne alınarak birikimli olasılık değeri hesaplanırsa, $F(\tau_0 - \beta'x_i) = F(-\infty - \beta'x_i) = 0$ eşitliği elde edilmektedir. Bu eşitlikten yola çıkarak j. kategori için birikimli olasılık değeri hesaplanmak istenirse, $F(\tau_j - \beta'x_i) = F(\infty - \beta'x_i) = 1$ eşitliği elde edilmektedir. Böylece 4 kategorili bir bağımlı değişken için tüm olasılıklar 3.18'de belirtilen formül formunda yazılabilmektedir (Ayhan, 2006: 28).

$$\begin{aligned} Pr(Y_i = 1 | x_i) &= F(\tau_1 - \beta'x_i) \\ Pr(Y_i = 2 | x_i) &= F(\tau_2 - \beta'x_i) - F(\tau_1 - \beta'x_i) \\ Pr(Y_i = 3 | x_i) &= F(\tau_3 - \beta'x_i) - F(\tau_2 - \beta'x_i) \\ Pr(Y_i = 4 | x_i) &= 1 - F(\tau_3 - \beta'x_i) \end{aligned} \quad (3.18)$$

3.7. SIRALI LOJİSTİK REGRESYON MODELİNİN ELDE EDİLMESİ

McCullagh (1980) tarafından geliştirilmiş olan model, sıralı lojistik regresyon modeli olarak tanımlanmaktadır. Bu model gözlemlenebilir olan bir kategorik değişkene ait gözlemlenemeyen bir gizli değişkenin var olduğu varsayımını içermektedir.

Sıralı lojistik regresyon modeli genel olarak $link(Y_j) = \tau_j - \sum \beta'_k x_k$ şeklinde gösterilmektedir. Fakat bağımsız değişken veya değişkenler de kategorik özelliğe sahipse ve bağımlı değişkenin farklı kategorilerinde daha yüksek düzeyde yer alıyorsa 3.19'da yer alan formülde gösterilen genelleştirilmiş sıralı lojistik regresyon modeli uygulanmaktadır (Norusis, 2020: 83).

$$link(Y_j) = \frac{\tau_j - [\beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_k x_k]}{\exp(\theta_0 + \theta_1 z_1 + \theta_2 z_2 + \dots + \theta_i z_i)} \quad (3.19)$$

Burada, Y_j , “j.” kategori için birikimli olasılık değeri, τ_j j. kategorik eşit değerleri “ β ” regresyon katsayıları olmaktadır. “x” bağımsız değişkenleri ve “k” ise bağımsız değişken sayısı olarak ifade edilmektedir. β ve θ bilinmeyen yer ve ölçek parametreleri vektörü olarak tanımlanmaktadır. “ τ_j ” bilinmeyen kesme noktaları vektörü ve z_i ölçek parametreleri için bağımsız değişkenler olmaktadır (Ayhan, 2006: 30).

3.7.1. Bağlantı Fonksiyonları ve Özellikleri

Bağlantı fonksiyonu parametrelerde lineer bir modelin oluşturulmasında kullanılan olasılıkların fonksiyonları olarak tanımlanmaktadır. Aşağıdaki 3.20'de bulunan denklemin sol tarafı rastgele bileşenleri, sağ tarafı ise sistematik bileşenler arasındaki bağlantıyı göstermektedir.

$$\ln\left(\frac{prob(event)}{1-prob(event)}\right) = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_k x_k \quad (3.20)$$

Sıralı lojistik regresyon analizinde beş farklı bağlantı fonksiyonu bulunmaktadır. Bu bağlantı fonksiyonları tablo 3.1.'de gösterilmektedir. Tabloda yer alan “ γ ” sembolü olayın meydana gelme olasılığını temsil etmektedir. Sıralı lojistik regresyon analizinde bir olayın olma olasılığının birikimli olasılıklar tarafından yeniden tanımlandığının unutulmaması gerekmektedir.

Tablo 3.1: Bağlantı Fonksiyonları

| FONKSİYON | MODEL | UYGULAMA TİPİ |
|---------------------|---|---|
| Logit | $\ln\left(\frac{\gamma}{1-\gamma}\right)$ | Kategori olasılıklarının eşit dağıtıldıklarında kullanılmaktadır. |
| Tamamlayıcı Log-Log | $\ln(-\ln(1-\gamma))$ | Daha yüksek kategorilerde daha yüksek olasılık değerleri için kullanılmaktadır. |
| Negative Log-Log | $-\ln(-\ln(\gamma))$ | Daha düşük kategorilerde daha düşük olasılık değerleri için kullanılmaktadır. |
| Probit | $\Phi^{-1}(\gamma)$ | Normal dağılıma sahip gizli değişkenin varlığı durumunda kullanılmaktadır. |
| Cauchit | $\tan(\pi(\gamma - 0.5))$ | Birçok aşırı uç değerli kategori elde edilmesi durumunda kullanılmaktadır. |

Kaynak: Norusis, 2020: 83.

Gözlenen olasılıklar, bir altındaki kategorinin gözlenen oranının bulunduğu standart normal eğrinin değeri ile değiştirilebilmektedir. Birikimli olasılık değerlerindeki değişiklikler kademeli olarak gerçekleştiğinde probit ve logit modelleri kullanmak uygun seçimler olmaktadır. Fakat ani değişim gözleniyorsa diğer bağlantı işlevleri tercih edilmektedir. Birikimli olasılıklar ilk kategoriden itibaren oldukça yavaş bir şekilde artarak daha sonra son kategoriye doğru hızla yaklaşması, “tamamlayıcı log-log” bağlantı fonksiyonunun kullanılmasını gerektirmektedir. Bu olayın tam tersi yönde bir seyir izleniyorsa, “negatif log-log” bağlantı fonksiyon modeli tercih edilmektedir (Norusis, 2020: 83-84).

Tansel ve Güngör (2004)’e göre probit ve logit modeller genellikle benzer sonuçlar vermektedir. Bu yüzden sıralı lojistik regresyon modelinde genellikle bu iki model daha sık kullanılmaktadır. Fakat bu iki model arasında ayırt edici belirli farklar bulunmaktadır.

İki model arasında tercih yapılmasında en önemli faktör hata terimlerinin dağılımının nasıl gerçekleştiğine bağlı olması olarak gösterilmektedir. Logit fonksiyon kullanımının tercih edilmesi için çok sayıda gözlem değerinin dağılımın kuyruk kısmında toplanmış olması gerekmektedir. Probit fonksiyonunun kullanılması ise hata terimlerinin normal dağılım varsayımına uygun olması durumunda geçerli olmaktadır. Diğer bir farklılık ise probit fonksiyonda gizli bağımlı değişkenin sürekli bir değişken olduğu, logit fonksiyonda ise gizli bağımlı değişkenin kesikli bir değişken olduğu varsayımı kabul edilmektedir (Ayhan, 2006: 31).

3.7.2. Logit Bağlantı Fonksiyonu

Sıralı lojistik regresyon analizinde logit bağlantı fonksiyonunun kullanımının tercih edilmesindeki amaç elde edilen modelde hata terimlerinin lojistik dağıldığı varsayımını sağladığı için uygulandığı ifade edilmektedir. Logit fonksiyonun temel işlevi kategorik bağımlı değişkene ait en yüksek kategoriyi esas alarak logit modeller üretmeyi amaçlamaktadır. Örnek ile açıklamak istersek; üç kategorisi bulunan bir bağımlı değişkenin üçüncü kategorisi esas alınarak iki tane logit model üretilebilmektedir. İki kategori için paralel eğriler varsayımı test edilmektedir (A.g.e.: 32). Değerlerin sırasını göz önünde bulunduran sıralı logit model birikimli olarak 3.21'deki biçimde ifade edilmektedir (Emeç, 2002: 16).

$$\begin{aligned}
 \text{logit}(p_1) &= \log(p_1 / 1 - p_1) = \alpha_1 + \beta x \\
 \text{logit}(p_1 + p_2) &= \log(p_1 + p_2) / 1 - p_1 - p_2 = \alpha_2 + \beta x \\
 \text{logit}(p_1 + p_2 + \dots + p_k) &= \frac{\log(p_1 + p_2 + \dots + p_k)}{(1 - p_1 - p_2 - \dots - p_k)} = \alpha_k + \beta x
 \end{aligned}
 \tag{3.21}$$

Burada;

$$\begin{aligned}
 p_1 &= Pr(Y = 1) = \exp(\alpha_1 + \beta x) / (1 + \exp(\alpha_1 + \beta x)) \\
 p_1 + p_2 &= Pr(Y \leq 2) = \exp(\alpha_2 + \beta x) / (1 + \exp(\alpha_2 + \beta x)) \\
 &\cdot \\
 &\cdot \\
 p_1 + p_2 + \dots + p_k &= Pr(Y \leq k) = \exp(\alpha_k + \beta x) / (1 + \exp(\alpha_k + \beta x))
 \end{aligned}
 \tag{3.22}$$

Yukarıda (3.22) belirtilen “ p_i ” değeri bir olayın gerçekleşme olasılığı olarak ifade edilmektedir. Bir olayın ODDS değeri $\frac{p_i}{1-p_i}$ şeklinde hesaplanmaktadır. Bu eşitlik yardımıyla her bir kategoriye ait birikimli olasılık değerlerinin hesaplanması 3.23'te gösterilmektedir (Ayhan, 2006: 32).

$$p_1 = Pr(Y = 1) = \frac{\exp(\tau_1 - \beta'x)}{1 + \exp(\tau_1 - \beta'x)}$$

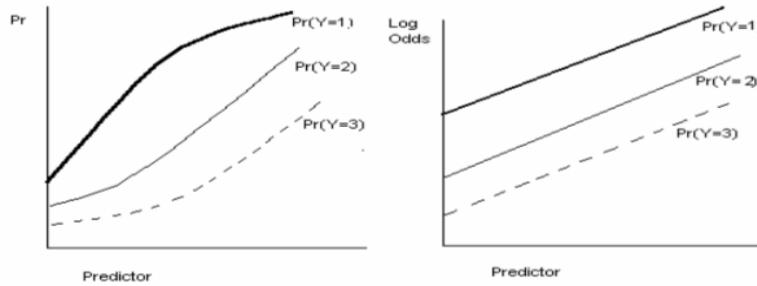
$$p_1 + p_2 = Pr(Y \leq 2) = \frac{\exp(\tau_2 - \beta'x)}{1 + \exp(\tau_2 - \beta'x)}$$

$$p_1 + p_2 + \dots + p_k = Pr(Y \leq k) = \frac{\exp(\tau_k - \beta'x)}{1 + \exp(\tau_k - \beta'x)}$$

(3.23)

Sıralı logit modeli oransal farklar modeli olarak da adlandırılmaktadır. Sıralı logit modellerin paralellik varsayımı kullandıkları ve en yüksek kategorinin esas alınması ile logit modeller oluşturulmaktadır. Aşağıdaki şekilde oransal farklar modeli biçimi paralellik varsayımı ışığında gösterilmektedir. Şekil 3.4'de 3. kategori esas alınmakta, 1. ve 2. kategorinin birbirine paralel olduğu görülmektedir (Emeç, 2002: 15).

Şekil 3.4: Oransal Farklar Modeli



Kaynak: Emeç, 2002: 15.

3.7.3. Probit Bağlantı Fonksiyonu

Probit fonksiyonun tercih edildiği modelde hata terimlerinin normal dağılıma sahip olduğu varsayımı kabul edilmektedir. Bu model gizli bir regresyon denklemi üzerine kurulmaktadır. Sıralı probit modelde gözlenen ve gizli bağımlı değişken arasında saptanan ilişkiyi açıklamaya yardımcı kesme noktalarının varlığından söz edilmektedir. Sıralı probit modelde birinci kategori için 3.24'teki formülde kategorilerin olasılık değerleri elde edilmektedir (Ayhan, 2006: 33).

$$\begin{aligned}
Pr(Y = 1) &= Pr\{\tau_0 < Y^* = \beta_0 + \sum \beta_i x_i + u \leq \tau_1 \\
&= Pr\{\tau_0 - \beta_0 - \sum \beta_i x_i < u \leq \tau_1 - \beta_0 - \sum \beta_i x_i \\
&= \int_{\tau_0 - \beta_0 - \sum \beta_i x_i}^{\tau_1 - \beta_0 - \sum \beta_i x_i} f(u) du
\end{aligned}
\tag{3.24}$$

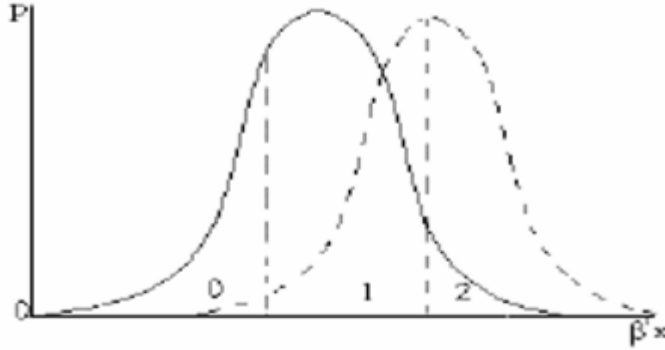
Tansel ve Güngör (2004)'e göre yukarıdaki formülde yer alan $f(u)$ ifadesi standart normal dağılım fonksiyonunu göstermektedir. Diğer kategorilere ait olasılıklar da benzer yöntemle hesaplanabilmektedir. Denklemden $\tau_0 = 0$ ve $-\beta_0 - \sum \beta_i x_i$ yerine $-\beta'x$ yazarsak 3.25'te ifade edildiği şekilde gösterilmektedir.

$$\begin{aligned}
Pr(Y_i = 1|x_i) &= F(\tau_1 - \beta'x_i) \\
Pr(Y_i = 2|x_i) &= F(\tau_2 - \beta'x_i) - F(\tau_1 - \beta'x_i) \\
&\cdot \\
&\cdot \\
&\cdot \\
Pr(Y_i = J|x_i) &= 1 - F(\tau_{j-1} - \beta'x_i)
\end{aligned}
\tag{3.25}$$

Bu eşitlik bir gözlemin j . kategoriye dahil olma olasılığını vermektedir. Bu denklemin bağımsız değişkenlere göre ayrı ayrı türevleri, bağımsız değişkenlerin bu elde edilen olasılık değerleri üzerindeki aykırı etkilerini göstermektedir. Bunun yanı sıra elde edilen bütün olasılıkların pozitif değerlere sahip olabilmesi için $0 < \tau_1 < \tau_2 < \dots < \tau_{j-1}$ şartının sağlanması gerekmektedir. Bu olasılık değerleri üzerinde bağımsız değişkenlerin aykırı etkileri genel bir ifadeyle ($m=1, 2, \dots, j$) 3.26'da yer alan eşitlikte gösterilmektedir.

$$\frac{\partial Pr(Y_i=m|x_i)}{\partial x_k} = \beta_k [f(\tau_m - x_i\beta) - f(\tau_{m-1} - x_i\beta)]
\tag{3.26}$$

Şekil 3.5: X'te Meydana Gelen Değişimlerin Tahmin Edilen Olasılıklar Üzerindeki Etkilerinin Grafiksiz Gösterimi



Kaynak: Ayhan, 2006: 34.

Şekil 3.5’de gösterimi bulunan kesiksiz eğri Y ve Y* değişkenlerinin olasılık dağılımları göstermektedir. Bağımsız değişkenlerin (X) aykırı etkileri ile β ’lar arasında farklılıklar bulunmaktadır. Bağımsız değişkenlerin aykırı etkileri β ve τ_j değerleri sabit kabul edildiğinde bağımsız değişkendeki artış şeklide ifade edildiği gibi eğriyi sağa doğru kaydırmaktadır. Eğer β katsayısının işareti pozitif ise eğri sağa, negatif ise eğride sola doğru bir kayma gözlemlenecektir (Ayhan, 2006: 34-35).

