



T. C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN  
FİZİKSEL ŞİDDETE UĞRAMA DURUMLARININ  
MESLEKİ VE KARIYER BAĞLILIKLARINA ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SELİN ÖKÇÜN**

**Samsun  
Şubat- 2020**





T. C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN  
FİZİKSEL ŞİDDETE UĞRAMA DURUMLARININ  
MESLEKİ VE KARIYER BAĞLILIKLARINA ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SELİN ÖKÇÜN**

**Danışman**

**Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN**

**Samsun**

**Şubat- 2020**

## TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın her aşamasında yoğun çalışma programının arasında bana zaman ayıran ve değerli görüşlerini paylaşan danışman hocam Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN'a, eğitim yaşamım boyunca bilgi birikimlerini ve deneyimlerini benden esirgemeyen saygıdeğer hocalarıma, çalışma süresince her türlü desteği esirgemeyen sevgili annem Türkan ÖKÇÜN, babam Abdullah ÖKÇÜN ve çalışma arkadaşım Mustafa KURNAZ'a teşekkürlerimi sunarım.

Bu çalışma, PYO.SBF.1904.19.008 proje numarasıyla Ondokuz Mayıs Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi Birimi tarafından desteklenmiştir.

## ÖZET

### TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN FİZİKSEL ŞİDDETE UĞRAMA DURUMLARININ MESLEKİ VE KARIYER BAĞLILIKLARINA ETKİSİ

**Amaç:** Çalışmanın amacı tıp fakültesinde çalışan araştırma görevlilerinin fiziksel şiddete uğrama durumları, mesleki bağlılık düzeyleri ve kariyer bağlılığı düzeylerinin belirlenmesi ve fiziksel şiddet durumlarının mesleki bağlılık ve kariyer bağlılığı üzerindeki etkisinin incelenmesidir.

**Materyal ve Metot:** Araştırma anket yöntemiyle yapılmıştır. Araştırmanın anketi geçerliliği ve güvenilirliği kabul edilmiş ölçeklerden faydalanılarak uzman görüşü doğrultusunda hazırlanmıştır. Araştırma kapsamında 01.08.2019- 15.10.2019 tarihleri arasında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde görev yapmakta olan 518 araştırma görevlisine ulaşılması amaçlanmıştır.

**Bulgular:** Araştırma kapsamında 438 araştırma görevlisine ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan araştırma görevlilerinin %11,4 (n=50)'ünün fiziksel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Fiziksel şiddete maruz kalan araştırma görevlilerinin %58 (n=29)'i kadın ve %46 (n=23)'sı dahili tıp bilimlerinde çalışmaktadır. Fiziksel şiddete maruz kalan araştırma görevlilerinin %8 (n=4)'i yaralanmıştır. Araştırmanın sonucunda fiziksel şiddete maruz kalan araştırma görevlilerinin duygusal mesleki bağlılık puan ortalaması  $3,6 \pm 0,8$ ; mesleki devamlılık bağlılığı puan ortalaması  $4 \pm 0,7$ ; normatif mesleki bağlılığı puan ortalaması  $3,5 \pm 0,9$  ve kariyer bağlılığı puan ortalaması  $2,7 \pm 0,9$  olarak bulunmuştur.

**Sonuç:** Araştırmaya katılan araştırma görevlilerinin duygusal mesleki bağlılık, mesleki devamlılık bağlılığı ve normatif mesleki bağlılık düzeyleri 5'li likert ölçeğine göre yüksek; kariyer bağlılığı düzeyleri 5'li likert ölçeğine göre orta düzeylerde bulunmuştur. Araştırma görevlilerinin fiziksel şiddete maruz kalmaları ile mesleki bağlılık alt boyutları arasında ilişki bulunmamaktadır. Kariyer bağlılıkları ile negatif yönlü ilişki bulunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlıkta şiddet; Fiziksel şiddet; Mesleki bağlılık; Kariyer bağlılığı

Selin ÖKÇÜN, Yüksek Lisans Tezi  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi- Samsun, Şubat- 2020

## ABSTRACT

### THE EFFECT OF PHYSICAL VIOLENCE ON THE OCCUPATIONAL AND CAREER COMMITMENT OF MEDICAL FACULTY RESEARCH ASSISTANTS

**Aim:** The aim of this study is to determine the status of physical violence, the level of occupational commitment and career commitment to the research assistants working in the medical faculty and to investigate the effect of physical violence level on occupational commitment and career commitment.

**Material and Method:** This research was carried out through a questionnaire. The questionnaire was prepared in accordance with expert opinion by using approved validity and reliability scales. Within the scope of the research, it was aimed to reach 518 research assistants working in Samsun Ondokuz Mayıs University Health Training and Research Center between 01.08.2019-15.10.2019.

**Results:** Within the scope of the research 438 research assistants were reached. It was found that 11.4% (n=50) of the research assistants participated in the study were exposed to physical violence. Of the research assistants exposed to physical violence, 58% (n=29) were women and 46% (n=23) were employed in internal medicine sciences. 8% (n=4) of the research assistants exposed to physical violence were injured. As a result of the study research assistants that exposed to physical violence; it was found that average scores of affective commitment was  $3.6\pm 0.8$ ; continuance commitment was  $4\pm 0,7$ ; normative commitment was  $3.5\pm 0.9$  and career commitment was  $2.7\pm 0.9$ .

**Conclusion:** Affective commitment, continuance commitment and normative commitment levels were high and career commitment levels are moderate was found of the research assistants participating in the study. There is not a significant relationship between the research assistants' exposure to physical violence and the sub-dimensions of occupational commitment, but there is a negative relationship with career commitment.

**Keywords:** Violence in health; Physical violence; Occupational commitment; Career commitment

**Selin ÖKÇÜN, Master Thesis**  
**Ondokuz Mayıs University- Samsun, February- 2020**

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>ABD</b>	:	Amerika Birleşik Devletleri
<b>BLS</b>	:	Bureau of Labor Statistics/ İşgücü İstatistikleri Bürosu
<b>ICN</b>	:	International Council of Nurses/ Uluslararası Hemşireler Birliği
<b>ILO</b>	:	International Labour Organization/ Uluslararası Çalışma Örgütü
<b>GAO</b>	:	Government Accountability Office/ Hükümet Sorumluluk Ofisi
<b>n</b>	:	Kişi Sayısı
<b>NIOSH</b>	:	National Institute for Occupational Safety and Health/ Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü
<b>NOHSC</b>	:	National Occupational Health and Safety Commission/ Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Komisyonu
<b>OSHA</b>	:	Occupational Safety and Health Administration/ İş Güvenliği ve Sağlığı İdaresi
<b>p</b>	:	İstatistiki anlamlılık düzeyi
<b>TBMM</b>	:	Türkiye Büyük Millet Meclisi
<b>WHO</b>	:	World Health Organization/ Dünya Sağlık Örgütü

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	iii
ÖZET .....	iv
ABSTRACT.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR .....	vi
İÇİNDEKİLER .....	vii
<b>1. GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>4</b>
2.1.Şiddet.....	4
2.1.1. Şiddetin Nedenleri .....	5
2.1.2. İşyeri Şiddeti.....	7
2.1.3. Şiddet Türleri.....	9
2.1.4. Sağlıkta Şiddet.....	15
2.1.5. Sağlıkta Şiddetin Çalışanlar ve Örgüt Açısından Sonuçları.....	21
2.1.6. Sağlıkta Şiddetin Önlenmesi .....	24
2.2. Mesleki Bağlılık .....	30
2.2.1. Mesleki Bağlılığın Önemi .....	35
2.2.2. Mesleki Bağlılığın Boyutları .....	37
2.2.3. Mesleki Bağlılığı Etkileyen Faktörler .....	41
2.2.4. Sağlık Sektöründe Mesleki Bağlılık .....	44
2.3. Kariyer Bağlılığı.....	46
2.3.1. Kariyer Bağlılığı Önemi .....	49
2.3.2. Kariyer Bağlılığı Boyutları.....	52
2.3.3. Kariyer Bağlılığını Etkileyen Faktörler .....	54
2.3.4. Sağlık Sektöründe Kariyer Bağlılığı .....	55
<b>3. MATERYAL VE METOT.....</b>	<b>58</b>
3.1. Materyal .....	58
3.1.1. Araştırmanın Amacı .....	58
3.1.2. Problem Cümlesi .....	58
3.1.3. Hipotezler .....	58



3.1.4. Varsayımlar .....	59
3.1.5. Sınırlılıklar.....	60
3.2. Metot .....	60
3.2.1. Evren ve Örneklem.....	60
3.2.2. Veri Toplama Aracı.....	60
3.3.3. Geçerlilik ve Güvenilirlik.....	62
3.3.4. Verilerin Analizi.....	62
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>64</b>
4.1. Tanımlayıcı Bulgular .....	64
4.2. Mesleki Bağlılık ve Kariyer Bağlılığı Ölçeklerine İlişkin Bulgular .....	71
<b>5.TARTIŞMA.....</b>	<b>82</b>
<b>6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>94</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>98</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>115</b>
EK-1: Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı .....	115
EK-2: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tarafından Kabul Edilen Anket İzin Yazısı.....	116
Ek- 3: Anket Formu .....	117
<b>ÖZ GEÇMİŞ .....</b>	<b>123</b>

## 1. GİRİŞ

İnsanlığın başlangıcından günümüze kadar her dönemde yaşanan olgu olarak şiddet, ‘güç’ ve ‘saldırganlık’ kavramlarının olumsuz şekilde dışa vurumu olarak değerlendirilmektedir. Gücün birey, gruplar ya da daha geniş anlamda toplumsal bazda zarar verici şekilde saldırgan bir eğilim içinde uygulanması genel olarak şiddetin yapısını oluşturmaktadır (Ayan, 2006). Baskı, eziyet, korkutma, sindirme, öldürme, cezalandırma, tehdit, sözlü hakaret ve fiziksel saldırı şeklinde ortaya çıkan şiddet her toplumda farklı derecelerde fakat sürekli biçimde gündelik yaşamda yer almaktadır (Türkiye Büyük Millet Meclisi- TBMM, 2013).

Şiddet insanların topluluklar halinde yaşamaya başlamasından beri belirli oranlarda var olmuş ve zaman geçtikçe artarak devam etmiştir. Artarak devam etmesiyle artık alışılmış bir durum olarak şiddet hayatın her alanında yaşanmaktadır. Günümüzde herkes evde, okulda, sokakta, iş yerinde, hastanede, medyada ve sosyal medya platformlarında şiddet eylemine tanık olmuş ya da bizzat yaşayarak bir şekilde dahil olmuştur (Kocacık, 2001).

Dünyada her yıl 1,3 milyondan fazla insan şiddet eylemleri sonucu hayatını kaybetmektedir. Bu sayı bütün ölümlerin içinde %2,5’lik oranı oluşturmaktadır. Şiddet, 15-44 yaş aralığı içinde öne çıkan ölüm nedenlerinde dördüncü sırada yer almaktadır (Butchart ve Mikton, 2014; Krug ve ark., 2002). Uluslararası Meslek Güvenliği ve Sağlığı Enstitüsü’nün yayınlamış olduğu rapora göre şiddet mesleki ölüm ve yaralanmaların en başında gelen sebeptir (Sancar, 2013). Ayrıca bütün dünyada her gün on binlerce insan ölümcül sonuçlara yol açmayan şekilde şiddet görmektedir. Bu sayılar acil departmanlarında ya da hastanelerde tedavi gören, fiziksel, cinsel ya da psikolojik saldırıya uğramış olanları kapsamaktadır. Bunun dışında aile içinde, çiftler ve arkadaşlar arasında büyük oranda rapor edilmemiş şiddet olayı yaşanmaktadır (Butchart ve Mikton, 2014).

Suç ve şiddete ilişkin mevzuat ve yasaların yürürlüğe girmesi güvenli ve barışçıl toplumların oluşturulması açısından kritik öneme sahiptir. Yapılan araştırmalarda, ülkelerin %80’inde şiddete ilişkin koruyucu yasalar bulunmakta ancak %57’sinde yasalar tam anlamıyla uygulanmaktadır (Butchart ve Mikton, 2014).

Son yıllarda işyerlerinde yaşanan artan şiddet olayları tüm dünyada endişe yaratan sorun haline almıştır. Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) ölümcül olmayan

şiddet olaylarının %85'inin hizmet sektöründe gerçekleştiği tespit edilmiştir (Cooper ve Swanson, 2002). Her yıl ortalama 1,7 milyon çalışan işyeri şiddeti sebebiyle yaralanmakta ve 800'den fazla çalışan hayatını kaybetmektedir. Özellikle sağlık sektöründe saldırı ve işyeri şiddetinden kaynaklanan yaralanma oranı diğer tüm sektörlerden daha yüksektir (Schwartz, 2011). Hastalık hali, stres, çaresizlik hissi, tedavi sürecinin zorluğu, maddi kaygılar, akıl sağlığı sorunları ve madde kullanımı sağlık sektöründe şiddet riskini arttıran faktörlerdendir (DeClerck, 2017).

Sağlık sektöründe yaşanan şiddet olaylarının olumsuz sonuçlarından bazıları; verimsizlik, performans kalitesinde düşüş, moral bozukluğu, stres, devamsızlık oranının artması, güvensizlik, tükenmişlik ve iş tatmininde azalma olarak sıralanabilir (Schwartz, 2011).

Meslek, bireyin hayatının belirli zamanında geçimini sağlamak için uğraştığı tanımlanabilir ve spesifik çalışma alanı olarak tanımlanmaktadır. Her meslek, kendini diğer mesleklerden ayıran belirli yetenek, beceri, bilgi ve becerilerden oluşmaktadır. Bu bağlamda; bireylerin yaşamları boyunca birden fazla mesleğe sahip olması mümkündür (Lee ve ark., 2000). Povalko tarafından 1971 yılında belirlenen, bir işi meslek yapan 8 kriterden birisi de mesleki bağlılıktır (Erbil ve Bakır, 2009; Çetinkaya ve ark., 2015; Karadağ, 2002).

Mesleki bağlılık kavramı genel olarak; birey ile mesleği arasında bu mesleğe karşı duyulan psikolojik bağ olarak tanımlanabilir (Lee ve ark., 2000; Weng ve McElroy, 2012). Bireyin mesleğine olan bağlılığın örgütler açısından önemi birçok araştırmacı tarafından kanıtlanmıştır. Mesleki bağlılık; örgütün istikrarsız ya da personeli tutma konusunda sıkıntı yaşadığı dönemlerde kuruluşun devamlılığına ve bireye fayda sağlayan etkenlerden biri olarak kabul edilmektedir (Lu ve ark., 2002).

Kariyer; bireyin zaman içinde çalıştığı ayrı fakat ilişkili pozisyonların bireysel olarak sıralamasını içermektedir. Kariyer bağlılığı, kariyerin ilerlemesi ve gelişmesi açısından büyük öneme sahiptir (Colarelli ve Bishop, 1990). Kariyer bağlılığı; genel olarak kişinin mesleğine karşı tutumu veya seçilmiş bir meslekte çalışma motivasyonu olarak tanımlanabilmektedir (Goulet ve Singh, 2002). Çalışma sonuçlarına göre; kariyer bağlılığı kişinin bireysel uzmanlık becerilerinin gelişimi için yıllarca süren eğitim ve deneyim gerekliliğinin sağlanmasında büyük rol oynamaktadır (Colarelli ve Bishop, 1990).

Sağlık kurumları hizmet sektörü içinde yer alan ve çıktısının insan hayatı olduğu oldukça önemli kurumlardır. İnsan hayatı gibi önemli konuda çalıştıkları için, çalışanların işlerini etkili ve verimli şekilde yapmaları büyük öneme sahiptir (Teker, 2014). Bu da çalışanların mesleğe ve kariyerlerine bağlılıklarının yüksek olmasıyla sağlanmaktadır.

Literatüre bakıldığında sağlık sektöründe şiddeti araştıran birçok araştırma mevcuttur. Ancak sağlık sektöründe yaşanan şiddetin araştırma görevlilerinin mesleki ve kariyer bağlılıklarına olan etkisi konusunda geçerli çalışmaya ulaşılmamıştır. Bu çalışmanın amacı; üniversite hastanesinde görev yapmakta olan araştırma görevlilerine yönelik fiziksel şiddetin belirlenmesi ve fiziksel şiddetin mesleki ve kariyer bağlılıklarına etkisinin incelenmesidir.

Çalışma altı bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünü konuyla ilgili kısa bilgiler içeren giriş bölümünden oluşmaktadır. İkinci bölümde konu ile ilgili genel bilgilere yer verilmiştir. Bu bölümde genel olarak şiddet kavramı, sağlık kurumlarında fiziksel şiddet, mesleki bağlılık, kariyer bağlılığı ve çalışanlar üzerindeki etkileri üzerinde durulmuştur. Üçüncü bölümde, uygulama aşamasına geçilmiş, konu ile ilgili verilerin nasıl toplandığı ve analizinin nasıl yapıldığı belirtilmiştir. Dördüncü bölümde verilerden elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Çalışmanın beşinci bölümünde elde edilen bulgular ile ilgili tartışma yapılmıştır. Çalışmanın altıncı ve son bölümünde ise elde edilen sonuçlar ve öneriler ifade edilmiştir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Şiddet

Şiddet birçok farklı formda karşılaşılan ve tanımlanması güç bir olgudur. Dilimize Arapçadan giren bir sözcük olan şiddet, ‘peklik’, ‘sıkılık’, ‘sertlik’ anlamlarına gelmektedir (TBMM, 2013). Türk Dil Kurumu’na göre şiddet, karşıt görüşte olanları inandırma veya uzlaşma yerine kaba kuvvet kullanma şeklinde tanımlanmaktadır (Karaca, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization- WHO) tarafından 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 ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanması’ şeklinde tanımlanmıştır (Krug ve ark., 2002).

Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Organization- ILO) tarafından şiddet, ‘Bir kişi veya gruba karşı fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki ve sosyal gelişimine zarar verebilecek şekilde fiziksel güç kullanımı ve güç kullanımı tehdididir. Kötü söz ve taciz de bu kapsamda değerlendirilir.’ şeklinde tanımlanmıştır (ILO, 2013).

Türk Medeni Kanunu şiddeti, ‘Kişinin fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik açıdan zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel hareketleri, buna yönelik tehdit ve baskıyı ya da özgürlüğün keyfi engellenmesini de içeren, toplumsal, kamusal veya özel alanda meydana gelen fiziksel, cinsel, psikolojik, sözlü veya ekonomik her türlü tutum ve davranışı’ şeklinde tanımlamıştır (Demirci, 2018).

Şiddet, zarar vermek amacıyla fiziksel gücün kötüye kullanılması veya şiddetli duygu veya eylemleri içermektedir (Gabua, 2014). Başka tanıma göre; şiddet birine veya mülkiyete zarar vermek amacıyla kullanılan fiziksel güçtür (DeClerck, 2017). Şiddet, yalnızca başka bireye uygulanan fiziksel eylemleri değil, aynı zamanda başkasına yönelik kullanılan kötü kelimeleri ve korkutucu davranışları da içermektedir (Holland, 2017).

Şiddetin birçok tanımı bulunmakla birlikte bütün tanımlarda geçen ortak özellikler; başka bireyin canını acıtmak, yaralamak, öldürmek, mala zarar vermek amacıyla güç kullanmak, yasaya aykırı şekilde fiziksel güç kullanmak, gereksiz yere

kırma ve yok etme eylemleri uygulamak ve toplumsal ilişkilerde kabul edilebilir sınırları aşan zorba davranışlarda bulunmak olarak sıralanmaktadır (Çuvadar, 2017).

Şiddet, geçmişten günümüze kadar toplumların parçası olarak süregelen ve bireylerin hayatına büyük zarar veren bir olgudur. Dünyada her yıl yaklaşık yarım milyon insan şiddet eylemleri sonucu öldürülmektedir. Ayrıca her yıl milyonlarca çocuk, kadın ve erkek; evde, okulda, işte ve sokakta şiddete maruz kalmaktadır (Butchart ve Mikton, 2014). Sorunun gerçek boyutu büyük ölçüde bilinmemektedir ve mevcut bilginin buzdağının sadece görünen yüzü olduğu bilinmektedir (Cooper ve Swanson, 2002). Şiddet genellikle insanların yıllarca hayatını etkilemekte ve uzun dönemde alkol ve uyuşturucu bağımlılığı, depresyon, intihar, okulu bırakma, işsizlik ve ilişki güçlüklerine yol açmaktadır (Butchart ve Mikton, 2014).

Gelişmişlik düzeyine erişmemiş ülkelerde büyük oranda yaşanan iç ve dış göçler, kültür kaymaları ve kurallara uymamazlık gibi nedenlerle sorunlar yaşanmaktadır. Yabancılaşma ve kendini değersiz hissetme gibi duygularla beslenen bireylerde, özellikle toplumun alt kesiminde, ani öfke patlamaları şiddete dönüşebilmektedir (Kocacık, 2001). Topluluk içinde büyük ölçüde yaşanan şiddet eylemleri gitgide toplumun bölünmesine ve savaşa dahi yol açabilmektedir (Butchart ve Mikton, 2014).

Şiddet yoğun şekilde hayatın her alanında artık alışılmış bir olgu olarak yaşanmaya devam etmektedir. Şiddet olaylarının büyük oranda artmasından dolayı önüne geçebilmek için her ülke kendine özgü politikalar geliştirmektedir (Di Martino, 2002). Şiddeti önlemek için şiddetin toplum tarafından kabul edilebilirliği ile ilgili sosyal normları değiştirmeye, problem çözme becerilerinin geliştirilmesi üzerine küçük yaşta eğitimler verilmesine ve sıklıkla şiddete yol açan sosyal ve ekonomik koşulların daha iyi hale getirilmesi üzerine politika geliştirmeye de dikkat edilmelidir (Gabua, 2014).

### **2.1.1. Şiddetin Nedenleri**

Bütün canlıların kendini tehdit altında hissettiğinde ya da dışardan ağır tahriklere maruz kaldığında kendini koruma amacıyla dışa vurduğu saldırgan davranışlar şiddet eylemlerini oluşturmaktadır. Şiddet ve saldırganlık bütün insanlar ve doğada bulunan canlılarda doğal bir içgüdü olarak kabul edilmektedir (Beder, 2009). Şiddet her canlının içinde bulunan bir olgu olmasıyla birlikte bazı etkenler tarafından

tetiklenmektedir. Genel olarak şiddetin altındaki sebepleri açıklamak için biyolojik, psikolojik ve sosyolojik faktörler olarak disiplinler arası incelemek gerekmektedir.

### **Biyolojik Faktörler**

Genetik ve fizyolojik gibi biyolojik bileşenlerin, insanlarda şiddete katkıda bulunan etken olduğuna inanılmaktadır. Araştırmalar hormonal özelliklerin, özellikle testosteron, serotonin ve norepinepherine seviyelerinin saldırganlık veya şiddetle ilişkisi olduğunu göstermektedir. Erkek bireylerin fiziksel ve fiziksel olmayan şiddete daha fazla meyilli olmasında hormonal özelliklerin etkisi olduğu görüşü savunulmaktadır (Schwartz, 2011). Ayrıca, beyin bozuklukları teşhisi alan hastaların şiddete daha çok meyilli oldukları belirlenmiştir (Quanbeck ve ark., 2007). Her ne kadar şiddetin canlıların doğasında zaten olan bir olgu olduğu savunulsa da insanların düşünme ve irade yeteneği göz önüne alındığında şiddetin doğal dışavurum olarak nitelendirilemeyeceği açıktır (Coşkun Us ve Erdem, 2016).

### **Psikolojik Faktörler**

İçgüdüsel olarak bütün canlılarda bulunan kendini koruma güdüsü tehlike anında saldırgan eylemlere dönüşmektedir. Şiddet içeren eylemler bazı bireylerde doyuma neden olabilmektedir. Hayatlarında yeterli doygunluğa ulaşamamış bireyler psikolojik olarak engellendiklerini algıladığı zaman saldırgan davranışlar sergilemektedir (Bozkurt Sakallı, 2017).

Genel olarak; akut hastalık sahibi, uyuşturucu ya da alkol kullanan, bilişsel akıl yürütmeyi etkileyen veya engelleyen psikiyatrik tanısı olan, psikoz, şizofreni, kaygı bozukluğu, duygudurum bozukluğu, demans, alzheimer tanısı ya da travmatik beyin yaralanmalarına sahip bireylerde şiddet uygulama riski daha yüksektir (Schwartz, 2011). Bu tür psikolojik tanılara sahip bireyler içinde buldukları ruhsal durumlarından dolayı iletişim halinde olduğu bireylerle sağlıklı ilişki kuramamakta ve dürtülerini kontrol edemeyip şiddet eylemlerine başvurabilmektedirler (Beder, 2009). Hastalığın akut dönemlerinde şiddet riski en üst seviyededir. En yüksek şiddet riski; şizofreni tanısı almış yaşlı erkek hastalarda ve kişilik bozukluğu olan genç hastalarda görülmektedir (Schwartz, 2011).

## **Sosyolojik Faktörler**

Şiddetin altında yatan sebepler incelendiğinde şiddet eylemlerinin doğuştan gelmediği ve toplum içine yaşayarak kişiler arası ilişkilerle sonradan öğrenildiği teorisi bulunmaktadır (Demirci, 2018). Dünya çapında bütün toplumlarda şiddete ve saldırganlığa maruz kalma oranında artış yaşamaktadır. Bu artışın sonucu olarak toplumda şiddet içeren davranışlara daha yüksek tolerans ve kabul sağlanmıştır. Birçok araştırmacı şiddete tekrar tekrar maruz kalmak ya da tanık olmanın agresif davranışları yoğunlaştırdığını savunmaktadır. Araştırmalar insanların şiddeti dolaylı veya doğrudan olarak pasif biçimde gözlemlediklerinde ve şiddet eylemlerine maruz kaldıklarında saldırgan eğilimler geliştirdiklerini göstermektedir (Suzuki ve Lucas, 2010).

Televizyon, video oyunları ve filmlerde tanık olunan şiddet sahnelerinde artan saldırgan ve şiddetli davranışlar veya düşünceler gerçek hayatta da saldırganlığa yol açmaktadır. Kronik medya şiddetine maruz kalma, bireylerde şiddet ve şiddet mağdurlarına yönelik tutumları üzerinde uzun vadeli etkiler yaratmaktadır (Fanti ve ark., 2009). Silahlara erişimin de kolay olması toplumda şiddet olaylarının daha fazla yaşanmasına sebep olmuştur. Bireylerde fırsat eşitsizliği ve doyumsuzluk faktörlerinin de toplumda şiddet kültürünü oluşturduğu savunulmaktadır.

Şiddetin bir başka sosyolojik faktörü de cinsiyettir. Bazı araştırmalar, işyerinde kadınların sayısının artışının gerginlik seviyesinin artmasına sebep olduğunu savunmaktadır (Schwartz, 2011).

### **2.1.2. İşyeri Şiddeti**

Reformlar, artan iş baskısı, stres, toplumsal istikrarsızlık ve kişisel ilişkilerdeki bozulma gibi nedenlerle şiddet olgusu hızla iş hayatına yayılmıştır. Şiddet hayatın her alanında yaşanırken 2000’li yılların başından itibaren iş hayatında da büyük oranda görülmeye başlanmıştır. İşyerlerinde yaşanan şiddet olayları sonucu her yıl ortalama 1,7 milyon çalışan yaralanmakta ve 800'den fazla ölüm meydana gelmektedir (İşgücü İstatistikleri Bürosu- Bureau of Labor Statistics (BLS), 2005).

WHO işyeri şiddetini en geniş tanımıyla, “çalışanların iş yerine gidişlerinde veya iş yerinden dönerken güvenliklerine, iyi olmalarına ve sağlıklarına açık veya örtülü olarak meydan okuyan durumları içeren, kötü muamele gördüğü, tehdit edildiği, saldırıya uğradığı olaylar” şeklinde tanımlanmıştır (Butchart ve Mikton, 2014).



İş Güvenliği ve Sağlığı İdaresi (Occupational Safety and Health Administration-OSHA) (2016) tarafından yapılan tanıma göre; işyeri şiddeti tanımı, işteki veya görev başındaki bireylere yönelik fiziksel saldırı ya da saldırı tehditlerini içeren şiddet eylemleridir. İşyeri şiddeti fiziksel şiddet, taciz, korkutma, tehdit, sözlü saldırıdan cinayete kadar geniş bir tanımı içermektedir.

Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Komisyonu (National Occupational Health and Safety Commission- NOHSC) tarafından yapılan tanıma göre işyeri şiddeti; çalışanın risk altında olduğuna inanması için makul neden veren herhangi tehdit ifadesi veya davranışı dahil olmak üzere, çalışanın yaralanmasına neden olacak şekilde maruz kaldığı girişimdir. Başka tanıma göre işyeri şiddeti; kişinin yaptığı çalışma sırasında saldırıya uğradığı, tehdit edildiği, zarar gördüğü, yaralandığı her türlü eylem, olay veya davranışlardır (Chappel ve Di Martino, 2006).

Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (National Institute for Occupational Safety and Health- NIOSH) işyeri şiddetini; işyerinde meydana gelen herhangi bir fiziksel saldırı, tehdit edici davranış veya sözlü taciz olarak tanımlamaktadır. Sözlü tacizden cinayete kadar her türlü saldırganlık içeren davranış şiddet anlamına gelmektedir (NIOSH, 2019). Başka tanıma göre işyeri şiddeti, işyerinin içinde veya görev başındayken fiziksel ve psikolojik yaralanmalara neden olan eylemler olarak tanımlanmaktadır (Wright-Brown, 2017).

ABD Adalet Bakanlığı Federal Soruşturma Bürosu (2002) işyerinde meydana gelebilecek dört genel şiddet türünü tespit etmiştir. Sınıflandırmaya göre işyerlerinde şiddet 4 farklı tip saldırgan tarafından gerçekleştirilmektedir.

**Tip 1:** Yabancı birey tarafından uygulanan şiddet: Saldırganın kurum veya çalışanı ile hiçbir ilişkisi yoktur. Bu suçlar genellikle soygun, hırsızlık ve terörizmdir. Cinayetlerin %85 oranında büyük kısmı bu kategoriye görülmektedir.

**Tip 2:** Müşteri tarafından uygulanan şiddet: Saldırganın işle ilişkisi vardır ve hizmet alırken şiddet eylemi işlenmektedir. Bu kişiler müşteri, öğrenci ve hasta olabilmektedir. Bu tür şiddetin çoğunluğu sağlık hizmeti alanında meydana gelmektedir. Cinayetler bu kategoride %3 oranında görülmektedir.

**Tip 3:** Çalışma arkadaşı tarafından uygulanan şiddet: Saldırgan, kuruluşun mevcut veya eski çalışanıdır. Fiziksel ve fiziksel olmayan şiddet biçimlerini içerebilmektedir. Cinayetler bu kategoride %7 oranında görülmektedir.