3.7.4. Tamamlayıcı Log Log (Clog Log) Bağlantı Fonsiyonu

McCullagh (1980)’a göre hazard fonksiyonu veya ani risk fonksiyonu olarak tanımlanan tamamlayıcı log-log bağlantı fonksiyonu $\lambda(t; x)$, veri setinin analizinde “t” zamanda meydana gelen ani başarısızlık olasılığını göstermektedir. Tek bağımsız değişkene sahip oransal risk modeli 3.27’de belirtilmektedir.

$$\lambda(t; x) = \lambda_0(t) \exp(-\beta^T x) \quad (3.27)$$

Bu eşitlikte $\lambda_0(t), x = 0$ iken risk fonksiyonu kabul edilirken, “ β ” bilinmeyen parametre vektörü olarak kabul edilmektedir. Bu durumda fonksiyon S(t; x), verilen x değişkeni için t zamandan sonra ortaya çıkan durumların olasılığını 3.28’de göstermektedir.

$$-\log\{S(t; x)\} = \Lambda_0(t) \exp(-\beta^T x) \quad (3.28)$$

Bu (3.28.) eşitlikte $\Lambda_0(t) = \int_0^t \lambda_0(s) ds$ şeklinde ifade edilmektedir. Bu eşitlikten dolayı x değişkeninin iki değeri için 3.29'daki eşitlikle ifade edilmektedir.

$$\frac{\log\{S(t; x_1)\}}{\log\{S(t; x_2)\}} = \exp\{\beta^T(x_2 - x_1)\} \quad (3.29)$$

Log fonksiyonuna ait oran, risk fonksiyonun oranına benzemekte $x_2 - x_1$ arasındaki farka bağlı olmaktadır. Tüm t zamanında sabit kabul edilmektedir. Kesikli veri için oransal risk modeli 3.30'da gösterilmektedir.

$$-\log\{1 - \gamma_j(x)\} = \exp(\tau_j - \beta^T x) \quad (3.30)$$

$1 - \gamma_j(x)$, tamamlayıcı olasılık veya verilen x değişken değeri için j . kategoriden sonraki kategorilerin olasılığı olarak tanımlanmaktadır. Doğrusal lojistik regresyon modeline uygun bir doğrusal yapı elde etmek için yukarıda yer alan eşitlik 3.31'deki ifadeyle yazılmaktadır.

$$\ln[-\ln\{1 - \gamma_i(x)\}] = \tau_j - \beta^T x \quad (3.31)$$

Yukarıda verilen (7.31.) eşitlikte yer alan doğrusallığa dönüşüm, tamamlayıcı log-log (clog log) dönüşümü olarak isimlendirilmektedir. Bağımlı değişkene ait iki kategori bulunuyorsa “ x ” bağımsız değişkeni sadece x_1 ve x_2 olmak üzere iki değer almaktadır. Buna karşılık gelen tamamlayıcı log log değerleri arasındaki fark sabit ve kategoriden bağımsız olmaktadır (Ayhan, 2006: 35-36).

3.8. MODEL PARAMETRELERİNİN TAHMİNİ

Doğrusal regresyon analizinde ilk aşamada yapılan parametre değerlerinin tahmin edilmesi işlemi sıralı lojistik regresyon modelinde de uygulanmaktadır. Ancak bu işlemi gerçekleştirirken iki model arasında bir fark bulunmaktadır. Klasik doğrusal regresyon analizinde parametre değerlerinin tahmini için belirlenmiş varsayımlar doğrultusunda en küçük kareler yöntemi uygulanırken, sıralı lojistik regresyon analizinde kategorik veriler için “en çok olabilirlik” yöntemi tercih edilmektedir (A.g.e.: 36).

3.8.1. En Çok Olabilirlik Tekniği

x_1, x_2, \dots, x_n gözlem değerlerine sahip bir örneklemin, olasılık fonksiyonu $f(x; \theta)$ olan bir anakütleden seçildiği varsayıldığında, “ θ ” tahmini yapılmak istenilen anakütkeye ait bilinmeyen bir değer olma özelliği taşımaktadır. Bütün gözlem değerleri birbirinden bağımsızdır ve her birinin olasılık fonksiyonu $f(x; \theta)$ şeklinde ifade edilmektedir. Bu gözlemlere ait olan bileşik olasılık fonksiyonu $f(x_1; \theta) * f(x_2; \theta) * \dots * f(x_n; \theta)$ şeklinde gösterilmektedir. Burada gösterilen olasılık fonksiyonu θ 'nın bir fonksiyonu olduğuna göre, $L(\theta; x_1, x_2, \dots, x_n)$ ve bu “L” fonksiyonu olabilirlik fonksiyonu olarak isimlendirilmektedir (A.g.e.: 37).

$$L(\theta; x_1, x_2, \dots, x_n) = \prod_{i=1}^n f(x_i; \theta) \quad (3.32)$$

Hesaplamaların daha kolay yapılabilmesi amacıyla olabilirlik fonksiyonun logaritması alınmaktadır. Logaritması hesaplanan fonksiyonun elde bulunan parametrelere göre türevi alınmaktadır. Türevi alınan bu değer sıfıra eşitlenerek sonuca ulaşılmaktadır. Formülde belirtildiği gibi olabilirlik fonksiyonunu maksimize eden θ 'nın kestirim değeri, en çok olabilirlik kestirimi olarak ifade edilmektedir. Sıralı lojistik regresyon modelinde ise bu parametreler β değerleri olarak tanımlanmaktadır (Bircan, 2004: 191).

3.8.2. En Çok Olabilirlik Tekniği İle Parametre Tahmini

İki kategorili bir bağımlı değişkenin sahip olduğu veri seti için doğrusal lojistik regresyon modelinin oluşturulmasında öncelikli olarak bilinmeyen $\beta_0, \beta_1, \dots, \beta_k$ parametreleri tahmin edilmektedir. Parametreler tahmin edilmeden model oluşturulamamaktadır. Modeli oluşturan veri seti için olabilirlik fonksiyonu 3.33'te gösterilmektedir.

$$L(\beta) = \prod_{i=1}^n \binom{n_i}{y_i} p_i^{y_i} (1 - p_i)^{n_i - y_i} \quad (3.33)$$

Olabilirlik fonksiyonu β 'nın bir fonksiyonu olarak görülmektedir. $L(\beta)$ 'yi en yüksek değere ulaştırarak β değerlerini elde etmek için olabilirlik fonksiyonunun logaritması 3.34'te gösterildiği gibi alınmaktadır.

$$\begin{aligned}
\ln L(\beta) &= \sum_i \left\{ \ln \binom{n_i}{y_i} + y_i \ln \left(\frac{p_i}{1-p_i} \right) + n_i \ln(1-p_i) \right\} \\
&= \sum_i \left\{ \ln \binom{n_i}{y_i} + y_i n_i - n_i \ln(1 + \right. \\
&\quad \left. e^{[\beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_k x_k]} \right\}
\end{aligned}
\tag{3.34}$$

Değeri bilinmeyen her β parametresine göre kısmi türevi alınan Ln olabirlik fonksiyonunun, elde edilen türevlerin sıfıra eşitlenmesi sonucunda değeri bilinmeyen β parametrelerine ilişkin $k+1$ sayıda doğrusal olmayan eşitlikler elde edilmektedir. Elde edilen bu eşitlikler her bir parametreye uygun şekilde sonuçlandırıldığında parametre değerleri elde edilmektedir. Tahmini yapılan regresyon modeli 3.35'te yer almaktadır. Elde edilen bu model doğrusal tahmin edici olarak isimlendirilmektedir (Fırat ve Onay, 1999: 264-265).

$$Y = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_k x_k \tag{3.35}$$

3.9. SIRALI LOJİSTİK REGRESYON MODELİNİN VARSAYIMI

Model oluşturulurken çeşitli bağlantı fonksiyonları gerekmektedir. Bunun nedeni sıralı lojistik regresyon modellerinde güçlü bir paralel eğriler varsayımını sağlamak için bağlantı fonksiyonları kullanılmaktadır. Uygun modelin belirlenebilmesi için paralel eğriler varsayımının sağlanması gerekmektedir (Ayhan, 2006: 39).

3.9.1. Paralel Eğriler Varsayımı

Belirlenen regresyon katsayılarının sıralı kategorik değişkenin tüm kategorilerinde eşit olduğu varsayım, paralel eğriler varsayımı olarak tanımlanmaktadır. Bu varsayımın daha iyi açıklanabilmesi için, m 'ye eşit veya daha düşük dereceli kategorilerin birikimli olasılık modelleri 3.36'da incelenmektedir.

$$Pr(Y \leq m | x) = F(\tau_m - \beta'x) \tag{3.36}$$

Birikimli olasılık ile ifade edilmek istenilen olay $\tau_m - \beta'x$ 'deki birikimli olasılık fonksiyon değeri olmaktadır. Yukarıda yer alan eşitlikte farklı kesme noktaları yardımıyla iki kategoriye sahip modellerin kümesi tanımlanmaktadır. Bunun sebebi β

değerlerinin bütün kategoriler için aynı olduğunun kabul edilmesidir. Bu durum 3.37'deki eşitlikte açıklandığı gibi ifade edilmektedir.

$$\tau_m - \beta x = (\tau_m - \beta_0) - \sum_{k=1}^K \beta_k x_k \quad (3.37)$$

- $y \leq 1$ için model, $\tau_1 - \beta_0$ kesme noktasıyla (3.38) olmaktadır.

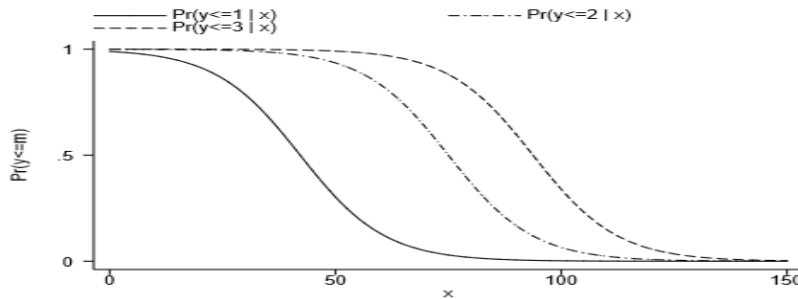
$$Pr(y \leq 1|x) = F\left((\tau_1 - \beta_0) - \sum_{k=1}^K \beta_k x_k\right) \quad (3.38)$$

- $y \leq 2$ için model için (3.39) olmaktadır.

$$Pr(y \leq 2|x) = F\left((\tau_2 - \beta_0) - \sum_{k=1}^K \beta_k x_k\right) \quad (3.39)$$

Bu modelde kesme noktası $\tau_2 - \beta_0$ olarak değişmektedir. Ancak x_k değişkeni için katsayılar aynı kalmaktadır. Kesme noktalarındaki değişim olasılık eğrisinde sağa ve sola doğru hafif değişikliklere yol açsa da eğrinin şeklinde herhangi bir değişikliğe neden olmamaktadır (Ayhan, 2006: 40).

Şekil 3.6: Paralel Eğriler Varsayımının Grafikselleştirilmesi



Kaynak: Long ve Freese, 2001: 150.

Yukarıdaki Şekil 3.6'da ifade edildiği gibi, üç kategoriye ait birikimli olasılık eğrileri bulunmaktadır. Dört kategoriye ait bir değişken için üç eğri elde edildiğinden şekildeki üç eğrinin mantığı böylelikle açıklanmaktadır. Yatay ekseninde 0.5 olasılığı nokta doğrusu olarak belirtilmektedir. Bu noktada üç olasılık doğrusu belirlendiğinde ise 3.40'da ifade edilen eşitlik şeklinde hesaplanmaktadır. Bu durumda tüm regresyon eğrileri paralel olmaktadır (Ayhan, 2006: 41).

$$\frac{\partial Pr(Y \leq 1|x)}{\partial x} = \frac{\partial Pr(Y \leq 2|x)}{\partial x} = \frac{\partial Pr(Y \leq 3|x)}{\partial x} \quad (3.40)$$

3.9.2. Paralel Eğriler Varsayımının Test Edilmesi

Sıralı lojistik regresyon modelinde en temel varsayım olarak kabul edilen paralel eğriler varsayımının sağlanması şartı bulunmaktadır. Bu nedenle modelde yer alan parametrelerin anlamlılıklarının test edilebilmesi için bazı yöntemlerle sına yapılmaktadır. Bu yöntemler “Olabilirlik Oran Testi” ve “Wald Ki-kare Testi” olarak sıralanmaktadır (Akın ve Şentürk, 2012: 185).

Paralel eğriler varsayımının test edilmesinde kullanılan hipotez testi aşağıdaki şekilde kurulmaktadır (Ayhan, 2006: 41).

H_0 : İlişkili regresyon katsayıları, bağımlı değişkenin tüm kategorilerinde aynıdır.

H_1 : İlişkili regresyon katsayıları, bağımlı değişkenin tüm kategorilerinde farklıdır.

3.9.2.1. Olabilirlik Oran Testi

Olabilirlik oran testinin amacı modelin sahip olduğu kısıtlılıklarla modeli tahmin etmektir ve bu kısıtlılıklar ortadan kaldırıldığında olabilirlik fonksiyonunda meydana gelen değişimin ne şekilde olacağı gösterilmektedir. Paralel eğriler varsayımı test edilmek istendiğinde olabilirlik oran testinin ne şekilde kullanıldığını göstermek için $\beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_{j-1} = \beta$ varsayımına uygun olarak j-1 tane iki kategorili logit kümesine sahip bir sıralı lojistik regresyon modeli düşünülmektedir. Tahmin edilmek istenilen model 3.41’de gösterilmektedir.

$$Pr(Y \leq m | x) = F(\tau_m - \beta'x) \quad (3.41)$$

Olabilirlik oran testi, varsayımının sağlanamadığı durumda sıralı lojistik regresyon modelinin logaritma olasılığının nasıl değiştiğini değerlendirmektedir. Bu testte test istatistiği k(j-2) serbestlik derecesiyle ki-kare dağılmaktadır. “k” bağımsız değişken sayısı olarak ifade edilmektedir. Yapılan test sonucu ulaşılan test istatistiği değeri tablo değerinden büyük ise ($p \leq 0.001$) sıfır hipotezi red, alternatif hipotez kabul edilmektedir. Bu durumla paralel eğriler varsayımına göre ilişkili regresyon katsayıları, bağımlı değişkenin tüm kategorilerinde farklıdır (A.g.e.: 42)

Johnson ve Wichern (1998)'e göre elde edilen modelin paralel eğriler varsayımı reddedilmişse, veri seti için uygun olmayan bağlantı fonksiyonu tercih edilmiş veya bağımlı ve bağımsız değişkenlerin kategorileri arasındaki ilişkinin bağımlı değişkene ait tüm kategorilerde farklılık teşkil etmesi olarak gösterilebilmektedir.

3.9.2.2. Wald Ki-Kare Testi

En çok olabilirlik tahminlerinin asimptotik olarak normal dağılım gösterdiği varsayım Wald Ki-kare testi olarak tanımlanmaktadır. Regresyon katsayılarının, standart hatasına oranı Wald istatistiği olarak adlandırılmaktadır.

$$z = \frac{\beta}{SE_{\beta}} \quad (3.42)$$

Wald istatistiği standart normal dağılım göstermektedir ve standart normal dağılımın kritik değerleri ile karşılaştırılarak önemliliği belirlenmektedir. Wald istatistiği 3.43'de yer aldığı şekliyle de kullanılabilir.

$$w = z^2 = \left(\frac{\beta}{SE_{\beta}} \right)^2 \quad (3.43)$$

Wald ki-kare istatistiği bir serbestlik dereceli ki-kare dağılımı göstermektedir ve bir serbestlik dereceli ki-kare dağılımının kritik değerleri ile karşılaştırılarak önem derecesi belirlenmektedir (Çolak, 2002: 19-17).

3.10. MODELİN UYGUNLUĞUNUN TEST EDİLMESİ

Modelin uygunluk ölçüsü, tahmin edilen parametrelerin anlamlılıklarına ilişkin bilgi vermek amacıyla uygulanmaktadır. Modelin uygunluğunun test edilmesiyle tüm gözlem değerlerini temsil edecek bir istatistiksel değere ulaşılması amaçlanmaktadır. Modelin uygunluğunun testi için bazı yöntemler kullanılmaktadır. Bu yaygın yöntemler Pearson Ki-kare istatistiği, Sözde R^2 değeri olarak ifade edilmektedir. Ancak Sözde R^2 değeri, kategorik bağımlı değişkene sahip modeller için kesin sonuçlar vermediği bilinmektedir. Ayrıca az gözlem sayısına sahip uygulamalarda sapma ölçüsü de modelin uygunluğunu test etmekte yetersiz kalmaktadır (Ayhan, 2006: 43).

3.10.1. Pearson Ki-Kare İstatistiği

Modelin uygunluğunun test edilmesinde genellikle Pearson ki-kare istatistiği ve sapma ölçüsü yöntemi kullanılmaktadır. Pearson ki-kare istatistiği 3.44'te ve 3.45'teki gösterimleriyle ifade edilmektedir.

$$z^2 = \sum_{i=1}^n \frac{e_i^2}{\hat{p}_i(1-\hat{p}_i)} \quad (3.44)$$

$$\chi^2 = \sum \sum \left(\frac{O_{ij} - E_{ij}}{E_{ij}} \right)^2 \quad (3.45)$$

Burada, y_i değerleri ile bunların beklenen değerleri olan \hat{p}_i değerleri arasındaki farkın (e_i^2), \hat{p}_i 'nin varyansı olan $\hat{p}_i(1 - \hat{p}_i)$ 'ye bölünmesiyle bulunan istatistik değeri, model uygun olduğunda (n-p) serbestlik derecesiyle χ^2 dağılmaktadır. Aynı şekilde sapma ölçüsü ise 3.46'daki eşitlik ile tanımlanmaktadır.

$$D = 2 \sum \sum O_{ij} \ln \left(\frac{O_{ij}}{E_{ij}} \right) \quad (3.46)$$

Burada O_{ij} gözlemlenmiş değerler ve E_{ij} bu değerlerin beklenen değerleri şeklinde tanımlanmaktadır. Her iki istatistik değeri tablo değerinden büyük ve $p < 0.001$ ise modelin uygun olmadığı belirtilmektedir (Ayhan, 2006: 44).

3.10.2. Sözde R^2 Değeri

Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin gücünü açıklayıcı istatistik yöntemleri arasında sözde R^2 istatistiği olduğu söylenebilmektedir (Norusis, 2020: 81). Bu istatistik yöntemi çoklu belirlilik katsayısı hesaplama yöntemiyle büyük benzerlik göstermektedir. $R^2 = 1 - (\ln L / \ln L_0)$ formülü ile ifade edilen bu ölçütte, " L_0 " sadece sabit terimin (β_0) yer aldığı modelin en çok olabilirlik değeri olmaktadır. " L " ise tahmin edilen tüm parametrelerin yer aldığı modelin en çok olabilirlik değerine denk gelmektedir. Bu ölçüt, McFadden R^2 istatistiği olarak ifade edilmektedir (Ayhan, 2006: 45). McFadden R^2 istatistiği 3.47'deki eşitlikle gösterilmektedir (Norusis, 2020: 82).

$$R_M^2 = 1 - \left(\frac{L(\hat{\beta})}{L(\beta^{(0)})} \right) \quad (3.47)$$

R^2 değeri verilerdeki belirsizliğin model tarafından açıklanabilme oranını göstermektedir. $L = 1$ olduğunda $\ln L = 0$ ve $R^2 = 1$ olmaktadır. Böyle bir durumda bağımsız değişkenler tarafından bağımlı değişkendeki değişimin tamamının açıklandığının ve modelin mükemmel olduğu sonucuna varmaktadır. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin gücünün ölçülmesinde “Cox ve Snell R^2 ” istatistiği ve “Nagelkerke R^2 ” istatistiği kullanılmaktadır (Ayhan, 2006: 45). Bu ölçümlerin gösterim biçim aşağıda sırasıyla 3.48 ve 3.49’da gösterilmektedir (Norusis, 2020: 81).

$$R_{CS}^2 = 1 - \left(\frac{L(\beta^{(0)})}{L(\hat{\beta})} \right)^{\frac{2}{n}} \quad (3.48)$$

$$R_N^2 = \frac{R_{CS}^2}{1 - L(\beta^{(0)})^{2/n}} \quad (3.49)$$

3.11. MODEL PARAMETRELERİNİN YORUMU

Sıralı lojistik regresyon modeli üç farklı şekilde yorumlanmaktadır. Yorumlama türleri aşağıda belirtilmektedir (Ayhan, 2006: 45).

- Standartlaştırılmış katsayılara göre
- Tahmin edilen olasılıklara göre
- Kesikli değişmeye göre

3.11.1. Standartlaştırılmış Katsayıya Göre Yorumlar

Sıralı lojistik regresyon modelinde $y^* = x\beta + \varepsilon$ 'dir ve x_k 'ya göre y^* 'daki kısmi değişme $\frac{\partial y^*}{\partial x_k} = \beta_k$ 'dir. Model doğrusal olduğu için, kısmi değişme aşağıdaki şekilde yorumlanmaktadır.

- Diğer bütün değişkenler sabit tutulduğunda x_k 'da meydana gelebilecek bir birimlik artış, y^* 'da β_k birim kadar değişime neden olmaktadır.

Eğer σ_y , gizli y^* 'ın mutlak standart sapması ise, x_k için y^* standartlaştırılmış katsayı, $\beta^{S y^*} = \frac{\beta_k}{\sigma_y}$ 'dir ve aşağıdaki gibi yorumlanmaktadır.

- Diğer tüm değişkenler sabit tutulduğunda, x_k 'daki meydana gelebilecek bir birimlik değişme, y^* 'da $\beta_k^{S y^*}$ standart sapma kadar artışa neden olmaktadır.

Eğer σ_k , x_k standart sapması ise, standartlaştırılmış katsayı, $\beta_k^S = \frac{\sigma_k \beta_k}{\sigma_{y^*}} = \sigma_k \beta_k^{S y^*}$ 'dır. Bu standartlaştırılmış katsayısının yorumu ise;

- Diğer tüm değişkenler sabit tutulduğunda, x_k 'daki meydana gelebilecek bir standart sapma kadar artış, y^* 'da β_k^S standart sapma kadar artışa neden olmaktadır.

3.11.2. Tahmin Edilen Olasılıklara Göre Yorumlar

Sıralı lojistik regresyon modelinin yorumlanmasında kullanılan ikinci yaklaşım, tahmin edilen olasılıklardaki kısmi değişimin belirlenmesidir. Bu değişimin formülü 3.50'de belirtilmektedir.

$$Pr(y_i = m | x_i) = F(\tau_m x_i \beta) - F(\tau_{m-1} - x_i \beta) \quad (3.50)$$

Yukarıdaki (3.50) eşitlik x_k 'ya göre kısmi türevleri alınmaktadır. Sonuç olarak;

$$\frac{\partial Pr(y_i = m | x_i)}{\partial x_k} = \beta_k [f(\tau_m - x_i \beta) - f(\tau_{m-1} - x_i \beta)] \quad (3.51)$$

eşitliği elde edilmektedir. Kısmi değişme ya da marjinal etki tüm değişkenlerine bağlı olmaktadır. Bu nedenle etkiyi belirlerken değişkenlerin hangi değerlerinin kullanılacağına karar verilmesi gerekmektedir. Bunun için yukarıdaki (3.51) eşitlik için tüm gözlem değerlerinin ortalaması alınmakta (3.52) ve yorumlar o ulaşılan değere göre yapılmaktadır.

$$ort \frac{\partial Pr(y_i = m | x_i)}{\partial x_k} = \beta_k [f(\tau_m - \bar{x} \beta) - f(\tau_{m-1} - \bar{x} \beta)] \quad (3.52)$$

Ancak marjinal etki, x_k 'daki meydana gelebilecek bir birimlik değişme için gözlemlenen olasılıktaki değişmeyi göstermemektedir. Kestirilmiş olasılıklar belirtildiği şekilde yorumlanmaktadır (A.g.e.: 46-47).

Bağımsız değişkende meydana gelebilecek bir birimlik değişimin bağımlı değişken kategorisinde gerçekleşme olasılığına katkısı marjinal etki olarak yorumlanmaktadır.

3.11.3. Kesikli Değişmeye Göre Yorumlar

Long (2001)'e göre yüksek kategoriye ait olasılık değeri daha büyük ise aykırı etkilere kullanılarak sıralı model ile ilgili yorumda bulunmak hatalı olacaktır. Bu birikimli olasılık eğrisinin eğiminin hızlı bir şekilde artması sonucu da ortaya çıkabilecek bir durum özelliği taşımaktadır. Bundan dolayı kesikli değişmeye göre yorumda bulunmak daha sağlam bir yol izlemeye yardımcı olmaktadır.

Kesikli değişme, bağımsız değişkene ait ilk değerden son değerine x_k 'daki değişme için tahmin edilmiş olasılıktaki değişme olarak tanımlanmaktadır. Matematiksel olarak 3.53'teki eşitlikle gösterilmektedir.

$$\begin{aligned} \frac{\Delta \Pr(y_i = m | x_i)}{\Delta x_k} &= \Pr(y = m | x, x_k) \\ &= x_{son} - \Pr(y = m | x, x_k = x_{başlangıç}) \end{aligned} \quad (3.53)$$

$\Pr(y = m | x, x_k)$ ifade, x_k 'nın verilen belirli bir değeri için m kategorisine ait olasılığı olmaktadır. Yorumlandığında, diğer tüm değişkenler sabit tutulduğunda, $x_k, x_{başlangıç}$ 'tan x_{son} 'a geçtiğinde, m kategorisinin tahmin edilmiş olasılığı $\frac{\Delta \Pr(y_i = m | x_i)}{\Delta x_k}$ kadar değişmektedir (A.g.e.: 48).



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

MATERYAL VE YÖNTEM

4.1. MATERYAL

Hayatımızın en önemli yapı taşlarından biri olan sağlık, bireyin kendini fiziksel ve ruhsal olarak tam anlamıyla iyi hissetmesi olarak tanımlanabilmektedir. İnsanlar bu durumun aksine bir durumla karşılaştıklarında ilk başvurdukları mercii hastaneler olmaktadır. Hastanede bireye yardımcı olmak amacıyla alanında yetiştirilmiş sağlık çalışanları tarafından sağlık hizmeti uygulanmaktadır.

Tedaviye ihtiyaç duyarak hastaneye başvuran bir bireyin sağlık çalışanı ile arasındaki iletişim kanallarının açık olması gerekmektedir. Hastanın sağlık problemini sağlık çalışanına, sağlık çalışanın ise hastaya tedavi yöntemini etkili şekilde aktarabilmesi iki tarafında memnuniyet düzeyinin artmasına olanak sağlamaktadır. Ordu ilinde bulunan 8 devlet hastanesinden araştırılmanın yapılabilmesi için izin alınmıştır. Bu sekiz devlet hastanesi toplamda 1124 yatak kapasitesi, 5138 sağlık çalışanı ve 559 poliklinik ile hizmet vermektedir. Hasta ile sağlık çalışanı arasında oluşabilecek sorunlar aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir.

- Sağlık çalışanından kaynaklı sorunlar
- Hasta ve hasta yakınından kaynaklı sorunlar
- Hastalıktan kaynaklı sorunlar
- Sistemden kaynaklı sorunlar

Genel olarak verilen bu sorunlardan dolayı sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti açığa çıkaracak durumlar ile karşılaşmaktadır. Bu meydana gelen durumların sağlık çalışanları üzerinde yarattığı olumsuz etkiler işlerini yaparken memnuniyetsiz ve verimliliği düşürücü etkilere sahip olmaktadır (Başol, 2018: 3).

4.2. PROBLEMİN TANIMLANMASI

Bu çalışmada, Karadeniz Bölgesi'nde görev yapan sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet sıklığını etkileyen faktörlerin araştırılması amaçlanmaktadır. Bu amaca ulaşmak adına Karadeniz Bölgesi'nde bulunan Ordu ili belirlenmiştir. Sağlık çalışanının meslek hayatı boyunca maruz kaldığı şiddet üzerinde sosyo-demografik karakteristik etkilerin, çalışma koşullarının, güvenlik koşullarının, toplumsal kalıpların ve sosyal özellik faktörlerinin etki derecesinin ne kadar olduğunun belirlenmesi istenmektedir. Genel olarak çalışma da sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddet vakaları üzerinde

etkili olan faktörlerin belirlenmesi ve araştırma sonucunda elde edilen veriler ışığında şiddeti tetikleyen nedenleri ortadan kaldırmaya yönelik iyileştirici çözümlere öncülük edilmesi amaçlanmaktadır. Araştırmaya konu olan faktörlerin soru dağılımları EK-4’de yer almaktadır.

4.3. DEĞİŞKENLERİN BELİRLENMESİ

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddeti etkileyen değişkenleri belirlemek amacıyla 36 bağımsız değişken belirlenmiştir. Bağımlı değişken ise sağlık çalışanın meslek hayatı boyunca maruz kaldığı şiddet sayısıdır. Bu değişkenleri belirlenmesinde önceki çalışmalarda kullanılmış soru ve bilgi deneyimlerinden faydalanılmaktadır (Demirci, 2018; Dağ, 2017; Bozkurt Sakallı, 2017; Buldu, 2016; Üzümcü, 2016; Başol, 2015; Çatell, 2015; Şengün, 2014; Aydın, 2014; Yavuz, 2014; Adıgüzel, 2005).

Bağımsız değişkenler, sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri, çalışma koşulları, güvenlik koşulları, toplumsal kalıplar ve sosyal özellikler olmak üzere beş ana gruptan oluşmaktadır. Bu değişkenlerden sosyo-demografik değişkenler cinsiyet, yaş, medeni durum, görevi, eğitim durumu, haftalık çalışma mesai saati, çalıştığı birim olmaktadır. Geri kalan faktörler için toplamda 28 değişkenden oluşan memnuniyet anketi EK-2 kısmında verilmektedir.

4.4. YÖNTEM

4.4.1. Araştırma Örneklemine Belirlenmesi

Araştırma örnekleme belirlenirken iki aşamalı bir sistem kullanılmıştır. İlk aşamada Türkiye’nin yedi coğrafi bölgesinden biri olan “Karadeniz Bölgesi” seçilmiş ve bu bölgede yer alan Ordu ilinde bulunan 8 devlet hastanesi belirlenmiştir. İkinci aşamada ise belirlenen bu 8 hastanede görev yapan sağlık çalışanlarından rassal olarak toplamda 305 kişi seçilmiştir. Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddeti etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik hazırlanmış olan anket, rassal olarak seçilmiş olan sağlık çalışanlarının her birine uygulanmıştır.

Günümüzde gelişmekte olan ülkelerde yapılan bilimsel araştırmalarda sıkça problem oluşturan anket formunun cevaplandırılmasına yönelik yargılar araştırma süresince de karşılaşılmıştır. Toplamda cevaplandırılan 305 anketten 4 tanesi eksik veri

içerdiği için çalışmadan çıkarılarak, analiz 301 cevaplandırılmış anketten elde edilen veri seti ile uygulanmaktadır.

4.4.2. Anket Formunun Tasarımı ve Değişkenlerin Ölçülmesinde Kullanılan Ölçek Tipi

Veri setinin elde edilmesi için hazırlanan anket kağıdı üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde sağlık çalışanlarının sosyo-demografik karakteristiklerine ilişkin toplamda 7 soruya yer verilmektedir. Bu sorular cinsiyet, yaş, medeni durum, görev, eğitim düzeyi, haftalık mesai saati ve çalıştığı birim olarak sıralanmaktadır. Aşağıda sosyo-demografik bilgilere ait kodlamalar yer almaktadır.