**Tip 4:** Bireysel ilişkide olunan birey tarafından uygulanan şiddet: Saldırganın kurumla ilişkisi yoktur ama bireyle ilişkisi vardır. Genel olarak aile içi şiddet eylemlerini içermektedir.

Amerika Birleşik Devletleri Çalışma Bakanlığı 2013 yılında yayınladığı raporda, tüm meslekler için ölümcül olmayan şiddet olaylarına yıllık ortalama 1000 işçiden 12,6'sının maruz kaldığını açıklamıştır. Bu oran hekimler için yıllık ortalama 16,2; hemşireler için 21,9; ruh sağlığı profesyonelleri için, 68,2 olarak bulunmuştur (Gabua, 2014). Yapılan araştırmalara göre; kurumlarda iletişim başarısızlığı, politikaların eksikliği, eğitim ve güvenlik önlemlerinin alınmaması ve yönetimin güvenli çalışma ortamı sağlamaması gibi etkenler işyerinde şiddet riskini arttıran sebepler olarak ortaya çıkmıştır (Schwartz, 2011).

Son yıllarda aile içinde yaşanan şiddet olaylarının da çok kamusal hale geldiği ve yoğun ilgi ve eylem konusu olduğu gözlemlenmiştir. Dolaylı olarak; aile içi şiddetin çalışma ortamına aktarılması yoluyla işyerlerinde olumsuz yayılma etkisi göstermektedir. Şiddetin hala gizli sorun gibi görüldüğü ülkelerde ve işyerlerinde bile daha yakın analiz ve araştırmalar sonucu ortaya çıkması muhtemeldir. Şiddetin hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerde kadınlar, çocuklar, gençler, sosyal ve ekonomik açıdan yoksun gruplar üzerinde orantısız etkisi olmaktadır. İş kaybına ve giderek artan sayıda güvencesiz çalışan işçilere karşı savunmasızlık, işyerinde şiddet nedeniyle mağduriyetlerindeki artışın da yansıması olarak görünmektedir (Chappel ve Di Martino, 2006).

### **2.1.3. Şiddet Türleri**

Şiddet mağdur-fail ilişkisine göre 3 alt tipe ayrılmaktadır. Bu kategoriler; kendine yönelik, kişiler arası ve kolektif şiddettir. Kendine yönelik şiddet, mağdurun ve failin aynı birey olduğu, bireyin kendi kendine zarar verdiği ve intihar eylemlerini içeren şiddet tipidir. Kişiler arası şiddet aile içinde ve topluma yönelik olarak ikiye ayrılmaktadır. Kolektif şiddet ise daha büyük grupların gerçekleştirdiği, sosyal, ekonomik ve politik şiddeti içermektedir (Krug ve ark., 2002). Planlanmış ve belirli sosyal amaç için organize olmuş gruplar halinde gerçekleştirilen nefret suçları, terör saldırıları ve suç örgütlerince yapılan suçlar kolektif şiddeti oluşturmaktadır (Türkmenoğlu, 2014).

Şiddet hem fiziksel hem de fiziksel olmayan şekillerde gerçekleşebilmektedir (Wei ve ark., 2016). Fiziksel olmayan şiddet, fiziksel şiddetten daha yaygındır (Di Martino, 2002). Genel olarak en çok karşılaşılan işyeri şiddeti türleri fiziksel, psikolojik, sözel ve cinsel şiddet olarak belirlenmiştir.

### **Fiziksel Şiddet**

Şiddet denilince akla ilk gelen olgu fiziksel şiddet olgusudur. Bunun sebebi şiddet kavramının fiziksel saldırıyla özdeşleşmiş olmasıdır. Kısaca fiziksel şiddet, cinsel veya psikolojik zarara neden olan başka kişiye veya gruba karşı fiziksel güç kullanımı olarak tanımlanmaktadır (Schwartz, 2011; WHO, 2002). Bireyin fiziksel olarak yaralanmasıyla sonuçlanan kasıtlı eylemler fiziksel şiddeti meydana getirmektedir (WHO, 2002; Gerberich ve ark., 2004). Genel olarak bireye zarar verme niyetinde olan başka bireyle olan istenmeyen temasların tamamı fiziksel şiddeti oluşturmaktadır (Flannery ve ark., 2007). Bireyin bedensel bütünlüğüne, canına, malına ve özgürlüğüne karşı tehdit oluşturan bütün davranışlar fiziksel şiddeti oluşturmaktadır (Kocacık, 2001; Duğan, 2015).

Fiziksel şiddet; bireyin genellikle öfkesini boşaltmak, karşısındakini cezalandırmak ya da itaat etmesini sağlamak amacıyla uyguladığı acı çektirme yoluyla zarar verme eylemlerini içermektedir (Erten, 2016). Bireyin kendi kendine kasıtlı şekilde zarar vermesi de fiziksel şiddeti oluşturmaktadır. İntihar vakaları bireysel fiziksel şiddetin en ciddi örneğini oluşturmaktadır (Krug ve ark., 2002).

Fiziksel şiddet davranışları genellikle belirli süreç içerisinde ortaya çıkmaktadır (Ünlüsoy Dinçer, 2010). Fiziksel şiddet genellikle küçük hareketlerle başlamakta ancak süreç içerisinde dozajı artmakta ve ölümcül sonuçlara kadar gidebilmektedir (Dağ, 2017). En şiddetli fiziksel şiddet şekli cinayettir (Gerberich ve ark., 2004).

Ölçülebilir tek şiddet türü fiziksel şiddettir. Fiziksel şiddetin en belirgin özellikleri fiziksel hasara sebep olan, kasıtlı ve sonuçlarının doğrudan görülebilir olmasıdır (Duğan, 2015). Fiziksel şiddet uygulayan bireylerin en sık rastlanan özellikleri; şiddeti kontrol yöntemi olarak özümseme, fiziksel şiddet uygulamayı model olarak alma, çocukluk yıllarında istismar edilmiş olma ve aşırı alkol kullanımınıdır (Üzümcü, 2016). Fiziksel şiddete maruz kalanlar bireyler ise genellikle yaşadıkları şiddeti gizleme eğilimindedirler. Bunun sebebi toplum içinde küçük düşme, alay edilme, acınma ve aşağılanma korkusu duymalarıdır (Dağ, 2017).

Fiziksel şiddet; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, statüye göre değişiklik gösterse de genellikle aile içinde erkekten kadına, ebeveynlerden çocuğuna, öğretmenden öğrencisine, işverenden personele gibi güçlü olandan güçsüz olana doğru yönelim içerisindedir (Duğan, 2015).

Fiziksel işyeri şiddeti, çalışanların hastalar, müşteriler, mahkumlar ve öğrencilerle günlük temas halinde oldukları insani hizmet işlerinde büyük endişe kaynağıdır. Çalışmalar özellikle kamu güvenliği, eğitim, sağlık, adalet ve perakende sektörlerindeki çalışanların fiziksel işyeri şiddeti yaşamaya eğilimli olduğunu göstermiştir. 25 Avrupa ülkesinde yapılan geniş araştırmada, tüm endüstriler içinde çalışanların %5'inin hizmet verdikleri kişilerden veya diğer çalışanlardan fiziksel şiddete maruz kaldığını göstermiştir. Fiziksel şiddetin en sık mağduru kadınlar, gençler ve iş tecrübesi az olan kişilerdir (Friis ve ark., 2018).

Son yirmi yılda, fiziksel iş yeri şiddeti araştırmaları önemli ölçüde artmıştır. Özellikle sağlık ve eğitim sektörünün büyük risk altında olduğu tespit edilmiştir. Bu durum; fiziksel şiddetin daha çok stresli ve zorlu müşterilerle çalışmayı gerektiren mesleklerle ilişkili olduğunu göstermektedir (Chappel ve Di Martino, 2006).

Fiziksel şiddet genellikle; vurmak, yumruklamak, tokatlamak, itmek, tekmelemek, tırmalamak, ısırarak, tükürmek, silahla saldırı, cinsel saldırı, sıkıca sıkmak, nesne fırlatmak, boğmak, yüze yakıcı madde dökmek, bedende sigara söndürmek, fiziksel kuvvet göstererek alıkoymak, hasta ya da hamileyken gerekli yardımı esirgemek, hassas bölgelerine vurmak ya da yiyecek ve tıbbi tedavi almasını engellemek, özel eşyalara zarar vermek, fırlatmak ve kırmak gibi fiili eylem veya girişimleri içermektedir (Holland, 2017; Di Martino, 2002; Flannery ve ark., 2007; Cooper ve Swanson, 2002; Türkmenoğlu, 2014).

Sistemik literatür incelemeleri sonucu fiziksel işyeri şiddetinin fiziksel yaralanmalar, zihinsel sağlık sorunları (örneğin; travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, tükenmişlik, anksiyete ve depresyon), antidepresan ilaç kullanımı, devamsızlık ve olumsuz duygularla (örneğin; öfke ve korku) ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Friis ve ark., 2018).

Fiziksel şiddetin sonraki olumsuz sağlık sonuçları bireyler ve toplum için büyük yüküdür. Fiziksel şiddetin kronik strese yol açabileceği tespit edilmiştir. Çalışmalar, işyerinde şiddete maruz kaldıktan sonra semptomlardaki azalmanın ilk

aylarda en belirgin olduğunu göstermektedir. Ancak bundan sonra, azalma durur ve bazı kişiler için kronik olma riski ortaya çıkmaktadır. Uzun süre boyunca yüksek fizyolojik uyarılma seviyelerinin yalnızca zihinsel sağlık problemleri riskini değil aynı zamanda organizmadaki gerilime bağlı olarak ve dolaylı olarak yaşam tarzı davranışlarındaki değişiklikler (örneğin, alkol tüketimi, sigara içme, yeme alışkanlıkları ve uyku bozuklukları) nedeniyle bir dizi kronik hastalığın riskini de arttırdığına inanılmaktadır. Ayrıca araştırmalar uzun süreli stres dönemlerinin yalnızca genel ruh sağlığı sorunları riskini arttırmakla kalmayıp aynı zamanda kalp hastalığı ile de ilişkili olduğunu göstermiştir (Friis ve ark., 2018).

Fiziksel şiddete maruz kalan bireylerde özgüvenin yitirilmesi, korku ve endişe içinde yaşama, aldığı kararlarda tedirginlik gösterme, psikolojik sorunlar yaşama, intihara meyilli olma ve olumsuzluklar karşısında şiddete başvurma gibi eğilimler bulunmaktadır. Özellikle çocukluk çağında maruz kalınan fiziksel şiddetin ileride bireysel ve toplumsal açıdan yol açacağı sorunlar düşünüldüğünde, çocukların en çok iletişimde olduğu aile ve eğitimciler tarafından bu konuya dikkat gösterilmesi büyük önem teşkil etmektedir. Bu bireyler ileride belirli statüye erişmiş olsalar dahi olumsuzluklar karşısında şiddeti çözüm yolu olarak görmeleri büyük olasılıktır. Şiddeti çözüm yolu olarak gören bireylerin çokluğu toplum içinde de şiddetin yaygınlığını arttırmaktadır (Pehlivan, 2015; Erten, 2016).

### **Psikolojik Şiddet**

Psikolojik şiddet, bireylerin birbirleriyle olan sağlıklı iletişimleri ve düşmanca davranışların pek çok çeşidini barındıran kavram olarak açıklanmaktadır. Genel olarak psikolojik şiddet; kişi ya da grup tarafından başka kişi ya da gruba karşı sistematik şekilde düşmanca ve ahlak dışı şekillerde çeşitli sebepler uydurarak bireyi sindirmek maksadıyla, özgüvenine yönelik psikolojik saldırgan davranışların uygulanması şeklinde tanımlanmaktadır (Dal, 2018).

İşyerinde kişiler arası fiziksel şiddetin varlığı her zaman kabul edilmiş olsa da psikolojik şiddetin varlığı uzun süre boyunca fark edilmemiştir. Şu anda ise psikolojik şiddet işyerinde önemli endişe kaynağı olarak ortaya çıkmaktadır (WHO, 2002). Psikolojik şiddet, fiziksel şiddetten daha yaygındır. İşyerinde bu şiddet türü, sözlü tacizde bulunmak, duygusal istismar, tehdit, zorbalık ve mobbing uygulamak gibi şekillerde gerçekleşmektedir (Di Martino, 2002; Schwartz, 2011). Ayrıca bireyi sosyal

açından izole eden sürekli negatif görüşler ya da eleştiriler, iş yeri dedikoduları ya da yanlış bilgilerin yayılımı gibi saldırıları da içermektedir (Dal, 2018). Psikolojik şiddet genellikle failler tarafından tekrarlanan şekilde gerçekleşmektedir. Bir kereye mahsus olaylar nispeten küçük olsa da mağdurun üzerindeki kümülatif etki fiziksel şiddetten daha ciddi sonuçlara neden olmaktadır.

Psikolojik şiddet genellikle; bireyi veya çalışan grubunu baltalamak için kibar, zalimce, kötü niyetli veya küçük düşürücü girişimler yoluyla tekrarlanan saldırgan davranışlardan oluşmaktadır. Bu saldırılar sık sık gizlidir ve potansiyel tanıkların görüş alanı dışında ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte, genellikle davranışlar zaman içinde yoğun olarak artmaktadır. Mağdurların kişisel ve mesleki performanslarına yapılan bu sürekli olumsuz saldırılar genellikle öngörülemez ve haksız davranışları içermektedir (Chappel ve Di Martino, 2006).

Başka şekilde; bireyin yöneticileri, örgütü, üstleri, akranları veya astlarından birinin diğer çalışma arkadaşlarını da sistemli şekilde ve sıklıkla örgütleyerek herkesin bir bireye karşı cephe alması yoluyla psikolojik şiddet gerçekleşmektedir. Haksız suçlamalar, küçük düşürmeler, genel tacizler, duygusal eziyetler veya terör uygulamak yoluyla kişiyi işyerinden dışlamayı amaçlayan kötü niyetli eylemleri örgüt görmezden geldiği, göz yumduğu hatta kışkırttığı için mağdur, çok sayıda ve güçlü kişi karşısında kendini çaresiz görmektedir. Mağdur olan birey için bu durumun; fiziksel veya zihinsel sorunlar veya hastalıklar, sosyal sorunlar ve işten çıkarılmaya kadar etkisi bulunmaktadır (Dikmetaş ve ark., 2011).

Psikolojik şiddete örnek olarak; bireyle dalga geçmek, ciddiye almamak, sözünü kesmek, dinlememek, yalnız kalmasını sağlamak, fiziksel ve cinsel olarak sözlü veya yazılı tehditlerde bulunmak, sürekli eleştirmek, kendini başarısız veya ruhsal olarak problemlili hissetmesini sağlamak, iş yükünü azaltmak veya çok fazla arttırmak, bireyi başkalarının önünde veya özel olarak azarlamak, bireyin gelişmesini ve kendini göstermesini engelleyerek yükselmesini durdurmak, bireye yaptığı işte başarısız olacağını vurgulamak ve son başvuru tarihlerini kasıtlı olarak geri çekmek, başarısız olunan işin faturasını bireyden çıkartmak ve istifa etmesi için zorlamak verilebilir (Chappel ve Di Martino, 2006; Davenport ve ark., 1999; Kurnaz, 2019).

### **Sözel Şiddet**

Bağırarak, küfretmek, korkutmak, alay etmek, bireyin değerine karşı saygısızlığı belirten, utandıran, inciten kelimeleri kullanmak vasıtasıyla bireyin onurunu kırıcı sözlü saldırı uygulanması sözel şiddeti oluşturmaktadır (Schwartz, 2011). Sözel şiddet, bireyi korkutma, kontrol etme, gücü kötüye kullanma, sindirme ve istediğini yaptırmak amacıyla ve bireyler arasında anlaşmazlık durumlarında sık sık uygulanmaktadır (Duğan, 2015; Pehlivan, 2015; Üzümcü, 2016). Sözlü şiddet, bireyi korkutmak veya tehdit etmek için yapılan ifadeler, ırkçı hakaretler ve diğer aşağılayıcı yorumların yanı sıra can ve mallara yönelik tehditleri de içermektedir (Flannery ve ark., 2007). Genellikle bireyin engellilik durumu, yaşı, cinsiyeti, ailevi durumu ve cinsel tercihi gibi özellikleri üzerinden sözlü taciz edilmesi şeklinde gerçekleşmektedir (Avcı Balcı, 2014). Bireyin öz saygısında ve benliğinde hasar oluşturan sözel şiddet, bireyin kişiselliğine zarar vermekte ve çoğu zaman psikolojik sorunlara yol açmaktadır (Beder, 2009; Üzümcü, 2016).

Sözel şiddet genellikle; bireye toplu ortamlarda ya da yalnızken alay etmek, birey hakkında dedikodu çıkarmak/ kötü niyetli söylenti çıkarmak, bireyle konuşmamak, sorularına cevap vermemek, bireyin arkasından doğru olmayan yorumlar yapmak, bireyi küçük gören, aşağılayan, küçük düşüren söylemlerde bulunmak, bireyin mesleğine yönelik aşağılayıcı, saygısız ve kaba söylemlerde bulunmak, küfür, hakaret ve tehdit söylemlerinde bulunmak, iş ortamına uygun olmayan şakalar yapmak ve imalarda bulunmak ve yüksek sesle bağırarak şeklinde gerçekleşmektedir (Duğan, 2015; Ünlüsoy Dinçer, 2010; Pehlivan, 2015; Beder, 2009).

### **Cinsel Şiddet**

Cinsel nitelikteki herhangi istenmeyen sözel, sözsüz veya fiziksel davranış biçimleriyle; özellikle korkutucu, düşmanca, aşağılayıcı, küçük düşürücü veya rahatsız edici ortam oluşturup kişinin onurunu zedeleyecek davranışlarda bulunmak cinsel şiddeti oluşturmaktadır (Chappel ve Di Martino, 2006). Başka tanımla istenmeyen cinsel temasların tamamı cinsel şiddete girmektedir ve tecavüz, tecavüz girişimi, okşama, zorla öpme gibi olayları içermektedir (Flannery ve ark., 2007). Her ne kadar tek bir olay dahi cinsel tacizi oluşturuyorsa da genellikle mağdur üzerinde yıkıcı etkisi olabilecek tekrarlanan istenmeyen, karşılıksız ve dayatılmış eylemlerden halinde devam etmektedir. İşyerindeki cinsel şiddetin faileri sıklıkla denetleyici, yönetici veya daha

mağdura göre daha güçlü iş rolüne sahip olan bireylerdir. Genellikle mağdurlar üzerinde üstünlük kurmaları mümkün olduğundan mağdurun şikayet veya itiraz etmesine karşın tehditkar davranışlarla mağduru korkutabilmektedirler (Chappel ve Di Martino, 2006).

Cinsel şiddet fiziksel olarak; kasıtlı ve istenmeyen derecede fiziksel temas, gereksiz fiziksel yakınlık, ısrarcı şekilde takip etmek şeklinde gerçekleşmektedir (Butchart ve Mikton, 2014). Sözel olarak; bireyin bedeni, görünüşü veya yaşam tarzı hakkında cinsel yönelimli tekrarlanan yorumlar veya jestler, sürekli telefon görüşmeleri, mesaj ya da e-mail, bireyin özel hayatı hakkında sorular veya imalar, cinsel olarak açık espriler veya teklifler, istemediğini belirtse dahi sosyal aktivitelere ısrarcı davetler, cinsel içerikli istenmeyen övgüler, cinsel şakalar yapmak, cinsel yönelime dair imalar yapmak şeklinde gerçekleşmektedir. Cinsel şiddet mimiklerle; baş sallama, göz kırpmak, el, parmak, kol ya da bacaklarla yapılmış jestler, bireye ya da vücudunda bir yere sürekli olarak gülmek şeklinde gerçekleşmektedir. Son olarak tehditlerle cinsel şiddet, cinsel yakınlık karşılığında kariyer vaadi vermek, cinsel yakınlık karşılığında işe alım vaadi vermek, cinsel yakınlık olmadığı takdirde işten çıkarma tehdidi ve cinsel yakınlık olmadığı takdirde işini zorlaştırma, geciktirme, onaylamama şeklinde gerçekleşmektedir (Chappel ve Di Martino, 2006).

Cinsel şiddet olaylarının mağdurun üzerinde çok ciddi etkisi bulunmaktadır. Mağdurların ilk tepkileri diğer saldırılara benzer olsa da utanç, küçük düşme, öfke, stres, intikam ve çaresizlik gibi özel duygulara da sahip olabilmektedirler. Ayrıca kendilerini sevilmemiş veya kirli hissedebilmektedirler. Mağdurların cinsel saldırıya verdiği tepkiler, genellikle kendini koruma, kaçma, şikayet etme, kendini savunma amaçlı fiziksel saldırı gibi sıralanmaktadır (Richards, 2003).

#### **2.1.4. Sağlıkta Şiddet**

Sağlıkta şiddet olgusu birçok farklı şekilde ve ortamda gerçekleşebilen ve farklı tanımları olan bir olgudur. Genel olarak tanımlamak gerekirse sağlıkta şiddet, bir veya birden fazla sağlık çalışanı ile hasta, hasta yakını ya da üçüncü şahıslar arasında gerçekleşen fiziksel veya ruhsal olumsuz sonuçlar doğuran davranışlardır. Taraflar için risk oluşturan tehdit, fiziksel saldırı ya da cinsel saldırı sağlıkta şiddetin örneklerindedir (TBMM, 2013).



Şiddet tüm meslekler için endişe verici olmakla birlikte sağlık hizmetleri ve sosyal hizmet sağlayıcıları için daha büyük tehdit oluşturmaktadır (Schwartz, 2011). Hükümet Sorumluluk Ofisi (Government Accountability Office- GAO) tarafından 2016 yılında hazırlanan rapora göre; sağlık kurumlarında çalışan bireylerin işyeri şiddetine sıklıkla maruz kaldığı ve şiddet olayının diğer çalışma ortamlarına göre en az beş kat daha fazla yaşandığı tespit edilmiştir (GAO, 2016; Janocha ve Smith, 2010). Occupational Safety and Health Administration tarafından 2015 yılında yayınlanan rapora göre ise tüm işyeri şiddeti olaylarının yaklaşık %70'i sağlık kurumlarında meydana gelmektedir (OSHA, 2015). Başka araştırmada ise sağlık sektörü çalışanlarının diğer hizmet sektörlerinde çalışanlara göre şiddet görme oranının 16 kat daha fazla olduğu sonucunu göstermiştir (Dikmetaş ve ark., 2011). Ölümcül iş yaralanmalarının ise %18'i saldırılar ve şiddet içeren eylemlerin sonucudur. Her ne kadar bu bulgular rahatsız edici olsa da yetersiz raporlama nedeniyle, gerçek şiddet oranının büyük olasılıkla daha yüksek olduğu düşünülmektedir (Schwartz, 2011).

Sağlık hizmetlerinde mesleki özelliklere bağlı olarak hastalığa, yaralanmaya veya duygusal yüklerle maruz kalmak gibi sayısız risk vardır (Wright-Brown, 2017). Geçmiş yıllar boyunca, hastalar ya da hasta yakınları tarafından personele yönelik şiddet olayları büyük oranda arttığı görülmüştür. Hem kasıtlı hem de kasıtsız olarak yaşanan şiddet olaylarının artması ile sağlık tesislerinin güvende tutulması zorlaşmıştır (Gabua, 2014).

Sağlık kurumlarında her gün şiddet olayları ortaya çıkmaktadır. Hastaneler, sağlık çalışanları için gün geçtikçe tehlikeli ortamlar olmaktadır. Bu nedenle sağlık kurumu çalışanları kendilerini güvende hissetmemektedir (Coşkun Us ve Erdem, 2016). BLS 2015 yılında yaptığı çalışmada, hastanelerde her 10.000 çalışandan 15.6'sında şiddet sebebiyle gerçekleşen yaralanmalar yaşandığını tespit etmiştir (BLS, 2015). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin en sık faileri ise %80 oranla hastalar ve %12 oranla aileleri veya arkadaşlarıdır (OSHA, 2016).

Hastane ortamına özgü birçok duygusal deneyim vardır. Sağlık çalışanlarına yönelik saldırganlığın sebeplerinin genellikle sevilen birinin ölümü, kötü haberler alma ve uzun bekleme süreleri gibi durumlar olduğunu belirtilmiştir. Ayrıca hastaların aldıkları hizmetten memnun kalmadıklarında saldırıların daha sık gerçekleştiği tespit edilmiştir (Farrell ve ark., 2014). Ayrıca başka çalışmada da sağlık çalışanlarına yönelik

şiddet ile ilgili olarak tespit edilen en önemli faktörün hastalar için aşırı bekleme süreleri olduğu tespit edilmiştir (Medley ve ark., 2012).

Sağlık kurumlarının her ortamında şiddet olayları yaygın olmakla birlikte, acil servislerde risk artmaktadır (Bureau of Labor Statistics, 2010; Cleary ve ark., 2014; Gerberich ve ark., 2004; Hegney, ve ark., 2010; Taylor ve Rew, 2010). Acil servislerde; hastalar ve hasta yakınları tarafından taşınan silahların yaygınlığı, hastanelerde uyuşturucu ve para bulunabilirliği, halkın sınırsız dolaşımı ve uzun süre beklemek de şiddet olaylarının artmasını tetikleyecek etmenlerdendir (Gillespie ve ark., 2013; OSHA, 2015). Sağlık kurumlarında çalışan herkes potansiyel şiddet kurbanı olsa da hemşireler kişilerarası şiddetin en sık hedefleridir (Cooper ve Swanson, 2002). Ray (2007) tarafından yapılan çalışmada acil servis hemşirelerinin %80'inden fazlasının şiddete maruz kaldığını tespit edilmiştir. Benzer şekilde Dikmetaş ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan çalışmada; sağlık sektörü çalışanları içinde ise en riskli grubun hemşireler olduğu, diğer sağlık çalışanlarına göre şiddet görme oranının 3 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, genellikle bildirilmemektedir (McKoy ve Smith, 2001). Sağlık kurumlarında şiddetin yeterince bildirilmemesi, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin görülme sıklığı ve riskinin kesin olarak tespit edilememesine neden olmaktadır (Gillespie ve ark., 2016; OSHA, 2015). Yapılan araştırmalara göre sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalan personelin %72'si bildirmezken başka çalışmada ise, fiziksel saldırıya maruz kalanların sadece %29'u bu olayları bildirmiştir (Holland, 2017). Şiddetin bildirilmemesinin; raporlama sürecinin sıkıcı ve uzun olması, şiddetle ilgili politikaların net olmaması, fark yaratmayacağı veya yararının olmayacağı düşüncesi, personelin ceza alabileceği algısı, işlerini kaybetme korkusu ve şiddetin işinin parçası olduğu inancı nedeniyle gerçekleştiği belirtilmiştir (Kvas ve Sejak, 2014; Erickson ve Williams-Evans, 2000). Sağlık hizmeti sunucularının kurum içindeki şiddete ilişkin politika ve prosedürleri de bilmemeleri de önemli faktördür (DeClerck, 2017).

Sağlık hizmeti sunumu çok farklı organizasyonel yapıları içinde barındıran, stres yükü fazla çalışma ortamından oluşmaktadır. Sağlık kurumunun içinde ve dışında birçok görevi yerine getiren sağlık hizmeti sunucuları her gün yüzlerce hasta ve hasta yakınına en iyi hizmeti sunmaya çalışmaktadır. Sağlık hizmeti sunumu sırasında

çalışanlar, içerisinde buldukları durum nedeniyle öfkeli, sinirli, gergin, beklemekten sıkılmış, kötü haber almış hasta ya da hasta yakınlarıyla aynı ortamda çalışmaktadırlar. Stresli ortamda olan bireylerin kontrolü kaybetmesi kuvvetle muhtemel olup sağlık sektöründe şiddet riskinin daha yüksek olduğunu da açıklamaktadır (Demirci, 2018).

Hastalarla çalışmanın temel bileşeni sağlıklı personel ve hasta ilişkisi kurmaktır. Her ne kadar bu kavram sağlık hizmeti sunucularına eğitim hayatları boyunca vurgulansa da böyle bir ilişkiyi gerçekleştirmek çalışma ortamında zor olabilmektedir. Genellikle sağlık kuruluşlarında, personelin hastalarla etkileşimi için gerekli zamana izin vermeyen yüksek hızda çalışması gerekmektedir. Bu tür aceleci etkileşim, hastanın kendini tehdit altında hissetmesine neden olabilmektedir. Bu durum da hastayı şiddete iten sebeplerden biridir. Bu sebeple sağlık kurumlarında çalışan personelin hasta ile iletişimi konusunda eğitim alması şiddet riskini azaltması bakımından önemli bir etmenddir (Schwartz, 2011).

Sağlık kurumlarında, hastalar genellikle kişisel eşyalara veya faaliyetlere sınırlı erişime sahiptir. Hastalarda en sık görülen şiddet nedeni, hasta talebini reddeden veya hastayı yönlendiren personeldir. Grassi ve arkadaşları (2006), şiddet olaylarının yaklaşık %60'ının, bir şeyden mahrum bırakılan veya sınır koyulan hastaların veya hasta yakınlarının tarafından gerçekleştiğini belirtmişlerdir. Genel olarak şiddeti tetikleyen etmenler ve hastada hissettirdiği algılar Tablo 1'de verilmektedir.

**Tablo 1.** Şiddeti tetikleyen genel etmenler (Schwartz, 2011)

<b>Tetikleyiciler</b>	<b>Potansiyel Hasta Algısı</b>
İlaç tedavisi	Korku ve kaygı
Günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olmak	Fiziksel temas korkusu
Sınır koyma	Kısıtlamalar ve sınırlandırma
Kural koyma	Özgürlük kaybı
Kişisel eşyaları veya ayrıcalıklardan mahrum bırakma	Kısıtlamalar, seçim kaybı, kontrol edememe

Genel literatür incelemesi yapıldığında saldırganın büyük çoğunlukla erkek olduğu sonucuna varılmıştır. Flannery ve Walker'a (2003) göre sadece psikiyatri bölümünde saldırganın erkek ya da kadın olma olasılığı eşittir. Buna karşın, Raja ve Azzoni (2005) kadın ve erkek saldırganlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulamamışlardır. Ayrıca Flannery ve arkadaşları (2007), aynı cinsiyetten (erkek

saldırgan / erkek personel, kadın saldırgan / kadın personel) şiddetin, karşı cinsiyetten gelen şiddet eylemlerine göre daha yüksek oranda olduğunu bildirmiştir. Çalışmalarda erkek çalışanların fiziksel şiddete, kadın çalışanların ise fiziksel olmayan şiddete daha çok maruz kaldığı tespit edilmiştir.

Grassi ve arkadaşları (2006), saldırganlar ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulamamışlardır. Buna karşın, Raja ve Azzoni (2005) çalışmalarında, 24-48 yaş aralığında şiddet uygulama riskinin daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Flannery ve arkadaşları (2007) ise, kişilik bozukluğu tanısı almış genç erkek hastalar ve şizofreni hastası olan yaşlı erkeklerde şiddet riskinin en yüksek olduğunu tespit etmişlerdir.

Saldırganların çoğu, tekrar eden suçlu olarak sınıflandırılanlardır. Grassi ve arkadaşları (2006) şiddet olaylarının %75'inin iki veya daha fazla şiddet olayı geçmişi olan saldırganlar tarafından yapıldığını belirtmişlerdir. Yoshikawa ve arkadaşları (2007) ise, evsizlik ve madde kullanımının şiddet uygulayanlarla güçlü şekilde ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

Şiddete maruz kalan sağlık personelinin genel özellikleri incelendiğinde; literatürde personelin cinsiyeti konusunda ortak görüş birliği bulunmamaktadır. Flannery ve Walker'a (2003) göre, psikiyatri bölümünde çalışan erkek personelin saldırı riski daha yüksekken, diğer tüm birimlerdeki kadın personelde daha yüksek riskler vardır. Hatch-Maillette ve arkadaşları (2007), kadın personelin erkek personelden daha fazla fiziksel saldırı ile karşılaştığını tespit etmişlerdir. Buna karşın Hamadeh ve arkadaşları (2003), 30 yaşın altındaki erkek personelin şiddet yaşama ihtimalinin daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Gerberich ve arkadaşları (2004) erkeklerin fiziksel şiddete maruz kalma ihtimalinin daha yüksek olduğunu ancak kadın hemşirelerin fiziksel olmayan şiddet yaşama oranlarının daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir.

Mağdurların iş tecrübelerinin de işyeri şiddeti ile ilişkili olduğu görülmüştür. Rodriguez-Acosta ve arkadaşları (2010), 15 yıldan fazla tecrübeye sahip personele göre beş yıldan daha az tecrübeye sahip olanların daha yüksek saldırı oranına sahip olduğunu tespit etmişlerdir. Lawoko ve arkadaşları (2004), 30 yaşın altındaki personelin, 60 yaşın üzerindeki personele kıyasla saldırı olasılığının 5,9 kat daha fazla olduğunu bildirmiştir. Bunun sebebi daha fazla deneyime sahip olanların şiddet içeren olayları yönetmek veya önlemek için daha etkili beceriler ve yöntemler geliştirmiş olmaları ile açıklanmaktadır.

Ayrıca acil servis ve psikiyatri bölümlerinde çalışan personelin şiddete daha fazla maruz kaldığı tespit edilmiştir (Schwartz, 2011).

Şiddete uğrayan sağlık personelinin şiddete karşı verdiği tepkiler değişiklik gösterebilmektedir. Bir çatışmayı yatıştırmak, kontrol altına almak ya da fiziksel tepki göstermek için her birey kendi eğitim ve deneyimlerinden faydalanmaktadır. Eğitim almamış, aldıkları eğitimi unutmuş ya da korku ve panik halinin üstesinden gelemeyen bireyler içinde buldukları gergin ortamı alevlendirecek şekilde tepki gösterebilmektedir. Bireylerin, doğuştan gelen kişiliği, içinde bulunduğu durum, şartlar ve çevre vereceği tepki üzerinde etkili faktörlerdendir. Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses- ICN) bireylerin şiddet anında verdikleri tepkileri özetleyen bir ‘teпки süreci’ düzenlemiştir (Richards, 2003). Şekil 1’de ‘teпки süreci’ verilmektedir.

**PASİF**

**AKTİF**

**KABULLENME   KORUNMA   SÖZLÜ SAVUNMA   TARTIŞMA   FİZİKSEL SAVUNMA**



**Şekil 1.** Tepki süreci (Richards, 2003)

Dünyadan farklı olarak Türkiye’de boş yatak bulunamaması sorunu, hastanelerde altyapı ve donanım eksikliği, çalışan sayısının azlığı, çalışanların kriz yönetimi konusunda etkili olmaması, fazla muayene ve tahlil istenmesi, tedavi sürecinin beklenilenden farklı olması, doktorların fazla para aldığı görüşü, doktorların istediği hastayı iyileştirebileceği düşüncesi, bazı insanların hasta haklarını sadece kendine özel sanması ve yeteri kadar ilgi görmediğini düşünmesi şiddeti arttıran sebeplerden olarak sıralanmaktadır (Solmaz ve Duğan, 2018). Yapılan araştırmaya göre saldırganların %20’si şiddeti kendilerine hak olarak görmekte ve sağlık çalışanlarının şiddeti hakkettikleri görüşündedirler (Sağlık-Sen, 2013).

Türkiye’de sağlıkta şiddet üzerine yapılan çalışmada çıkan sonuçlara göre; son 1 yıl içinde fiziksel şiddete hekimlerin %23,7 (n=218)’i maruz kalırken psikolojik/sözel

şiddete %98,3 (n=906)'ü maruz kalmıştır. En sık rastlanan fiziksel şiddet türü %41,4 (n=126) ile etraftaki nesnelere fırlatma olmuştur. Arkasından %40,5 (n=123) ile tekme, yumruk, boğma ve ısırma, %8,2 (n=25) ile kesici alet ile yaralama ve %4,3 (n=13) ile silahla yaralama gelmektedir. Şiddet uygulayanların %56,9 (n=787)'u hasta yakını, %31,8 (n=440)'i hasta, %5,4 (n=75)'ü yönetici ve %5,3 (n=73)'ü iş arkadaşı olarak belirlenmiştir. Erkekler kadınlara göre 2 kat daha fazla fiziksel şiddete maruz kalmaktadır. Şiddet daha çok devlet hastanelerinde meydana gelmektedir. Fiziksel şiddetin en sık görüldüğü bölge İç Anadolu Bölgesi arkasından Akdeniz Bölgesi, Güneydoğu Anadolu Bölgesi olarak belirlenmiştir. Fiziksel şiddetin en az görüldüğü bölge ise Karadeniz Bölgesi'dir (Sağlık-Sen, 2013). Türkiye'de konuyla ilgili son dönemde yapılmış geniş çaplı ve güvenilir çalışmanın olmaması sağlıkta şiddetin güncel durumu ve istatistikleriyle ilgili bilgi eksikliğine yol açmaktadır.

#### **2.1.5. Sağlıkta Şiddetin Çalışanlar ve Örgüt Açısından Sonuçları**

Şiddet sadece anlık bir olay olarak düşünülmemelidir. Şiddet mağduru olan sağlık çalışanları, fiziksel ve duygusal bozulmalardan ve ölüme kadar maruz kalabilmektedir. Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet, sunulan ya da sunulacak hizmetin yerine getirilmemesine, bakım kalitesinin düşmesine, çalışanların beden ve ruh sağlığının olumsuz etkilenmesine, çalışanların meslektan uzaklaşmasına, hasta güvenliğini tehdit etmesine, işgücü ve ekonomik açıdan kayıplara ve sağlık kuruluşuna, sağlık sistemine ve ilgili yöneticilere olan güvenin azalmasına neden olmaktadır (Demirci, 2018 ve Richards, 2003).

Şiddet olayı sonrası yaşanan en yaygın olumsuz belirtiler; öfke, üzüntü, depresyon, sıkıntı, yorgunluk, stres, şüphe ya da güvensizlik, uyku problemi, korku veya kaygı, baş ağrısı, hüsrana, konsantrasyon zorluğu, sinirlilik, ağrı, kabuslar vb. olarak sıralanmaktadır (Bimenyimana ve ark., 2009; Richards, 2003; Nachreiner ve ark., 2007). Şiddet olayı sonucu oluşan fiziksel yaralanmalar genellikle; morluklar, izler, kesikler, sıyrıklar ve delikleri içermektedir (Nachreiner ve ark. 2007). Sağlık sektöründe yapılan araştırmaya göre; şiddete maruz kalan bireylerin yaklaşık %95'i fiziksel saldırıdan sonra tedavi görmemiştir (Schwartz, 2011).

Taylor ve Rew (2010) yaptıkları çalışmada şiddet olaylarının sağlık çalışanları üzerinde tükenmişlik, depresyon, korku, travma sonrası stres bozukluğu, iş doyumunun azalması ve iş performansının azalması, mesleğini bırakma düşüncesi gibi önemli

etkilerini tespit etmişlerdir. Sağlık hizmetlerine olan talep artmaya devam ederken ve arz mevcut ihtiyaçları karşılamak için yeterli düzeyde değildir. Yapılan araştırmaya göre sağlık hizmetlerinde görülen şiddet olaylarının meslekten ayrılma niyeti üzerinde pozitif yönde etkisi bulunmaktadır. Talep ve arzın birbirini karşılamadığı mevcut durumda sağlık hizmetleri sunucularının mesleklerini bırakması halinde sağlık hizmeti sunumunda birçok sorunun ortaya çıkması beklenmektedir (BLS, 2015).

İşyerinde yaşanan şiddet olayı sadece mağduru etkilemekle kalmayıp iş arkadaşları, işveren, hastalar ve çalışma ortamı dışındaki önemli kişileri de kapsamaktadır. Aileler için büyük endişe ve stres kaynağı olmasının yanında sağlık kurumu açısından da birçok kötü etkisi bulunmaktadır. Sağlık kurumu açısından iş performansı ve moralin azalması, işten ayrılma ve devamsızlık artışı, iş arkadaşları ve yönetim ile güvensizliğe de sebep olmaktadır (Gerberich ve ark., 2004; Lawoko ve ark., 2004; Nachreiner ve ark., 2007).

Yaşanan şiddet olayları, personelin memnuniyeti ve güvenliği ile hastanın güvenliği ve kalite sonuçları üzerinde olumsuz etkiye sebep olmaktadır. Şiddet, sağlık hizmeti sunumunu önemli ölçüde etkilemenin yanında genel olarak toplum üzerinde de geniş kapsamlı etkiye sahiptir (Gabua, 2014).

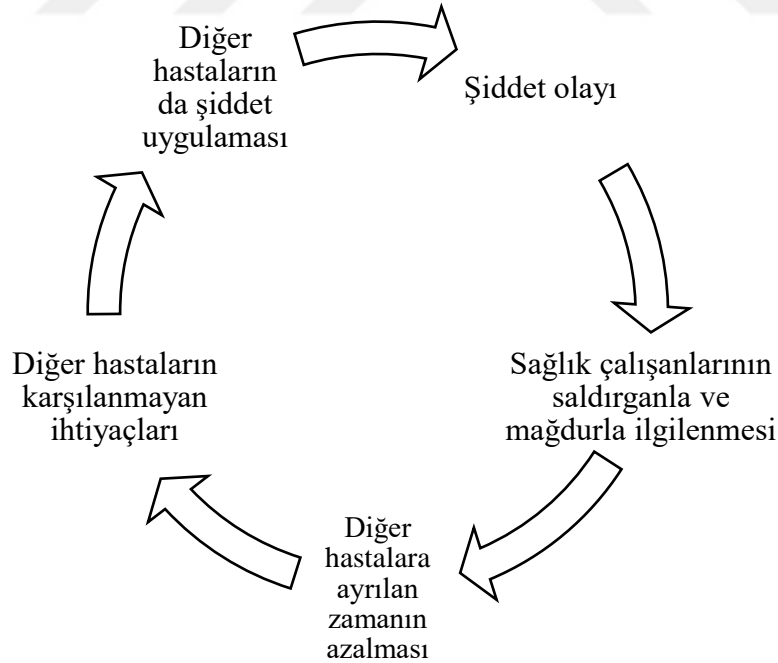
Şiddet, sadece mağdurda sıkıntıya neden olmakla kalmaz, tanıklar arasında da benzer ıstırap duyguları üretme potansiyeline sahiptir. Şiddet içeren olayı takip eden ilk dönemde mağdurlar ya da şahit olanlar günlerce veya birkaç hafta devam edebilecek fiziksel ve psikolojik semptomlar yaşamaktadır. Bununla birlikte, bazı mağdurlar normal yaşam tarzlarına geri dönemezler. Mağdurlarda oluşan etkilerin bir aydan uzun sürmesi halinde travmatik olay travma sonrası stres bozukluğu ile sonuçlanma ihtimali bulunmaktadır (Schwartz, 2011).

Hastalar ve aileleri de sağlık çalışanlarına yönelik fiziksel şiddetin olumsuz sonuçlarından muzdariptir. Gates ve arkadaşları (2011), hemşirelerin şiddet olayı yaşadıkdan sonra, genellikle hastalar ve ailelerle iletişim kurma ve duygusal destek sunma yeteneklerinin olumsuz yönde etkilendiğini ve üretkenliğinin azaldığını tespit etmiştir. Şiddetin psikolojik, fiziksel, kurumsal ve hasta bakımı açısından etkilerinin genel özeti Tablo 2'de belirtilmektedir.

**Tablo 2.** İşyerinde şiddetin etkilerinin özeti (Schwartz, 2011)

Psikolojik	Fiziksel	Kurumsal	Hasta Bakımı
Öfke	Çürük	Azalan performans	İhmal edilen hastalar
Sıkıntı	İz	Azalan moral	Negatif hasta davranışlarının artması
Kaygı	Kesik	Artan devamsızlık	Artan hasta kaygısı
Korku	Sıyrık	Azalan iş tatmini	Artan advers olaylar (ilaç hatası, hastayı düşürme)
Depresyon	Sarsıntı	Azalan şefkat	İlaç hataları
Suçluluk	Kırık	Güvensizlik	
Uyku bozukluğu	Burkulma	Tükenmişlik	
	Ölüm	Verimsizlik	

Sağlık kurumunda yaşanan şiddet olayı hastaların aldığı bakımın kalitesini de etkilemektedir. Bir şiddet olayı yaşandığında gerginlik birimin ortamına yansiyabilmektedir. Sağlık çalışanı şiddetli hastaya eğilim gösterirken, diğer hastalar kendi ihtiyaçlarının ihmal edildiğine inanabilir ve bunun sonucunda da olumsuz davranışlarda bulunabilirler (Schwartz, 2011). Sağlık kurumlarında şiddet olayı yaşanması halinde diğer hastaların durumdan nasıl etkilendiği Şekil 2’de gösterilmiştir.



**Şekil 2.** Sağlık kurumlarında şiddet döngüsü (Schwartz, 2011)

Roche ve arkadaşları (2010) hasta düşürme, ilaç hatası yapma gibi advers olayların şiddete maruz kalan hemşirelerle ilişkisini analiz etmek amacıyla yaptıkları



çalışmada algılanan şiddet ve gerginlik düzeyi arttıkça, hemşirelerin iş verimliliğinin azaldığı sonucuna ulaşmışlardır. Bu durumun sonucunda da advers olaylarda, ilaç hatalarında ve ilaçların dağıtımında gecikmede artış olduğu tespit edilmiştir.

WHO (2002), hazırladığı raporda sağlık sektöründe şiddetin dünyanın genel sağlığını tehlikeye atacağını belirtmiştir. Sağlık hizmeti sunucularının mesleklerini şiddet nedeniyle terk ettikleri takdirde, çoğu kişi bu durumun cezalarını yaşamak durumunda kalacaktır. Daha az hizmet sağlanması sağlık hizmetlerinin maliyetlerini arttıracaktır ve yeterli bakım alabilmek için sınırlı fırsat olacaktır. Sağlıkta şiddet olaylarının maliyetinin gayri safi yurtiçi hasılanın (GSYİH) %0,5-3.5'i arasında olduğu tespit edilmiştir (Schwartz, 2011). Rew and Ferns (2005) tarafından yapılan çalışmaya göre sağlık kurumunda yaşanan şiddet olayının kuruluşa sağladığı finansal sonuçlar; çalışanların işten ayrılmasının artması, yeni çalışanların işe alınması ve elde tutulması, devamsızlık, verimsiz ve düşük iş performansı, düşük motivasyon, yetersiz personel, hasta memnuniyetsizliği ile ilişkilidir.

#### **2.1.6. Sağlıkta Şiddetin Önlenmesi**

İşyerinde şiddet olaylarını azaltmanın en etkili yöntemlerinden biri, ortaya çıkmadan önce şiddeti önlemektir. Eğitim ve öğretim, kuruluş için temel bileşenlerdir. Ayrıca kuruluşların sorumluluktan korunmasına yardımcı olmaktadır. Çalışanlar güvenli çalışma ortamı sağlama beklentisine sahiptir. Sağlık çalışanları arasında sağlıkta şiddet önleme ile ilgili kurallar zorunlu olmamakla birlikte, işverenlerin çalışanları korumak için yasal zorunluluğu bulunmaktadır. Bir örgütün liderliği, eylemleri ve desteği, şiddet olaylarının yaygınlığı ve sonucu üzerinde doğrudan etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bir çalışan şiddetli bir olay yaşadığında, yönetim ve organizasyonun eylemleri çalışanın iyileşmesini doğrudan etkilemektedir (Schwartz, 2011).

#### **Türkiye’de Yasal Mevzuat**

Son yıllarda büyük oranda artış gösteren sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemleri, toplumsal sorun haline gelmiştir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ülkemizde bilinenden daha yüksek oranlarda olmasına karşın bildirim azdır. Bunun en temel nedeni sağlık çalışanlarının haklarını savunacak yeterli ve etkin yasal mevzuatların olmamasıdır. Sağlık yöneticileri ve politikacıların sağlık çalışanlarının

güvenli ortamda çalışmasını sağlamak için gerekli mevzuatları düzenlemesi beklenmektedir (Coşkun Us ve Erdem, 2016).

Bir toplumun en yetkili organı olarak devletin vatandaşlarının temel hak ve hürriyetlerini koruma yükümlülüğü Anayasa’da belirtilmektedir. Devlet, aldığı önlemler ve geliştirdiği politikalarla şiddetin önüne geçmek için caydırıcı cezalar vererek halkın refahını korumak zorundadır (Demirci, 2018).

İnsanların en temel hakkı olan yaşama hakkı şiddet eylemleri sebebiyle risk altındadır. Konuyla ilgili Anayasa’nın temel hak ve hürriyetlerin niteliği ile ilgili 12. maddede “Herkes, kişiliğine bağlı, dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmez temel hak ve hürriyetlere sahiptir.” ve kişi dokunulmazlığıyla ilgili 17.maddede “Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.” ibareleri yer almaktadır. Ayrıca kişi hürriyeti ve güvenliğiyle ilgili 19.maddede “Herkes, kişi hürriyeti ve güvenliğine sahiptir.” ibaresi yer almaktadır. Anayasa’da çalışma hayatının korunması ile ilgili 49.maddede geçen “Devlet, çalışanların hayat seviyesini yükseltmek, çalışma hayatını geliştirmek için çalışanları ve işsizleri korumak, çalışmayı desteklemek, işsizliği önlemeye elverişli ekonomik bir ortam yaratmak ve çalışma barışını sağlamak için gerekli tedbirleri alır.” ibaresi ile devletin çalışma hayatında da yerine getirmesi sorumluluklar olduğuna değinilmiştir (T.C Anayasası, 1982).

Türk Ceza Kanunu’nun amacı; kişi hak ve özgürlüklerini, kamu düzen ve güvenliğini, hukuk devletini, kamu sağlığını ve çevreyi, toplum barışını korumak, suç işlenmesini önlemektir. Türk Ceza Kanunu’nun kasten yaralamayla ilgili 86.maddesinde “Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.” ibaresi, 108.maddesinde “Bir şeyi yapması veya yapmaması ya da kendisinin yapmasına müsaade etmesi için bir kişiye karşı cebir kullanılması halinde, kasten yaralama suçundan verilecek ceza üçte birinden yarısına kadar artırılarak hükümlenir.” ibaresi yer almaktadır (Türk Ceza Kanunu, 2004).

**Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ:** 16.10.2009 tarihinde çıkarılan Tebliğ’in 10.maddesinde acil servislerde hasta, hasta yakını ve çalışanların güvenliği için alınması gereken

önlemlerden söz edilmektedir. Tebliğ'e göre acil servislerde; güvenlik veya resmi kolluk kuvvetleri desteği ve yeterli sayıda güvenlik kamerası kayıtları tutulması, kayıtların hasta mahremiyetine zarar gelmeden acil içindeki ve acile bağlı otoparkın her alanını sesli halde çekmesi ve kayıtların 2 ay süre ile saklanması zorunlu tutulmuştur. Acil girişi, tıbbi müdahale odaları ve hastane bağlantı kapılarında yeterli sayıda güvenlik personelinin bulunması ve görevli sağlık personeli olmayan kişilerin girişlerinin sınırlandırılması ile önlem alınması sağlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2009).

**Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi:** 01.03.2011 tarihli yönergenin 7.maddesinde kurumlarda Kalite Yönetim Birimleri'nin altında Çalışan Güvenliği Komitesi kurulmasıyla çalışanların zarar görme riskini azaltmak, riskli alanlarda çalışanlara yönelik önlemler almak, fiziksel şiddete maruz kalma riskini azaltmak ve kesici, delici alet ile yaralanma riskini azaltmak amaçlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

**Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik:** 06.04.2011 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanan yönetmeliğin 7.maddesinde çalışan güvenliği ile ilgili uygulamalar belirtilmiştir. Yönetmelikte, çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik düzenleme yapılması maddesi bulunmaktadır. Yönetmelikte ayrıca mavi kod, pembe kod ve beyaz kod uygulamasına geçilmesi kararı verilmiştir (Resmi Gazete, 2011).

**Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması Konulu Genelge:** 26.04.2012 tarihinde İç İşleri Bakanlığı tarafından çıkarılan genelge sağlık kurumlarında görevli çalışanların can ve mal güvenliğini korumak amacıyla alınacak tedbirlerle ilgilidir. Genelgede sağlık kurumu içerisinde yeterli sayıda güvenlik personeli sağlanması, fiziki düzenlemelerin yapılması ve kamu personeline karşı Türk Ceza Kanunu'na göre suç sayılan yaralama, tehdit ve hakaret gibi eylemlerde bulunulması halinde çalışanın şikayeti aranmaksızın soruşturma açılacağı belirtilmiştir (İç İşleri Bakanlığı, 2012).

**Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik:** 28.04.2012 tarihinde çıkarılan yönetmeliğe göre, sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı personele karşı kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiilin gerçekleştirilmesi ve ilgili personelin ya da kanuni mirasçılarının talepte bulunması halinde sağlık kurumunun yöneticisi veya şiddete maruz kalan personel tarafından adli mercilere ve

Bakanlıkça kurulan sisteme bildirilir. Bildirim yapıldıktan sonra mağdur personele ya da vefatı halinde kanuni mirasçılara talepleri doğrultusunda hukuki yardım sağlanacağı belirtilmiştir (Resmi Gazete, 2012).

**Çalışan Güvenliği Genelgesi:** 14.05.2012 tarihinde çıkarılan genelgede Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik doğrultusunda oluşturulan beyaz kod uygulaması, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi, risk değerlendirmesi kapsamında hizmet süreçlerinin gözden geçirilmesi, güvenlik tedbirlerinin artırılması, fiziksel iyileştirme çalışmaları yapılması, sağlık çalışanlarına öfke kontrolü, iletişim becerileri ve şiddete karşı tedbir alma ile ilgili eğitimlerin verilmesi, hasta bilgilendirme alanları oluşturulması, çalışanın şiddete uğraması halinde talep ederse hizmetten çekilme hakkı olduğu konusunda vatandaşın bilgilendirilmesi ve şiddetin bildirim süreci ve hukuki yardım hususları geçmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012).

Beyaz kod uygulaması; Sağlık Bakanlığı tarafından şiddetin bildirimini sağlanması ve takip edilebilmesi için geliştirilmiş sistemdir. Sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı personele karşı işlenen suçlar sebebiyle yapılacak vaka bildirimlerinde kamu veya özel bütün sağlık kuruluşlarında gerçekleşen vakaların tamamı beyaz kod sistemine bildirilmektedir. Beyaz kod uygulaması; Sağlık Bakanlığı ve Bakanlığa bağlı kuruluşlarda çalışan sözleşmeli, kadrolu, gönüllü ve görevlendirme olan özel, kamu ya da üniversite hastaneleri personelini kapsamaktadır. Sistem kapsamında oluşturulan <http://www.beyazkod2.saglik.gov.tr> internet sitesine, 113 numaralı çağrı merkezine ya da Çalışan Güvenliği Birimi'ne müracaat edilerek bildirim sağlanmaktadır. 113 numaralı çağrı merkezi günün 24 saati aktif haldedir ve başvuruyu yapan personelin şikayetçi olup olmadığına bakılmaksızın olayın sisteme kaydı yapılmaktadır ve şiddet olayı adli kurumlara intikal ettirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2016). Ayrıca 1111 kod numarası sağlık kurumunda herhangi bir telefondan tuşlandığında konuyla ilgilenen birimlere bilgi gitmekte ve olaya müdahale edilmesi sağlanmaktadır.

Beyaz kod uygulaması ile Sağlık Bakanlığı'nın sağlık kurumlarında gerçekleşen şiddet olaylarını uzun vadede izlemesi ve kayıt tutması, gerekli müdahaleleri yapması, adli mercilere iletmesi ve sağlık kurumlarında önlemlerin alınması amaçlanmaktadır (Kaya, 2017). Beyaz kod sisteminin en iyi şekilde çalışması için sağlık personeline gerekli eğitimler verilmelidir ayrıca sistemin etkinliğini

sağlamak açısından şiddete maruz kalan personele gerekli destek sağlanmalıdır (Akça ve ark., 2014). Bu kapsamda Bakanlık tarafından oluşturulan hukuk birimleri, şiddete maruz kalan sağlık personeline veya vefatı halinde kanuni mirasçılara hukuki yardım isteyip istemediklerini sormakta ve talep etmeleri halinde görevlendirilen avukatlar tarafından ilgili personele “Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” doğrultusunda hukuki yardım yapılmaktadır (Coşkun Us ve Erdem, 2016). Türkiye’de sağlık çalışanlarına şiddetin önüne geçebilecek cezai yaptırımların yeterli olmaması ve dava sürecinin çok uzun sürmesi nedeniyle sağlık personelinin şiddeti bildirme ve raporlandırma oranı yüksek değildir. Yapılan araştırmaya göre Beyaz Kod bildirimlerinin sonucunda yapılan davalarda büyük oranda ceza verilmediği, cezasının ertelendiği, para cezası verildiği ya da dava sürecinin uzun olmasından dolayı sağlık çalışanının davadan çekildiği tespit edilmiştir (Kaya, 2017).

02.01.2014 tarihinde 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na Ek 12. Madde eklenmiştir. Eklenen maddeye göre sağlık kurumlarında çalışan sağlık personeline karşı görevleri sırasında veya görevlerinden dolayı işlenen kasten yaralama suçu 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanununun 100. maddesi kapsamında tutuklama nedeni varsayılan suçlardan sayılmıştır (Resmi Gazete, 2014). 2018 yılının Kasım ayında sağlıkta şiddeti önlemek amacıyla hazırlanan yasa teklifi mecliste kabul edilmiştir. Kabul edilen teklifte; kamu veya özel sektörde çalışan sağlık personeline yönelik suçlardan şüpheli olanların kolluk kuvvetlerince yakalanması ve savcılığa sevk edilmesi maddesi bulunmaktadır. 2019 yılında ise; Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneler Müdürlüğü tarafından “Yöneticiler, Sağlık Çalışanları, Hasta ve Hasta Yakınları İçin Eğitim/İletişim Kitapçığı” basılmış ve sağlıkta şiddetin önüne geçmek için sağlık çalışanları ve hasta/hasta yakınları arasındaki iletişimin iyileştirilmesi üzerine çalışmalar yapılmıştır.

### **Sağlıkta Şiddete Karşı Alınabilecek Önlemler**

Hastalara yardım etmeye çalışan sağlık personelinin şiddete maruz kalması şaşırtıcı ve kabul edilemez bir durumdur. Şiddet olaylarının yaşanmasındaki büyük artış konuyla ilgili önlemler almayı ve şiddetin önüne geçilmesini zorunlu hale getirmiştir. Bu konuda sağlık çalışanlarına gerekli eğitimin verilmesi, gerekli yasal düzenlemelerin

yapılması, sağlık sisteminin iyileştirilmesi, yöneticilerin üzerlerine düşen görevi yapması gibi çok yönlü çalışmaların yapılması gerekmektedir (Serin ve ark., 2015).

Birçok çalışmada belirtildiği gibi, şiddeti yönetmenin en etkili yöntemi önceden önlem almaktır. Sağlıkta şiddetin engellenmesi için yapılması gerekenler fiziksel çevre ve yönetimsel boyutta ele alınmaktadır.

#### **Fiziksel çevre ile ilgili yapılması gerekenler;**

- Çalışanlar için hastaların giremeyeceği özel alan oluşturmak,
- Hastane girişinde X-ray cihazı bulunması,
- Alarm sistemleri, kodlar, güvenlik cihazları bulundurmak,
- 24 video kayıt sisteminin kullanılması ve kayıtların sesli tutulması,
- Panik butonlarının konulması,
- Suçlu/sabıkalı hastalar için belirlenmiş veya ayrı yerlerin kullanımı,
- Rahat ve konforlu bekleme odaların sağlamak,
- Terapi veya kriz için kullanılan odaların iki çıkışa sahip olmasını sağlamak,
- Terapi odalarına sınırlı erişim olması,
- Mobilyaların en az parçayla, güvenli ve uygun şekilde yerleştirilmesi,
- Çalışanlara soyunma odaları, güvenli ve ayrı olan banyolar sağlanması,
- Yeterli ve parlak aydınlatma sağlamak.

#### **Yönetimsel olarak yapılması gerekenler;**

- Hastalarda ve çalışanlarda şiddete sıfır tolerans gösterilmesi,
- Çalışanlardan tüm saldırıları veya tehditleri rapor halinde bildirmelerini istemek,
- Kolluk kuvvetlerinden yardım almak için yöntemler oluşturmak,
- Şikayetlere hızlı cevap vermek,
- Acil durumlar için müdahale ekibi/ hastane polisi bulunması,
- Yeterli sayıda güvenlik görevlilerinin her birimde konumlandırılması,
- Uzun bekleme sürelerini iyileştirmek ve bekleyenlerle iletişim kurmak,
- Yetkili ve yeterli personel sağlamak ve personelin yalnız çalışmasına izin vermemek,

- Sağlık kurumu içinde yönetici ve sağlık personelinin şiddetle ilgili periyodik olarak toplantılar düzenleyerek şiddete karşı mücadeleyi örgüt içinde devam eden süreç haline getirmek ve risk yönetimi döngüsünü aktif hale getirmek,
- Ziyaretçileri belirli saatlerle ve mekanlara sınırlandırmak,
- Yeni hastaların şiddet geçmişi hakkında yeterli bilgi edinmek,
- Şiddetli hastalar için yüksek risk taşıyan bildirim sistemi kurmak,
- Saldırgan hastalar için ceza / suçlu birimleri sağlamak,
- Sağlık çalışanlarına genel olarak hastayla iletişimi, şiddeti önleme, şiddet anında stres kontrolü, kendini koruma, şiddete maruz kaldıklarında yapması gerekenler ve şiddet bildirimleriyle ilgili hizmet içi eğitimler vermek,
- Sağlık personelinin görev tanımı ve sınırlılıklarının belirlenmesi ve hastaların bu konuda bilgilendirmek,
- Potansiyel tehlikelerin farkında olmak,
- Teşvik edici ve misafirperver çalışma ortamı oluşturmak,
- Toplum bazında şiddet karşıtı kampanyalar düzenlemek,
- Medyada hekimin itibarını azaltacak söylemlerden kaçınılması (OSHA 2015, 2016; Richards, 2003; WHO, 2002; Butchart ve Mikton, 2014; Coşkun Us ve Erdem, 2016).