- Cinsiyet: Erkek (0) / Kadın (1)
- Yaş: 18-24 (0)
25-31 (1)
32-38 (2)
39-45 (3)
46-52 (4)
53-59 (5)
- Medeni hal: Bekar (0) / Evli (1) / Nişanlı (2) / Dul (3)
- Görev: Doktor (0) / Hemşire (1) / Hasta Bakıcı (2) / Sağlık Memuru (3) / Sağlık Teknikeri (4) / Güvenlik Görevlisi (5) / Ebe (6) / Diğer (7)
- Eğitim düzeyi: Lise-Meslek Lisesi (0) / Ön Lisans (1) / Lisans (2) / Doktora-Yüksek Lisans (3) / Diğer (4)
- Haftalık mesai saati: 40 saatten az (0) / 40 saat (1) / 41-50 saat (2) / 51-70 saat (3) / 70 saatten fazla (4)
- Çalıştığı birim: Poliklinikler (0) / Acil Servis (1) / Yoğun Bakım (2) / Laboratuvar (3) / Cerrahi Bölümler (4) / Tıbbi Görüntüleme (5) / Diğer (6)

Anket kağıdının ikinci bölümünde ise sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet sayısı, şiddetin türü ve kim tarafından uygulandığının tespitine dair 2 soru bulunmaktadır. Bu soruların sırasıyla kodlamaları aşağıda belirtilmektedir.

- Kaç kez şiddete uğradığı: Hiç şiddete uğramadım (0)
Bir kez şiddete uğradım (1)
İki kez şiddete uğradım (2)
Üç ve daha çok kez uğradım (3)
- Şiddet türü: Sözel şiddet; Hayır (0) / Evet (1)
Fiziksel şiddet; Hayır (0) / Evet (1)
Psikolojik şiddet; Hayır (0) / Evet (1)
Cinsel şiddet; Hayır (0) / Evet (1)
- Şiddet uygulayıcısı: Hasta (0)
Hasta yakını (1)
Diğer (2)
Şiddete uğramadım (3)
Hasta ve hasta yakını (4)
Hasta ve diğer (5)
Hasta yakını ve diğer (6)
Hepsi (7)

Üçüncü bölümde ise çalışma koşulları, güvenlik koşulları, toplumsal kalıplar ve sosyal özellik faktörlerini yansıtacak toplam 28 soru bulunmaktadır. Bu faktörlerin etkilerinin ölçülebilmesi için 5 düzeyli Likert Ölçek kullanılmaktadır. Bu sorulara ilişkin verilmesi istenilen cevaplar “kesinlikle katılmıyorum” seçeneği (1), “katılmıyorum” seçeneği (2), “kararsızım” seçeneği (3), “katılıyorum” seçeneği (4) ve “kesinlikle katılıyorum” seçeneği (5) olarak kodlanmış şekilde bulunmaktadır. Likert tipi ölçek kullanılmasının nedeni, likert ölçeklerin geliştirilmesinin diğer ölçeklere oranlara daha kullanışlı olmasından kaynaklanmaktadır.

Anket, doğru ve tutarlı sonuçların elde edilmesi için birçok kez test edilmiştir. Test tekrar yöntemi soruların uzunluğu, cevaplayıcının anlayabileceği uygun ifadelerin belirlenmesi ve maddelerin uygun sırada sorulması için uygulanmıştır. Geliştirdiğimiz likert ölçeğin güvenilirlik düzeyini saptamak için iç tutarlılığın ölçütü olan Cronbach α katsayısı 0,749 olarak bulunmuştur. Bu değer, ölçekte bulunan soruların iyi oranda birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliği ölçen maddeler olduğunu göstermektedir.

Anket sorularının oluşturmuş olduğu sosyal özellikler, toplumsal kalıplar, güvenlik koşulları ve çalışma koşulları faktörlerinin gözlenemeyen yapılar arasındaki ilişkileri açıklamak amacıyla doğrulayıcı faktör analizinden yararlanılmaktadır. Böylece yapılar arasındaki ilişkiler ve değişkenler arasındaki mevcut korelasyonlu ilişkiler analiz edilmektedir. Sosyal özellikler, toplumsal kalıplar, güvenlik koşulları ve çalışma koşulları gözlenemeyen değişkenleri oluştururken memnuniyet düzeyi belirleme soruları ise gözlenen değişkenleri oluşturmaktadır.

4.5. VERİ ANALİZİ

Bu çalışmada, tüm analizler SPSS 23.0 paket programı kullanılarak yürütülmüştür. Likert ölçeğin güvenilirliği ve tutarlılığının belirlenmesi için Cronbach tarafından geliştirilmiş olan α katsıyısı kullanılmaktadır. Sağlık çalışanlarının çalışma hayatları boyunca şiddete maruz kalmalarının sosyo-demografik karakteristikleri, uğradıkları şiddet sayısı/ türü ve kim tarafından şiddete maruz kaldıkları, bu şiddeti tetikleyeceği düşünülen faktörler arasındaki ilişkiyi modellemek için Sıralı Lojistik Regresyon Tekniği kullanılmaktadır.

Sıralı lojistik regresyon analizinin temelinde bağlantı fonksiyonları yer almaktadır. Bu bağlantı fonksiyonları yardımıyla sıralı lojistik regresyon modeli geliştirilmiştir. Şiddeti tetiklediği düşünülmüş faktörler, maruz kalınan şiddet sayısı - türü - kim tarafından uygulandığı ve sosyo-demografik karakteristikler için tanımlayıcı istatistikler elde edilmiştir. Ayrıca paralel eğriler varsayımının geçerliliğinin değerlendirilmesi için ki-kare değerinden yararlanılmıştır. Kurulan modelin uygunluğunun test edilmesi ve verideki değişkenliği açıklamak amacıyla Pearson Ki-kare ve sözde R^2 modele uygunluk testleri kullanılmıştır.

4.6. BULGULAR VE TARTIŞMA

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddeti etkileyen durumların araştırılması sonucu bulgular elde edilmiştir. Bu bulgular ışığında sağlık çalışanlarının hangi özelliklere, davranışlara veya koşullara göre şiddete maruz kaldığı hakkında yorumlamalar yapılmaktadır.

4.6.1. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Demografik Özellikleri

Araştırmanın yapılabilmesi amacıyla izin alınan Ordu ilindeki 8 devlet hastanesinde çalışmakta olan görevli sağlık çalışanları içerisinde rassal olarak seçilmiş 305 kişiye anket uygulanmış ve 4 anket bilgi eksikliği nedeniyle çalışmaya dahil edilmemiştir. Toplamda 301 kişi üzerinden gerçekleştirilen anket çalışmasına ilişkin demografik bilgiler aşağıda yer alan Tablo 4.1’de yer almaktadır.

Yapılan anket çalışmasına katılan sağlık çalışanlarının %47,2’si erkek, %52,8’i ise kadınlardır. Veri seti üzerinden sağlık çalışanlarının yaş dağılımları en düşük 18 ve en yüksek 56 yaş olarak ifade edilmektedir. Yaş ortalamalarının 33,72 olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarının en fazla yüzdeliğe sahip yaşının %8,3 ile 25 yaş olduğu saptanmaktadır. Yaş değişkeninin kategorik hale getirilmesi sonucu en fazla %32,9 ile 25-31 yaş aralığındaki sağlık çalışanları olduğu gözlenmektedir.

Medeni durumlarına göre dağılımda %35,5’ini bekar, %55,1’ini evli, %6,6’sını nişanlı ve %2,7’sini dul çalışanlar oluşturmaktadır. Sağlık çalışanlarının hastanelerde görevlerinin %25,9’unu doktorlar, %22,9’unu hemşireler, %4,7’sini hasta bakıcılar, %10,3’ünün sağlık memurları, %19,9’unun sağlık teknikeri, %5,0’inin güvenlik görevlisi, %2,7’sinin ebe ve %8,6’sının diğer görevlerde yer aldığı belirlenmiştir.

Görevli personelin eğitim düzeyleri incelendiğinde %11,3’ü lise/meslek lisesi mezunu, %31,9’u ön lisans mezunu, %38,5’nin lisans mezunu, %17,3’ünün doktora/yüksek lisans mezunu olduğu ve %1,0’nin ise diğer eğitim seviyelerinde olduğu ifade edilmektedir.

Haftalık mesai saatleri incelendiğinde %3,0’ü 40 saat altında mesai yapan sağlık çalışanını, %11,3’ü 40 saat mesai yapan sağlık çalışanını, %78,7’si 40-50 saat arası mesai yapan sağlık çalışanını, %5,3’ü 50-70 saat mesai yapan sağlık çalışanını ve %1,7’si 70 saat üzerinde mesai yapan sağlık çalışanını göstermektedir.

Görevli personelin %25,6’sı polikliniklerde, %22,6’sı acil serviste, %12,3’ü yoğun bakımda, %11,3’ü laboratuvarında, %7,6’sı tıbbi görüntüleme ve %12,6’sı diğer birimlerde görev almaktadır.

Sağlık personelinin çalışma hayatında şiddete maruz kalma sıklığı %36,9’unun hiç şiddet görmediği, %17,3’ü bir kez şiddete maruz kaldığını, %19,6’sının 2 kez

şiddete maruz kaldığı ve %26,2'sinin 3 ve daha fazla kez şiddete maruz kaldığını söylenebilmektedir.

Dört farklı şiddet türü incelendiğinde şiddet görme sıklığına göre sözel şiddete uğrayanlar %51,5, fiziksel şiddete uğrayanlar %8,0, psikolojik şiddete uğrayanlar %21,3 ve cinsel şiddete uğrayan çalışan %0,7 olarak belirtilmektedir.

Şiddete maruz kalan sağlık çalışanının %6,0 hasta tarafından, %25,6'sı hasta yakını tarafından, %2,7'si diğer kişilerden (görevli amir/müdür/şef), %37,2'sinin şiddetle karşılaşmadığı, %27,6'sının hasta ve hasta yakını tarafından, %0,3'ünün hasta ve diğer kişiler tarafından, %0,3'ünün hasta yakını ve diğer kişiler tarafından ve %0,3'ünün de hasta/hasta yakını/diğer kişiler tarafından şiddete maruz kaldığı çalışmada belirtilmektedir.

Tablo 4.1: Tanımlayıcı İstatistikler

| Frekans (Gerçek ve Yüzde değerleri) | N | % |
|-------------------------------------|-----|------|
| Cinsiyet | | |
| Erkek | 142 | 47,2 |
| Kadın | 159 | 52,8 |
| Yaş | | |
| 18-24 | 39 | 13,0 |
| 25-31 | 99 | 32,9 |
| 32-38 | 77 | 25,6 |
| 39-45 | 54 | 17,9 |
| 46-52 | 23 | 7,6 |
| 53-59 | 9 | 3,0 |
| Medeni durum | | |
| Bekar | 107 | 35,5 |
| Evli | 166 | 55,1 |
| Nişanlı | 20 | 6,6 |
| Dul | 8 | 2,7 |
| Görev | | |
| Doktor | 78 | 25,9 |
| Hemşire | 69 | 22,9 |
| Hasta bakıcı | 14 | 4,7 |
| Sağlık memuru | 31 | 10,3 |
| Sağlık teknikeri | 60 | 19,9 |
| Güvenlik görevlisi | 15 | 5,0 |
| Ebe | 8 | 2,7 |
| Diğer | 26 | 8,6 |

Tablo 4.1: (devam) Tanımlayıcı İstatistikler

| | | |
|------------------------------------|-----|------|
| Eğitim düzeyi | | |
| Lise/Meslek lisesi | 34 | 11,3 |
| Ön lisans | 96 | 31,9 |
| Lisans | 116 | 38,5 |
| Doktora/Yüksek lisans | 52 | 17,3 |
| Diğer | 3 | 1,0 |
| Haftalık çalışma saati | | |
| < 40 saat | 9 | 3,0 |
| 40 saat | 34 | 11,3 |
| 40-50 saat | 237 | 78,7 |
| 50-70 saat | 16 | 5,3 |
| >70 saat | 5 | 1,7 |
| Çalışılan birim | | |
| Poliklinikler | 77 | 25,6 |
| Acil servis | 69 | 22,9 |
| Yoğun bakım | 37 | 12,3 |
| Laboratuvar | 34 | 11,3 |
| Cerrahi bölümler | 23 | 7,6 |
| Tıbbi görüntüleme | 23 | 7,6 |
| Diğer | 38 | 12,6 |
| Şiddete maruz kalma sıklığı | | |
| 0 | 111 | 36,9 |
| 1 | 52 | 17,3 |
| 2 | 59 | 19,6 |
| 3 ve daha fazla | 79 | 26,2 |
| Şiddet türü | | |
| Sözel | | |
| Hayır | 146 | 48,5 |
| Evet | 155 | 51,5 |
| Fiziksel | | |
| Hayır | 277 | 92,0 |
| Evet | 24 | 8,0 |
| Psikolojik | | |
| Hayır | 237 | 78,7 |
| Evet | 64 | 21,3 |
| Cinsel | | |
| Hayır | 299 | 99,3 |
| Evet | 2 | 0,7 |
| Şiddet uygulayıcı | | |
| Hasta | 18 | 6,0 |
| Hasta yakını | 77 | 25,6 |
| Diğer | 8 | 2,7 |
| Şiddete uğramadım | 112 | 37,2 |
| Hasta ve hasta yakını | 83 | 27,6 |
| Hasta ve diğer | 1 | 0,3 |
| Hasta yakını ve diğer | 1 | 0,3 |
| Hepsi | 1 | 0,3 |

4.6.2. Tartışma

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddeti ortaya çıkarmakta etkili olan sosyo-demografik karakteristikler, şiddet türü ve kim tarafından uygulandığı, çalışma koşulları, güvenlik koşulları, sosyal özellikler ve toplumsal kalıp faktörlerinin memnuniyet maddelerini belirlemek amacıyla uygulamada sıralı lojistik regresyon analizi kullanılmaktadır. Sıralı lojistik regresyon modelleri beş farklı bağlantı fonksiyonu kullanılarak oluşturulmaktadır. Araştırmamızda bu bağlantı fonksiyonlarının içerisinde “Logit” bağlantı fonksiyonu kullanılarak elde edilen modelde, paralel eğriler varsayımını sağlamış ve modelin uygunluk testlerini istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar vermektedir. Logit bağlantılı lojistik regresyon modeli için paralel eğriler varsayımın test sonuçları Tablo 4.2’de gösterilmektedir.

Tablo 4.2: Paralel Eğriler Varsayımı Test Sonucu

| Model | -2 log olabilirlik | Ki-kare | s.d. | Prob. |
|----------------|--------------------|---------|------|--------------|
| NullHypothesis | ,000 | | | |
| General | ,000 | ,000 | 296 | 0,999 |

Bağlantı fonksiyonu: Logit

Tablo 4.2’de yer alan sonuçlar tahmin edilen regresyon katsayılarının her bir kategorisinde aynı olduğunu ve paralel eğriler varsayımının ($p > 0,05$) sağlandığını göstermektedir. Yapılandırılmış olan modelin uygunluğunu belirlemek için Pearson Ki-kare model uygunluk testi sonuçları Tablo 4.3’de gösterilmektedir.

Tablo 4.3: Modelin Uygunluk Test Sonuçları

| | Ki-kare | s.d. | Prob. |
|----------|---------|------|--------------|
| Pearson | 49,013 | 717 | 0,999 |
| Deviance | 78,541 | 717 | 0,999 |

Bağlantı fonksiyonu: Logit

Tablo 4.3’de yer alan sonuçlar incelendiğinde ($p > 0,05$) Logit bağlantılı sıralı lojistik regresyon modelinin uygun olduğu görülmektedir. Bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin gücünü ölçmek ve değerlendirmek için sözde R^2 değerleri elde edilmektedir. Analiz sonucu sözde R^2 değerini ifade eden Cox and Snell değeri 0,932 olarak verilmiştir. Bu değer bağımlı değişkende meydana gelen değişimlerin bağımsız değişkenler tarafından açıklanma oranını göstermektedir.

Sıralı lojistik regresyon analizinin uygulandığı modelin analiz verileri EK-3 bölümünde yer almaktadır. Bu tabloda değişkenlerin parametre tahminleri, standart hataları, wald değerleri, serbestlik dereceleri ve p değerleri bulunmaktadır.

Analiz sonucu oluşan 3 eşik değerinin her bir kategorisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmaktadır. Bu eşik değerleri bağımlı değişkene ait farklı kategorilerdeki olasılık değerlerinin hesaplanmasında kullanılmaktadır.