Toplumun da şiddetin çalışma hayatına yayılmasını önleme ve dolayısıyla gelişmişliği ve toplumda barışı sağlama ve işyerinin üretkenliğine karşı engelleri kaldırma konusunda rolü bulunmaktadır (Cooper ve Swanson, 2002). Ülke çapında sağlık hizmeti sunucularının maruz kaldığı şiddetin önlenmesi için topluma şiddet konusundaki farkındalıklarının ve duyarlılıklarının artırılmasına yönelik eğitimlere önem verilmelidir. Şiddetin bildirilmesi için gerekli prosedürlerin daha kolay hale getirilmesi ve çalışanların şiddeti rapor etmeleri konusunda cesaretlendirilmesi gerekmektedir. Bu sayede şiddetin gerçek boyutu, sonuçlarının daha objektif değerlendirilmesi, alınacak tedbirlerin daha net belirlenmesi sağlanmış olacaktır (Coşkun Us ve Erdem, 2016).

## **2.2. Mesleki Bağlılık**

Meslek; bireyin belirli bir zamanda geçinmek için uğraştığı, spesifik çalışma alanı olarak tanımlanmaktadır (Lee ve ark., 2000). Genellikle uzun süren çaba ve

yüksek dereceli eğitim gerektirmekte ve kendine özgü yasal ve ahlaki boyutları bulunmaktadır (Dorman ve Zapf, 2001).

Meslek kavramı, insanlara faydası olan mal ya da hizmet üretmek ve karşılığında para kazanmak için yapılan, belli eğitimle kazanılan, sistemli bilgi ve becerilere dayalı, kuralları toplumca belirlenmiş uğraşların bütünü olarak tanımlanmaktadır. Bireyin mesleği, kimliğinin en önemli kaynağı olup, etrafından saygı görmesine, toplumda yer edinmesine ve kendini topluma faydalı hissetmesine imkân veren etkinlik alanıdır (Derin ve ark., 2007).

Dilimizde ‘meslek’ ve ‘iş’ kavramları birbiriyle çok sık karıştırılmaktadır. Aralarındaki fark; meslek kavramı gelip geçici değil kalıcıdır, bireylerin tercihleri sonucu gerekli eğitimi alarak alanında gerekli nitelik ve becerileri sağladığı takdirde sahip olunabilir, bağımsız olarak yapılabilir, daha çok profesyonellik ve tecrübeyi içermektedir. İş ise kısa vadeli (mevsimlik, günlük) olabilir, piyasa koşullarına göre seçim yapılmaktadır, organizasyonel konumuna göre isim almaktadır, verilen emek sonucu herhangi bir şey üretmek, ortaya sonuç çıkarmak esasına dayanmaktadır (Zedef, 2017; Karadağ, 2002).

Meslek ve iş kavramları arasındaki farklılık uzun yıllardır araştırmacıların konusu olmuştur. 1915 yılında Abraham Flexner bir mesleğin sahip olması gereken 6 kriter belirlemiştir (Demirci, 2018; Korkmaz, 2011). Flexner’e göre kriterler;

1. İleri düzeyde özelleşmiş mesleki eğitim süreciyle öğretilir.
2. Öğrenilebilen, yenilenebilen ve araştırmalarla yeniden üretilebilen bilgi birikimine dayanır.
3. Temelde zihinseldir ve üst düzeyde bireysel sorumluluk gerektirir.
4. Teorik olmanın yanı sıra pratiktir.
5. Üyeler arasında güçlü iç örgütlenme ve iyi gelişmiş grup bilinci vardır.
6. Meslek üyeleri birbirlerine yardım etmeye eğilimli ve toplum yararına çalışmaya isteklidir (Demirci, 2018; Karadağ, 2002).

Flexner’den sonra Greenwood bütün mesleklerin sahip olması gereken 5 kriter belirlemiştir. Bu kriterler; sistematik teori, mesleki otorite, toplumsal yaptırım, etik kurallar ve mesleki kültür özellikleridir (Demirci, 2018).

Son olarak mesleklerin sahip olması gereken kriterlerden en çok kabul edilen kriterleri 1971 yılında Povalko geliştirmiştir. Povalko’ya göre bir işin meslek olması



için uyması gereken kriterler; bilgi yükü, eğitim süresi, topluma hizmet sunma, toplumun temel sosyal değerleriyle bağlantı, otonomi, sosyallik, etik değerler, mesleğe bağlılıktır (Demirci, 2018; Erbil ve Bakır, 2009; Korkmaz, 2011; Karadağ, 2002; Çetinkaya ve ark., 2015).

Bağlılık duygusu toplum duygusunun olduğu her yerde varlığını sürdürmektedir. Bağlılık kavramı kısaca; bireyin içinden gelen toplum içgüdüsünün duygusal bir dışa vurum şekli olarak tanımlanmaktadır (Demirci, 2018; Açıl, 2017). Davranışlara yön veren bağlayıcı ve dengeleyici güç (Meyer ve Hersovitch, 2001) olarak da tanımlanabilen bağlılık sadakat ve sorumluluk kavramlarıyla benzerlik göstermektedir (Düzgün Koca, 2015; Wasti, 2002; Zedef, 2017).

Mesleki bağlılık kavramı ilk defa 1971 yılında Greenhaus tarafından bireyin hayatının tamamında bir kariyer veya işin önemli olması olarak tanımlanmıştır (Erçek, 2018; Ünal, 2015).

Mesleki bağlılığın literatürde geçen bazı tanımları;

- ✓ Blau; meslekte kalma arzusu olarak tanımlamıştır (Blau, 1985).
- ✓ Jepson ve Forrest; mesleğe karşı duyulan sadakat duygusu olarak belirtmişlerdir (Jepson ve Forrest, 2006).
- ✓ Tak ve Çiftçioğlu mesleki bağlılığı; mesleki kimliğin öne çıkarılması, bireyin mesleği için çaba sarf etmesi, mesleki hedef, değer, norm ve etik ilkelere bağlılık gösterilmesi olarak tanımlamaktadır (Tak ve Çiftçioğlu, 2009).
- ✓ Aranya ve Ferris; bir mesleğin üyesi olarak kalmaya, mesleği için efor sarf etmeye ve mesleği için çalışma rolüne katılım göstermeye gönüllü olma şeklinde tanımlamışlardır (Aranya ve Ferris, 1984).
- ✓ Morrow; bireyin mesleği için çaba sarf etmeye gönüllü olması, mesleğinin amaçlarına karşı inancının tam olması ve meslek üyelerini korumak için güçlü arzusu olması olarak tanımlamıştır (Morrow, 1983).
- ✓ Livinston ve Burley; bireyin mesleğinde ilerlemek için gerekli becerileri geliştirmek ve daha fazla deneyim kazanmak için çaba sarf etmek ve zaman ayırmak şeklinde tanımlamışlardır (Zedef, 2017).
- ✓ Lee ve arkadaşları; bireyin mesleğine karşı olan duygusal tepkisi, mesleğiyle arasındaki duygusal bağ olarak tanımlamıştır. Kişinin mesleğine karşı hissettiği

duygusal bağı; meslekte kalmak isteyip istemediği ve çeşitli iş davranışları konusunda etkileri bulunmaktadır (Lee ve ark., 2000).

- ✓ Meyer ve arkadaşları; meslekte kalma isteği, mesleğiyle ilgili gelişmeleri takip etmeye yatkın olma, mesleki faaliyetlere katılmaya gönüllü olma ve mesleğe özgü beceriler geliştirmeye istekli olma olarak tanımlamışlardır (Meyer ve ark., 1993).
- ✓ Baysal ve Paksoy; bireyin belirli alanda uzmanlık kazandığı mesleğinin hayatında ne kadar önemli yere sahip olduğunun farkında olmasıdır (Baysal ve Paksoy, 1999).
- ✓ Özdevecioğlu ve Aktaş; belirgin ya da özel bir iş alanına yönelik bireysel sadakat olarak tanımlamışlardır. Bireyin; belirli bir alanda beceri kazanmak ve uzmanlaşmak için harcadığı emeklerin sonucunda mesleğinin hayatının merkezi olması durumudur (Özdevecioğlu ve Aktaş, 2007).

Mesleki bağlılık kavramı uzun yıllardır araştırmacıların üzerinde durduğu konu olarak karşımıza çıkmaktadır (Blau,2003; Shore ve Wayne, 1993). Günümüze kadar bu alanda çalışma yapan araştırmacılar mesleki bağlılık kavramını farklı şekillerde adlandırmışlardır. Literatür incelendiğinde ‘meslek’ (occupation), ‘profesyonel’ (profession), ‘kariyer’ (career), ‘örgüt’ (organization) ve ‘iş’ (work) kavramlarının birbirlerinin yerine kullanıldığı görülmektedir (Lee ve ark., 2000, Morrow, 1983; Blau ve Lunz, 1998; Meyer ve ark., 1993).

Mesleki bağlılık kavramı üzerinde ilk araştırmacılardan olan Greenhaus ve Morrow çalışmalarında ‘kariyer bağlılığı’ ifadesini kullanmışlardır (Greenhaus, 1971; Morrow, 1983). Aranya ve Ferris ise; çalışmalarında ‘profesyonel bağlılık’ ifadesini kullanmayı tercih etmişlerdir (Aranya ve Ferris, 1984). Mesleki bağlılık konusunda önemli araştırmacılardan olan Blau çalışmalarında ‘kariyer bağlılığı’ ifadesini kullanmıştır. Blau; mesleğin içinde profesyonellik de olduğunu ve bu sebeple profesyonel bağlılık kavramının kullanılmasını doğru bulmadığını savunmuştur (Blau, 1985).

Meyer ve arkadaşları çalışmalarında ‘mesleki bağlılık’ ifadesinin kullanılması gerektiğini savunmuşlardır. Çalışmalarında ‘profesyonel bağlılık’ ifadesinin ‘mesleki bağlılık’ anlamını taşımadığını çünkü hem profesyonellerin hem de profesyonel olmayanların mesleklerine bağlılık duyabileceğinin altını çizmiştir.

Benzer şekilde ‘‘kariyer bağlılığı’’ ifadesinin de doğru olmadığını çünkü kariyerin daha çok belirsizlik içerdiğini, bireyin çalışma hayatı boyunca dahil olduğu belirli iş, kurum, örgüt ya da meslek olduğunu ifade etmişlerdir (Meyer ve ark., 1993).

Lee, Carswell ve Allen çalışmalarında ‘‘mesleki bağlılık’’ ifadesini kullanmışlardır. Bunun sebebini ise ‘‘mesleki bağlılık’’ kavramının hem profesyonel hem profesyonel olmayanlar adına kullanılabilen daha geniş çaplı bir terim olmasından kaynaklandığını belirtmişlerdir (Lee ve ark., 2000).

Son dönemlerde bireyler kariyer yollarını çok yönlü, dinamik ve akıcı olarak algılamaktadırlar bu da örgütlere olan bağlılığın azalmasına neden olmaktadır (Wise ve Millward, 2005). Örgütsel bağlılık, belirli grup veya kuruluşa bağlanma anlamına gelirken mesleki bağlılık, belirli kariyer rolüne bağlanma veya çalışma arzusu düzeyini ifade etmektedir (Klassen ve Chiu, 2011).

Meslek sahibi bireyin maddi kazanç beklentisinin öncesinde belirli değerleri benimsemesini gerektiren bağlılık duygusu sorumluluğu bulunmaktadır. Özellikle de hekimlik, askerlik ve öğretmenlik gibi bazı mesleklerde düşünme ve inceleme olanağı olmadan hızlı karar verilmesi gerekmektedir. Bu tür mesleklerde, mesleğe bağlılık kavramı daha büyük önem taşımaktadır (alık, 2009).

Son yıllarda çalışanların mesleki bağlılıklarının güçlendirilmesi konusu örgütsel davranış alanında popüler konular arasında yerini almaktadır. Modern rgtlerdeki yöneticiler mesleki bağlılık konusunun özellikle üzerinde durarak çok önemli olduğunu vurgulamaktadırlar (Chen ve ark., 2010; Kaya, 2012). Bireyin sahip olduğu mesleki bağlılık, iletişim halinde olduğu çalışma arkadaşları, sosyal çevresi ve rgt üzerinde önemli yere sahiptir (Zedef, 2017). Mesleğe en güçlü bağlılık, bireyin işi ile ilgili yeteneklerini kullanabilmesi ve geliştirebilmesiyle mümkün olmaktadır.

Örgüt ile bireyin hedeflerin örtüşmemesi, bireyin aldığı eğitimin seviyesine güvenmesi, mesleğini icra etmesi için başka iş fırsatlarının da olması, rekabet ortamı, örgüte ve işverene karşı güven duygusunun yitirilmesi, bireyin işyerinde huzurlu olmaması gibi nedenler bireyleri örgütsel bağlılıktan daha çok mesleki bağlılığa iten sebeplerdir (Yetgin, 2017). Mesleki bağlılığın yapısı dinamiktir. Bireyin mesleki eğitim sürecinden itibaren başlamaktadır ve mesleğini icra ettiği süre boyunca artış ya da azalış göstermektedir (Aranya ve Ferris, 1984).

Bir birey mesleği için uzun seneler çalışıp, mesleği kendisi için giderek daha önemli olmaya başladığında mesleğinin değer ve ideolojisini içselleştirmeye başlamaktadır (Özdevecioğlu ve Aktaş, 2007; Zedef, 2017). Bireylerin mesleklerinin değerlerini kabul etmeleri ve inanmaları, bunları gerçekleştirmek için azimli bir şekilde çalışmaları, meslek alanlarında kendilerini geliştirmeye istekli olmaları, mesleklerini sürdürme konusunda kararlı olmaları ve mesleğini kendisine cazip bir kariyer seçeneği olarak görmeleri mesleki bağlılıklarının güçlü olduğunun göstergeleridir (Yetgin, 2017; Irving ve ark., 1997).

Günümüzde mesleki bağlılık, bireyler, örgütler ve ülkenin gelişmişlik düzeyi açısından önemli bir konu haline almıştır. Bireylerin mesleklerine olan bağlılıkları, sahip oldukları işi daha anlamlı bulmalarını ve motive olmalarını sağlamaktadır. Mesleklerine bağlılık duyan bireyler, gönüllü olarak mesleki gelişimleri destekleyici davranışlarda bulunmakta ve meslek ve örgüte faydalı olacak şekilde efor sarf etmektedirler (Kaya, 2012).

### **2.2.1. Mesleki Bağlılığın Önemi**

Mesleki bağlılık, bireyin mesleğine yönelik, güçlü bir özdeşlik ve katılım duygusunu yansıtan olumlu tutum anlamına gelmektedir (Turner ve Chelladurai, 2005; Blau, 1985; Morrow ve Wirth, 1989). Son yıllarda örgütlerin yapılarının gittikçe değişmesi ve işveren-çalışan arasındaki ilişkide sorunlar çıkmasının üzerine bireyler bağlılıklarını örgütten çok mesleklerine adanmışlardır. Genellikle bireyler belirli bir meslek üzerinde eğitimlerine yatırım yapmakta ardından meslekte belirli bir işte çalışmaktadırlar (Blau, 2009; Blau, 2003). Benzer düşünce olarak; bireyler çevresel ve örgütsel belirsizlikle baş edebilmek için kontrolün kendilerinde olduğu alan olarak meslekleri üzerine yoğunlaşmışlardır. Bu da örgütlerine ya da kariyerlerine olan bağlılıklarının daha çok mesleklerine kayması sonucunu doğurmuştur (Carson ve ark., 1995).

Yapılan çalışmalarda bireylerin örgütlerden çok mesleklerine bağlandıkları kanıtlanmıştır. Bunun sebebi; dinamik bir ortamda çalışanlar rekabet edebilmek adına dikkatlerini mesleklerine vermekte, kendi yeteneklerini güçlendirmenin üzerinde durmakta, değişen çalışma ortamı ve politikalara ayak uydurmaktansa mesleğinde ilerlemeye odaklanmaktadır. Bireyler örgütleri daha çok çalışmak ve emekli olmak için aracı olarak gördüğünden örgütlere karşı büyük bir duygusal bağlılık

göstermemektedirler (Chen ve ark., 2010). Böyle bir ortamda; örgütlerin ayakta kalabilmek için insan faktörü üzerinde durarak, çalışanların mesleki bağlılık derecelerini arttırmaya yoğunlaşması kaçınılmazdır. Örgütler temel amaçları olan kar etme, büyüme ve süreklilik kazanmanın yanında artık çalışanların mesleklerini bağlılıklarını güçlendirmek adına mesleki yatırımlar ve çalışmalar yapmaktadırlar (Kaya, 2012).

Mesleki bağlılığı yüksek olan birey, meslekleği ile güçlü şekilde özdeşleşmekte ve olumlu duygular yaşamaktadır (Blau, 1985; Blau, 2003). Aynı zamanda; yeteneklerini geliştirmek, kariyerinde ilerlemek ve mesleğinde uzmanlaşmak için çaba göstermekte ve işten ayrılma niyetleri düşük olmaktadır (Tak ve Çiftçioğlu, 2009).

Mesleki bağlılık birçok nedenden dolayı önemlidir. Birincisi, mesleği hemen hemen her insanın hayatında anlamlı odak noktasını temsil etmektedir. Bu durum eğitim seviyesi ve meslekte uzmanlaşma olgusu arttıkça harcanan emeğe karşı hissedilen sorumluluk ve sadakat duygusuyla açıklanmaktadır. İkincisi, mesleki bağlılık hem mesleki hem de örgütsel üyelik anlamında elde tutma potansiyeli nedeniyle önemlidir (Lee ve ark., 2000). Örgütler özellikle başarılı personelini elde tutarak mevcut personel yapısını korumak istemektedirler (Sarıyıldız, 2016). Örgütlerin belirli mesleklerde insanları tutma ihtiyacı ve optimal ciro seviyesini koruma ihtiyacı olmaktadır. Mesleki bağlılık ve işte kalma niyeti arasındaki bağlantının sonucu olarak, mesleki bağlılık örgütler için büyük önem arz etmektedir. Üçüncüsü ise mesleki bağlılığın iş performansına olan pozitif etkisi nedeniyle önemlidir. Araştırmalar tutarlı ve yüksek seviye performans için gerekli olan uzmanlık gelişiminin, bireylerin uzun süre ilgili faaliyetlere düzenli olarak katılmalarını gerektirdiğini göstermiştir. Bu nedenle mesleki bağlılık, örnek iş performansının önemli bir koşulu olmaktadır (Lee ve ark., 2000).

Mesleki bağlılığın bireyler ve örgütler üzerindeki önemi çok büyüktür. Genel olarak sıralamak gerekirse mesleki bağlılık; daha yüksek iş performansı gösterilmesinde, iş gücü devrinde ve devamsızlığın azaltılmasında, iş tatmininin artmasında, motivasyonun artmasında, mesleki ve örgütsel verimliliğin artmasında, örgütsel vatandaşlık davranışlarının artmasında, üretkenliğin artmasında, stresin azalmasında, mesleki katılımın güçlenmesinde, müşteri memnuniyetinin artmasında, işten ayrılmaların azalmasında, kişisel gelişimin artmasında, iş- aile çatışmasının

azalmasında, mesleki tükenmişliğin azalmasında ve yaşam tatmininin artmasında etkisi bulunmaktadır (Blau, 1985; Meyer ve ark., 1993; Lee ve ark., 2000; Kaya, 2012; Demirci, 2018; Demirci, 2018; Aranya ve Ferris, 1984; Chang ve ark., 2007; Turner ve Chelladurai, 2005; Uştu, 2014).

### **2.2.2. Mesleki Bağlılığın Boyutları**

Mesleki bağlılık literatürü incelendiğinde; mesleki bağlılığı bazı yazarların tek boyutlu, bazı yazarların iki boyutlu, bazı yazarların üç boyutlu, bazı yazarların ise dört boyutlu kabul ettiği görülmüştür.

#### **Greenhaus (1971) tarafından geliştirilen mesleki bağlılık boyutları:**

Mesleki bağlılık ile ilgili yapılan ilk çalışmalardan sayılan Greenhaus (1971) tarafından çalışmada mesleki bağlılığın 3 boyutlu olduğu savunulmuştur. Bu 3 boyutu ise mesleğe yönelik genel tutum, mesleğiyle ilgili planlama ve düşünme ve işin göreceli önemi olarak sıralamıştır (Greenhaus, 1971). Daha sonraları yapılan çalışmalarda ise mesleki bağlılık tek boyutlu olarak ele alınmıştır (Aranya ve Ferris, 1984; Blau, 1989).

#### **Morrow ve Wirth (1989) tarafından geliştirilen mesleki bağlılık boyutları:**

Morrow ve Wirth (1989) yaptıkları çalışmada mesleki bağlılığın davranışsal boyutu ve tutumsal boyutu olduğu görüşünü savunmuşlardır. Davranışsal boyut bireyin mesleki derneklere katılımı, mesleki literatürü okuması gibi faaliyetlere odaklanmaktadır (Morrow ve Wirth, 1989). Tutumsal boyut ise özgünlük, atılcılık, yeni bilgiler üretilmesine önem vermek ve işe karşı genel tutum gibi faktörlere odaklanmaktadır (Blau, 1985; Tuma ve Grimes, 1981). Ancak Morrow ve Wirth tarafından kabul edilen görüş sadece bilgi üretmeye dayalı mesleklerde geçerli olmaktadır (Morrow ve Wirth, 1989).

#### **Meyer ve Allen (1991) tarafından geliştirilen mesleki bağlılık boyutları:**

Meyer ve Allen 1991 yılında mesleki bağlılık ile ilgili yaptıkları çalışmada bağlılık tanımıyla ilgili üç ayrı tema belirlemişlerdir. Bu temalarla ilgili kısaca; mesleğe karşı duygusal bağlılık, meslekten ayrılmanın maliyetine yönelik bağlılık ve meslekte kalmayı yükümlülük olarak gören bağlılık şeklinde ayırım yapılmıştır. Bu temalar mesleki bağlılığın boyutları olarak; duygusal mesleki bağlılık, mesleki devamlılık bağlılığı ve normatif mesleki bağlılık şeklinde adlandırılmaktadır (Meyer ve Allen, 1991). Üç yaklaşım için ortak olan; bağlılığın çalışanın meslekle ilişkisini karakterize ettiği ve meslekte üyeliğe devam etme veya devam etmeme kararının etkilerini ortaya

koyan psikolojik bir durum olduğu görüştür. Bununla birlikte, her taahhüt biçimi için psikolojik durumun doğası oldukça farklı olmaktadır. Duygusal bağlılığı güçlü olan çalışanlar meslekte kendi istedikleri için kalmakta, devamlılık bağlılığına sahip olanlar ihtiyaç duydukları için meslekte kalmakta ve normatif bağlılıkları güçlü olanlar da yapmaları gerektiğini düşündükleri için meslekte kalmaktadırlar (Meyer ve ark., 1993).

Meyer ve Allen; üç bağlılık şeklinin tümünün bir arada ele alındığında çalışanın meslekle olan ilişkisinin daha iyi anlaşılabilirliğini savunmaktadırlar. Meyer ve Allen tarafından 3 boyutlu mesleki bağlılık modeline göre; çalışanlar her üç bağlılık şeklinden de farklı derecelerde deneyimlemektedirler (Meyer ve Allen, 1991). Bağlılık boyutlarından; güçlü duygusal bağlılığa sahip bireyler istek, devamlılık bağlılığına sahip bireyler gereksinim, normatif bağlılığa sahip bireyler ise yükümlülük kavramları ile ilişkilendirilmektedir (Meyer ve ark., 1993; Meyer ve Allen, 1991; Yetgin, 2017; Kaya, 2012). Sonuç olarak; her boyut farklı deneyimlerin sonucu olarak gelişmekte ve meslek içi davranış için farklı etkileri olmaktadır (Meyer ve Allen, 1991; Meyer ve ark., 1993).

Her üç boyut da bireyin meslekte kalma olasılığı ile ilişkili olsa da kişinin mesleğe katılımının niteliği, hangi bağlılık biçiminin baskın olduğuna bağlı olarak oldukça farklı olabilmektedir. Etkili şekilde normatif bağlılığı yüksek olan (meslekte kalma konusunda güçlü isteği olan) bireyin meslekteki gelişmeleri takip etmek için olan çabası (mesleki dergilere abone olmak, konferanslara katılmak, ilgili derneklere üye olmak vb.) diğer bağlılık türleri daha güçlü olan birinden daha fazla olmaktadır. Buna karşılık; güçlü devamlılık taahhüdüne sahip olan kişiler (meslekten ayrılmanın yüksek maliyetlerini algılayanlar), üyeliği sürdürmek için gerekli olanların yanı sıra, mesleki faaliyetlere katılmak için diğer bağlılık türleri daha güçlü olan bireylerden daha az eğilimli olmaktadır (Meyer ve ark., 1993). Meyer ve Allen'a göre mesleki bağlılığın boyutları aşağıda kısaca tanımlanmıştır.

### **Duygusal Mesleki Bağlılık**

Kişisel özellikler, yapısal özellikler, işle ilgili özellikler ve iş deneyimleri ile ilgilidir (Meyer ve Allen, 1991). Duygusal bağlılık; bireyin mesleğini severek icra etmesi, mesleğiyle arasında psikolojik bağ olması, meslekte kalmak istemesi ve mesleği ile özdeşleşmesi anlamına gelmektedir. En güçlü bağlılık çeşidinin duygusal bağlılık olduğu bilinmektedir (Meyer ve ark., 1993; Baysal ve Paksoy, 1999; Irving ve ark.,

1997). Bu nedenle yöneticiler tarafından en çok kazandırılmak istenen bağlılık türüdür. Duygusal bağlılığı güçlü olan birey mesleğinde isteyerek kalmakta, organizasyonun yararına çaba harcamaya istekli olmakta, mesleki gelişmeleri takip etmeye, zamanını mesleki yayınları okumaya, konferanslara katılmaya ve bilimsel gelişmeleri takip etmeye ayırmaya önem vermektedir (Meyer ve ark., 1993).

Duygusal mesleki bağlılığın gelişimi meslek seçimi ve gerçek tecrübeye dayanan değişikliklerle başlamaktadır. Bireyin kariyerinin başlarında mesleki bağlılık genellikle düşük olmaktadır. Ancak kariyer hedeflerini aydınlatan, farklı kariyerleri keşfeden ve kişisel olarak daha uyumlu olduğu alanda yeteneklerini uygulaması ve olumlu iş deneyimleri etkili duygusal mesleki bağlılık oluşturmaya yardımcı olmaktadır (Weng ve McElroy, 2012; Yetgin, 2017).

### **Mesleki Devamlılık Bağlılığı**

Bireylerin meslekten ayrılmanın maliyetini fark etmesi, mesleğe vazgeçemeyecek kadar yatırım yapmış olması ve vazgeçmenin yüksek maliyetini karşılama isteğiyle ilgili bağlılık türüdür (Meyer ve ark., 1991; Meyer ve ark., 1993). Burada bireyi mesleğine bağlı tutan etken mesleğine yaptığı maddi ve manevi yatırımlardır (Kaya, 2012). Meyer ve Allen (1991) tarafından yapılan çalışmada, mesleki devamlılık bağlılığının temeli Becker (1960) tarafından geliştirilen ‘‘Side-Bet Theory (Yan Bahis Teorisi)’’ dayanmaktadır. Yan bahis teorisinde bireyin ortaya koyduğu bahis kendisi ve mesleği için ne derece değerli ise önem derecesi de o kadar artmaktadır (Yetgin, 2017). Teoriye göre; birey meslekten ayrılması durumunda katlanacağı maliyeti ve olumsuzlukları göze alamadığı için mesleğine ihtiyaç amacıyla devam etmektedir (Becker, 1960; Meyer ve Allen, 1991). Mesleki devamlılık bağlılığı yöneticiler tarafından tercih edilmeyen bağlılık türüdür (Kaya, 2012) çünkü mesleki duygusal bağlılığı yüksek olan bireyler sadece ihtiyaç amacıyla devam ettikleri için mesleki faaliyetlere katılmak için çok gönüllü olmamaktadır (Meyer ve ark., 1993; Ünal, 2015).

### **Normatif Mesleki Bağlılık**

Meslekte kalmak için yükümlülük duygusu olarak ifade edilmektedir (Meyer ve ark., 1993; Irving ve ark., 1997). Bireylerin ahlaki görev duygusuyla meslekte kalmaları gerektiğine inanması ve böylece mesleğe karşı zorunlu bir bağ ile kendini



adamalarıdır (Yetgin, 2012). Normatif mesleki bağlılıkta maddiyat ya da psikolojik bağ değil sorumluluk hissi ön plandadır. Örneğin; bir mesleğin aile geleneği halinde sürdürülmesi ya da o mesleğe girmek veya sürdürmek için finansal destek alınması halinde normatif bağlılık duygusu etkili olmaktadır (Meyer ve ark., 1993). Normatif mesleki bağlılığı güçlü olan bireyler kendilerini çalıştıkları örgüte ait hissetmektedir bu da örgüt içinde iş birliği yapmaya daha yatkın olmalarını, yönetici ve iş arkadaşlarına karşı olan davranışlarında çok daha sorumluluk sahibi olmalarını sağlamaktadır (Ünal, 2015). Bu yüzden normatif mesleki bağlılık yöneticiler için önemli bir olgudur. Örgüt tarafından bireyin mesleki gelişimi için yapılan eğitim, staj programı, karşılıksız ödemeler gibi etkenler bireyde borçluluk duygusuyla normatif bağlılığını arttırmaktadır (Kaya, 2012).