EK-3 de yer alan tabloda gösterildiği gibi 12 bağımsız değişken (yaş, görev, haftalık mesai, şiddet uygulayıcısı, tedavi yönteminin getirdiği risk, hastane imkanlarının yetersizliği, uygulanan tedaviden memnun kalınmaması, beyaz kod uygulaması, şiddet olaylarının belirleme ve raporlanması, hastaya önem verilmiyormuş gibi görünmesi, hastaya sağlanan fazla tolerans, sağlık personelinin statüsü) sağlık çalışanının şiddete maruz kalma sıklığını etkileyen istatistiksel olarak anlamlı değişkenler olduğu saptanmaktadır.

İstatistiksel olarak bağımlı değişken üzerinde etkileri anlamlı olan bağımsız değişkenlerin tahmin edilen değerlerinin dört tanesi pozitif işaretli iken sekizi negatif işaretli tahmin edilen parametre değerlerine sahiptir. Tahmin edilen pozitif işaretli ve istatistiksel olarak anlamlı olan (tedavi yönteminin getirdiği risk, hastane imkanlarının yetersizliği, beyaz kod uygulaması, şiddet olaylarının belirleme ve raporlanması) değişkenlerin değerlerinde meydana gelebilecek bir birim artışta her bir değişkenin sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet sıklığının düzeylerinde sahip olduğu parametre değeri kadar bir artışa neden olmaktadır. Diğer şekilde tahmin edilen parametre değeri istatistiksel olarak anlamlı ve negatif işaretli bulunan (yaş, görev, haftalık mesai, şiddet uygulayıcısı, uygulanan tedaviden memnun kalınmaması, hastaya önem verilmiyormuş gibi görünmesi, hastaya sağlanan fazla tolerans, sağlık personelinin statüsü) değişkenlerin değerlerinde meydana gelecek bir birimlik artışta sağlık çalışanının maruz kaldığı şiddet sıklığı düzeylerinde sahip olduğu parametre değeri kadar bir azalışa neden olacaktır.

Sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti alan hastaya yönelik olarak uygulanacak tedavi yönteminin getirdiği risk bir birim arttırıldığında şiddete maruz kalma sıklığı 3,334 birim artış gösterecektir. Bu durumu önlemek adına sağlık çalışanlarının sağlık

hizmeti alacak kişilere öncelikli olarak tedavinin getireceği olumsuz durumları önceden kabul etmesine yönelik önlemler alınmalıdır.

Sağlık çalışanlarının çalıştığı hastane ortamındaki imkanların yetersiz kalmasının bir birim artması, şiddete maruz kalma sıklığını 4,632 birim arttıracaktır. Sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti alan kişilerin tedavilerinde kullanılmak üzere gerekli olan imkanların sağlanmasının gerekliliği ve bu gerekliliğe bağlı eksikliklerin giderilmesi hem sağlık hizmetini alan hem de sağlık hizmetini sunan için ortaya çıkabilecek karşılıklı sorunların en aza indirilmesi önerilmektedir.

Sağlık çalışanları şiddet ile karşılaştıkları durumlarda beyaz kod uygulamasından yardım istemektedir. Ancak sağlık çalışanlarının verdikleri cevaplar doğrultusunda şiddete maruz kalmaları durumunda meydana gelebilecek bir birimlik artış sonucu beyaz kod uygulamasının şiddete maruz kalma yönünden bir etkisinin olmadığına etkisi olarak 18,165 birim artış göstermektedir. Buradan çıkarılması gereken sonuç, beyaz kod uygulaması ile ilgili yapıcı iyileştirilmeye gidilmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinde görevli sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurumlarda meydana gelen şiddet olaylarının belirlenmesi ve raporlanmasına yönelik bir uygulamanın gerekliliğinden bahsedilmektedir. Öyle ki bundan kaynaklı meydana gelecek bir birimlik artış şiddete maruz kalma sıklığının 4,974 birimlik bir artış şeklinde göstermektedir. Şiddet vakalarına yönelik bu uygulamanın yetersiz olduğunu ve uygulamanın daha güçlü temeller üzerine oturtularak sunulmasının gerekliliği vurgulanmaktadır.

Günümüz koşulları dikkate alındığında 2020 yılı içerisinde meydana gelen pandemi sürecinde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin daha fazla artış göstermesi sonucu Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne sunulan yasa teklifi sonucunda sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddeti azaltıcı bir takım önlemler alınmak istenmektedir. İlgili kanun gereği bir hasta veya yakınının sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanına yönelik olarak uyguladığı şiddetin anayasada belirtilen cezasının %50 oranında arttırılmasına, olası hapis cezası ile cezalandırılması durumunda cezanın ertelenmemesine ve hastanın başka bir sağlık çalışanı tarafından sağlık hizmetinden yararlanması yasalaştırılmıştır.

SONUÇ

Bu çalışmada, Türkiye Cumhuriyeti'nde sağlık sektöründe hizmet veren sağlık çalışanlarının şiddete uğrama sıklığı üzerinde, sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri, çalışma koşulları, güvenlik koşulları, toplumsal kalıplar ve sosyal özellik etkenlerinin etkileri belirlenmek istenmiştir. Sıralı lojistik Regresyon analizinde 'Logit' bağlantı fonksiyonu kullanılarak araştırma hipotezi test edilmektedir. Sıralı lojistik regresyon analizinde gerekli değerler (modelin uygunluk istatistikleri, model varsayımının sağlanması ve parametre tahminlerinin tutarlılığı) sağlanması bakımından en iyi model olarak seçilmiştir. EK-3'de gösterildiği gibi, Sıralı Lojistik Regresyon Analizi sonuçlarına bakıldığında 12 bağımsız değişken şiddete maruz kalma sıklığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkilere sahip olduğu saptanmaktadır.

Analizde yer alan sosyo-demografik özellik değişkenlerinden, yaş / görev / haftalık mesai değişkenlerinin sağlık çalışanının şiddete uğrama sıklığı üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Çalışma koşulları, sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma sıklığı üzerinde etkisi büyük faktörlerin başında yer almaktadır. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamından yeterince memnun olmamaları istatistiksel olarak da şiddete maruz kalma sıklığı üzerinde anlamlı etkisi olduğu görülmektedir.

Araştırmada, sosyal özellik faktörünün sağlık çalışanının maruz kaldığı şiddet sıklığını etkilediği istatistiksel olarak anlamlı görülmektedir. Sağlık çalışanı ve sağlık hizmeti alan kişiler arasındaki sınırın ihlaline bağlı ve sağlık çalışanının toplumda hak ettiği saygıyı görmemesi şiddet sıklığını etkileyen değişkenler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmada güvenlik koşullarının şiddete maruz kalma sıklığı üzerinde anlamlı istatistiksel değerler elde edilmiştir. Burada alınacak önlemler doğrultusunda sağlık personelinin şiddete kalma sıklığında bir gerileme olacağı görüşü hakim olmaktadır. Toplumsal kalıplar sağlık çalışanlarına yönelik önyargılar oluşturması yönüyle sağlık personelinin şiddete maruz kalma sıklığına etki eden anlamlı istatistiksel değerler gözlenmektedir.

Bu çalışma sonuçlarına göre, sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarının sağlıklı hale getirilmesi, ellerindeki imkanların artırılması, hastalarla olan iletişimleri, güvenlik endişelerinin giderilmesi, kendilerine gösterilmesi gereken saygı ve önemin

hissettirilmesi sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet sıklığıı etkileyen önemli değişkenler olduğu ifade edilmektedir. Bunlara ek olarak sağlık çalışanın yaşı, görevi ve haftalık mesai saatlerindeki farklılıklar da şiddete maruz kalma sıklığıı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkilere sahip olduğu gözlemlenmektedir.

Sıralı lojistik regresyon modelinde, 36 bağımsız değişkenden 12 değişkenin sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma sıklığıı üzerinde etkilerinin olduğu, 24 bağımsız değişkenin ise bir etkisinin olmadığıı gözlemlenmektedir. İstatistiksel olarak anlamlı ve anlamlı olmayan bağımsız değişkenler EK-3’de gösterilmektedir.

İstatistiksel teorilere ve gözlemsel temele dayandırılarak sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma sıklığııı etkileyen değişkenlerin belirlenmesi amacıyla yapılandırılan sıralı lojistik regresyon modeli, Türkiye’deki sağlık sisteminde çalışan kişilerin karşılaştığı ve içinde bulunduğu durumu yansıtmaktadır. Bu bulgular, istatistiksel olarak anlamlı bulunan bağımsız değişkenlerin etkisinin, Türkiye’deki sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma sıklığııı etkileyen değişkenlerin açıklanmasını ve buna bağlı olarak sağlık çalışanlarına yönelik sağlanan hizmetlerin iyileştirilmesi açısından bir fikir teşkil edebileceği öngörülebilmektedir.



EKLER

EK-1: Araştırma İzin Onayı



T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI ORDU VALİLİĞİ

ORDU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZİN KOMİSYON KARARI

| ARAŞTIRMA YAPILACAK KİŞİ/KİŞİLER | ÇALIŞTIĞI KURUM | ARAŞTIRMA YAPILACAK KURUM | ARAŞTIRMANIN YAPILACAK TARİH | ARAŞTIRMA KONUSU |
|----------------------------------|---------------------------------|--|------------------------------|---|
| Musa DEMİRHAN | Kütahya Dumlupınar Üniversitesi | Ordu EAH, Ordu DH, Fatsa DH, Korgan DH, Kumru DH, Akkuş DH, Gürgentepe DH, Ulubey DH | 09/09/2019 09/03/2020 | Sağlık Personelinin Karşılaştığı Şiddetli Etkileyen Değişkenler |

Yukarıdaki tabloda adı geçen çalışma; anket veya çalışmaya katılanların gönüllülük esasına göre katılmalarını sağlanması, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen göstermek suretiyle çalışma sonunda edindiği verilerin Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi ve etik kurull raporu alındıktan sonra çalışmaya başlanması şartıyla **29/08/2019** tarihli Bilimsel Araştırma Çalışmaları Başvuru Formundaki bilgilere istinaden uygun görülmüştür./..../20....

Yasemin GÜDÜK
UZMAN

Uygundur/ Uygun Değildir.

Doç.Dr. Hakan TİMUR
BAŞKAN

Uygundur/ Uygun Değildir.

Uzm.Dr. Fatih AYDIN
BAŞKAN

Uygundur/ Uygun Değildir.

Uzm.Dr. Ali ALTINBAŞ
BAŞKAN

Uygundur/ Uygun Değildir.

Uzm.Dr. Mesut SAKA
BAŞKAN

Uygundur/ Uygun Değildir.

02.10.2019

Dr. Mustafa KASAPOĞLU
İl Sağlık Müdürü
Uygundur/ Uygun Değildir.

Evrak Tarih ve Sayısı: 15/11/2019-E.0469



T. C.
KÜTAHYA DUMLUPINAR ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı :55093314-044-
Konu :Anket Çalışması İzin Talebi

Sayın Musa DEMİRHAN

İlgi: 14/11/2019 tarihli ve 56120658-044-49941 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazı ile " Sağlık Personelinin Karşılaştığı Şiddeti Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi " konulu tezinizde kullanılmak amacıyla Ordu ili Devlet Hastanelerinde Sağlık Personeli ile anket çalışması yapma talebiniz etik açıdan uygun bulunmuştur.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imza
Alper YILMAZ
Enstitü Sekreteri Vekili

Ek-2: Anket Formu

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MARUZ KALDIĞI ŞİDDETİN SIRALI LOJİSTİK
REGRESYON ANALİZİ İLE İNCELENMESİ

Sayın Sağlık Personeli,
Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ekonometri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında tez aşamasında bulunan bir öğrenciyim. Danışmanım Prof. Dr. Sema BEHDİOĞLU ile "Sağlık Çalışanlarının Maruz Kaldığı Şiddetin Sıralı Lojistik Regresyon Analizi ile İncelenmesi" adlı tez çalışmamı yürütmekteyim. Üzerinde çalıştığımız bu tezin amacı sağlık personellerine yönelik uygulanan veya uygulanmak istenilen şiddeti etkileyen değişkenlerin, şiddetin dışı vurmasında ne kadar etkili olup olmadığını bulmaktır. Buna bağlı olarak demografik bilgilerden yola çıkarak şiddetin farklılık gösterip göstermemesi elde edilmek istenmektedir. Sizlerden elde edilen veriler gizlilik kuralları çerçevesinde ve bilimsel amaçlar için toplanmaktadır. Araştırmaya konu olan tezimizde bize yapacağınız yardımlarınız için teşekkür ederiz.

DANIŞMAN: PROF. DR. SEMA BEHDİOĞLU

ARAŞTIRMACI: MUSA DEMİRHAN

DEMOGRAFİK BİLGİLER

1)CİNSİYET:

- ERKEK
 KADIN

2)YAŞINIZ:.....

3) MEDENİ HAL:

- BEKAR
 EVLİ
 NİŞANLI
 DUL

4)GÖREVİ:

- DOKTOR
 HEMŞİRE
 HASTA BAKICI
 SAĞLIK MEMURU
 SAĞLIK TEKNİKERİ
 GÜVENLİK GÖREVLİSİ
 EBE
 DİĞER.....

5)EĞİTİM DÜZEYİ:

- LİSE/MESLEK LİSESİ
 ÖN LİSANS
 LİSANS
 DOKTORA/YÜKSEK LİSANS
 DİĞER.....

6)HAFTALIK ÇALIŞMA SAATI

- < 40 SAAT
 40 SAAT
 40-50 SAAT
 50-70 SAAT
 >70 SAAT

7)HASTANENİZİN HANGİ BİRİMİNDE
ÇALIŞIYORSUNUZ?

- POLİKLİNİKLER
 ACİL SERVİS
 YOĞUN BAKIM
 LABORATUAR
 CERRAHİ BÖLÜMLER
 TIBBİ GÖRÜNTÜLEME
 DİĞER.....

8)ŞİDDETE MARUZ KALDIYSANIZ
KARŞILAŞTIĞINIZ ŞİDDET TÜRÜ NE İDİ
İŞARETLEYİNİZ VE KAÇ KEZ BU ŞİDDET
TÜRÜNE MARUZ KALDINIZ? LÜTFEN
YANINA RAKAMLA YAZINIZ.

- SÖZEL.....
 FİZİKSEL.....
 PSİKOLOJİK.....
 CİNSEL TACİZ.....

9)SİZE ŞİDDET UYGULAYANLAR
KİMLERDİ?

- HASTA
 HASTA YAKINI
 DİĞER.....

**NOT: LÜTFEN 2. VE 8. SORUDA BOS
BIRAKILAN YERLERİ SİZE UYGUN
RAKAMLARLA DOLDURMAYI
UNUTMAYINIZ!!!**

| Değerli sağlık çalışanları, bu anket sizlerin çalıştığınız kurumlarda karşılaştığınız şiddet olaylarını araştırmak için hazırlanmıştır. Vermiş olacağınız cevaplar tezimizin amacına uygun olarak sağlam sonuçlar elde edebilmesi için çok önemlidir. Lütfen soruları dikkatlice okuyup cevaplamanızı rica ederiz. Size uygun ifadeyi O, X, √ ile işaretleyiniz. | | Hiç Katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum |
|--|---|----------------------------|--------------|------------|-------------|------------------------|
| DANIŞMAN: PROF. DR. SEMA BEHDİOĞLU | | ARAŞTIRMACI: MUSA DEMİRHAN | | | | |
| 1 | Sağlık personeline uygulanan şiddet iletişim yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Sağlık personeline uygulanan şiddet, uzun süren prosedür işlemlerinden kaynaklanmaktadır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Çalışma ortamının fiziksel durumu ve aydınlatma seviyesi hasta ve yakınlarını etkilemektedir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Hastaya ayrılan tedavi süresinin yetersiz olması şiddetin ortaya çıkmasında etkilidir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Hastaya uygulanan tedavi yönteminin getirdiği risk şiddet eğilimini artırmaktadır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Artan stres sonucu sağlık personeli ile hasta arasında diyalogun kopması şiddet eğilimini artırmaktadır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Tedavi sürecinde hastane imkanlarının yetersiz kalması sağlık personeline yönelik şiddetin ortaya çıkmasında etkili olmaktadır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Uygulanan tedaviden memnun kalınmaması sağlık personelinin şiddete uğramasının nedenlerinden biridir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Sağlık personeline uygulanan şiddetin nedenlerinden biri, hastanenin güvenlik yönünden zayıf olmasıdır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Beyaz kod uygulamasının daha yaygın kullanımı şiddet eğilimini azaltabilir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Hasta ve yakınlarının değişen kanunlar hakkında bilgi sahibi olmamaları, sağlık personeline uygulanan şiddetin nedenlerinden biridir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Sağlık personeline yönelik şiddet hasta ve yakınlarının farklı kültür ve yaşayış tarzlarına göre farklılık göstermektedir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Sağlık personeline yönelik şiddeti tetikleyen psikososyal faktörler mevcuttur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Hastanın yaşı, cinsiyeti ve eğitim durumu sağlık personeline yönelik şiddeti etkileyen önemli faktörlerdir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | Sağlık personelinin sert tavırları şiddet eğiliminin ortaya çıkmasında etkilidir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | Sağlık personelinin hasta ile arasında empati kurmaması şiddeti açığa çıkaran etkenlerden biridir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Çalıştığım kurumda şiddet olaylarını belirleme ve raporlandırmaya yönelik bir uygulama oluşturulması gereklidir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Tedavi aşamasında hastaya dikkatli davranılmaması sonucu, hasta acının etkisiyle sağlık personeline şiddet uygulayabilmektedir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Medyada yer alan sağlık personeline şiddet haberleri, kişilerde bu dürtüyü tetiklemektedir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Hastanın kendisinin öncemsiz biri gibi hissettirilmesi, sağlık personeline yönelik şiddete neden olabilmektedir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Sağlık personelinin yeterli bilgi birikimine sahip olmaması, hasta veya yakınının sağlık personeline yönelik şiddete başvurmasında etkili olmaktadır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Hastaya sağlanan fazla toleransın sağlık personeline yönelik şiddetin açığa çıkmasında etkili olabilmektedir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Sağlık personeline uygulanan şiddet, mesainin farklı zaman dilimlerinde artış gösterebilmektedir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Bir şiddet olayı ile karşılaşılması durumunda, sağlık personelinin bulunduğu birimdeki mesai arkadaşlarının ani reaksiyon gösterememesi şiddet eğilimini arttıran bir neden olabilmektedir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Sağlık personelinin şiddete uğramadan önce yetki ve imkanlarını kullanmakta çekingen davranması şiddet eğilimini arttırabilmektedir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26 | Sağlık personelinin toplum içindeki statüsünün hasta ve yakınları tarafından dikkate alınmaması şiddet eğilimini arttırmaktadır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27 | Toplumsal bilinçsizlik nedeniyle sağlık personeline uygulanan şiddet artış göstermektedir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28 | Sağlık personelinin hastanın taleplerini yerine getirmek istememesi şiddet eğilimini arttırmaktadır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

INVESTIGATION OF VIOLENCE EXPOSED BY HEALTH WORKERS BY ORDINAL LOGISTIC REGRESSION ANALYSIS

Dear Medical Staff,

I am a student at Kütahya Dumlupınar University Institute of Social Sciences, Department of Econometrics, Master of Science Program. I am conducting my thesis titled "Investigation Of Violence Exposed By Health Workers By Ordinal Logistic Regression Analysis" with my consultant Prof. Dr. Sema BEHDİOĞLU. The purpose of this thesis that we are working on is to find out how effective the variables that affect or intend to be applied to healthcare professionals are in the expression of violence. Depending on this, it is desired to obtain whether the violence differs based on demographic information. The data obtained from you are collected within the framework of confidentiality rules and for scientific purposes. Thank you for your help in our thesis subject to the research

SUPERVISOR: PROF. DR. SEMA BEHDİOĞLU

RESEARCHER: MUSA DEMİRHAN

DEMOGRAPHIC INFORMATION

1) GENDER:

- MALE
 FEMALE

2) AGE:.....

3) MARITAL STATUS:

- SINGLE
 MARRIED
 ENGAGED
 WIDOW

4) JOB:

- DOCTOR
 NURSE
 SICK NURSE
 HEALTH OFFICER
 HEALTH TECHNICIAN
 SECURITY GUARD
 MIDWIFE
 OTHER.....

5) EDUCATION LEVEL:

- HIGH SCHOOL / VOCATIONAL HIGH SCHOOL
 TWO-YEAR DEGREE
 FOUR-YEAR DEGREE
 POSTGRADUATE / MASTER DEGREE
 OTHER.....

6) WEEKLY WORKING HOURS:

- < 40 HOURS
 40 HOURS
 40-50 HOURS
 50-70 HOURS
 >70 HOURS

7) WHICH DEPARTMENT DO YOU WORK IN THE HOSPITAL?

- POLICLINIC
 EMERGENCY
 INTENSIVE CARE
 LABORATORY
 SURGICAL SECTIONS
 MEDICALIMAGING
 OTHER.....

8) IF YOU ARE EXPOSED TO VIOLENCE, WHAT IS THE TYPE OF VIOLENCE YOU EXPERIENCE? PLEASE CIRCLE AND HOW DID YOU EXPOSE TO THIS TYPE OF VIOLENCE? PLEASE WRITE SIDE BY NUMBER.

- VERBAL.....
 PHYSICAL.....
 PSYCHOLOGICAL.....
 SEXUAL HARASSMENT.....

9) WHO WERE THE THOSE WHO HAD VIOLENCE YOU?

- PATIENT
 THE RELATIVES OF THE PATIENT
 OTHER.....

NOTE: PLEASE DON'T FORGET FILLING THE EMPTY PLACES HOW AIDS YOU BY NUMBER IN QUESTIONS 1 AND 4 !!

| Dear health workers, this questionnaire has been prepared to investigate the violence you encounter in the institutions you work in. The answers you give are very important for our thesis to achieve solid results in accordance with its purpose. Please kindly ask you to read and answer the questions carefully. Mark the expression that suits you with O, X, √. | | I never agree | I do not agree | I am undecided | I agree | I absolutely agree |
|---|--|---------------------------|----------------|----------------|---------|--------------------|
| SUPERVISOR: PROF. DR. SEMA BEHDİOĞLU | | RESEARCHER: MUSA DEMİRHAN | | | | |
| 1 | Violence against health personnel arises from lack of communication. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Violence against health personnel results from prolonged procedural procedures. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | The physical condition and lighting level of the work environment affects patients and their relatives. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Inadequate treatment time allocated to the patient is effective in the emergence of violence. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | The risk brought by the treatment method applied to the patient increases the tendency to violence. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Breaking dialogue between health personnels and patients as a result of increased stress increases the tendency to violence. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Insufficient hospital facilities during the treatment process are effective in the emergence of violence against health personnels. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Not being satisfied with the treatment applied is one of the reasons for the health personnel to be exposed to violence. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | One of the reasons for the violence applied to the health personnel is the weakness of the hospital in terms of security. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | The more common use of white code application can reduce the tendency to violence. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | The fact that patients and their relatives do not know about the changing laws is one of the reasons for the violence applied to the health personnel. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Violence against health personnel varies according to different culture and lifestyle of patients and their relatives. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | There are psychosocial factors that trigger violence against health personnels. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | The patient's age, gender and educational background are important factors affecting violence against health personnels. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | The harsh attitudes of the health personnel are effective in the emergence of the tendency to violence. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | The fact that health personnel do not empathize with the patient is one of the factors that reveal violence. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | It is necessary to create an application to identify and report violent incidents in the institution where I work. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | As a result of not treating the patient carefully during the treatment phase, the patient may be subjected to violence to the health personnel under the influence of pain. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Violence news to health personnel in the media triggers this urge. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Making the patient feel like an insignificant person can cause violence against health personnels. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | The lack of sufficient knowledge of the health personnel is effective in the use of violence by the patient or relatives. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | The excess tolerance provided to the patient can be effective in revealing violence against health personnels. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Violence against health personnel may increase in different periods of working hours. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | In the event of a violent incident, the inability of the co-workers to react suddenly in the unit where the health personnel is located may be a reason that increases the tendency to violence. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Health personnel's timid behaviours on use of their feasibilities and authority before being subjected to violence may increase the tendency to violence. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26 | Not considering the status of health personnel in the community by the patient and their relatives increases the tendency to violence. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27 | Violence against health personnel is increasing due to social unconsciousness. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28 | Not to want to fulfill the patient's demands of health personnel increases the tendency to violence. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

EK-3: Sıralı Lojistik Regresyon Analizi Sonuç Değerleri

| | | Estimate | Std. Error | Wald | df | Sig. |
|-------------------------------|---------------------------|----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|
| Eşik değerleri | [şiddetuğramasıklığı = 0] | -67,773 | 23,785 | 8,119 | 1 | ,004* |
| | [şiddetuğramasıklığı = 1] | -60,693 | 23,718 | 6,548 | 1 | ,010* |
| | [şiddetuğramasıklığı = 2] | -55,802 | 23,579 | 5,601 | 1 | ,018* |
| Bağımsız değişkenler | [cinsiyet=0] | -2,168 | 1,635 | 1,758 | 1 | ,185 |
| | [cinsiyet=1] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| | [yaş=0] | -12,875 | 4,878 | 6,967 | 1 | ,008* |
| | [yaş=1] | -12,136 | 4,408 | 7,579 | 1 | ,006* |
| | [yaş=2] | -11,762 | 4,160 | 7,992 | 1 | ,005* |
| | [yaş=3] | -8,159 | 3,839 | 4,516 | 1 | ,034* |
| | [yaş=4] | -7,847 | 4,000 | 3,848 | 1 | ,050 |
| | [yaş=5] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| | [medenihal=0] | 3,608 | 3,254 | 1,229 | 1 | ,268 |
| | [medenihal=1] | 5,433 | 3,359 | 2,617 | 1 | ,106 |
| | [medenihal=2] | 6,575 | 4,381 | 2,253 | 1 | ,133 |
| | [medenihal=3] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| | [görev=0] | -3,779 | 3,841 | ,968 | 1 | ,325 |
| | [görev=1] | -5,925 | 3,474 | 2,908 | 1 | ,088 |
| | [görev=2] | -1,246 | 4,954 | ,063 | 1 | ,801 |
| | [görev=3] | -7,934 | 3,703 | 4,592 | 1 | ,032* |
| | [görev=4] | -2,561 | 3,310 | ,598 | 1 | ,439 |
| | [görev=5] | -3,107 | 3,601 | ,744 | 1 | ,388 |
| | [görev=6] | -8,304 | 6,638 | 1,565 | 1 | ,211 |
| | [görev=7] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| | [eğitimdüzeyi=0] | -15,018 | 8,288 | 3,283 | 1 | ,070 |
| | [eğitimdüzeyi=1] | -13,713 | 8,515 | 2,593 | 1 | ,107 |
| | [eğitimdüzeyi=2] | -11,834 | 8,272 | 2,047 | 1 | ,153 |
| | [eğitimdüzeyi=3] | -15,103 | 8,818 | 2,934 | 1 | ,087 |
| | [eğitimdüzeyi=4] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| | [haftalıkmesai=0] | -14,691 | 7,846 | 3,506 | 1 | ,061 |
| | [haftalıkmesai=1] | -18,158 | 7,512 | 5,843 | 1 | ,016* |
| | [haftalıkmesai=2] | -13,074 | 7,549 | 2,999 | 1 | ,083 |
| | [haftalıkmesai=3] | -11,471 | 7,261 | 2,496 | 1 | ,114 |
| | [haftalıkmesai=4] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| | [birim=0] | 1,573 | 2,901 | ,294 | 1 | ,588 |
| | [birim=1] | 1,893 | 2,863 | ,437 | 1 | ,508 |
| | [birim=2] | 1,730 | 2,691 | ,413 | 1 | ,520 |
| [birim=3] | 3,679 | 3,726 | ,975 | 1 | ,323 | |
| [birim=4] | -,462 | 3,559 | ,017 | 1 | ,897 | |
| [birim=5] | 2,187 | 5,058 | ,187 | 1 | ,666 | |
| [birim=6] | 0 ^a | . | . | 0 | . | |
| [şiddetuygulayıcısı=0] | -23,209 | 18,505 | 1,573 | 1 | ,210 | |
| [şiddetuygulayıcısı=1] | -23,274 | 18,671 | 1,554 | 1 | ,213 | |
| [şiddetuygulayıcısı=2] | -17,284 | 18,844 | ,841 | 1 | ,359 | |
| [şiddetuygulayıcısı=3] | -45,658 | 18,898 | 5,837 | 1 | ,016* | |
| [şiddetuygulayıcısı=4] | -14,636 | 18,563 | ,622 | 1 | ,430 | |
| [şiddetuygulayıcısı=5] | -19,565 | 20,592 | ,903 | 1 | ,342 | |
| [şiddetuygulayıcısı=6] | -28,241 | 20,602 | 1,879 | 1 | ,170 | |
| [şiddetuygulayıcısı=7] | 0 ^a | . | . | 0 | . | |

| | | | | | |
|-------------------|----------------|--------------|--------------|----------|--------------|
| [soru1=1] | 1,991 | 4,784 | ,173 | 1 | ,677 |
| [soru1=2] | -1,838 | 3,330 | ,305 | 1 | ,581 |
| [soru1=3] | -2,426 | 3,014 | ,648 | 1 | ,421 |
| [soru1=4] | -,610 | 3,011 | ,041 | 1 | ,840 |
| [soru1=5] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| [soru2=1] | -2,421 | 3,924 | ,381 | 1 | ,537 |
| [soru2=2] | 2,253 | 2,476 | ,829 | 1 | ,363 |
| [soru2=3] | 1,568 | 2,203 | ,506 | 1 | ,477 |
| [soru2=4] | 2,395 | 2,115 | 1,282 | 1 | ,258 |
| [soru2=5] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| [soru3=1] | -1,217 | 4,328 | ,079 | 1 | ,779 |
| [soru3=2] | ,327 | 2,324 | ,020 | 1 | ,888 |
| [soru3=3] | 1,145 | 1,455 | ,619 | 1 | ,431 |
| [soru3=4] | ,599 | 1,341 | ,199 | 1 | ,655 |
| [soru3=5] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| [soru4=1] | 7,212 | 6,044 | 1,424 | 1 | ,233 |
| [soru4=2] | 2,646 | 2,351 | 1,267 | 1 | ,260 |
| [soru4=3] | ,025 | 1,831 | ,000 | 1 | ,989 |
| [soru4=4] | ,619 | 1,708 | ,131 | 1 | ,717 |
| [soru4=5] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| [soru5=1] | -3,724 | 5,576 | ,446 | 1 | ,504 |
| [soru5=2] | -,472 | 1,721 | ,075 | 1 | ,784 |
| [soru5=3] | -,336 | 1,418 | ,056 | 1 | ,813 |
| [soru5=4] | 3,334 | 1,527 | 4,768 | 1 | ,029* |
| [soru5=5] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| [soru6=1] | -3,050 | 10,307 | ,088 | 1 | ,767 |
| [soru6=2] | -3,384 | 2,409 | 1,974 | 1 | ,160 |
| [soru6=3] | -,807 | 1,522 | ,281 | 1 | ,596 |
| [soru6=4] | ,782 | 1,481 | ,279 | 1 | ,598 |
| [soru6=5] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| [soru7=1] | 10,045 | 5,715 | 3,089 | 1 | ,079 |
| [soru7=2] | 7,211 | 2,736 | 6,946 | 1 | ,008* |
| [soru7=3] | 1,085 | 1,916 | ,321 | 1 | ,571 |
| [soru7=4] | 4,632 | 1,822 | 6,464 | 1 | ,011* |
| [soru7=5] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| [soru8=1] | ,423 | 6,296 | ,005 | 1 | ,946 |
| [soru8=2] | -7,683 | 2,533 | 9,204 | 1 | ,002* |
| [soru8=3] | -3,372 | 1,843 | 3,346 | 1 | ,067 |
| [soru8=4] | -2,996 | 1,872 | 2,562 | 1 | ,109 |
| [soru8=5] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| [soru9=1] | -4,529 | 7,936 | ,326 | 1 | ,568 |
| [soru9=2] | -3,277 | 2,536 | 1,670 | 1 | ,196 |
| [soru9=3] | 1,279 | 2,120 | ,364 | 1 | ,546 |
| [soru9=4] | ,384 | 1,890 | ,041 | 1 | ,839 |
| [soru9=5] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| [soru10=1] | 18,165 | 8,597 | 4,464 | 1 | ,035* |
| [soru10=2] | -3,440 | 1,835 | 3,513 | 1 | ,061 |
| [soru10=3] | 1,121 | 1,626 | ,475 | 1 | ,491 |
| [soru10=4] | 2,931 | 1,828 | 2,570 | 1 | ,109 |
| [soru10=5] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| [soru11=1] | -,338 | 7,845 | ,002 | 1 | ,966 |
| [soru11=2] | -,353 | 2,265 | ,024 | 1 | ,876 |
| [soru11=3] | ,164 | 1,416 | ,013 | 1 | ,908 |
| [soru11=4] | 2,257 | 1,394 | 2,620 | 1 | ,106 |
| [soru11=5] | 0 ^a | . | . | 0 | . |