Her üç bağlılık şekli de devamsızlık/ işten ayrılma ile negatif şekilde ilişkilendirilmesine rağmen, Meyer ve Allen (1991) iş başında davranış için duygusal, devamlılık ve normatif mesleki bağlılıkla ilişkili performansta farklılıklar olabileceğini öne sürmektedirler. Özellikle, duygusal bağlılığın ve bir dereceye kadar normatif bağlılığın, iş performansı ve örgütsel vatandaşlık ile pozitif şekilde ilişkisi bulunurken, mesleki devamlılık bağlılığında bu sonuç değişkenleri ile ilgisiz veya olumsuz şekilde ilişkisi olması beklenmektedir. Bu durumda, tüm bağlılık biçimlerinin aynı olmadığı sonucu çıkarılmaktadır. Çalışanlarının bağlılıklarını güçlendirerek elinde tutmakla ilgilenen kuruluşların, güçlendirmeye çalıştıkları bağlılığın niteliğini dikkatlice göz önünde bulundurmaları gerekmektedir (Meyer ve Allen, 1991; Meyer ve ark., 1993; Wasti, 2002).

**Carson ve arkadaşları (1995) tarafından geliştirilen mesleki bağlılık boyutları:** Meyer ve Allen'dan sonra 1995 yılında Carson ve arkadaşları yaptıkları çalışmada mesleki bağlılığı 3 boyutlu olarak ele almıştır. Bu boyutlar, genel olarak Meyer ve Allen tarafından geliştirilen mesleki bağımlılık modeline benzemekle birlikte, mesleki yatırımlar, duygusal maliyetler ve kariyer alternatiflerinin sınırlılığı olarak sıralanmaktadır. Mesleki yatırımlar; bireyin mesleği için verdiği emek, aldığı eğitimler, geliştirdiği beceriler, hiyerarşik pozisyon, zaman ve para gibi yatırımlarının üzerinde durmaktadır. Duygusal maliyetler ise; bireyin yaptığı yatırımların yanında kurduğu duygusal bağların (iş arkadaşlarıyla arasının açılması, kişiler arası anlaşmazlıklar vb.) üzerinde durmaktadır. Kariyer alternatiflerinin sınırlılığı ise; bireyin mesleki

yatırımların ve duygusal maliyetlerin üzerinde dururken kaçırdığı kariyer fırsatlarına odaklanmaktadır. Ayrıca bireyin yaşı da kariyer alternatiflerini kısıtlayıcı etkenlerden birisidir (Carson ve ark., 1995).

**Blau (2003) tarafından geliştirilen mesleki bağlılık boyutları:** Blau ise 2003 yılında yaptığı çalışmada mesleki bağlılığı 4 boyut şeklinde ele almıştır. Blau, çalışmasında Meyer ve Allen (1993), Carson ve arkadaşları (1995) ve Irving ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen modellere dayanarak yeni model geliştirmiştir. Çalışmada duygusal bağlılık ve normatif bağlılık aynı şekilde kalırken mesleki devamlılık bağlılığı boyutu bir boyut olarak ele alınmamış olup birikmiş maliyetler ve sınırlı alternatifler şeklinde iki boyut halinde değerlendirilmektedir (Blau 2003; Blau, 2001; Yetgin, 2017). Birikmiş maliyetler; Carson ve arkadaşları (1995) tarafından yapılan çalışmada ele alınan mesleki yatırımlar boyutu ile büyük benzerlik göstermektedir ve genel olarak bireyin mesleği için aldığı eğitimler, beceriler ve ücretler üzerinde durulmaktadır. Sınırlı alternatifler ise; aynı şekilde Carson ve arkadaşları (1995) tarafından yapılan ele alınan kariyer alternatiflerinin sınırlılığı boyutu ile benzerlik göstermektedir ve birey için başka bir uygun mesleki seçeneğin olmaması üzerinde durulmaktadır. Bu durumu yaşayan birey mesleğine yaptığı yatırımları korumak ve mesleği bırakmanın getireceği duygusal maliyetleri karşılamamak adına yeni meslek alternatifleri araştırmamaktadır (Blau, 2003).

### **2.2.3. Mesleki Bağlılığı Etkileyen Faktörler**

Mesleki bağlılığı etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bu faktörleri genel olarak bireysel özellikler, temel iş özellikleri ve mesleğe bağlı özellikler olarak sıralamak mümkündür.

#### **Bireysel Özellikler**

Bireysel özellikler bireyin mesleki bağlılığını etkileyen en önemli faktörlerdendir. Bugüne kadar en güçlü ve tutarlı ilişkilerin iş deneyimi ile edinildiği belirtilmiştir. Kurum içindeki deneyimleri beklentileri ile tutarlı ve temel ihtiyaçlarını karşılayan çalışanlar mesleklerine karşı deneyimleri daha az tatmin edici olanlardan daha güçlü duygusal bağ kurma eğilimindedir (Meyer ve ark., 1993).

Bireysel özelliklerden cinsiyetin 1970'li dönemlerde mesleki bağlılığın üzerinde etkisi olduğu savunulmaktadır ancak bu durum günümüzde değişiklik

göstermiştir. Eski dönemlerde kadınların mesleki bağlılığı erkeklere oranla daha yüksek çıkarken günümüzde kadınların eğitim seviyelerinin artması ve geleneksel olarak kadınlardan beklenen rollerde yaşanan değişiklikler sonucu kadın ve erkeklerin mesleki bağlılıkları arasında fark kalmamıştır (Demirci, 2018).

Medeni durum açısından bakıldığında araştırmalarda, evli olan bireylerin mesleki bağlılıklarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum, evli olan bireylerin sorumluluk duygusunun daha yüksek olması şeklinde açıklanabilir.

Yaş ve kıdem faktörünün mesleki bağlılığa etkisi incelendiğinde; bilgi işlem sektöründe çalışan katılımcılar ile yapılan araştırmada yaşı 41-50 yaş ve üstü bireylerin 21-30 ve 31-40 yaş aralığındaki bireylere göre mesleki bağlılıklarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kıdem olarak 9 yılın üstünde mesleğinde çalışan bireylerin daha düşük kıdeme sahip bireylere göre mesleki bağlılıkların daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Pai ve ark., 2012).

Eğitim düzeyi ile ilgili literatür incelendiğinde ortak sonuca varılmadığı görülmüştür. Literatürde eğitim düzeyinin mesleki bağlılık üzerinde etkisi olmadığını (Irving ve ark., 1997), negatif yönlü ilişkisi olduğunu (Lu ve ark., 2002) ve pozitif yönlü ilişkisi olduğunu savunan (Wang ve ark., 2011) çalışmalar bulunmaktadır.

Başarı faktörü de mesleki bağlılığı etkileyen önemli unsurlardandır. Başarılı olan bireyler işine karşı motive olan ve mesleki bağlılığı yüksek olan bireylerdir (Açıl, 2017). Mesleği isteyerek seçme faktörü de mesleki bağlılık düzeyini etkilemektedir. Günümüz şartlarında geçimini sağlamak amacıyla ya da aile baskısıyla bireyler istemediği meslekte çalışmak zorunda kalabilmektedir. Mesleğini kendi isteyerek seçenler, seçmeyenlere göre daha yüksek derecede mesleki bağlılık hissetmektedirler (Demirci, 2018). Bunların dışında yaşam doyumu yüksek olan ve hayat stresi düzeyleri düşük olan bireylerin mesleki bağlılıkların daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

### **Temel İş Özellikleri**

Bireysel özelliklerin yanında yapılan işin özellikleri de mesleki bağlılığı etkilemektedir. Temel iş özelliklerinin içinde iş tatmini, iş memnuniyeti, iş yükü, iş güvenliği, iş stresi, iş etkinliği, iş motivasyonu, istifa oranı ve rol belirsizliği gibi faktörler yer almaktadır (Kaya, 2012).

İş doyumunun yüksek olması mesleki bağlılığı arttıran etkenlerin başında gelmektedir. İş doyumunu yüksek olan bireylerde mesleki bağlılık düzeyi de yüksek olmaktadır (Lee ve ark., 2000).

İş tatmini, mesleki bağlılığı en çok etkileyen unsurlardan birisidir. İş tatmini genel olarak bireyin işini değerlendirmesi sonucu ortaya çıkan olumlu hislerdir (Kurnaz, 2019; Şenol, 2019). İş tatmini yüksek olan bireylerin mesleki bağlılık düzeyleri de yüksek olmaktadır (Pai ve ark., 2012). İş yükü ise bireyin yapması belirli iş sorumluluğu anlamına gelmektedir. Araştırma sonuçlarına göre bireyin iş yükünün gereğinden fazla ya da az olması da mesleki bağlılığı üzerinde olumsuz etkiye sahiptir. İş yükünün doğurduğu sonuç olarak iş stresi de bireyin mesleki bağlılık seviyesini negatif yönde etkileyen bir unsurdur (Wang ve ark., 2011). Aynı şekilde örgütte yaşanan istifa oranlarındaki artış da bireyin mesleki bağlılığını düşüren bir etkidir (Demirci, 2018).

Rol belirsizliği ve rol çatışması faktörleri mesleki bağlılığı etkileyen önemli etmenlerdendir. Rol belirsizliği; kişinin meslekteki rolünü uygulamak için ne yapması gerektiğini bilmemesi, rolüyle ilgili gerekli bilgilendirmeden yoksun bırakılması, kendisinden ne istenildiğini tam olarak bilmemesi olarak tanımlanmaktadır. Rol çatışması; temelde birbirine uyuşmayan iki rolün aynı bireye verilmesi olarak ya da rol beklentileriyle rol gereklerinin uyuşmaması olarak tanımlanabilir (Basım ve Erkenekli, 2010). Rol belirsizliği ya da rol çatışması yaşayan bireylerde mesleki bağlılık düzeyinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Blau, 1985; Çalık, 2019).

### **Mesleğe Bağlı Özellikler**

Mesleki bağlılığı etkileyen faktörlerin içinde mesleğe bağlı özellikler de bulunmaktadır. Mesleğe bağlı özellikleri genel olarak; mesleğin imajı, ücret sistemi, kariyer olanakları, esnek çalışma saatleri, mesleki etik anlayışları gibi faktörlerden oluşmaktadır (Açıl, 2017).

Mesleki imaj; bireyin yetkinliği ve karakteri ile ilgili temel bileşenlerin (müşteriler, patronlar, üstler, astlar ve meslektaşları) algılarının toplamı olarak tanımlanmaktadır (Roberts, 2005). Bireyin kendi mesleki imajını algılama şekli mesleki bağlılığını etkilemektedir (Kaya, 2012).

Birey için ücret geçim kaynağı anlamına gelmektedir. Bireylerin mesleğinden kazandığı ücret ile temel geçimini sağlayamaması mesleklerine karşı olumlu duygular

beslememelerine neden olmaktadır. Yapılan çalışmaların sonucunda; ücret ile mesleki bağlılık arasında pozitif yönlü ilişki olduğu ortaya çıkmıştır (Lu ve ark., 2002; Wang ve ark., 2012).

Bireyler çalışmalarını karşılığında belirli yükselme beklentisine girmektedirler. Kariyer; bireyin yalnızca sahip olduğu işlere değil, örgüt içinde kendisine verilen iş rolüne ilişkin beklenti, amaç, duygu ve isteklerini gerçekleştirebilmesi için eğitilmesi ve böylece sahip olduğu bilgi, beceri, yetenek ve çalışma arzusu ile o işletmede ilerleyebilmesi anlamına gelmektedir. Kariyerinde yükselme, ücret artışı, terfi gibi etkenler mesleki bağlılığı pozitif yönde etkileyen unsurlardır (Zedef, 2017). Esnek çalışma saatleri de bireyin mesleki bağlılık düzeyi üzerinde olumlu etkiye sahiptir. Yapılan çalışma sonucuna göre; esnek çalışma saatlerine sahip olan bireylerin mesleki bağlılık düzeyi daha yüksek olarak bulunmuştur (Akbolat ve ark., 2016).

#### **2.2.4. Sağlık Sektöründe Mesleki Bağlılık**

Mesleki bağlılık, iş hayatında bulunan her sektör için önemli olmanın yanında sağlık sektörünün kendine özel yapısından dolayı daha önemli konumdadır. Sağlık sektörü; ilgilendiği konunun insan hayatı olması nedeniyle ertelenemez ve telafi edilemez olması, yoğun iş yükü içermesi ve zor durumda olan bireylerle çalışma durumundan dolayı çalışanlar için stresli ve gergin çalışma ortamı oluşturmaktadır (Şimşek ve Aslan, 2012). Bu sebeplerden dolayı sağlık sektöründe çalışmak para kazanmanın ötesinde mesleğe bağlılık duygusu gerektirmektedir (Benligiray ve Sönmez, 2011). Sağlık sektörü çalışanlarında mesleki bağlılık ilk olarak eğitim dönemindeyken oluşmaya başlamakta ve belirli bir sağlık kurumunda çalışmaya başlanıldığı zaman genellikle artış göstermektedir (Chang ve ark., 2007).

Huzursuz çalışma standartları, olumsuz iş deneyimleri, gergin iş ortamı gibi sebepler mesleki bağlılığı olumsuz etkileyen etmenlerdendir. Mesleki bağlılık düzeyi, sağlık sektörü personelinin çalışma hayatındaki davranışlarını etkilemektedir. Sağlık sektöründe mesleki bağlılığın hasta güvenliği, algılanan hasta bakım kalitesi, iş doyumu, yüksek iş performansı, motivasyon, verimlilik gibi unsurlarla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Kong ve ark., 2016; Derin ve ark., 2017). İşle ilgili stresin mesleki bağlılığı düşürdüğü görüşü yaygın olarak kabul edilmekteyken (Satoh ve ark., 2017) mesleki bağlılık düzeyi yüksek olan sağlık çalışanlarının stresle daha iyi baş ettiği de bilinmektedir (Lee ve ark., 2000).

Mesleki bağıllık meslekte kalma niyetinin ana belirleyicisidir (Satoh ve ark., 2017). Mesleki bağıllık ile meslekten ayrılma niyeti negatif ilişkili unsurlar olmasının yanında sağlık sektörü çalışanlarının beceri ve yeteneklerini göstermek ve bundan para kazanmak için sağlık kurumu dışında alanın olmaması meslekten ayrılmalarını güçleştiren etmen olarak bulunmaktadır (Hackett ve ark., 2001). Olumsuz deneyimler sebebiyle mesleki bağıllığı az olan sağlık personeli mesleğini bırakmayı göze alamadığı için örgütü bırakmayı tercih edebilmektedir. Ancak diğer sağlık kurumlarının da benzer şekillerde yapılanması ve daha iyi alternatiflerin olmaması gibi etkenler örgütü bırakma kararının önüne geçmektedir (Chang ve ark., 2007; Hackett ve ark., 2001).

Yüksek düzeyde mesleki strese maruz kalmaktan kaynaklanan duygusal ve davranışsal bozulma olan tükenmişlik (Van Mol ve ark., 2015) sağlık sektöründe gittikçe artan prevalans göstermektedir (Chunming ve ark., 2017). Sağlık çalışanlarında yaşanan tükenmişlik duygusu sağlık çalışanları ve sağlık kurumları açısından olumsuz etkilere sebep olmaktadır. Bu etkiler; devamsızlığın artması, hasta bakım kalitesinin ve memnuniyetinin düşmesi, işten ayrılmaların ve iş tatminsizliğinin artması olarak sıralanabilmektedir (Samancı, 2019). Sağlık çalışanlarının fiziksel ve zihinsel sağlığını etkilemekte ve mesleklerinden uzaklaşmalarını sağlamaktadır. Bağlantılı olarak sağlık sektöründe tükenmişliğin mesleki bağıllık üzerinde negatif etkiye sahip olduğu kabul edilmektedir (Lee ve ark., 2013).

Kelime anlamı olarak engellenme, hayal kırıklığına uğrama, umutsuzluk yaşama gibi spesifik tutumlar ve kişiye, gruba, ideolojiye, örgüte ya da mesleğe yönelik negatif duygular ve güvensizlik besleme olarak tanımlanan sinizm (Arslan, 2012) genellikle sağlık sektörü içinde hastalara ve çalışma arkadaşlarına karşı negatif davranışlar sergileme, sürekli memnuniyetsizlik duyma ve hislerini çevrelerine aktarma, işine karşı olan sorumlulukları yerine getirmeme gibi şekillerde gerçekleşmektedir (Akyüz ve Yurduseven, 2015). Yapılan araştırmalara göre sinizm seviyesinin arttıkça mesleki bağıllığın da azaldığı tespit edilmiştir (Türköz ve ark., 2013). Sonuç olarak; sağlık sektöründe mesleki bağıllığı etkileyen faktörleri gergin çalışma ortamı, iş doyumunu, meslekte kalma niyeti, mesleki stres, tükenmişlik, sinizm, yabancılaşma, mesleği sevmeme, meslekle özdeşleşmeme, başarısızlık duygusu ve şiddet olarak sıralamak mümkündür.

### 2.3. Kariyer Bağlılığı

Kariyer kavramı doğası gereği hayat boyu süren, uzun süreci içeren bir olgu olmasından dolayı büyük önem taşımaktadır. Kariyer; bireyin belirli bir zaman dilimlerinde içinde bulunduğu ayrı fakat ilişkili pozisyonların bireysel olarak algılanan bir dizisini içerdiğinden (Solomon ve ark., 1986) kariyere bağlılık kavramı kariyerin ilerlemesi ve gelişimi için çok büyük öneme sahiptir (Colarelli ve Bishop, 1990). Kariyer bağlılığı seçilen kariyer rolünde çalışmak için gereken motivasyon gücü olarak tanımlanmaktadır (Pizzolatto, 1988).

Kariyer kavramı; bireyin tek bir iş kolunda, dikey olarak ilerlediği ve bu alanda uzmanlaşmak için yaptığı işleri tanımlamak için kullanılmaktadır. Fakat; literatürde bireyin çalışma yaşamındaki çeşitli iş kolları için ortak bir isim olarak kullanıldığı da görülmektedir (Uzdil Cerit, 2007).

Kelime anlamı olarak incelendiğinde kariyer; iş gücüne girişten emekliliğe kadar süren çizgide planlı bir iş kalıbına veya belirli bir işe, kuruma, mesleğe dahil olmak olarak sayılabilir (Meyer ve ark., 1993). Başka tanıma göre; bir meslekte ilerleme, bireyin yaşamına yayılan işle ilgili tecrübelerin örüntüsü anlamına gelmektedir (Bulut, 2019).

Kariyer kavramı gündelik hayatta, meslek ve iş yaşamında ilerlemek, başarı elde etmek ve bireyin bütün iş yaşamı boyunca edindiği rolleriyle alakalı deneyimlerinin tamamı anlamında kullanılmaktadır (Taşlıyan ve ark., 2011). Başka tanıma göre; kişinin hayatındaki meslekler dizisi ve bireysel ve örgütsel gerçekliklerin sentezi anlamına gelmektedir (Huffman, 1990).

Kariyer; bireyin hayatı boyunca yaşadığı iş deneyimleri, bireysel ve örgütsel hedeflerle bağlantılı şekilde yaptığı faaliyetler ve hiyerarşik pozisyonunun birleşimidir (Sabuncuoğlu, 2000).

Bazı tanımlara göre kariyer sadece bireyin hayatı boyunca yaptığı işlerin dizisi değil aynı zamanda işle ilgili deneyimler ve faaliyetlerle ilgili bireysel olarak algılanan tutum ve davranışlar dizisi anlamına da gelmektedir (Huffman, 1990).

Hall tarafından 1976 yılında yapılan çalışmaya göre kariyer kavramının birçok tanımı olmasının yanında genel olarak; mesleğinde başarılı olmak, mesleğinde ilerlemek, profesyonellik, hayat boyu olan iş dizisi ya da hayat boyu olan iş deneyimleri anlamlarında kullanılmaktadır (Huffman, 1990).

Kariyer kavramı ile ilgili birçok tanım olmasının yanında kavramın içeriğinin tam olarak anlaşılması için dikkat edilmesi gereken 4 temel nokta bulunmaktadır. Bunlar;

- Kariyer kavramı yalnızca örgütün üst kademelerinde bulunan bireylerle ilgili değildir. Örgütün her kademesinde olduğu gibi alt kademelerinde yer alan bireyler için kariyer önemli bir olgudur.
- Kariyer kavramı sadece terfi etmek ya da yükselmek ile ilişkili değildir. Bireyler genelde dikey hareketlilik beklentisinde olsa da çalıştığı pozisyondan memnun olan ve yükselme hedefi olmayan bireyler için de kariyer önemli bir olgudur.
- Kariyer kavramı bir örgütte işe girmek ile eş anlamlı değildir. Birden fazla örgütü kapsayan kariyer yolları günümüzde öne çıkmaktadır.
- Günümüzde örgütler bireylerin kariyer planlamasında ve denetiminde etkisi büyük ölçüde azalmıştır (Kendir, 2017).

Son yıllarda bağlılık kavramı örgütler açısından faydalı bir olgu olarak dikkat çekmektedir (Pizzolatto, 1988). Kariyer bağlılığı; kişinin mesleğine yönelik tutumu olarak tanımlanmaktadır (Blau, 1985). Bireylerin; iş faaliyetlerinin yaşam planlarına ne ölçüde girdiği ve finansal gereksinimin olmadığı varsayımsal durumlarda olan çalışma isteği olarak tanımlanmaktadır (McCormick, 2000).

Günümüzde serbest pazarların genişlemesi ve yenilikçilik gibi etmenler çalışma hayatındaki tehditler ve fırsatlar konusunda değişimlere neden olmaktadır (Sarıyıldız, 2019). Kariyer bağlılığı, ekonomik şartlar, artan rekabet koşulları, örgütlerin yapısında olan değişiklikler, iş bulma zorlukları gibi sebeplerden dolayı bireylerin örgütlere karşı daha az bağlılık geliştirmesiyle artan ilgi odağı olmuştur. Bu açıdan mesleki bağlılıkla benzerlik göstermektedir. Bireyler bu değişime ayak uydurmak için kendilerini örgütlerden çok kariyerlerine yakın hissetmekte ve geçimlerini sağlayabilmek için kendi kariyerlerine odaklanmaktadır (Romzek, 1989; Huffman, 1990).

Literatürde geçen kariyer bağlılığı tanımlarına bakıldığında; Arthur ve arkadaşları (1989) bireyin kariyerine yönelik tutumu olarak; Carson ve arkadaşları (1995) bireyin kariyerine karşı olan psikolojik bağlılığı olarak; Ellemers ve arkadaşları (1998) bireylerin mesleklerinde kişisel gelişim için çalışma motivasyonları ve kariyer



hedeflerine ulaşmak için ısrarcı olmaları olarak; Hacket ve arkadaşları (2001) bireyin hem çalışma hayatına hem de işine yoğun şekilde katılımı olarak; Omar ve Noordin (2016) bireyin belirli bir iş alanında veya mesleğinde çalışmaya itici güç ile ilgili olarak; İbrahimoglu (2008) bireyin kariyerine duygusal tutum atfetmesi ve kariyeriyle arasında duygusal bağ kurması; Özmütlu Onay (2016) bireyin düşlediği kariyere olan içsel bağlantısı olarak tanımlamıştır.

Blau kariyer bağlılığı üzerine 1980-1990 yılları arasında uzun çalışmalar yapmıştır ve kariyer bağlılığını seçilen kariyer rolünde çalışmak için hissedilen motivasyon gücü olarak tanımlamıştır (Blau, 1985; Hacket ve ark., 2001). Kariyer bağlılığı; kişisel kariyer hedeflerinin geliştirilmesi, bu hedeflere bağlanma, tanımlama ve katılım ile ilişkilidir. Buna bağlantılı olarak kariyer bağlılığı başarıyı da beraberinde getirmektedir. Kariyer bağlılığı yüksek bireylerin kariyerleri ile ilgili konularda pes etmemeye kararlı olduğu görülmektedir (Blau, 1985).

Kariyer bağlılığı, bireyin belirli bir süre içinde bir rolde çalışma bağlılığını göstermektedir. Kariyer bağlılığı, örgütsel bağlılıktan veya bireyin belirli bir zamanda kuruluştaki belirli bir işe bağlılığından farklıdır. Araştırmalar, kariyerlerine bağlı olan bireylerin kariyerlerinden ve mesleklerinden daha az çekilme niyetinde olduklarını göstermiştir. (King-Jones, 2013).

Literatürde birbirinin yerine kullanıldığı görülen meslek, iş ve örgütsel bağlılık kavramları teorik olarak birbirinden farklıdır ve farklı sonuçlara yol açmaktadır (Blau, 1985). Kariyer bağlılığı analitik olarak diğer bağlılık türlerinden farklıdır. Kariyer bağlılığı mesleki bağlılık ve iş bağlılığından daha kuvvetlidir. İşe (job) bağlılık, kariyer bağlılığına nispeten daha kısa vadeli görevler kümesine olan bağlılığı içermektedir. Kariyer bağlılığı birkaç işi birden içerebilir, daha uzun vadeli bakış açısını içerir ve birey tarafından öngörülen öznel kariyer ile ilgilidir (Colarelli ve Bishop, 1990). Örgütsel bağlılık, kuruma ve kurumsal hedeflere bağlılığı içermektedir. Kariyer bağlılığı, kendi kendine oluşturulan hedefleri ve kişinin kendi kariyerine olan bağlılığını içermektedir ve bu da çeşitli örgütlerde/kurumlarda istihdam sağlayabilir anlamına gelmektedir (Randall, 1987). Örgütsel bağlılığı yüksek olan bireyler kariyerlerini kurum içinde ilerletmeye meyilliyken kariyer bağlılığının kurumla ilişkisi olmamaktadır. Birey kurum içinde ya da başka kurumda kariyerini ilerletme üzerine odaklanmaktadır (Sturges ve ark., 2002). Mesleki (professional) bağlılık ise profesyonel çalışanların

(bilim, mühendislik, müzik vs.) mesleklerine olan bağlılıklarını ifade etmektedir (Parasuraman ve Nachman, 1987). Bir mesleğe bağlılık genellikle bir kariyere bağlılık anlamına gelse de profesyonel olmayan çalışanlar da kariyerlerine bağlı olabilmektedirler (Colarelli ve Bishop; 1990). Bu anlamda mesleki (occupational) bağlılık ile benzerlik göstermektedir. Mesleki (occupational) bağlılık ile kariyer bağlılığı kavramı literatürde birbirinin yerine kullanılmakta ancak farklı ölçeklerle ölçülmektedir (Blau, 1985).

Özdevecioğlu ve Aktaş'a (2007) göre bireylerin kariyerlerine bağlılığının genel olarak üç ana nedeni bulunmaktadır:

- Kariyer bireyin geleceğini ifade eder, bireyler vizyonlarının gereği olarak kariyerlerine bağlı olurlar.
- Kariyer bireyin statüsünün gelişmesini ifade eder, aynı zamanda statü sembolüdür. Birey bu sembolü iş dışı yaşamında da kullanır.
- Kariyer bağlılığı başarıya ihtiyacının uzantısı şeklinde düşünülebilir, başarıya ihtiyacı yüksek bireyler için kariyere bağlılık önemlidir.

Schein'e göre; kariyer bireyin benlik algıları, yaşadıkları çevre ve gereksinimleri çerçevesinde oluşmaktadır. Bu çerçeve 8 dayanak noktasının (anchor) çevresinde oluşmaktadır. Schein (1996) yılında yaptığı çalışmada bu dayanak noktalarının bireyin kariyerine bağlantı sağladıklarını savunmuştur. Kariyer dayanak noktaları bireyin kariyer bağlılığını pekiştirmektedir (İbrahimoglu, 2008). Kariyer dayanak noktaları; otonomi/ bağımsızlık, güvenlik/ istikrar, teknik/ fonksiyonel yeterlilik, genel yönetim yeterliliği, girişimcilik/ yaratıcılık, hizmet ya da bir nedene bağlılık, mücadele etme ve yaşam tarzı olarak sıralanmaktadır (Schein, 1996).

### **2.3.1. Kariyer Bağlılığı Önemi**

Kariyer bağlılığı düşüklüğü birçok yetenekli bireyin meslekten kaybına yol açabilmektedir. Düşük kariyer bağlılığına sahip bireylerin kariyer değiştirme niyetleri yüksek kariyer bağlılığı olan bireylere göre daha yüksektir. Kariyer değişikliği bazen bireyler için en iyi seçenek olsa da aynı zaman da eğitim ve deneyime yapılan yatırımın birey ve toplum açısından kaybına yol açmaktadır. Birçok meslek alanında kariyerini kaybetmek mesleğini kaybetmekten daha önemlidir (Cherniss, 1991).

Kariyerine bağılı olan bireyler, kariyer hedeflerini takip etmek, ağılar kurmak ve işle ilgili becerileri geliştirmek için çaba harcamaya isteklidirler. Dolayısıyla, kariyer bağılılığın sonucu, kariyer yeterliliklerinin gelişimidir. Yapılan araştırmalarda, kariyer bağılılığı yüksek olan bireylerin yüksek kariyer hedefleri koyma, bu hedeflere ulaşmak için harekete geçme ve başarısızlık karşısında direnme eğiliminde olduğunu sonucuna ulaşılmıştır. Kariyerlerine bağılı olan bireyler, sürekli eğitim yoluyla yeni bilgi ve beceriler kazanmak gibi önemli yatırımlar yapmaya isteklidirler. Ayrıca kariyerlerine bağılı olan bireyler çalıştıkları örgüt içinde ve dışında ilişkiler kurmaya meyilli olmaktadır (Kong ve ark., 2012).

Kariyer bağılılığı, kariyer gelişimi konusunda önemli yapı taşıdır. Bireyler kariyerlerini geliştirdiği sürece kariyerlerine daha çok bağılı kalacaktır. Kariyer bağılılığı yüksek olan bireylerin iş tatminleri ve motivasyonları da daha yüksektir. Bu da devamsızlık ve işte ayrılmaları azaltan bir etken olarak örgütler açısından önemlidir (Genç, 2018).

Kariyerin doğası gereği bireyin kendini geliştirmesi ve ilerletmesi üzerine odaklanmaktadır. Bununla bağılantılı olarak kariyer bağılılığı yüksek olan bireyler de kendilerini geliştirmek üzerine sürekli çalışma içinde olacaklardır bu da hedeflerine daha kolay ulaşmalarını sağlayacaktır. Ayrıca kariyer bağılılığı yüksek olan bireyler kariyerlerinde sorunla karşılaştıkları zaman mücadele etme ve sorunları aşma oranları daha yüksektir (Genç, 2018; Aytakin, 2016). Bu durum bireyin kendisi için olduğu kadar çalıştığı örgüt ya da kurum için de önemlidir. Yöneticilerin örgütsel hedeflerine erişebilmeleri için çalışanlarının kariyer bağılılıklarını da göz önünde tutmaları gerekmektedir.

Kariyerine bağılılığı yüksek olan bireyler çalışma koşulları, iş arkadaşları ve örgütlerden bağımsız şekilde kariyerleri ile ilgilenmektedir. Çalıştığı örgütte mutlu olmasa bile birey kendi kariyer gelişimi açısından bakarak örgütte kalmaya devam etme kararı alabilmektedir. Yüksek kariyer bağılılığına sahip olan bireyleri motive eden faktörler kendi kariyer beklentileri veya hedefleridir (Özdevecioğlu ve Aktaş, 2007; Kendir ve Özkoç, 2018). Bunun yanında bireylerin kariyer bağılılıkları arttıkça çalıştıkları örgütü de daha cazip olarak algıladıkları tespit edilmiştir. Aynı şekilde bireylerin çalıştıkları örgütte beklenti ve gereksinimlerinin karşılanması halinde kariyer bağılılıklarının arttığı tespit edilmiştir (Balak, 2013).

Kariyer bağlılığı yüksek olan bireylerin kendilerine daha yüksek hedefler belirlemeleri ve bu hedeflere ulaşabilmek adına daha çok efor sarf etmeleri, yüksek performansı da beraberinde getirmektedir. Yüksek performansın sonucu olarak da daha yüksek ücret, terfi olanakları ve sahip olunan statüde yükselme gibi durumlar ortaya çıkmaktadır (Kendir ve zko, 2018).

Kariyer bağlılıkları yüksek olan bireylerin, planladıkları kariyerlerini daha olumlu değerlendirme eğiliminde oldukları düşünülmektedir. akmak Otluoğlu (2014) tarafından yapılan araştırmada yüksek kariyer bağlılığı gösteren bireylerin kariyerlerinden daha fazla tatmin oldukları ve düşük kariyer bağlılığı olan bireylere göre daha yüksek ücret aldıkları, daha çok terfi ettikleri ve daha yüksek statüye ulaştıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Kariyer bağlılığı, bireylerin ve kuruluşların pratik kaygıları ile de ilgilidir. Bireyin yeteneğinin gelişimi için kritik öneme sahiptir. Çünkü kariyer bağlılığı bireyin uzmanlık becerileri geliştirmek için yeterince uzun süre devam etmesine yardımcı olmaktadır. Yetenekli bireylerin çalışmaları, yüksek düzeyde beceri kazanmak için yıllarca süren eğitim, gelişim ve deneyimin gerekli olduğunu göstermektedir (Colarelli ve Bishop, 1990). Kariyer bağlılığı yüksek olan bireylerin kendi kişisel kariyer hedeflerini sürdürme ve geliştirme eğiliminde olduklarını ortaya koymaktadır (Balak, 2013). Ellemers ve arkadaşları (1998) tarafından yapılan araştırmada kariyer bağlılığının bireylerin eğitime katılma istekleriyle pozitif yönde güçlü ilişkileri olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bir kariyere bağlılık aynı zamanda iş ve meslek ilişkilerini geliştirmek için çabalama gücü sağlamaktadır (Colarelli ve Bishop, 1990). Bilgi ağında mesleki hayatta kalmak için çok önemlidir. Kariyer bağlılığı, kuruluşlar süreklilik kazandığında ve istihdam güvenliğini garanti altına aldıklarında, önemli bir mesleki anlam ve devamlılık kaynağı olmaktadır (Stumpf, 1981).

Kariyer bağlılığı; kişisel kariyer hedeflerinin geliştirilmesini, içselleştirilmesini, bireyin kendini bu hedeflerle tanımlamasını ve bu hedefleri gerçekleştirmek için çabalamasını teşvik ettiğinden kariyer kimliğinin tamamlayıcısı olarak değerlendirilmektedir (Colarelli and Bishop, 1990). Sahip olduğu güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olmayan, bireysel olarak kariyer alanı içerisindeki ilişkileri, gelişmeleri, fırsatları ve tehditleri yakından takip etmeyen, kendini geliştirmek için çaba

harcamayan bireylerin kariyer bağılıklarının yüksek olması beklenmemektedir. Bu durum bireyin kendi yetenek ve becerilerine uygun, ilgi duyduğu ve istediği kariyer alanında olmamasıyla da ilgili olmaktadır. Bireyin kariyerinde başarı sağlayabilmesi için öncelikle kariyer seçimine dikkat etmesi gerekmektedir. Kariyeriyle özdeşleşemeyen bireylerin kariyerlerine bağlı olması muhtemel gözükmemektedir (Kendir ve Özkoç, 2018).

### 2.3.2. Kariyer Bağlılığı Boyutları

Literatürde mesleki bağlılık ve kariyer bağlılığı kavramları bazı yazarlar tarafından birbirinin yerine kullanıldığı görülmüştür. Dolayısıyla mesleki bağlılık için geliştirilen modellerin kariyer bağlılığı için de ele alındığı görülmüştür.

İlk olarak Greenhaus (1973) kariyer bağlılığını 3 boyut halinde ele almıştır. Bu boyutlar; göreceli öncelik, işe yönelik genel tutum ve kariyer gelişimi ve planlama olarak sıralanmaktadır. Kariyer bağlılığının boyutlarının kısaca açıklaması aşağıda yapılmıştır.

**Göreceli Öncelik:** Greenhaus (1973) göreceli önceliği bireyin belirli yaşam doyumu kaynakları ile işi arasında yaptığı karşılaştırmada yaptığı seçim olarak açıklamaktadır. Bireyin işi ve iş dışı faaliyetler arasında yaptığı seçimle ilgilidir. Kariyer bağlılığı yüksek birey arkadaşlarıyla vakit geçirme fırsatı varken kendini işine odaklaması işinin göreceli önceliğini oluşturmaktadır (Morrow, 1983; Bulut, 2019; Özmutlu Onay, 2016).

**İşe Yönelik Genel Tutum:** İşe karşı olumlu etki ve beklentiler içinde olmak şeklinde açıklanmaktadır. İşe yönelik genel tutumların özellikle ideal ve uygun iş seçimi ile ilgisi olduğu ve kadınların işe yönelik daha olumlu tutum sergilediği tespit edilmiştir (Greenhaus, 1973).

**Kariyer Gelişimi ve Planlama:** Kariyerlerinde gelişmek isteyen ve bunun için planlamalar yaparak kariyerine yatırım yapmak olarak açıklanmaktadır. Kariyerinde gelişmek isteyen bireylerin kariyer bağılıklarının yüksek olduğu bulunmuştur (Bulut, 2019).

London (1983) uzun yıllar süren çalışmaları sonucu geliştirdiği kariyer motivasyon teorisinde kariyer bağlılığını, kariyer kimliği, kariyer anlayışı ve kariyer esnekliği olarak 3 alt boyutta incelemiştir.

**Kariyer Kimliği (Career Identity):** Bireyin kariyerine ilişkin duygularını içeren olumlu veya olumsuz yönlerinin bir bileşeni (Colarelli ve Bishop, 1990), kariyerinin kişinin kimliği için ne kadar merkezi olduğu (London, 1983) ve mesleğini başkalarına önerme gücü (Kendir ve Özkoç, 2018) olarak tanımlanmıştır. Kariyer kimliği, bireylerin kariyer memnuniyetini diğer yaşam alanlarının memnuniyetinden daha önemli bulması ile ilgilidir. Kariyer kimliği, işe katılım ve yükselme arzusu olarak iki alt alandan oluşmaktadır. Kariyer kimliği ile pozitif olarak ilgili olması gereken işe katılım boyutları; mesleki yönelim, yönetimsel işe bağlılık ve kurumla özdeşleşmeyi içermektedir (London, 1983). London'un modeline göre kariyer kimliği ile kariyer bağlılığı kavramı birbirine çok benzemektedir (McCormick, 2000).

**Kariyer Anlayışı (Career Insight):** Bireyin kendini algılayışı ve algılarının kariyer hedefleriyle ilişkisidir (King-Jones, 2013). Başka tanımla, bireyin kendisi ve kuruluş hakkında gerçekçi algılara sahip olması ve bu algıları kariyer hedeflerine çekmesidir. Hedef esnekliği ve ihtiyaç değişikliği kariyer anlayışı ile negatif yönlü ilişki içindedir. Diğer ilgili boyutlar olan hedef netliği, yol netliği, sosyal algı, el objektifliği, kariyerine karar verme ve gelecekteki zaman oryantasyonu kariyer anlayışı ile pozitif ilişki içindedir (London, 1983).

**Kariyer Esnekliği (Career Resilience):** Kariyer esnekliği en uygun kariyer koşullarından daha düşük ortamda kariyer bozulması durumlarına karşı direnç gösterme olarak tanımlanmaktadır (King-Jones, 2013). Kariyer direncinin yüksek olması ya da kariyer kırılğanlığının az olması, bireyin bu tür çevresel koşullara duyarsız olduğu anlamına gelmemektedir. Bunun yerine, olumsuz bir çalışma durumuyla daha etkin şekilde başa çıkabileceği anlamına gelmektedir (London, 1983).

Blau, 1980'ler ve 1990'lar boyunca kariyer bağlılığı ile ilgili çalışmalar yapmıştır (King-Jones, 2013). Blau (1985) tarafından geliştirilen kariyer bağlılığı modeli çoğu araştırmacının aksine tüm değişkenleri içeren tek boyutlu bir yapıdadır. Literatürde çoğu araştırmacı tarafından kabul gören ve kullanılan modelin geçerliliği ve güvenilirliği de ilgili alanda genel kabul görmüştür (Tak ve Çiftçioğlu, 2008; Kendir ve Özkoç, 2018). Blau geliştirdiği ölçekle işe katılım ve örgütsel bağlılık gibi diğer iş tutumlarıyla kariyer bağlılığının farklı olduğunu göstermiştir (Lee ve ark., 2000).

### 2.3.3. Kariyer Bağlılığını Etkileyen Faktörler

Literatür incelendiğinde kariyer bağlılığını etkileyen faktörlerden genel olarak yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, kıdem, ücret ve yönetsel tarz üzerine araştırmalar yapıldığı görülmüştür.

Demografik özelliklerden yaş faktörünün kariyer bağlılığı ile ilişkisi üzerine araştırmacıların ortak görüşü; yaş ve kariyer bağlılığı arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğudur. Bunun sebebini bireylerin yaşı ilerledikçe harcanan çabanın ve verilen emeklerin birikmesi, diğer kariyer seçeneklerinin azalması ve kariyeri ile özdeşleşmiş olması şeklinde açıklanmaktadır (Lee ve ark., 2000; Carson ve Bedeian, 1994; Blau, 1985).

Kariyer bağlılığını etkileyen faktörler incelendiğinde cinsiyet faktörünün de etkisi olduğu görülmektedir ancak yazarlar tarafından kabul edilmiş ortak görüş bulunmamaktadır. Literatür incelendiğinde genel görüş erkeklerin kariyer bağlılıklarının kadınlardan daha güçlü olduğu şeklindedir (Kendir ve Özkoç, 2018; Çakmak Otluoğlu, 2014; Tak ve Lim, 2008). Bunun sebebi olarak ise; yapılan araştırmalara göre kadınlardan erkeklere göre daha düşük ücret alması ile açıklanmaktadır. Kadınların erkeklerden daha düşük alması kariyerlerine yoğun bir duygusal bağ geliştirmelerine engel olmaktadır (Çakmak Otluoğlu, 2014). Lee ve arkadaşları (2000) kadınların mesleki bağlılıklarının erkeklere göre daha yüksek olduğunu çünkü kadınların kariyerlerinde ilerlemek ve başarıya ulaşmak için daha çok çabaladıklarını bu sebeple onlar için daha değerli olduğunu savunmaktadır.

Kariyer bağlılığı ve medeni durum ilişkisi incelendiğinde literatürde çok fazla çalışma bulunmamakla birlikte; Blau (1985) evli olmayan bireylerin kariyer bağlılıklarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu durum evli olmayan bireylerin sorumluluklarının daha az olmasından dolayı kariyerlerine yoğunlaşacak zamanlarının daha çok olmasıyla açıklanabilir.

Eğitim durumu ile kariyer bağlılığı ilişkisi incelendiğinde; Gardner (1992) lisans ve yüksek lisans derecelerine sahip bireylerin kariyer bağlılıklarını incelediği çalışmada yüksek lisans derecesine sahip bireylerin en yüksek kariyer bağlılığı seviyesine sahip olduğunun rapor edildiğini tespit etmiştir. Benzer şekilde Carson ve Bedeian (1994) ve Tak ve Lim (2008) yaptıkları çalışmalarda eğitim düzeyi ile kariyer bağlılığı arasında pozitif yönde ilişki olduğunu tespit etmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça

kariyer bağıllılığının artmasının sebebi bireylerin eğitimlerine yaptıklarına yatırımın ve emeklerin sonucu olarak kariyerlerine daha çok değer vermelerinden kaynaklanmaktadır.

Literatürde kıdem ve kariyer bağıllılığı arasındaki ilişki üzerine yapılan çalışmalarda fikir birliği olmadığı görülmüştür. Blau (1985) kariyer bağıllılığı ile iş süresi arasında pozitif ilişki olduğunu tespit etmiştir; Carson ve Bedeian (1994) pozitif ilişki olduğunu çünkü zaman geçtikçe kariyer bağıllılığının yerini örgüte bağıllılığa çevirdiğini savunmaktadır; Gardner (1992) kariyer bağıllılığının başlangıçta yüksek olduğunu, ancak istihdamın ilk yılındaki kariyer bağıllılık seviyesinin giderek azaldığını ve iş performansını ve kurumun cirosunu etkilediğini; Tak ve Lim (2008) pozisyon seviyesi ile kariyer bağıllılığı arasında pozitif yönde ilişki olduğunu tespit etmişlerdir.

Ücret faktörü kariyer bağıllılığı literatüründe bütün araştırmacıların ortak görüşte olduğu bir konudur. Yapılan bütün araştırmalarda ücret ile kariyer bağıllılığı pozitif yönde ilişkinin olduğu görülmüştür (King-Jones, 2013; Tak ve Lim, 2008; McCormick, 2000; Colarelli ve Bishop, 1990; Çakmak Otluoğlu, 2014).

Yukarıda bahsi geçen faktörler dışında; algılanan düşük rol belirsizliği, yönetici yapısı, işle ve kurumla özdeşleşme (Blau, 1985), kariyer tatmini (Carson ve Bedeian, 1994; Kendir ve Özkoç, 2018), terfi, statü (Çakmak Otluoğlu, 2014), ödül (Özmutlu Onay, 2016), yaşam tatmini (Özdevecioğlu ve Aktaş, 2007) faktörlerinin kariyer bağıllılığı ile pozitif yönde ilişki içinde olduğu tespit edilmiştir.

#### **2.3.4. Sağlık Sektöründe Kariyer Bağıllılığı**

Gardner (1992) tarafından yapılan tanıma göre sağlık sektöründe kariyer bağıllılığı; hayat boyu sürecek bir kariyer kurma hedefi olarak tanımlanmaktadır. Kariyer bağıllılığı; iş hayatında zorlu hedef ve güçlüklerle karşılaşsa da pes etmeden daha çok çaba harcamak ve ısrarcı olmak ile ilişkilendirilmiştir (Çakmak Otluoğlu, 2014). Sağlık sektörünün kendine has özelliklerinden dolayı barındırdığı zorluklara rağmen kariyer bağıllılığı daha çok bireyin kendi kendine koyduğu hedefler ve kendi kariyerine olan bağıllılığı içerdiğinden güçlü kariyer bağıllılığına sahip sağlık personelinin karşılaştığı olumsuzluklarla baş edebilmesi beklenmektedir (Azim ve Islam, 2017). Sağlık personelinde kariyer bağıllılığı hastalara sundukları hizmetin kalitesi ile ilişkilendirilmiştir (Maheshwari ve ark., 2006).



Kariyer bağlılığı bireyin aldığı eğitim doğrultusunda uzmanlaştığı konuya karşı olan tutumu (Blau, 1989) ve kariyerlerini geliştirmeye yönelik yatırım yapma istekliliği olarak tanımlanmaktadır (Kong ve ark., 2012). Sağlık sektörü personeli uzun yıllar aldıkları eğitim ve harcadıkları büyük emek ile kariyerlerine büyük oranda yatırım yapmakta ve kariyer beklentisine sahip olmaktadır. Kariyerlerine yatırım yapmaya hevesli olan sağlık personelinin kariyer bağlılıkları daha yüksek olmakta ve dolayısıyla daha yüksek başarılar elde etmektedirler. Yapılan çalışmaya göre; bireylerde akademik ilerleme saęlandıķça kariyer bağlılığının da arttığı belirlenmiştir (zmutlu Onay, 2016). Bu durum algılanan kariyer beklentilerinin karşılanması halinde sağlık çalışanlarının kariyer bağlılıklarının da arttığı şeklinde açıklanmaktadır (Myrtle ve ark., 2008).

Kariyer bağlılığı, bireyin becerilerini geliştirmesi ile pozitif yönlü ilişkiye sahiptir. Sağlık sektörü kendini sürekli geliştirmeye dayanan dinamik bir sektör olduğundan çalışanlarının kariyer bağlılıklarının yüksek olması beklenmektedir (Chen ve ark., 2011).

İş tatmini, kişinin işine karşı duygusal yanıtıdır. İş tatmini yüksek olan bireylerin kariyerlerinde yükseldikleri, daha motive ve huzurlu şekilde çalıştıkları belirlenirken; iş tatmini düzeyi düşük olan çalışanlarda işten ayrılma, devamsızlık, işten kaçma ve tükenmişlik hissi yaşandığı belirlenmiştir. Sağlık kurumları çalışanların iş tatmin seviyelerini yüksek tuttukça sağlık personelinin daha etkili ve verimli çalışması sağlanmış olacak ve kurum açısından hasta memnuniyeti üzerinde pozitif etkileri olacaktır. Ayrıca sağlık kurumunda iş tatmin düzeyi yüksek olan personelin örgütsel bağlılığı da yüksek olacaktır (Kavak, 2018; Kurnaz, 2019). Yapılan çalışmalara göre; kariyer bağlılığı ve iş tatmini, iş güvenliği, örgütsel bağlılık gibi değişkenlerle pozitif ilişki içerisinde (Nazish ve ark., 2013). Sağlık sektörü çalışanları; yaptıkları işten ve işin yükünden memnun olduklarında, yöneticileri ile iyi ilişkiler kurduklarında, çalışma arkadaşları ve hastalar ile iyi iletişim halinde olduklarında ve kariyerlerinde ilerlemek için fırsat eşişsizliği ya da ayrımcılık yaşanmadığını algıladıklarında kariyer bağlılıkları da artmaktadır (Chen ve ark., 2011).

Sektörler arası değişim şansı da kariyer bağlılığını arttıran etkenlerden birisi olmasına rağmen (Nazish ve ark., 2013) sağlık sektörü çalışanları, aldıkları eğitim ve sahip oldukları bilgi ve beceri doğrultusunda kariyerlerini geliştirmek için sektör değişikliği yapma şansı yüksek olmayan bir mesleğe sahiptirler.

Kariyer planlaması, kendine bir kariyer yolu seçerek o yolda ilerlemeye başlayan bireyin amaçlarını ve bu amaçlarını gerçekleştirmek için gereken araçları belirleme sürecidir (Taşlıyan ve ark., 2011). Kariyer yönetimi, bireyin ve örgütün amaçlarının bütünleştirilmesiyle örgüt-birey uyumunu sağlamak, bireyin kariyer hedeflerine ulaşmasını sağlamak olarak tanımlanmaktadır (Ay ve ark., 2014). Bireyin yaptığı kariyer planlaması doğrultusunda kendi amaçları ile örgüt amaçları örtüştüğü sürece kariyer hedeflerine ulaşma imkanı daha yüksek olacaktır. Bireyin hedeflediği kariyere yaklaştıkça kariyer bağlılığının da pozitif yönde etkilenmesi beklenmektedir.

Sağlık sektöründe kariyer planlaması ve yönetimi farklı şekillerde olabilmektedir. Hemşireler için kariyer planlama yönetim pozisyonlarına ilerlemek ile ilişkilendirilmiştir. Kariyerinde belirli bir süre geçirmiş ve belirli yetkinliklere ulaşmış hemşirelerin idari pozisyonlara yükselme, uzmanlaşma, sağlık araştırmalarına katılma ya da eğitici konuma gelme fırsatı bulunmaktadır (Sönmez, 2007). Hekimlerde ise kariyer planlaması için aldıkları uzmanlık eğitimi, yandal uzmanlık eğitimi, idari pozisyonlar, akademik ilerleme gibi seçenekler bulunmaktadır. Yapılan araştırmaya göre; hekimler kariyer planlaması sürecine hemşirelere göre daha fazla katılmaktadır. Hemşirelerin de kariyer planlaması sürecine aktif olarak katılımının sağlanması için hekim ve hemşirelere eşit fırsatlar tanınmalıdır. Hekimlerin geçmiş zamanlara göre yönetimsel rollerde daha çok görev aldıkları belirlenmiştir. Bu durum iş tatmini, kariyer gelişimi, kendini gerçekleştirme, kariyerlerinde yeni avantajlar sağlama ve kariyer bağlılığı ile ilişkilendirilmiştir (Yılmaz, 2015).

Sonuç olarak sağlık sektörü personelinin kariyer bağlılığını etkileyen faktörler; bireyin kendini geliştirmesi, kariyer beklentilerinin karşılanması, iş tatmini, akademik ilerleme, iş güvenliği, örgütsel bağlılık, kariyer değiştirebilme şansı, kariyer planlama ve kariyer yönetimi olarak sıralanabilmektedir.

### 3. MATERYAL VE METOT

#### 3.1. Materyal

##### 3.1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; üniversite hastanesinde görev yapan araştırma görevlilerinin fiziksel şiddet yaşama durumlarının ve fiziksel şiddetin mesleki ve kariyer bağlılıklarına olan etkisinin belirlenmesidir.

##### 3.1.2. Problem Cümlesi

Araştırmanın problem cümlesi; “Sağlık kurumlarında maruz kalınan fiziksel şiddetin sağlık personelinin mesleki ve kariyer bağlılıkları üzerinde etkisi var mıdır?” şeklindedir.

##### 3.1.3. Hipotezler

Genel literatür taraması sonucu edinilen bilgiler ışığında aşağıdaki hipotezler kurulmuştur.

H1: Araştırma görevlilerinin fiziksel şiddete maruz kalma durumları

- a. Cinsiyete,
- b. Medeni durumlarına,
- c. Akademik kariyer yapma düşüncesine,
- d. Çalıştığı bölüme,
- e. Nöbet tutma durumuna,
- f. Hastalarla fiziksel temas kurma durumuna,
- g. Genelde çalışılan hasta grubunun cinsiyetine,
- h. Şiddet görme endişesi yaşama durumuna,
- i. İşyerinde şiddet bildiriyle ilgili prosedür olma durumuna,
- j. Prosedürlerin nasıl kullanıldığını bilme durumuna,
- k. İşyerinde şiddet bildiriyle ilgili destek görme durumuna göre farklılık göstermektedir.

H2: Araştırma görevlilerinin duygusal mesleki bağlılığı,

H3: Araştırma görevlilerinin mesleki devamlılık bağlılığı,

H4: Araştırma görevlilerinin normatif mesleki bağlılığı,

H5: Araştırma görevlilerinin kariyer bağlılığı,

- a. Cinsiyete,
- b. Medeni duruma,
- c. Yaşı,
- d. Hizmet yılına,
- e. Çalıştığı bölüme,
- f. Akademik kariyer yapma düşüncesine,
- g. Nöbet tutma durumlarına,
- h. Hastalarla fiziksel temas kurma durumlarına,
- i. Genelde çalışılan hasta grubunun cinsiyetine,
- j. Şiddet görme endişesi yaşama durumuna,
- k. İşyerinde şiddet bildiriyle ilgili prosedür olma durumuna,
- l. Prosedürlerin nasıl kullanıldığını bilme durumuna,
- m. İşyerinde şiddet bildiriyle ilgili destek görme durumuna göre farklılık göstermektedir.

H6: Araştırma görevlilerinin fiziksel şiddete maruz kalmalarının duygusal mesleki bağlılıkları üzerinde negatif yönde etkisi vardır.

H7: Araştırma görevlilerinin fiziksel şiddete maruz kalmalarının mesleki devamlılık bağlılıkları üzerinde negatif yönde etkisi vardır.

H8: Araştırma görevlilerinin fiziksel şiddete maruz kalmalarının normatif mesleki bağlılıkları üzerinde negatif yönde etkisi vardır.

H9: Araştırma görevlilerinin fiziksel şiddete maruz kalmalarının kariyer bağlılıkları üzerinde negatif yönde etkisi vardır.

#### **3.1.4. Varsayımlar**

- ✓ Araştırma kapsamında sağlık kurumunda maruz kalınan fiziksel şiddetin sadece fiziksel şiddet olduğu varsayılmıştır.
- ✓ Araştırma kapsamında yapılan literatür taramasından edinilen bilgilerin doğru olduğu varsayılmıştır.
- ✓ Araştırma kapsamında veri toplama aşamasında görüşme yapılan araştırma görevlilerinin anket formunda yer alan soruları doğru anlayabilecek yetkinlikte olduğu ve verdikleri cevapların dürüst olduğu varsayılmıştır.

### **3.1.5. Sınırlılıklar**

Araştırma Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde yapıldığı için sonuçların diğer sağlık kurumları için genellenmesi uygun değildir. Araştırma kapsamında veri toplama aşamasında sadece araştırma görevlileriyle görüşüldüğü için çıkan sonuçların diğer sağlık personeli için geçerli olması beklenemez.

### **3.2. Metot**

#### **3.2.1. Evren ve Örneklem**

Araştırmanın yapılabilmesi için öncelikle Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izin belgesi alınmıştır. Araştırma verilerinin toplanması için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden gerekli izin alınmıştır. Alınan izin belgeleri "Ekler" bölümünde sunulmuştur.

Araştırma 01.08.2019-15.10.2019 tarihleri arasında, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde yapılmıştır. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde 518 araştırma görevlisi bulunmaktadır. 518 kişi olarak belirlenen evrenden örneklem seçilmemiş, tüm evrene ulaşılması amaçlanmıştır. Evrenin %84,55 (n=438)'ine ulaşılabilmiştir. Evrende bulunan 80 araştırma görevlisinin bir kısmı rotasyon nedeniyle şehir dışı ya da şehir içi başka hastanelerde çalışmakta, bir kısmı yıllık izinde, bir kısmı doğum izninde olduğu için, bir kısmı da araştırmaya katılmayı reddettiği için çalışmaya dahil edilememiştir. Ulaşılamayan araştırma görevlilerine ulaşabilmek için izin süresi boyunca her hafta ilgili bölüme uğranmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan 438 araştırma görevlisi araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır.

#### **3.2.2. Veri Toplama Aracı**

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anket literatür taraması ve uzman görüşüne dayalı olarak hazırlanmıştır. Anket araştırmacının kendisi tarafından uygulanmıştır. Araştırma anketi 4 bölümden oluşmaktadır. Araştırmada kullanılan anket "Ekler" bölümünde sunulmuştur. Birinci bölüm araştırmaya katılan araştırma görevlilerin yaşı, cinsiyeti, meslek yılı, medeni durumu gibi demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

Anketin ikinci bölümünde Uluslararası Çalışma Örgütü, Uluslararası Hemşireler Birliği, Uluslararası Kamu Hizmetleri ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan “Workplace Violence in the Health Sector” başlıklı anket formundan alınan fiziksel şiddetin belirlenmesine yönelik sorular bulunmaktadır. Anket formunun içinden alınan bölümler uzman görüşüyle Türkçe’ye uyarlanmıştır. Bu bölümdeki sorular çoktan seçmeli şeklindedir.

Anketin üçüncü bölümünde 1985 yılında Gary J. Blau tarafından geliştirilen Kariyer Bağlılığı Ölçeği bulunmaktadır. Ölçeğin orijinal halinde güvenilirlik düzeyi  $\alpha=0,67$  olarak bulunmuş ve ilgili literatürde geçerliliği ve güvenilirliği kabul edilmiştir. Tak ve Çiftçiöğlü (2008) tarafından Türkçe’ye uyarlanan ölçeğin Türkçe’de güvenilirlik ve geçerliliği incelenmiş ve Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,77 olarak bulunmuştur. Ölçek 8 maddeden oluşmaktadır ve 1= kesinlikle katılmıyorum, 5= kesinlikle katılıyorum şeklinde 5’li Likert tipi ölçek skalasına sahiptir.

Anketin dördüncü ve son bölümünde 1993 yılında Meyer, Allen ve Smith tarafından geliştirilen Mesleki Bağlılık Ölçeği bulunmaktadır. Ölçek; duygusal mesleki bağlılık, mesleki devamlılık bağlılığı ve normatif mesleki bağlılık olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Her alt boyutta 6 madde olmak üzere toplam 18 maddeden oluşmaktadır ve 5’li Likert tipi ölçek skalasına sahiptir. Orijinal ölçeğin duygusal mesleki bağlılık boyutunda Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı kayıtlı hemşirelerden oluşan birinci örneklem grubu için 0.85, öğrenci hemşirelerden oluşan ikinci örneklem grubu için 0,82 olarak; mesleki devamlılık bağlılığı boyutunda Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı birinci örneklem grubu için 0.83, ikinci örneklem grubu için 0,76 olarak; normatif mesleki bağlılık boyutunda ise Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı birinci örneklem grubu için 0,77, ikinci örneklem grubu için 0,80 olarak bulunmuştur. Ölçek yabancı literatürde geçerli ve güvenilir olarak kabul edilmektedir. Tak ve Çiftçiöğlü (2009) tarafından Türkçe’ye uyarlanan Mesleki Bağlılık Ölçeği’nin Türkçe’de geçerlilik ve güvenilirliği incelenmiş ve duygusal mesleki bağlılık boyutu için Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,75; mesleki devamlılık bağlılık boyutu için Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,27 ve normatif mesleki bağlılık boyutu için Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,73 olarak bulunmuştur.

### 3.3.3. Geçerlilik ve Güvenilirlik

Araştırma kapsamında çalışmanın geçerliliğinin sağlanması için anketin uygulanmasından önce 15.07.2019- 19.07.2019 tarihleri arasında 20 araştırma görevlisine anket uygulaması yapılmış ve uzman görüşü doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Çalışmanın güvenilirliğinin sağlanması için mesleki bağlılık ölçeği, mesleki bağlılık ölçeğinin alt boyutları ve kariyer bağlılığı ölçeğine ilişkin güvenilirlik analizi yapılmıştır. Mesleki bağlılık ölçeğinin güvenilirlik katsayısı olarak Cronbach alfa değeri hesaplanmıştır. Genel mesleki bağlılık ölçeği Cronbach alfa değeri 0,80; duygusal mesleki bağlılık boyutunda 0,76, mesleki devamlılık bağlılığı boyutunda 0,72 ve normatif mesleki bağlılık boyutunda 0,82 olarak bulunmuştur. Kariyer bağlılığı ölçeğinin güvenilirlik katsayısı olarak Cronbach alfa değeri hesaplanmış ve 0,79 olarak bulunmuştur.