| | | | | | |
|-------------------|----------------|--------------|---------------|----------|--------------|
| [soru12=1] | -1,370 | 10,264 | ,018 | 1 | ,894 |
| [soru12=2] | 1,627 | 2,245 | ,525 | 1 | ,469 |
| [soru12=3] | 1,152 | 1,610 | ,512 | 1 | ,474 |
| [soru12=4] | 2,535 | 1,654 | 2,347 | 1 | ,126 |
| [soru12=5] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| [soru13=1] | -21,361 | 20,448 | 1,091 | 1 | ,296 |
| [soru13=2] | ,171 | 3,007 | ,003 | 1 | ,955 |
| [soru13=3] | -1,944 | 1,651 | 1,387 | 1 | ,239 |
| [soru13=4] | 2,030 | 1,492 | 1,852 | 1 | ,174 |
| [soru13=5] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| [soru14=1] | 14,323 | 15,733 | ,829 | 1 | ,363 |
| [soru14=2] | 1,152 | 2,333 | ,244 | 1 | ,621 |
| [soru14=3] | ,484 | 1,792 | ,073 | 1 | ,787 |
| [soru14=4] | -,977 | 2,223 | ,193 | 1 | ,660 |
| [soru14=5] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| [soru15=1] | 5,621 | 5,586 | 1,013 | 1 | ,314 |
| [soru15=2] | -,285 | 2,279 | ,016 | 1 | ,900 |
| [soru15=3] | 1,716 | 1,527 | 1,263 | 1 | ,261 |
| [soru15=4] | 2,759 | 1,679 | 2,701 | 1 | ,100 |
| [soru15=5] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| [soru16=1] | -4,073 | 4,193 | ,944 | 1 | ,331 |
| [soru16=2] | ,454 | 2,506 | ,033 | 1 | ,856 |
| [soru16=3] | 3,382 | 2,159 | 2,453 | 1 | ,117 |
| [soru16=4] | 1,626 | 1,887 | ,743 | 1 | ,389 |
| [soru16=5] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| [soru17=1] | -9,029 | 9,007 | 1,005 | 1 | ,316 |
| [soru17=2] | 4,974 | 2,521 | 3,892 | 1 | ,049* |
| [soru17=3] | 3,098 | 1,788 | 3,004 | 1 | ,083 |
| [soru17=4] | -,314 | 1,900 | ,027 | 1 | ,869 |
| [soru17=5] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| [soru18=1] | 4,848 | 4,522 | 1,149 | 1 | ,284 |
| [soru18=2] | 2,332 | 2,153 | 1,173 | 1 | ,279 |
| [soru18=3] | -,757 | 1,649 | ,211 | 1 | ,646 |
| [soru18=4] | -,349 | 1,730 | ,041 | 1 | ,840 |
| [soru18=5] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| [soru19=1] | -5,146 | 5,775 | ,794 | 1 | ,373 |
| [soru19=2] | -2,598 | 2,836 | ,839 | 1 | ,360 |
| [soru19=3] | -,584 | 2,007 | ,085 | 1 | ,771 |
| [soru19=4] | ,147 | 1,741 | ,007 | 1 | ,933 |
| [soru19=5] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| [soru20=1] | -5,862 | 5,852 | 1,003 | 1 | ,317 |
| [soru20=2] | -7,194 | 2,969 | 5,871 | 1 | ,015* |
| [soru20=3] | -2,765 | 2,527 | 1,197 | 1 | ,274 |
| [soru20=4] | -,112 | 2,233 | ,002 | 1 | ,960 |
| [soru20=5] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| [soru21=1] | -2,285 | 4,261 | ,288 | 1 | ,592 |
| [soru21=2] | -,203 | 2,142 | ,009 | 1 | ,925 |
| [soru21=3] | -1,094 | 1,781 | ,378 | 1 | ,539 |
| [soru21=4] | ,016 | 2,006 | ,000 | 1 | ,994 |
| [soru21=5] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| [soru22=1] | 1,060 | 6,130 | ,030 | 1 | ,863 |
| [soru22=2] | -7,786 | 2,272 | 11,744 | 1 | ,001* |
| [soru22=3] | -1,952 | 1,372 | 2,024 | 1 | ,155 |
| [soru22=4] | -,275 | 1,663 | ,027 | 1 | ,869 |
| [soru22=5] | 0 ^a | . | . | 0 | . |

| | | | | | |
|-------------------|----------------|--------------|--------------|----------|--------------|
| [soru23=1] | -5,214 | 11,735 | ,197 | 1 | ,657 |
| [soru23=2] | -,885 | 3,036 | ,085 | 1 | ,771 |
| [soru23=3] | -1,082 | 2,775 | ,152 | 1 | ,696 |
| [soru23=4] | -2,540 | 2,381 | 1,138 | 1 | ,286 |
| [soru23=5] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| [soru24=1] | 11,020 | 9,847 | 1,252 | 1 | ,263 |
| [soru24=2] | ,282 | 3,023 | ,009 | 1 | ,926 |
| [soru24=3] | -4,169 | 2,314 | 3,246 | 1 | ,072 |
| [soru24=4] | -3,905 | 2,039 | 3,667 | 1 | ,055 |
| [soru24=5] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| [soru25=1] | 9,495 | 15,986 | ,353 | 1 | ,553 |
| [soru25=2] | -1,595 | 2,175 | ,538 | 1 | ,463 |
| [soru25=3] | -,861 | 1,571 | ,301 | 1 | ,583 |
| [soru25=4] | ,004 | 1,741 | ,000 | 1 | ,998 |
| [soru25=5] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| [soru26=1] | 4,119 | 14,703 | ,078 | 1 | ,779 |
| [soru26=2] | -5,558 | 2,577 | 4,651 | 1 | ,031* |
| [soru26=3] | -,378 | 1,681 | ,050 | 1 | ,822 |
| [soru26=4] | -,968 | 1,567 | ,382 | 1 | ,537 |
| [soru26=5] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| [soru27=2] | 3,629 | 2,341 | 2,402 | 1 | ,121 |
| [soru27=3] | -,879 | 1,592 | ,305 | 1 | ,581 |
| [soru27=4] | -2,892 | 1,752 | 2,724 | 1 | ,099 |
| [soru27=5] | 0 ^a | . | . | 0 | . |
| [soru28=1] | -7,236 | 6,563 | 1,216 | 1 | ,270 |
| [soru28=2] | 2,290 | 3,159 | ,525 | 1 | ,469 |
| [soru28=3] | -1,065 | 2,897 | ,135 | 1 | ,713 |
| [soru28=4] | ,934 | 2,800 | ,111 | 1 | ,739 |
| [soru28=5] | 0 ^a | . | . | 0 | . |

EK-5: FAKTÖRLERİ YANSITAN SORULARIN DAĞILIMI

ÇALIŞMA KOŞULLARI FAKTÖRÜ SORULARI

SORU 2: Sağlık personeline uygulanan şiddet, uzun süren prosedür işlemlerinden kaynaklanmaktadır.

SORU 3: Çalışma ortamının fiziksel durumu ve aydınlatma seviyesi hasta ve yakınlarını etkilemektedir.

SORU 4: Hastaya ayrılan tedavi süresinin yetersiz olması şiddetin ortaya çıkmasında etkilidir.

SORU 5: Hastaya uygulanan tedavi yönteminin getirdiği risk şiddet eğilimini arttırmaktadır.

SORU 6: Artan stres sonucu sağlık personeli ile hasta arasında diyalogun kopması şiddet eğilimini arttırmaktadır.

SORU 7: Tedavi sürecinde hastane imkanlarının yetersiz kalması sağlık personeline yönelik şiddetin ortaya çıkmasında etkili olmaktadır.

SORU 23: Sağlık personeline uygulanan şiddet, mesainin farklı zaman dilimlerinde artış gösterebilmektedir.

SORU 24: Bir şiddet olayı ile karşılaşılması durumunda, sağlık personelinin bulunduğu birimdeki mesai arkadaşlarının ani reaksiyon gösterememesi şiddet eğilimini arttıran bir neden olabilmektedir.

SORU 28: Sağlık personelinin hastanın taleplerini yerine getirmek istememesi şiddet eğilimini arttırmaktadır.

GÜVENLİK KOŞULLARI FAKTÖRÜ SORULARI

SORU 1: Sağlık personeline uygulanan şiddet iletişim yetersizliğinden kaynaklanmaktadır.

SORU 9: Sağlık personeline uygulanan şiddetin nedenlerinden biri, hastanenin güvenlik yönünden zayıf olmasıdır.

SORU 10: Beyaz kod uygulamasının daha yaygın kullanımı şiddet eğilimini azaltabilir.

SORU 17: Çalıştığım kurumda şiddet olaylarını belirleme ve raporlandırmaya yönelik bir uygulama oluşturulması gereklidir.

SORU 19: Medyada yer alan sağlık personeline şiddet haberleri, kişilerde bu dürtüyü tetiklemektedir.

SORU 25: Sağlık personelinin şiddete uğramadan önce yetki ve imkanlarını kullanmakta çekingen davranması şiddet eğilimini arttırabilmektedir.

SOSYAL ÖZELLİK FAKTÖRÜ SORULARI

SORU 12: Sağlık personeline yönelik şiddet hasta ve yakınlarının farklı kültür ve yaşayış tarzlarına göre farklılık göstermektedir.

SORU 13: Sağlık personeline yönelik şiddeti tetikleyen psikososyal faktörler mevcuttur.

SORU 14: Hastanın yaşı, cinsiyeti ve eğitim durumu sağlık personeline yönelik şiddeti etkileyen önemli faktörlerdir.

SORU 15: Sağlık personelinin sert tavırları şiddet eğiliminin ortaya çıkmasında etkilidir.

SORU 16: Sağlık personelinin hasta ile arasında empati kurmaması şiddeti açığa çıkaran etkenlerden biridir.

SORU 18: Tedavi aşamasında hastaya dikkatli davranılmaması sonucu, hasta acının etkisiyle sağlık personeline şiddet uygulayabilmektedir.

SORU 20: Hastanın kendisinin önemsiz biri gibi hissettirilmesi, sağlık personeline yönelik şiddete neden olabilmektedir.

SORU 21: Sağlık personelinin yeterli bilgi birikimine sahip olmaması, hasta veya yakınının sağlık personeline yönelik şiddete başvurmasında etkili olmaktadır.

SORU 22: Hastaya sağlanan fazla toleransın sağlık personeline yönelik şiddetin açığa çıkmasında etkili olabilmektedir.

TOPLUMSAL KALIP FAKTÖRÜ SORULARI

SORU 8: Uygulanan tedaviden memnun kalınmaması sağlık personelinin şiddete uğramasının nedenlerinden biridir.

SORU 11: Hasta ve yakınlarının değişen kanunlar hakkında bilgi sahibi olmamaları, sağlık personeline uygulanan şiddetin nedenlerinden biridir.

SORU 26: Sağlık personelinin toplum içindeki statüsünün hasta ve yakını tarafından dikkate alınmaması şiddet eğilimini arttırmaktadır.

SORU 27: Toplumsal bilinçsizlik nedeniyle sağlık personeline uygulanan şiddet artış göstermektedir.



KAYNAKÇA

- Abay, E. ve Tuğlu, C. (2000). Şiddet ve Agresyonun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, 3(1), 21-26.
- Abreu, M. N. S., Siqueira, A. L., Cardoso, C. S., & Caiaffa, W. T. (2008). Ordinal Logistic Regression Models: Application in Quality of Life Studies. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 581-591.
- Adıgüzel, Z. (2005). *Sağlık personeli - vatandaő (hasta) iletiőiminin niteliği ve iletişimi etkileyen faktörler* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Manisa.
- Akın, B. ve Şentürk, E. (2012). Bireylerin Mutluluk Düzeylerinin Ordinal Lojistik Regresyon Analizi İle İncelenmesi. *Öneri*, 10(37), 183-193.
- Akın, F. (2004). *Türkiye’de çok partili dizgeye geçiş sürecinde Demokrat Parti Cumhuriyet Halk Partisi iliőikleri* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ankara Üniversite Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Akca, N., Yılmaz, A. ve Işık, O. (2014). Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Özel Bir Tıp Merkezi Örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 13(1), 1-11.
- Al, B., Zengin, S., Deryal, Y., Gökçen, C., Arı Yılmaz, D. ve Yıldırım, C. (2012). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet. *The Journal of Academic Emergency medicine*, 11, 115-24.
- Alderfer, B. S.-C. (1973). *Administrative Science Quarterly*. Usa: Usa.
- Alpar, R. (2018). *Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemler*. Ankara: Detay.
- Armağan, S. (1980). *Temel Haklar Ve Ödevler*. İstanbul: Fakülteler Matbaası.
- Aydın, B., Karaca, B. K., Turla, A. ve Dünder, C. (2015). Samsun’da Hekimlerin Meslekleri Nedeniyle Yaőadıkları Şiddetin Özellikleri ve Şiddetin Önlenmesi Konusundaki Düşünceleri. *The Bulletin of Legal Medicine*, 20(2), 76-82.
- Aydın, N. (2014). *Őiddet ačíısından güvenli ortamda çalıőılması için alınan önlemlerin sağlık çalıőanları tarafından değerlendirilmesi* (Yayınlanmamıő Yüksek Lisans Tezi). Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

- Ayhan, S. (2006). *Sıralı lojistik regresyon analiziyle Türkiye'deki hemşirelerin iş bırakma niyetini etkileyen faktörlerin belirlenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Bal, N. (2014). Sosyolojide Şiddet Kavramı. *Yurt ve Dünya Dergisi*, 6, 6-22.
- Başol, E. (2015). *Sağlık kurumlarında iletişim, uygulama ve sorunlar: hasta ile sağlık personeli iletişimi üzerine bir uygulama (Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi örneği)* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Başol, E. (2018). Hasta ile Sağlık Çalışanları (Doktor ve Hemşire) Arasındaki İletişim Sorunları ve Çözüm Önerileri. *International Anatolia Academic Online Journal/Social Science Journal*, 4(1), 76-93.
- Bayram, G. O. ve Dinç, H. (2012). Sexual harassment among health workers and students. *International Journal of Human Sciences*, 9(1), 20-34.
- Bayrakçı, M. (2007). Sosyal Öğrenme Kuramı Ve Eğitimde Uygulanması. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, (14), 198-210.
- Bilello, N. (2005). *Understanding The Difficult Patient: A Guide For Practitioners Of Oriental Medicine*. Colorado: Blue Poppy Press.
- Bingöl, O. (2014). Toplumsal Cinsiyet Olgusu Ve Türkiye'de Kadınlık. *Kmü Sosyal Ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 16, 108-114.
- Bircan, H. (2004). Lojistik Regresyon Analizi:Tıp Verileri Üzerine Bir Uygulama . *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2, 185-208.
- Bon, G. (2001). *Kitleler Psikolojisi*. İstanbul: Hayat.
- Bozkurt Sakallı, A. (2017). *Sağlık kurumlarında çalışanların iletişim ve toplam kalite yönetim algıları ile şiddete maruz kalma ilişkisinin belirlenmesi: Bir alan çalışması* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Buldu, G. (2016). *Hasta ve sağlık personeli iletişimi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Bulduklu, Y. (2015). *Hastalarla İletişim*. Konya: Çizgi
- Büker, H. ve Uludağ, Ş. (2010). Şiddet İçerikli Video Oyunlarının Çocuklar ve Gençler Üzerindeki Etkileri: Saldırganlık, Şiddet ve Suça Dair Bir Değerlendirme. *Adli Bilimler Dergisi*, 9(4), 54-75.
- Büyükbayram, A. & Okçay, H. (2013). The Socio-Cultural Factors That Affect Violence İn Health Care Personnel/Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyokültürel Etmenler. *Journal of Psychiatric Nursing*, 4(1), 46-54.
- Chappell, D., & Di Martino, V. (2006). *Violence At Work*. Geneva: International Labour Organization.
- Chatterjee, S., & Hadi, A. (New Jersey). *Regression Analysis By Example*. 2012: A John Wiley & Sons.
- Chen, C. K., & John J. H. (2004). Using Ordinal Regression Model to Analyze Student Satisfaction Questionnaires. IR Applications, Volume 1, May 26, 2004. *Association for Institutional Research (NJ1)*.
- Collins, S. (2009). *Effective Communication A Workbook For Social Care Workers*. London: Jessica Kingsley Publisher.
- Coşkun U. N. ve Erdem, R. (2018). Şiddet ve Sağlık. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16-30.
- Çakır, S. (2008). Medya ve Şiddet. *Doğu Batı Düşünce*, 161-180.
- Çamcı, O. ve Kutlu, Y. (2011). Kocaeli’nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 9-16.
- Çatel, M. (2015). *Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusunun bir üniversite hastanesi ölçeğinde incelenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Çetinkaya, Y. E. (2010). *The Interplay Of Perceived Family Factors And Personal Cognitive Factors İn Predicting Physical Aggression Among Urban Youth*. Ankara: The Department Of Educational Sciences, The Graduate School Of Social Sciences Of Middle East Technical University.

- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2016). *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik Spss ve Lisrel Uygulamaları*. Ankara: Pegem Akademi.
- Çolak, E. (2002). *Koşullu ve sınırlandırılmış lojistik regresyon yöntemlerinin karşılaştırılması ve bir uygulama* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Dağ, E. (2017). *Hasta ve yakınlarını şiddete yönelten sebeplerin araştırılması: Burdur ili örneği* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Demirci, Ş. (2018). *Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin değerlendirilmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Devebakan, N. (2018). *Sağlık Kurumlarında Şiddet ve Yönetimi*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.
- Dsö. (1998). *Dünya Sağlık Raporu: 21. Yüzyılda Herkes İçin Bir Vizyon*. Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı.
- Duğan, Ö. ve Arslan, A. (2015). Sağlıkta Şiddetin Sağlık Çalışanı-Hasta İletişimi Boyutu Üzerine Bir Derleme. *Sağlıkta İletişim Sempozyumu*. Eskişehir.
- Durak, Ş. (2011). *İşsizlik, istihdam politikaları ve işsizlikle mücadelede başarı örnekleri* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Dursun, S. ve Aytaç, S. (2011). İşyerinde Şiddet Davranışlarının Çalışanlar Üzerine Etkisi: Bir Uygulama. *Tisk Akademi*, 6(11), 6-29.
- Erdem, S. (1981). *Psikoloji*. İstanbul: Işık.
- Emeç, H. (2002). Ege Bölgesi Tüketim Harcamaları İçin Sıralı Logit Tahminleri ve Senaryo Sonuçları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(2), 13-29.
- Ergil, D. (2001). Şiddetin Kültürel Kökenleri. *Bilim ve Teknik Dergisi*, 399, 40-41.
- Feinstein, A. (1996). *Multivariable Analysis: An Introduction*. New Haven: Yale University Press.

- Fırat, M. ve Onay , A. (1999). Bitki Doku Kültürü Çalışmalarından Elde Edilen Binom Verilerinin Genelleştirilmiş Lineer Modeller Kullanılarak Analizi. *Tr. J. Of Biology*, 23(1999), 261-237.
- Fidell, L., & Tabachnick, B. (2015). *Çok Değişkenli İstatistiklerin Kullanımı*. Ankara: Nobel Akademik.
- Fişek, N. (1985). *Halk Sağlığına Giriş*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Gamgam, H. ve Altunkaynak, B. (2017). *Regresyon Analizi*. Ankara: Seçkin.
- Gerek, N. (2000). *Sosyal Güvenlik Hukuku*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Gökçe, O. (2013). *İletişim Nasıl Daha İyi Anlar ve Anlaşılırım*. Konya: Çizgi.
- Gurkan, C. Ö., & Cosar, F. (2009). Ekonomik Şiddetin Kadın Yaşamındaki Etkileri (Economic effects of violence in women's life). *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 2(3), 124-129.
- Güleç, H., Topaloğlu, M., Ünsal, D. ve Altıntaş, M. (2012). Bir Kısır Döngü Olarak Şiddet. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(1), 112-137.
- Gümüş, A. (2006). Şiddetin Nedenleri. *Toplumsal Bir Sorun Olarak Şiddet Sempozyumu* (S. 39-92). Ankara: Eğitim-Sen.
- Harrington, N. (2015). *Health Communication Theory, Method, And Application*. Newyork: Routledge.
- Hatunoğlu, Y., Hatunoğlu, A. ve Avcı, M. (2014). Anadolu Coğrafyasında Töre ve Namus Kıskaçında Bulunan Kadına Yönelik Şiddet Uygulamanın Sosyolojik ve Psikolojik Boyutunun Değerlendirilmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 440-450.
- Heath, C. (1986). *Body Movement And Speech In Medical Interaction*. Newyork: Cambridge University Press.
- İnandı, T. (1999). Sağlık Hakkı ve Eşitsizlikler. *Toplum ve Hekim*, 14(5), 357-361.
- İncesu, E. (T.Y). Hayata Dönüşün Adı “Mavi Kod” Seydişehir Devlet Hastanesi Mavi Kod Birimine Yapılan Bildirim Raporlarının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4(1), 26-39.

- Johnson, R., & Wichern, D. (1998). *Applied Multivariate Statistical Analysis*. New Jersey: Prentice Hall.
- Kalaycı, Ş. (2018). *Spss Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Ankara: Dinamik.
- Karataş, Z. (2008). Lise öğrencilerinde öfke ve saldırganlık. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17(3), 277-294.
- Karayağız M. G. ve Başbakkal, Z. (2014). Planlı Davranış Teorisine Göre Annelerin Altı Ay Boyunca Emzirmeye Devam Etme Davranışlarının İncelenmesi. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları Ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 1, 1-13.
- Kırel, Ç. (2007). Örgütlerde Mobbing Yönetiminde Destekleyici Ve Risk Azaltıcı Öneriler. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(2), 317-334.
- Kızmaz, Z. (2006). Şiddetin Sosyo-Kültürel Kaynakları Üzerine Sosyolojik Bir Yaklaşım. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(2), 247-267.
- Kingma, M. (2001). Workplace Violence İn The Health Sector: A Problem Of Epidemic Proportion. *International Nursing Review*, 48(3), 129-130.
- Kocabıyık, N., Yıldırım, S., Turgut, E., Türk, M. ve Ayer, A. (2015). Bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde çalışan sağlık personelinin şiddete uğrama sıklığı ve etkileyen faktörler. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2015; 28: 112, 118.
- Kocacık, F. (2001). Şiddet OLGUSU ÜZERİNE. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2(1), 1-7.
- Kocacık, F. (2000). *Toplumbilim*. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Yayını.
- Kurtz, S. (2002). Doctor-Patient Communication: Principles And Practices. *Le Journal Canadien Des Sciences Neurologiques*, 2, 23-29.
- Kutlu , L. (2003). *Açık agresyon ölçeğinin türk psikiyatrik hasta grubunda geçerlik güvenirlik çalışması* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Long, J., & Freese, J. (2001). *Regression Models For Categorical Dependent Variables Using Stata*. Texas: A Stata Press.
- Lupton, D. (2003). *Medicine As Culture*. London: Sage Publications.
- Maguire, P., & Pitceathly, C. (2004). Dealing With Strong Emotions And Difficult Personalities. E. Macdonald İçinde, *Difficult Conversations İn Medicine* (S. 77-85). Newyork: Oxford Un Press.
- Martino, V. D. (2002). *Workplace Violence İn The Health Sector*. Geneva: Synthesis Report.
- Mast, M. S., & Cousin, G. (2013). The Role of Nonverbal Communication in Medical Interactions: Empirical Results, Theoretical Bases, And Methodological İssues. In *The Oxford Handbook of Health Communication, Behavior Change, and Treatment Adherence* (pp. 38-53). Oxford University Press Oxford.
- McCullagh, P. (1980). Regression Models For Ordinal Data. *Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Methodological)*, 42(2), 109-127.
- Michaud, Y. (1991). *Şiddet*. İstanbul: İstanbul İletişim Yayınları.
- Nelson-Jones, R. (1982). *Danışma Psikolojisi Kuramları*. Cassell Educational Limited.
- Organization, W. H. (1998). *Violence And Health: Task Force On Violence And Health*. Cenevre: Who.
- Özcan, N. K. ve Bilgin, H. (2011). Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistemik Derleme. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 31(6), 1442-1456.
- Özcan, K. (1996). *Bireysel Ve Toplumsal Şiddet*. İstanbul: Altın Kitapları.
- Özdamar, K. (1999). *Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi-1*. Eskişehir: Kaan Kitabevi.
- Özen Çöl, S. (2008). İşyerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *Çalışma Ve Toplum Ekonomi ve Hukuk Dergisi*, 107-134.
- Özerkmen, N. ve Gölbaşı, H. (2010). Toplumsal Bir Olgu Olarak Şiddet. *Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*, 15, 23-37.

- Page, A. Z. ve İnce, M. (2008). Aile İçi Şiddet Konusunda Bir Derleme. *Türk Psikoloji Yazıları*, 11(22), 81-94.
- Palabıyıklıoğlu, R. (1997). Medya ve Şiddet. *Kriz*, 5(2), 123-126.
- Pallant, J. (2007). *Spss Survival Manual*. New York: Mc Graw Hill.
- Perry, D. (2002). *Theory And Research İn Mass Communication Contexts And Consequences*. London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Pınar, T. ve Pınar, G. (2013). Sağlık Çalışanları ve İşyerinde Şiddet. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(3), 315-326.
- Powers, D. A., & Xie, Y. (2000). *Statistical Methods For Categorical Data Analysis*. London: Academic Press.
- Roter, D., & Hall, J. (2006). *Doctor Talkings With Patients / Patients Talking With Doctors Improving Communication İn Medical Visits*. Connecticut: Greenwood.
- Sargutan, A. E. (2005). Sağlık Sektörü Ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 400-428.
- Seta, V. (2016). *15 Temmuz Darbe Girişimi ve Demokrasi Nöbetlerinde Sosyal Medyanın Rolü*. İstanbul: 15 Temmuz Darbe Girişimi Toplumsal Algı Araştırması Raporu No:68, İstanbul. Şeker.
- Sigmund, F. (2008). *Psikanaliz Üzerine*. İstanbul: Say.
- Smith, P. K., Singer, M., Hoel, H., & Cooper, C. L. (2003). Victimization in the School and the Workplace: Are There Any Links?. *British Journal of Psychology*, 94(2), 175-188.
- Şengün, S. (2014). *Sağlık alanında iletişim, hasta ve sağlık personeli iletişiminde sorunlar üzerine Bayındır Devlet Hastanesinde bir uygulama (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Şerbetçi, A. (2013). Sıralı Lojistik Regresyon Analizi İle İstatistik ve Ekonometri, Derslerinde Başarıyı Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Öğrencileri Üzerine Bir Uygulama. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(1), 89-110.

- Tansel, A. ve Güngör, N. D. (2004). Türkiye’den Yurt Dışına Beyin Göçü: Ampirik Bir Uygulama. *ERC (Economic Research Center) Working Papers in Economics*, 4(02), 1-10.
- TBMM. (2013). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırma Komisyonu Raporu*. Ankara: TBMM.
- TDK. (1988). *Türkçe Sözlük 2. Cilt*. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları.
- Tengilimoğlu , D., Işık , O.ve Akbolat, M. (2009). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayın.
- Trend, D. (2008). *Medyada Şiddet Efsanesi*. İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.
- Tutar, H. (2014). *Sosyal Psikoloji”, Kavramlar Ve Kuramlar*. Ankara: Seçkin.
- Uludağ, A. ve Zengin, N. (2016). Sağlıkta Şiddete Hasta Şikayetlerinde Yer Alan Olumsuz İfadeler Açısından Bir Bakış: Konya Örneği. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(3), 71-86.
- Ulusoy, O. (2008). *Ergenlerde bilişim teknolojileri kullanımı ve saldırganlık ilişkisi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Ünsal, A. Ş. ve Dönmez S. (2011). Hemşirelere Karşı İşyeri Şiddeti. *Adli Tıp Dergisi*, 25, 71-80.
- Üzümcü, F. (2016). *hekim ve hemşirelere yönelik şiddet: Bir üniversite hastanesinde uygulama* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Wilkinson, C. (2001). *Fundamentals Of Health At Work*. London: Taylor&Francis.
- Vahip, I. ve Doğanavşargil, Ö. (2006). Aile İçi Fiziksel Şiddet ve Kadın Hastalarımız. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(2), 107-114.
- Yavuz, A. (2014). *Sağlık işletmelerinde iş sağlığı ve güvenliği kapsamında çalışanlara yönelik şiddet* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Yılmaz, A., Can, Y., Bozkurt, M. ve Evren, C. (2014). Alkol ve Madde Bağımlılığında Remisyon ve Depreşme. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 6(3), 243-256.

Yılmaz, B. (2011). Şiddetin Psikolojisi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri-Özel Konular*, 4(2), 8-13.

Yetkin, Ç. (2011). *Türkiye'de Askeri Darbeler Ve Amerika*. Ankara: Kilit Yayınları.

Zorlu, Y. (2016). Medyadaki Şiddet ve Etkileri. *Humanities Sciences*, 11(1), 13-32.

Elektronik Kaynaklar

<http://cocuknefroloji.org/wpcontent/uploads/2018/07/LojistikRegresyon.pdf>
(15.03.2020).

http://www.norusis.com/Pdf/Aspc_V13.Pdf (02.04.2020).

DİZİN

-B-

Bağlantı Fonksiyonu, 50, 75
Biyolojik, vii, 10, 15

-C-

Cinsel, vii, 13, 70, 74

-Ç-

Çevresel, vii, 17, 31, 34

-E-

Ekonomik, vii, 7, 13, 94, 97

-F-

Fiziksel, vii, 13, 33, 70, 74, 101

-H-

Hasta, v, 24, 25, 26, 27, 28, 31, 34, 36,
67, 69, 70, 73, 74, 92, 94, 96, 101
Hastane, 31, 99

-İ-

İletişim, 27, 29, 31, 94, 95, 96, 97, 99

-K-

Kavram, 5

-L-

Logit, ix, 41, 51, 52, 75, 78, 96
Lojistik Regresyon Analizi, 39, 40, 43

-M-

Mobbing, vii, 14, 98

-P-

Paralel Eğriler Varsayımı, ix, xi, xii, 58,
59, 60, 75
Psikolojik, vii, 7, 9, 13, 22, 70, 74, 97,
99

-S-

Sağlık, v, viii, x, 5, 16, 19, 20, 21, 22,
23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32,
33, 34, 35, 36, 67, 68, 69, 71, 72, 73,
75, 76, 77, 78, 91, 92, 93, 94, 95, 96,
97, 98, 99, 100, 101
Sıralı Lojistik Regresyon, v, 44, 45, 46,
50, 52, 57, 60, 63, 64, 71, 75, 76, 78,
79, 94
Sıralı Lojistik Regresyon Analizi, v, 44,
45, 50, 52, 71, 76, 78, 94
Siyaset, 8
Sosyokültürel, Vii, 15, 95
Sosyolojik, 6, 97, 98
Sözel, Vii, 12, 70, 74

-Ş-

Şiddet, v, vii, viii, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 14,
15, 16, 34, 35, 70, 74, 77, 93, 94, 95,
96, 97, 98, 99, 100, 101, 102