**Tablo 3.** Ölçeklere ilişkin Cronbach Alfa değerleri

	Cronbach Alfa Katsayısı
Mesleki Bağlılık	0,80
Duygusal Mesleki Bağlılık	0,76
Mesleki Devamlılık Bağlılığı	0,72
Normatif Mesleki Bağlılık	0,82
Kariyer Bağlılığı	0,79

Cronbach alfa değerinin 0,00- 0,40 arasında olması ölçeğin güvenilir olmadığını, 0,40- 0,60 arasında olması ölçeğin düşük güvenilirliği olduğunu, 0,60- 0,80 arasında olması ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu ve 0,80- 1,00 arasında olması ölçeğin yüksek derece güvenilir olduğunu göstermektedir (Yıldız ve Uzunsakal, 2018).

Analiz sonuçlarına göre; mesleki bağlılık ölçeği yüksek derece güvenilir bulunmuştur. Duygusal mesleki bağlılık boyutu ve mesleki devamlılık bağlılığı boyutu oldukça güvenilir ve normatif mesleki bağlılık boyutu yüksek derece güvenilir bulunmuştur. Kariyer bağlılığı ölçeği oldukça güvenilir bulunmuştur.

### 3.3.4. Verilerin Analizi

Veriler IBM SPSS V23 paket program ile analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testleri ile incelenmiştir. Normal dağılım gösteren verilerin karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi

(ANOVA) ve bağımsız örnekler t testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için spearman korelasyon katsayısı, kategorik verilerin incelenmesinde ki-kare testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren veriler ortalama  $\pm$  standart sapma şeklinde gösterilmiş, normal dağılıma uymayan veriler ortanca (min-mak) şeklinde sunulmuştur. Kategorik veriler ise frekans (yüzde) olarak sunulmuştur. Anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak alınmıştır.





## 4. BULGULAR

Bulgular bölümü iki kısım halinde değerlendirilmiştir. Birinci bölümde; anketin ilk bölümünde bulunan demografik veriler ve işyerinde fiziksel şiddete ilişkin tanımlayıcı bulgular bulunmaktadır. İkinci bölümde ise mesleki bağlılık ve kariyer bağlılığı ölçeklerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

### 4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmaya katılan araştırma görevlilerinin demografik verilerine ilişkin tanımlayıcı bulgular Tablo 4'te verilmiştir.

**Tablo 4.** Araştırma görevlilerinin demografik verilerine ilişkin tanımlayıcı bulguları

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	231	52,7
Erkek	207	47,3
Medeni durum		
Evli	220	50,2
Bekâr	218	49,8
Akademik kariyer düşüncesi olma durumu		
Evet	178	40,6
Hayır	107	24,4
Kararsızım	153	34,9
Bölümü		
Temel Tıp Bilimleri	53	12,1
Dahili Tıp Bilimleri	257	58,7
Cerrahi Tıp Bilimleri	128	29,2
Nöbet tutma		
Evet	367	83,8
Hayır	71	16,2
Hastalarla fiziksel temas kurma durumu		
Evet	393	89,9
Hayır	44	10,1

**Tablo 4.** Araştırma görevlilerinin demografik verilerine ilişkin tanımlayıcı bulguları (devamı)

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Genelde çalışılan hasta grubu*		
Yeni Doğanlar	118	26,9
Bebekler	137	31,3
Çocuklar	166	37,9
Ergenler (10-18 Yaş)	137	31,3
Yetişkinler (18-65 Yaş)	361	82,4
Yaşlılar (65+)	203	46,3
Genellikle çalıştığımız hasta grubunun cinsiyeti		
Kadın	46	10,5
Erkek	11	2,5
Her ikisi de	380	87,0
İşyerinizde çalışırken şiddet görme endişesi yaşıyor musunuz?		
Evet	169	38,6
Hayır	93	21,2
Kısmen	176	40,2
Sizce işyerinizde şiddetin bildiriyle ilgili prosedürler var mı?		
Evet	317	72,4
Hayır	121	27,6
Varsa nasıl kullanıldığını biliyor musunuz?		
Evet	196	61,8
Hayır	121	38,2
İşyerinizde şiddeti bildirmeyle ilgili destek görüyor musunuz?		
Evet	135	30,8
Hayır	303	69,2

\*Çok yanıtli soru

Araştırmanın bulgularına göre; araştırmaya katılan araştırma görevlilerinin %52,7 (n=231)'si kadın, %47,3 (n=207)'ü erkektir. Katılımcıların %50,2 (n=220)'si evli, %49,8 (n=218)'i bekarıdır. Araştırma görevlilerinin %40,6 (n=178)'sı akademik kariyer yapmayı düşünmekte, %24,4 (n=107)'ü akademik kariyer yapma düşüncesi bulunmamakta ve %34,9 (n=153)'ü ise kararsızdır. Katılımcıların %58,7 (n=257)'si dahili tıp bilimlerinde, %29,2 (n=128)'si cerrahi tıp bilimlerinde ve %12,1 (n=53)'si temel tıp bilimlerinde çalışmaktadır. Katılımcılardan %83,8 (n=367) oranında büyük

kısmı nöbet tutmakta ve %16,2 (n=71)'si nöbet tutmamaktadır. Katılımcıların %89,9 (n=393)'u hastalarla fiziksel temasta bulunuyor iken %10,1 (n=44)'i hastalarla fiziksel teması bulunmamaktadır. Katılımcılar büyük oranda spesifik bir hasta grubuyla değil bütün hasta gruplarıyla çalışmaktadır. Verilerin analizlerine göre; katılımcıların %82,4 (n=361)'ü yetişkinler, %46,3 (n=203)'ü yaşlı, %37,9 (n=166)'u çocuk, %31,3 (n=137)'ü bebek, %31,3 (n=137)'ü ergen ve %26,9 (n=118)'u yenidoğan hasta grubu ile birlikte çalışmaktadır. Katılımcıların %87 (n=380)'sinin genellikle çalıştığı hasta grubu hem kadın hem erkeklerden oluşmaktadır. %10,5 (n=46)'inin çalıştığı hasta grubu kadın ve %2,5 (n=11)'inin erkektir.

Katılımcıların %40,2 (n=176)'si kısmen şiddet görme endişesi yaşamakta, %38,6 (n=169)'sı şiddet görme endişesi yaşamakta ve %21,2 (n=93)'si şiddet görme endişesi yaşamamaktadır. Katılımcıların %72,4 (n=317)'ü işyerinde şiddet bildirim ile ilgili prosedür olduğunu ve %61,8 (n=196)'i nasıl kullanıldığını bildiklerini belirtmişlerdir. Şiddet bildirim ile ilgili prosedür olmadığını belirten %27,6 (n=121) araştırma görevlisi ise şiddetin bildirim ile ilgili prosedürün olduğunu bilmemektedir. Katılımcıların %69,2 (n=303)'si işyerinde şiddet bildirim ile ilgili destek görmediğini belirtmiştir.

**Tablo 5.** Araştırma görevlilerinin işyerinde fiziksel şiddete ilişkin tanımlayıcı bulguları

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Son 12 ay içinde işyerinde fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?		
Evet	50	11,4
Hayır	388	88,6
Kim tarafından şiddete maruz kaldınız? *		
Hasta	18	36,7
Hasta yakını	33	67,3
Hastane personeli	5	10,2
Şiddet olayı nerede gerçekleşti?		
Doktor odasında	12	25,0
Acilde	24	50,0
Hasta odasında	11	22,9
Dışarıda (kafe/otopark/iş çıkışı vb.)	1	2,1

\*Çok yanıtli soru

**Tablo 5.** Araştırma görevlilerinin işyerinde fiziksel şiddete ilişkin tanımlayıcı bulguları (devamı)

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Şiddet olayı hangi gün gerçekleşti?		
Pazartesi	1	2,0
Salı	1	2,0
Çarşamba	4	8,2
Perşembe	2	4,1
Cumartesi	1	2,0
Hatırlamıyorum	40	81,6
Şiddet olayına nasıl tepki verdiniz? *		
Tepki vermedim	4	8,3
Hiç olmamış gibi davrandım	3	6,3
Durmasını söyledim	9	18,8
Kendimi fiziksel olarak savunmaya çalıştım	20	41,7
İş arkadaşlarıma söyledim	3	6,3
Üst yönetime bildirdim	16	33,3
Terapi aldım	1	2,1
Aileme/arkadaşlarıma söyledim	2	4,2
Derneklerden yardım istedim	1	2,1
Olayı rapor ettim	13	27,1
Dava açtım	7	14,6
Tazminat davası açtım	1	2,1
Olayın engellenebilir olduğunu düşünüyor musunuz?		
Evet	26	52,0
Hayır	24	48,0
Şiddet olayı sonrası yaralandınız mı?		
Evet	4	8,0
Hayır	46	92,0
Saldırıdan sonra işten izin aldınız mı?		
Evet	3	6,0
Hayır	47	94,0
Ne kadar süreliğine izin aldınız?		
2-3 gün	1	33,3
2-3 hafta	2	66,7

\*Çok yanıtli soru

**Tablo 5.** Araştırma görevlilerinin işyerinde fiziksel şiddete ilişkin tanımlayıcı bulguları (devamı)

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Saldıran kişi için sonuçları ne oldu? *		
Hiçbir şey olmadı	7	43,8
Hasta bakımı kesildi	3	18,8
Polise bildirildi	3	18,8
Dava açıldı	6	37,5
Eğer olayı rapor etmediyseniz ya da kimseye söylemediyseniz, nedenini belirtiniz? *		
Benim için önemli değildi	7	22,6
Utandım	1	3,2
Negatif sonuçlarından korktum	2	6,5
İşe yarayacağını düşünmüyorum	23	74,2
Kime rapor edeceğimi bilmiyorum	1	3,2
Son 12 ay içerisinde kaç kez fiziksel şiddet olayına tanık oldunuz?		
Hiç olmadım	192	43,8
1 kere	97	22,1
2-4 kere	117	26,7
5-10 kere	14	3,2
Ayda birkaç kere	14	3,2
Her hafta	3	0,7
Son 12 ayda işyerinizde yaşanan bir şiddet olayını rapor ettiniz mi?		
Evet	37	8,4
Hayır	401	91,6
Eğer evet ise; rapor ettiğiniz için cezalandırıldınız ya da baskı hissettiniz mi?		
Evet	6	16,2
Hayır	31	83,8

\*Çok yanıtli soru

Araştırma görevlilerinin %11,4 (n=50)'ü son 12 ay içerisinde işyerinde fiziksel şiddete maruz kalmış ve %88,6 (n=388)'sı ise maruz kalmamıştır. Fiziksel şiddete maruz kalan araştırma görevlilerinin %67,3 (n=33)'ü hasta yakını tarafından, %36,7 (n=18)'si hasta tarafından ve %10,2 (n=5)'si ise hastane personeli tarafından fiziksel şiddete uğramıştır. Fiziksel şiddet olaylarının %50'si acilde, %25'i doktor odasında, %22,9'u hasta odasında ve %2,1'i hastane dışında (kafe/otopark/iş çıkışı vb.)

gerçekleşmiştir. Şiddete maruz kalan katılımcıların %81,6 (n=40)'sı şiddetin hangi gün gerçekleştiğini hatırlamamaktadır.

Araştırmaya katılan araştırma görevlilerinden fiziksel şiddete maruz kalanlara şiddet olayına nasıl tepki verdikleri sorulduğunda; %41,7 (n=20)'si kendini fiziksel olarak savunmaya çalıştığını, %33,3 (n=16)'ü üst yönetime bildirdiğini, %27,1 (n=13)'i olayı rapor ettiğini, %18,8 (n=9)'i durmasını söylediğini belirtmiştir. Araştırma görevlilerinin %52 (n=26)'si fiziksel şiddet olayının olayın engellenebilir olduğunu düşünürken %48 (n=24)'i engellenebilir olduğunu düşünmemektedir. Fiziksel şiddete maruz kalan hekimlerin %92 (n=46)'si şiddet olayı sonrası yaralanmadığını, %8 (n=4)'i ise yaralandığını belirtmiştir. Şiddet olayı sonrası araştırma görevlilerinin %94 (n=47)'ü işten izin almamıştır. İşten izin alan 3 araştırma görevlisinin %66,7 (n=2)'si 2-3 hafta boyunca izinli olduklarını belirtmişlerdir.

Fiziksel şiddete maruz kalan araştırma görevlilerine şiddet uygulayan kişi için sonuçlarının ne olduğu sorulduğunda; %43,8 (n=7)'i hiçbir şey olmadığını, %37,5 (n=6)'i dava açıldığını, %18,8 (n=3)'i hasta bakımının kesildiğini ve %18,8 (n=3)'i polise bildirdiğini belirtmişlerdir. Fiziksel şiddeti rapor etmeyen araştırma görevlilerine neden rapor etmediği sorulduğunda ise %74,2 (n=23)'si işe yarayacağını düşünmediğini ve %22,6 (n=7)'sı ise önemli bir olay olarak görmediklerini belirtmişlerdir.

Araştırma görevlilerinin %43,8 (n=192)'i son 12 ay içerisinde fiziksel şiddet olayına tanık olmadığını belirtirken %26,7 (n=117)'si 2-4 kere tanık olduğunu, %22,1 (n=97)'i 1 kere tanık olduğunu, %3,2 (n=14)'si 5-10 kere tanık olduğunu, %3,2 (n=14)'si ayda birkaç kere tanık olduğunu ve %0,7 (n=3)'si her hafta tanık olduğunu belirtmiştir. Araştırma görevlilerinin %8,4 (n=37)'ü tanık olunan şiddet olayını rapor ettiğini, %91,6 (n=401)'sı ise rapor etmediğini belirtmiştir. Tanık olduğu fiziksel şiddet olayını rapor eden %8,4 (n=37) araştırma görevlisinin %83,8 (n=31)'i rapor ettiği için cezalandırılmadığını ya da baskı hissetmediğini belirtmiştir.

**Tablo 6.** Son 12 ay içinde işyerinde fiziksel şiddete maruz kalan araştırma görevlilerinin demografik verilerine ilişkin bulgular

	Evet	Hayır	Test istatistiği	p*
Cinsiyet				
Kadın	29 (58)	202 (52,1)	$\chi^2=0,411$	0,521
Erkek	21 (42)	186 (47,9)		

\* $\chi^2$ : Ki-kare test istatistiği

**Tablo 6.** Son 12 ay içinde işyerinde fiziksel şiddete maruz kalan araştırma görevlilerinin demografik verilerine ilişkin bulgular (devamı)

	Evet	Hayır	Test istatistiği	p*
Medeni durum				
Evli	23 (46)	197 (50,8)	$\chi^2=0,235$	0,628
Bekâr	27 (54)	191 (49,2)		
Akademik kariyer düşüncesi				
Evet	22 (44)	156 (40,2)	$\chi^2=0,629$	0,730
Hayır	10 (20)	97 (25)		
Kararsızım	18 (36)	135 (34,8)		
Bölüm				
Temel Tıp Bilimleri	6 (12)	47 (12,1)	$\chi^2=4,699$	0,095
Dahili Tıp Bilimleri	23 (46)	234 (60,3)		
Cerrahi Tıp Bilimleri	21 (42)	107 (27,6)		
Nöbet tutma				
Evet	47 (94)	320 (82,5)	$\chi^2=4,332$	<b>0,037</b>
Hayır	3 (6)	68 (17,5)		
Hastalarla fiziksel temas				
Evet	47 (94)	346 (89,4)	$\chi^2=1,032$	0,310
Hayır	3 (6)	41 (10,6)		
Genelde çalışılan hasta grubu cinsiyeti				
Kadın	4 (8)	42 (10,9)	$\chi^2=0,843$	0,656
Erkek	2 (4)	9 (2,3)		
Her ikisi de	44 (88)	336 (86,8)		
Şiddet görme endişesi yaşama				
Evet	30 (60)	139 (35,8)	$\chi^2=13,414$	<b>0,001</b>
Hayır	3 (6)	90 (23,2)		
Kısmen	17 (34)	159 (41)		
İşyerinde şiddetin bildiriyle ilgili prosedürlerin olup olmadığını bilme durumu				
Evet	36 (72)	281 (72,4)	$\chi^2=0,004$	0,950
Hayır	14 (28)	107 (27,6)		
Prosedürler varsa nasıl kullanıldığını bilme durumu				
Evet	23 (63,9)	173 (61,6)	$\chi^2=0,073$	0,787
Hayır	13 (36,1)	108 (38,4)		

\* $\chi^2$ : Ki-kare test istatistiği

**Tablo 6.** Son 12 ay içinde işyerinde fiziksel şiddete maruz kalan araştırma görevlilerinin demografik verilerine ilişkin bulgular (devamı)

	Evet	Hayır	Test istatistiği	p*
İş yerinde şiddet bildirmeyeyle ilgili destek görme				
Evet	12 (24)	123 (31,7)	$\chi^2=1,232$	0,267
Hayır	38 (76)	265 (68,3)		

\* $\chi^2$ : Ki-kare test istatistiği

Analiz sonuçlarına göre fiziksel şiddete maruz kalma ile cinsiyet ( $p=0,521$ ), medeni durum ( $p=0,628$ ), akademik kariyer düşüncesi ( $p=0,730$ ), çalıştığı bölüm ( $p=0,095$ ), hastalarla fiziksel temas ( $p=0,310$ ), genelde çalışılan hasta grubunun cinsiyeti ( $p=0,656$ ), işyerinde şiddet bildiriyle ilgili prosedürün varlığı ( $p=0,950$ ), prosedürlerin nasıl kullanıldığını bilmek ( $p=0,787$ ) ve şiddet bildiriyle ilgili destek görmek ( $p=0,267$ ) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. İşyerinde fiziksel şiddete maruz kalma ile nöbet tutma ( $p=0,037$ ) ve şiddet görme endişesi ( $p=0,001$ ) arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Analiz sonuçlarına göre fiziksel şiddet olaylarının %94'ü ( $n=47$ ) nöbet tutanlar araştırma görevlilerinde yaşanmıştır. Ayrıca şiddet olaylarının %94'ü ( $n=47$ ) şiddet görme endişesi yaşayan ve kısmen şiddet görme endişesi yaşayan hekimlerde yaşanmıştır. Analiz sonuçlarına göre; H1a, H1b, H1c, H1d, H1f, H1g, H1i, H1j ve H1k hipotezleri reddedilmiş, H1e ve H1h hipotezleri kabul edilmiştir.

#### 4.2. Mesleki Bağlılık ve Kariyer Bağlılığı Ölçeklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan araştırma görevlilerinin genel mesleki bağlılık, duygusal mesleki bağlılık, mesleki devamlılık bağlılığı, normatif mesleki bağlılık ve kariyer bağlılığı düzeyleri ortalamalarına ilişkin bulgular Tablo 7'de verilmiştir.

**Tablo 7.** Araştırma görevlilerinin mesleki bağlılık ve kariyer bağlılığı düzeylerinin ortalamaları

	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	Minimum	Maximum
Mesleki Bağlılık	3,64	0,52	3,67	1,78	4,89
Duygusal Mesleki Bağlılık	3,69	0,72	3,83	1	5
Mesleki Devamlılık Bağlılığı	3,89	0,66	4,00	1,67	5
Normatif Mesleki Bağlılık	3,34	0,86	3,50	1	5
Kariyer Bağlılığı	2,94	0,86	2,86	1	5



Araştırmaya katılan araştırma görevlilerinin genel mesleki bağlılık mesleki bağlılık puan ortalamaları 3,64 olarak bulunmuştur. Mesleki bağlılığın alt boyutlarından duygusal mesleki bağlılık puan ortalaması 3,69; mesleki devamlılık bağlılığı 3,89; normatif mesleki bağlılık puan ortalaması 3,34 olarak bulunmuştur. Araştırma görevlilerinin kariyer bağlılığı puan ortalamaları 2,94 olarak bulunmuştur.

**Tablo 8.** Araştırma görevlilerinin cinsiyetine göre ölçek puanlarının karşılaştırması

	Kadın	Erkek	Test İstatistiği	p*
Duygusal Mesleki Bağlılık	3,8 ± 0,7	3,6 ± 0,8	t=2,402	<b>0,017</b>
Mesleki Devamlılık Bağlılığı	3,9 ± 0,7	3,9 ± 0,7	t=0,186	0,853
Normatif Mesleki Bağlılık	3,4 ± 0,8	3,3 ± 0,9	t=0,965	0,335
Kariyer Bağlılığı	3 ± 0,8	2,9 ± 0,9	t=1,686	0,093

\*t: Bağımsız örnekler t test istatistiği

Yapılan analiz sonuçlarına göre; duygusal mesleki bağımlılık puan ortalama değeri cinsiyete göre farklılık göstermektedir (p=0,017). Kadınlarda puan ortalama değeri 3,8 olarak bulunmuşken erkeklerde bu değer 3,6 olarak elde edilmiştir. Mesleki devamlılık bağlılığı (p=0,853), normatif mesleki bağlılık (p=0,335) ve kariyer bağlılığı (p=0,093) cinsiyete göre farklılık göstermemektedir. Kadınların ve erkeklerin mesleki devamlılık bağlılığı puan ortalamaları eşit düzeyde bulunurken normatif mesleki bağlılık ve kariyer bağlılığı düzeyleri kadınlarda daha yüksek olarak bulunmuştur. Analiz sonuçlarına göre H2a hipotezi kabul edilmiş, H3a, H4a ve H5a hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 9.** Araştırma görevlilerinin medeni durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırması

	Evli	Bekar	Test İstatistiği	p*
Duygusal Mesleki Bağlılık	3,7 ± 0,7	3,7 ± 0,7	t=-0,726	0,468
Mesleki Devamlılık Bağlılığı	3,9 ± 0,6	3,9 ± 0,7	t=-0,029	0,977
Normatif Mesleki Bağlılık	3,3 ± 0,9	3,4 ± 0,8	t=-1,026	0,305
Kariyer Bağlılığı	2,9 ± 0,9	3 ± 0,9	t=-0,296	0,767

\*t: Bağımsız örnekler t test istatistiği

Medeni duruma göre bakıldığında evli ve bekar araştırma görevlilerinin duygusal mesleki bağlılık (p=0,468), mesleki devamlılık bağlılığı (p=0,977), normatif mesleki bağlılık (p=0,305) ve kariyer bağlılığı (p=0,767) puan ortalamaları arasında

farklılık bulunmamıştır. Çıkan sonuçlara göre H2b, H3b, H4b ve H5b hipotezleri reddedilmiştir.

**Tablo 10.** Araştırma görevlilerinin yaş ve hizmet yılına göre ölçek puanlarının karşılaştırması

		Yaş	Hizmet Yılı
Duygusal Mesleki Bağlılık	r	-0,048	-0,104
	p	0,312	<b>0,029</b>
Mesleki Devamlılık Bağlılığı	r	0,049	0,044
	p	0,310	0,354
Normatif Mesleki Bağlılık	r	0,006	-0,125
	p	0,895	<b>0,009</b>
Kariyer Bağlılığı	r	-0,014	0,012
	p	0,771	0,795

Analiz sonuçlarına göre araştırma görevlilerinin; çalıştıkları hizmet yılı ile duygusal mesleki bağlılıkları (p=0,029) ve normatif mesleki bağlılıkları (p=0,009) arasında negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı ilişki elde edilmiştir. Hizmet yılı arttıkça duygusal mesleki bağlılık ve normatif mesleki bağlılık ortalamaları azalmaktadır. Hizmet yılı ile mesleki devamlılık bağlılığı (p=0,354) ve kariyer bağlılığı (p=0,795) arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Yaş değişkeni ile duygusal mesleki bağlılık (p=0,312), mesleki devamlılık bağlılığı (p=0,310), normatif mesleki bağlılık (p=0,895) ve kariyer bağlılığı (p=0,771) arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Analiz sonuçlarına göre H2c, H3c, H4c, H5c, H3d ve H5d hipotezleri reddedilmiş, H2d ve H4d hipotezleri kabul edilmiştir.

**Tablo 11.** Araştırma görevlilerinin çalıştığı bölümlere göre ölçek puanlarının karşılaştırması

	Temel Tıp Bilimleri	Dahili Tıp Bilimleri	Cerrahi Tıp Bilimleri	Test istatistiği	p*
Duygusal Mesleki Bağlılık	4 (1,2- 5)a	3,7 (1- 5)b	3,7 (1,3- 5)b	$\chi^2=9,359$	<b>0,009</b>
Mesleki Devamlılık Bağlılığı	3,9 ± 0,6	3,9 ± 0,7	3,9 ± 0,7	F=0,001	0,999
Normatif Mesleki Bağlılık	3,5 ± 0,8	3,3 ± 0,8	3,4 ± 1	F=2,983	0,052
Kariyer Bağlılığı	3,1 ± 1	2,9 ± 0,8	3 ± 0,9	F=0,757	0,470

\* $\chi^2$ : Kruskal Wallis test istatistiği, F: Varyans analizi test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Yapılan analizlere göre; duygusal mesleki bağımlılık puan ortanca değeri çalışılan bölümlere göre farklılık göstermektedir ( $p=0,009$ ). Temel tıp bilimleri bölümünde çalışan araştırma görevlilerinde duygusal mesleki bağlılık puan ortanca değeri 4 olarak elde edilirken dahili tıp bilimleri bölümünde 3,7 ve cerrahi tıp bilimleri bölümünde 3,7 olarak elde edilmiştir. Farklılık temel tıp bilimlerinde çalışan araştırma görevlilerinin duygusal mesleki bağlılık düzeylerinden kaynaklanmaktadır. Dahili tıp bilimlerinde çalışan ve cerrahi tıp bilimlerinde çalışan araştırma görevlilerinin duygusal mesleki bağlılıkları arasında fark bulunmamıştır. Analiz sonuçlarına göre H2e hipotezi kabul edilmiş, H3e, H4e ve H5e hipotezleri reddedilmiştir.

**Tablo 12.** Araştırma görevlilerinin akademik kariyer yapma düşüncesine göre ölçek puanlarının karşılaştırması

	Evet	Hayır	Kararsızım	Test istatistiği	p*
Duygusal Mesleki Bağlılık	3,8 ± 0,7b	3,5 ± 0,8a	3,7 ± 0,6b	F=8,624	<0,001
Mesleki Devamlılık Bağlılığı	3,9 ± 0,6	3,8 ± 0,7	3,9 ± 0,6	F=1,245	0,289
Normatif Mesleki Bağlılık	3,5 ± 0,9	3,3 ± 0,9	3,3 ± 0,8	F=2,398	0,092
Kariyer Bağlılığı	3,2 ± 0,9a	2,6 ± 0,8b	2,9 ± 0,8c	F=18,093	<0,001

\*F: Varyans analizi test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Araştırma sonuçlarına göre; araştırma görevlilerinin mesleki devamlılık bağlılığı ( $p=0,289$ ) ve normatif mesleki bağlılık ( $p=0,092$ ) puan düzeyleri ile akademik kariyer yapma düşünceleri arasında farklılık bulunmamıştır. Ancak araştırma görevlilerinin akademik kariyer yapma düşüncesine göre duygusal mesleki bağlılık ( $p<0,001$ ) puan düzeyleri ve kariyer bağlılığı ( $p<0,001$ ) puan düzeyleri arasında farklılık bulunmaktadır. Akademik kariyer düşüncesi olan kişilerde duygusal mesleki bağlılık puan ortalama değeri 3,8 olarak elde edilirken kariyer düşüncesi olmayanlarda 3,5 ve kararsız olanlarda 3,7 olarak elde edilmiştir. Farklılık akademik kariyer düşüncesi olmayan araştırma görevlilerinin puan ortalama değerinin diğer gruplara göre düşük elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. Kariyer bağlılığında akademik kariyer yapma düşüncesi olan bireylerde kariyer bağlılığı puan ortalama değeri 3,2 olarak elde edilirken akademik kariyer düşüncesi olmayanlarda 2,6 ve kararsız olanlarda 2,9 olarak

elde edilmiştir. Tüm gruplar birbirine göre farklılık göstermektedir. Analiz sonuçlarına göre H2f ve H5f hipotezleri kabul edilmiş, H3f ve H4f hipotezleri reddedilmiştir.

**Tablo 13.** Araştırma görevlilerinin nöbet tutma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırması

	Evet	Hayır	Test İstatistiği	p*
Duygusal Mesleki Bağlılık	3,7 ± 0,7	3,7 ± 0,8	t=0,229	0,819
Mesleki Devamlılık Bağlılığı	3,9 ± 0,6	3,8 ± 0,7	t=1,327	0,185
Normatif Mesleki Bağlılık	3,4 ± 0,8	3,1 ± 0,9	t=2,978	<b>0,003</b>
Kariyer Bağlılığı	2,9 ± 0,9	3,2 ± 0,9	t=-2,739	0,006

\*t: Bağımsız örnekler t test istatistiği

Yapılan analiz sonucuna göre; araştırma görevlilerinin nöbet tutup tutmamları ile duygusal mesleki bağlılıkları (p=0,819), mesleki devamlılık bağlılıkları (p=0,185), ve kariyer bağlılıkları (p=0,006) arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Nöbet tutma durumu ile normatif mesleki bağlılık (p=0,003) arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Nöbet tutan araştırma görevlilerinin normatif mesleki bağlılık düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Analiz sonuçlarına göre H2g, H3g ve H5g hipotezleri reddedilmiş, H4g hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 14.** Araştırma görevlilerinin hastalarla fiziksel temas kurma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Evet	Hayır	Test istatistiği	p*
Duygusal Mesleki Bağlılık	3,7 ± 0,7	3,7 ± 0,6	t=-0,058	0,954
Mesleki Devamlılık Bağlılığı	3,9 ± 0,7	3,8 ± 0,7	t=0,743	0,458
Normatif Mesleki Bağlılık	3,4 ± 0,9	3,1 ± 0,8	t=2,278	0,023
Kariyer Bağlılığı	2,9 ± 0,9	3,3 ± 0,8	t=-2,955	<b>0,003</b>

\*t: Bağımsız örnekler t test istatistiği

Analiz sonucuna göre; araştırma görevlilerinin hastaları tedavi ederken fiziksel temas kurma ya da kurmama durumları ile duygusal mesleki bağlılıkları (p=0,954), mesleki devamlılık bağlılığı (p=0,458), normatif mesleki bağlılıkları (p=0,023) arasında fark bulunmazken kariyer bağlılıkları (p=0,003) ile arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Nöbet tutmayan araştırma görevlilerinin kariyer bağlılığı ortalaması 3,3 ve nöbet tutanların kariyer bağlılığı ortalaması 2,9 olarak bulunmuştur. Analiz sonuçlarına göre H2h, H3h ve H4h hipotezleri reddedilmiş, H5h hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 15.** Araştırma görevlilerinin genelde çalıştığı hasta grubunun cinsiyetine göre ölçek puanlarının karşılaştırması

	Kadın	Erkek	Her İkisi de	Test İstatistiği	p*
Duygusal Mesleki Bağlılık	4 (2,5- 5)	3,7 (1,5- 4,5)	3,7 (1- 5)	$\chi^2 = 5,352$	0,069
Mesleki Devamlılık Bağlılığı	3,9 $\pm$ 0,6	3,7 $\pm$ 0,8	3,9 $\pm$ 0,7	F=0,763	0,467
Normatif Mesleki Bağlılık	3,6 $\pm$ 0,7	3 $\pm$ 1,2	3,3 $\pm$ 0,9	F=2,880	0,057
Kariyer Bağlılığı	2,9 $\pm$ 0,8	3,1 $\pm$ 0,8	3 $\pm$ 0,9	F=0,500	0,607

\* $\chi^2$ : Kruskal Wallis test istatistiği, F: Varyans analizi test istatistiği

Yapılan analizlerin sonuçlarına göre; genellikle kadın, erkek ya da her iki hasta grubuyla da çalışan araştırma görevlilerinin duygusal mesleki bağlılık (p=0,069), mesleki devamlılık bağlılığı (p=0,0467), normatif mesleki bağlılık (p=0,057) ve kariyer bağlılıkları (p=0,607) arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Analiz sonuçlarına göre H2i, H3i, H4i ve H5i hipotezleri reddedilmiştir.

**Tablo 16.** Araştırma görevlilerinin işyerinde fiziksel şiddet görme endişesi yaşama durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırması

	Evet	Hayır	Kısmen	Test İstatistiği	p*
Duygusal Mesleki Bağlılık	3,6 $\pm$ 0,7	3,7 $\pm$ 0,7	3,7 $\pm$ 0,7	t=0,671	0,512
Mesleki Devamlılık Bağlılığı	4 $\pm$ 0,7a	3,7 $\pm$ 0,7b	3,9 $\pm$ 0,7ab	t=3,988	<b>0,019</b>
Normatif Mesleki Bağlılık	3,4 $\pm$ 0,8	3,2 $\pm$ 1	3,4 $\pm$ 0,8	t=2,533	0,081
Kariyer Bağlılığı	2,8 $\pm$ 0,9a	3,1 $\pm$ 0,9b	2,9 $\pm$ 0,8ab	t=3,889	<b>0,021</b>

\*t: Bağımsız örnekler t test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Analizlerin sonucuna göre; işyerinde şiddet görme endişesi yaşama durumu ile duygusal mesleki bağlılık (p=0,512) ve normatif mesleki bağlılık (p=0,081) arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Şiddet görme endişesi yaşayan ve yaşamayanların arasında mesleki devamlılık bağlılığı (p=0,019) ve kariyer bağlılığı (p=0,021) açısından anlamlı farklılık bulunmuştur. İşyerinde şiddet görme endişesini kısmen yaşayanlar ile şiddet görme endişesi yaşayan ve yaşamayanlar arasında anlamlı farklılık

bulunmamıştır. Analiz sonuçlarına göre H2j ve H4j hipotezleri reddedilmiş, H3j ve H5j hipotezleri kabul edilmiştir.

**Tablo 17.** Araştırma görevlilerinin işyerinde şiddet bildirim ile ilgili prosedürlerin olması durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Evet	Hayır	Test İstatistiği	p*
Duygusal Mesleki Bağlılık	3,7 ± 0,7	3,7 ± 0,7	t=-0,647	0,518
Mesleki Devamlılık Bağlılığı	3,9 ± 0,7	3,9 ± 0,6	t=-0,436	0,663
Normatif Mesleki Bağlılık	3,3 ± 0,9	3,4 ± 0,9	t=-0,177	0,860
Kariyer Bağlılığı	3 ± 0,9	2,9 ± 0,8	t=0,302	0,763

\*t: Bağımsız örnekler t test istatistiği

Yapılan analiz sonucuna göre; işyerinde şiddet bildirim ile ilgili prosedür olması durumu ile duygusal mesleki bağlılık (p=0,518), mesleki devamlılık bağlılığı (p=0,663), normatif mesleki bağlılık (p=0,860) ve kariyer bağlılığı (p=0,763) arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Analiz sonuçlarına göre H2k, H3k, H4k ve H5k hipotezleri reddedilmiştir.

**Tablo 18.** Araştırma görevlilerinin işyerinde şiddet bildirim prosedürü kullanımını bilme durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırması

	Evet	Hayır	Test İstatistiği	p*
Duygusal Mesleki Bağlılık	3,7 ± 0,7	3,7 ± 0,8	t=0,081	0,935
Mesleki Devamlılık Bağlılığı	3,8 ± 0,7	3,9 ± 0,7	t=-1,169	0,243
Normatif Mesleki Bağlılık	3,4 ± 0,9	3,3 ± 0,8	t=0,676	0,500
Kariyer Bağlılığı	3 ± 0,9	2,9 ± 0,9	t=0,930	0,353

\*t: Bağımsız örnekler t test istatistiği

Analizlerin sonucuna göre; işyerinde şiddet bildirim ile ilgili prosedürün nasıl kullanıldığını bilme durumu ile duygusal mesleki bağlılık (p=0,935), mesleki devamlılık bağlılığı (p=0,243), normatif mesleki bağlılık (p=0,500) ve kariyer bağlılığı (p=0,353) arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Analiz sonuçlarına göre H2l, H3l, H4l ve H5l hipotezleri reddedilmiştir.

**Tablo 19.** Araştırma görevlilerinin işyerinde şiddet bildirme ile ilgili destek görme durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırması

	Evet	Hayır	Test İstatistiği	p*
Duygusal Mesleki Bağlılık	3,7 ± 0,7	3,7 ± 0,7	t=-0,021	0,983
Mesleki Devamlılık Bağlılığı	3,8 ± 0,7	3,9 ± 0,6	t=-1,058	0,291
Normatif Mesleki Bağlılık	3,3 ± 0,9	3,4 ± 0,8	t=-0,581	0,562
Kariyer Bağlılığı	3,1 ± 0,9	2,9 ± 0,8	t=1,949	0,052

\*t: Bağımsız örnekler t test istatistiği

Yapılan analiz sonucuna göre; işyerinde şiddet bildiriyle ilgili destek görme durumu ile duygusal mesleki bağlılık (p=0,983), mesleki devamlılık bağlılığı (p=0,291), normatif mesleki bağlılık (p=0,562) ve kariyer bağlılığı (p=0,052) arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Analiz sonuçlarına göre H2m, H3m, H4m ve H5m hipotezleri reddedilmiştir.

**Tablo 20.** Araştırma görevlilerinin işyerinde fiziksel şiddete maruz kalma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırması

	Evet	Hayır	Test İstatistiği	p*
Duygusal Mesleki Bağlılık	3,6 ± 0,8	3,7 ± 0,7	t=-0,936	0,350
Mesleki Devamlılık Bağlılığı	4 ± 0,7	3,9 ± 0,7	t=1,479	0,140
Normatif Mesleki Bağlılık	3,5 ± 0,9	3,3 ± 0,9	t=1,837	0,067
Kariyer Bağlılığı	2,7 ± 0,9	3 ± 0,9	t=-1,971	<b>0,049</b>

\*t: Bağımsız örnekler t test istatistiği

Analizlerin sonucuna göre; işyerinde fiziksel şiddete maruz kalma ile duygusal mesleki bağlılık (p=0,350), mesleki devamlılık bağlılığı (p=0,140) ve normatif mesleki bağlılık (p=0,067) arasında anlamlı farklılık bulunmazken kariyer bağlılığı (p=0,049) ile arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Fiziksel şiddete maruz kalmayanların kariyer bağlılığı ortalamaları 3 olarak bulunurken şiddete maruz kalanların 2,7 olarak bulunmuştur.

Yapılan analizlere göre; araştırma görevlilerinin fiziksel şiddete maruz kalma durumları ile duygusal mesleki bağlılıkları, mesleki devamlılık bağlılıkları ve normatif bağlılıkları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı için H6, H7 ve H8 hipotezi reddedilmiştir. Fiziksel şiddete maruz kalma durumu ile kariyer bağlılığı arasında negatif yönde anlamlı ilişki tespit edildiği için H9 hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 21.** Araştırma görevlilerinin işyerinde kaç kez fiziksel şiddete maruz kaldığına göre ölçek puanlarının karşılaştırması

	1 kez	2 ve üzeri	Test İstatistiği	p*
Duygusal Mesleki Bağlılık	3,8 (1 - 4,8)	3,5 (1,7 – 4,3)	U=82,5	0,160
Mesleki Devamlılık Bağlılığı	4 ± 0,7	4,1 ± 0,3	t=-0,152	0,880
Normatif Mesleki Bağlılık	3,6 ± 0,8	3,1 ± 1,2	t=1,474	0,147
Kariyer Bağlılığı	2,7 ± 0,8	2,8 ± 1,1	t=-0,149	0,882

\*t: Bağımsız örnekler t test istatistiği U: Mann Whitney U test istatistiği

Analizlerin sonucuna göre; işyerinde kaç kez fiziksel şiddete maruz kaldığı ile duygusal mesleki bağlılık (p=0,160), mesleki devamlılık bağlılığı (p=0,880), normatif mesleki bağlılık (p=0,147) ve kariyer bağlılığı (p=0,882) arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

**Tablo 22.** Araştırma görevlilerinin işyerinde fiziksel şiddetin engellenebilir olduğunu düşünme durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırması

	Evet	Hayır	Test İstatistiği	p*
Duygusal Mesleki Bağlılık	3,4 ± 1	3,9 ± 0,4	t=-2,103	<b>0,041</b>
Mesleki Devamlılık Bağlılığı	3,9 ± 0,8	4,2 ± 0,4	t=-2,070	<b>0,044</b>
Normatif Mesleki Bağlılık	3,4 ± 1	3,8 ± 0,6	t=-1,349	0,184
Kariyer Bağlılığı	2,7 (1- 4,6)	2,4 (1,7 – 4,6)	U=255,5	0,382

\*t: Bağımsız örnekler t test istatistiği U: Mann Whitney U test istatistiği

Yapılan analizlerin sonucuna göre; işyerinde fiziksel şiddetin engellenebilir olduğunu düşünme durumu ile normatif mesleki bağlılık (p=0,184) ve kariyer bağlılığı (p=0,382) arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Fiziksel şiddetin engellenebilir olduğunu düşünenler ve düşünmeyenler arasında duygusal mesleki bağlılık (p=0,041) ve mesleki devamlılık bağlılığı (p=0,044) açısından negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur.

**Tablo 23.** Araştırma görevlilerinin fiziksel şiddet olayı sonrası yaralanma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırması

	Evet	Hayır	Test İstatistiği	p*
Duygusal Mesleki Bağlılık	2,3 (1,7- 3)	3,8 (1- 4,8)	U=171,0	<b>0,001</b>
Mesleki Devamlılık Bağlılığı	3,3 ± 1,1	4,1 ± 0,6	t=-2,341	<b>0,024</b>
Normatif Mesleki Bağlılık	2,6 ± 1,4	3,7 ± 0,7	t=-2,620	<b>0,012</b>
Kariyer Bağlılığı	2,1 (1- 2,7)	2,6 (1,1- 4,6)	U=128,0	0,178

\*t: Bağımsız örnekler t test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği



Analizlerin sonucuna göre; fiziksel şiddet olayı sonrası yaralanma durumu ile duygusal mesleki bağlılık ( $p=0,001$ ), mesleki devamlılık bağlılığı ( $p=0,024$ ) ve normatif mesleki bağlılık ( $p=0,012$ ) arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Fiziksel şiddet olayı sonrası yaralanma durumu ile kariyer bağlılığı arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p=0,178$ ).

**Tablo 24.** Son 12 ay içerisinde araştırma görevlilerinin fiziksel şiddet olayına tanık olma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırması

	Hiç	1 kere	2-4 kere	5-10 kere	Ayda Birkaç Kere	Test İstatistiği	p*
Duygusal Mesleki Bağlılık	3,6 ± 0,8	3,7 ± 0,7	3,8 ± 0,7	3,6 ± 0,9	3,4 ± 0,7	F=1,738	0,141
Mesleki Devamlılık Bağlılığı	3,8 ± 0,7	3,9 ± 0,7	4 ± 0,6	4,1 ± 0,6	3,8 ± 0,8	F=1,859	0,117
Normatif Mesleki Bağlılık	3,2 ± 0,9a	3,5 ± 0,7b	3,5 ± 0,8b	3,2 ± 1,2ab	3,2 ± 0,9ab	F=3,759	<b>0,009</b>
Kariyer Bağlılığı	3 ± 0,9	2,9 ± 0,8	2,9 ± 0,7	3 ± 1	2,6 ± 1	F=1,651	0,160

\*F: Varyans analizi test istatistiği

Analiz sonuçlarına göre; fiziksel şiddet olayına tanık olma durumu ile duygusal mesleki bağlılık ( $p=0,141$ ), mesleki devamlılık bağlılığı ( $p=0,117$ ) ve kariyer bağlılığı ( $p=0,160$ ) arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Fiziksel şiddet olayına hiç tanık olmayanların ile 1 kere ve 2-4 kere tanık olanlar arasında normatif mesleki bağlılık ( $p=0,009$ ) açısından anlamlı farklılık bulunmuştur.

**Tablo 25.** Araştırma görevlilerinin son 12 ayda işyerinde tanık olduğu fiziksel şiddet olayını rapor etme durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırması

	Evet	Hayır	Test İstatistiği	p*
Duygusal Mesleki Bağlılık	3,6 ± 0,7	3,7 ± 0,7	t=-0,812	0,417
Mesleki Devamlılık Bağlılığı	3,7 ± 0,8	3,9 ± 0,6	t=-1,356	0,176
Normatif Mesleki Bağlılık	3,3 ± 1	3,3 ± 0,9	t=-0,593	0,553
Kariyer Bağlılığı	2,8 ± 0,9	3 ± 0,9	t=-0,900	0,368

\*t: Bağımsız örnekler t test istatistiği

Analiz sonuçlarına göre; son 12 ay içerisinde işyerinde tanık olunan fiziksel şiddet olayını rapor etme durumu ile duygusal mesleki bağlılık ( $p=0,417$ ), mesleki devamlılık bağlılığı ( $p=0,176$ ), normatif mesleki bağlılık ( $p=0,553$ ) ve kariyer bağlılığı ( $p=0,368$ ) arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

**Tablo 26.** Araştırma görevlilerinin mesleki bağlılık ve kariyer bağlılığı düzeyleri arasındaki ilişkinin korelasyon analizi ile incelenmesi

		Duygusal Mesleki Bağlılık	Mesleki Devamlılık Bağlılığı	Normatif Mesleki Bağlılık
Mesleki Devamlılık Bağlılığı	r	0,069		
	p	0,149		
Normatif Mesleki Bağlılık	r	0,358	0,274	
	p	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	
Kariyer Bağlılığı	r	0,543	-0,169	0,219
	p	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>

Analiz sonuçlarına göre; duygusal mesleki bağlılık ile mesleki devamlılık bağlılığı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p=0,149$ ). Duygusal mesleki bağlılık ile normatif mesleki bağlılık arasında pozitif yönlü zayıf düzey anlamlı ilişki elde edilmiştir ( $p<0,001$ ). Duygusal mesleki bağlılık ile kariyer bağlılığı arasında pozitif yönlü orta düzey anlamlı ilişki elde edilmiştir ( $p<0,001$ ). Mesleki devamlılık bağlılığı ile normatif mesleki bağlılık arasında pozitif yönlü zayıf düzey anlamlı ilişki elde edilmiştir ( $p<0,001$ ). Mesleki devamlılık bağlılığı ile kariyer bağlılığı arasında negatif yönlü zayıf düzey anlamlı ilişki elde edilmiştir ( $p<0,001$ ). Normatif mesleki bağlılık ile kariyer bağlılığı arasında ise pozitif yönlü zayıf düzey anlamlı ilişki elde edilmiştir ( $p<0,001$ ).

**Tablo 27.** Hipotezlere ilişkin özet tablo 1 (K: Kabul, R: Red, DY: Değişken Yok)

	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m
<b>H1</b>	R	R	R	R	<b>K</b>	R	R	<b>K</b>	R	R	R	DY	DY
<b>H2</b>	<b>K</b>	R	R	<b>K</b>	<b>K</b>	<b>K</b>	R	R	R	R	R	R	R
<b>H3</b>	R	R	R	R	R	R	R	R	R	<b>K</b>	R	R	R
<b>H4</b>	R	R	R	<b>K</b>	R	R	<b>K</b>	R	R	R	R	R	R
<b>H5</b>	R	R	R	R	R	<b>K</b>	R	<b>K</b>	R	<b>K</b>	R	R	R

**Tablo 28.** Hipotezlere ilişkin özet tablo 2 (K: Kabul, R: Red)

<b>H6</b>	<b>H7</b>	<b>H8</b>	<b>H9</b>
R	R	R	<b>K</b>

## 5.TARTIŞMA

Araştırmada tıp fakültesinde görev yapmakta olan araştırma görevlilerinin maruz kaldığı fiziksel şiddet ve bu şiddetin mesleki bağlılıklarına ve kariyer bağlılıklarına etkisinin olup olmadığı incelenmiştir. Ayrıca araştırma görevlilerinin mesleki bağlılık ve kariyer bağlılığı düzeylerinin sosyo-demografik özelliklerine göre değişiklik gösterip göstermediği incelenmiştir.

Araştırmaya katılan araştırma görevlilerinin; %52,7'si kadın, %47,3'ü erkek, %50,2'si evli, %49,8'i bekar. Araştırma görevlilerinin %40,6'sı akademik kariyer yapmayı düşünmekte, %34,9'u kararsız ve %24,4'ü akademik kariyer yapmayı düşünmemektedir. Araştırma görevlilerinden %12,1'i temel tıp bilimlerinde, %58,7'si dahili tıp bilimlerinde, %29,2'si ise cerrahi tıp bilimlerinde görev yapmaktadır. Araştırma görevlilerinin %83,8'i nöbet tutmakta ve %16,2'si nöbet tutmamakta; %89,9'u tedavi ederken hastalarla fiziksel temas kurmakta ve %10,1'i fiziksel temas kurmamaktadır. Genelde çalışılan hasta grubuna bakıldığında araştırma görevlilerinin %82,4'ü yetişkinlere, %46,3'ü yaşlılara, %37,9'u çocuklara hizmet verdiği görülmektedir.

Araştırma görevlilerinin %40,2'si kısmen şiddet görme endişesi yaşamakta, %38,6'sı şiddet görme endişesi yaşamakta ve %21,2'si yaşamamaktadır. Araştırma görevlilerinin %72,4'ü şiddet bildiriyle ilgili prosedürlerin varlığından haberdardır ancak %28,6'sı prosedürleri bilmemektedir. Şiddet prosedürünün varlığını bilen araştırma görevlilerinin ise %61,8'i nasıl kullanıldığını bilmekte %38,2'si ise bilmemektedir. Araştırma görevlilerinin %30,8'i şiddeti bildirmeye ilgili destek gördüklerini, %69,2'si ise destek görmediklerini belirtmişlerdir.

Araştırma görevlilerinin %11,4'ü son 12 ay içerisinde fiziksel şiddete maruz kalmışlardır. Bu bulgu literatürdeki diğer çalışmalarla da uyumludur. Yavuz (2014) 370 sağlık personeliyle yaptığı çalışmada; personelin son 1 yıl içinde %12,7'sinin fiziksel şiddete maruz kaldığı sonucuna ulaşmıştır. Üzümcü (2016) Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde 580 sağlık personeli ile yaptığı çalışmada; sağlık personelinin %17'sinin fiziksel şiddete maruz kaldığını gözlemlemiştir. Çatell (2015) Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapmakta olan 717 sağlık personeli ile yaptığı çalışmada; tüm katılımcılardan %5,02'sinin son 1 yıl içinde fiziksel şiddete maruz kaldığını tespit etmiştir. Altınok (2018) tarafından Pamukkale Üniversitesi Tıp

Fakültesi Hastanesi'nde çalışan 227 asistan hekim ile yapılan çalışmada; en son yaşanan şiddet türüne araştırmaya katılanların %7,7'si fiziksel şiddet cevabını vermiştir. Ünlüsoy ve Dinçer (2010) tarafından yapılan çalışmada; üniversite hastanesinde görev yapmakta olan 278 sağlık personelinin %12,7'sinin fiziksel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Wei ve arkadaşları (2016) tarafından Tayvan'da 100 farklı hastanede çalışan 26979 hemşire ile yapılan çalışmada; hemşirelerin son bir yıl içerisinde fiziksel şiddete maruz kalma oranını %19,1 (n=5150) olarak tespit etmiştir. Kvas ve Seljak (2014) tarafından Slovenya'da görev yapan 692 hemşire ile yapılan çalışmada; tüm katılımcılar arasından %14,6'sının (n=101) fiziksel şiddete maruz kaldığı bulunmuştur. Di Martino (2002) tarafından sağlık sektöründeki şiddeti araştırmak için yapılan çalışmada birçok ülkeden çok sayıda sağlık personeli incelenmiş ve fiziksel şiddet oranları Bulgaristan'da %7,5, Brezilya'da %6,4, Lübnan'da %5,8, Tayland'da %10,5, Güney Afrika'da özel sektörde %9, kamu sektöründe %17 ve Portekiz'de %3 oranında bulunmuştur.

Fiziksel şiddete maruz kalan araştırma görevlilerinin %67,3'ü hasta yakını tarafından, %36,7'si hasta tarafından, %10,2'si ise hastane personeli tarafından fiziksel şiddet uygulandığını belirtmişlerdir. Literatürde benzer bulgular olmakla birlikte tam tersi sonucu elde eden çalışmalar da mevcuttur. Karaca (2014) sağlık çalışanlarının en fazla (%67) hasta yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kaldığını tespit etmiştir. Benzer şekilde Altınok (2018) da fiziksel şiddetin yarısından fazlasının hasta yakınları tarafından uygulandığını tespit etmiştir. Önde (2011) ise fiziksel şiddetin %40,4 ile en çok hastalar tarafından, ikinci olarak da %38,5 oranında hasta yakınları tarafından uygulandığı sonucuna ulaşmıştır. Di Martino (2002) tarafından yapılan çalışmada da fiziksel şiddetin büyük oranda hastalar tarafından uygulandığı gözlemlenmiştir. Araştırma sonucuna göre fiziksel şiddet; Bulgaristan'da %65,8, Güney Afrika'da %45, Tayland'da %72 ve Lübnan'da %62,9 oranında hastalar tarafından uygulanmıştır.

Fiziksel şiddete maruz kalan araştırma görevlilerinin %58'i kadın, %42'si ise erkektir. Bu bulgu literatürdeki diğer çalışmaların sonuçlarına göre farklılık göstermektedir. Karaca ve arkadaşları (2015) tarafından Samsun ilinde bulunan kamu ve özel hastanelerde görev yapmakta olan 865 hekim ile yapılan çalışmada; fiziksel şiddete maruz kalanlardan %71,42'sinin erkek hekimler olduğu tespit edilmiştir.

Altınok (2018) fiziksel şiddete maruz kalan sağlık personeli içinde erkeklerin oranını kadınların 2 katı olarak belirlemiştir.

Fiziksel şiddete maruz kalan araştırma görevlilerinin %46'sı evli, %54'ü ise bekar. Fiziksel şiddete maruz kalan araştırma görevlilerinden %44'ü akademik kariyer yapmayı düşünmekte, %36'sı kararsız, %20'si ise akademik kariyer yapmayı düşünmemektedir. Fiziksel şiddete maruz kalan araştırma görevlilerinin %46'sı dahili tıp bilimlerinde, %42'si cerrahi tıp bilimlerinde, %12'si ise temel tıp bilimlerinde çalışmaktadır. Altınok (2018) da benzer şekilde yaşanan şiddet olaylarının %65 oranında en büyük kısmının dahili tıp bilimlerinde yaşandığını, temel tıp bilimlerinde ise sadece %4,4'ünün yaşandığı sonucuna ulaşmıştır. Fiziksel şiddete maruz kalan araştırma görevlilerinin %94'ü nöbet tutmakta ve hastalarla fiziksel temas içinde, %6'sı ise nöbet tutmamakta ve hastalarla fiziksel temas kurmamaktadır.

Fiziksel şiddet %50 oranında itekleme, %14 yumruk atma, %10 etraftaki nesnelere fırlatma, %10 vurma, %6 tekmeleme, %4 tükürme ve %4 saç çekme şeklinde gerçekleşmiştir. Araştırma görevlilerinden hiçbiri kesici/delici alet ya da silah kullanma şiddetine maruz kalmamıştır. Genel literatüre bakıldığında; Çatel (2015) tarafından fiziksel şiddetin en yüksek oranda sıkma/sıkıştırma ve tekmeleme şeklinde gerçekleştiği belirlenmiştir. Sağlık-Sen (2013) tarafından yapılan çalışmada en sık karşılaşılan fiziksel şiddet türünün %41 oranında etraftaki nesnelere fırlatmak olduğu belirlenmiştir. Kowalenko ve arkadaşları (2013) 6 farklı hastanede görev yapan 213 sağlık çalışanı ile yaptıkları çalışmada; fiziksel saldırıların %28,4 oranında yumruk atmak, %17,1 oranında tekme atmak ve %6,1'inin nesne fırlatmak şeklinde gerçekleştiğini bulmuştur. GAO (2016) tarafından yayınlanan raporda sağlık tesislerinde çalışanlar tarafından bildirilen en yaygın ölümcül olmayan fiziksel şiddet türleri vurma, tekmelemek ve yumruk atmak olarak sıralanmıştır.

Fiziksel şiddete maruz kalan araştırma görevlilerinin %52'si olayın engellenebilir olduğunu düşünmektedir. Bu bulgu literatürdeki diğer çalışmalarla uyumludur. Çamcı (2010) tarafından yapılan çalışmada; katılımcıların %52'si şiddetin engellenebilir olduğunu düşünürken %48'i ise engellenemez olduğunu düşünmektedir. Ünlüsoy ve Dinçer (2010) tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde katılımcıların %60'ının olayın engellenebilir olduğunu düşündüğü belirtilmiştir. Babiarczyk ve

arkadaşları (2019) yapılan çalışmada ise katılımcıların %76,9'u olayın engellenebilir olduğunu düşünmediklerini belirtmişlerdir.

Fiziksel şiddete maruz kalan araştırma görevlilerinin %60'ı şiddet görme endişesi yaşamakta, %6'sı yaşamamakta ve %34'ü kısmen endişe duymaktadır. Altınok (2018) tarafından Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan 227 asistan hekim ile yapılan çalışmada; asistan hekimlerin %84,1'i mesleğini uygularken şiddet görme endişesi yaşadıklarını belirtmiştir. Sağlık-Sen (2013) tarafından 25 farklı ilde görev yapmakta olan 1300 sağlık personeli ile yapılan çalışmada; tüm katılımcıların %81,9'unun şiddet görme endişesi yaşadığı bulunmuştur.

Fiziksel şiddete maruz kalan araştırma görevlilerinin %28'i şiddet bildiriyle ilgili prosedürlerin olduğunu bilmemektedir. Prosedürlerin varlığını bilenlerin ise %63,9'u nasıl kullanıldığını bilmekte %36,1'i bilmemektedir. Fiziksel şiddete maruz kalan araştırma görevlilerinin %76'sı şiddet bildiriyle ilgili destek görmediklerini belirtmişlerdir. Ünlüsoy ve Dinçer (2010) Ankara ilinde bulunan 3 hastanede görev yapmakta olan 407 hemşire ile yapılan çalışmada ise; katılımcıların %50,6'sı şiddetin bildiriyle ilgili prosedürlerin olduğunu belirtirken %23'ü bildirimle ilgili destek görmediklerini belirtmişlerdir. Uzuntarla ve arkadaşları (2019) tarafından 211 sağlık personeli ile yapılan çalışmada; katılımcıların %11,8'inin sağlık kurumunda şiddet bildirim prosedürü olarak beyaz kod sisteminin olduğunu bilmedikleri tespit edilmiştir.

Fiziksel şiddet olayına nasıl tepki verdikleri sorusuna araştırma görevlilerinin %41,7'si kendini fiziksel olarak savunmaya çalıştığını, %33,3'ü üst yönetime bildirdiğini, %18,8'i durmasını söylediğini, %14,6'sı dava açtığını, %8,3'ü tepki vermediğini, %6,3'ü ise hiç olmamış gibi davrandığını belirtmişlerdir. Cerit ve arkadaşları (2017) 170 sağlık çalışanı ile yaptıkları çalışmada şiddet karşısında verilen tepkileri incelediklerinde; %66'sının saldırgan durmasını söylediğini, %27,2'sinin iş arkadaşlarına anlattığını, %15,5'inin hiçbir şey olmamış gibi davrandığını, %14,6'sının yöneticiye rapor ettiğini ve %1'inin kendini fiziksel olarak savunduğunu bulmuşlardır. Ünlüsoy ve Dinçer (2010) fiziksel şiddetin karşısında katılımcıların %46,6'sının durmalarını söylediğini, %19,2'sinin kendini fiziksel olarak korumaya çalıştığını, %13,7'sinin ise hiçbir tepki vermediğini tespit etmişlerdir. Fiziksel şiddete maruz kalan hemşirelerden sadece %9,5'i yasal yollara başvurduğunu belirtmiştir.

Araştırma görevlilerinin %27,1'i şiddet olayını rapor etmiş, %73,9'u ise rapor etmemiştir. Fiziksel şiddet olayını rapor eden araştırma görevlilerinden %16,2'si rapor ettiği için cezalandırıldığını ya da baskı gördüğünü belirtmişlerdir. Fiziksel şiddet olayı sonrası şiddet uygulayan saldırganlardan %43,8'ine hiçbir şey yapılmamış, %37,5'ine dava açılmış, %18,8'inin hasta bakımı kesilmiş ve %18,8'i polise bildirilmiştir. Bu bulgular genel olarak literatürle de uyumludur. Ayrancı ve arkadaşları (2006) tarafından 1209 sağlık personeli ile yapılan çalışmada; şiddete uğrayanların %82,1'inin rapor tutmadığı ve şiddeti herhangi bir yere bildirmediği görülmüştür. Hamzaoğlu ve Türk (2019) tarafından yapılan çalışmada; fiziksel şiddete maruz kalan katılımcıların %37,2'sinin şiddet olayını rapor ettiği ancak sonucunda saldırganların %48,2'sine hiçbir şey olmadığı, %18,8'ine ise dava açıldığı tespit edilmiştir. Kvas ve Seljak (2014) tarafından yapılan çalışmada ise fiziksel şiddete maruz kalanların arasından %23,7'sinin şiddeti rapor ettiği bulunmuştur.

Fiziksel şiddet olayı sonrası olayı rapor etmeyen araştırma görevlilerinin %74,2'si işe yarayacağını düşünmediğini, %22,6'sı ise önemli olarak görmediğini belirtmiştir. Kvas ve Seljak (2014) tarafından yapılan çalışmada fiziksel şiddetin rapor edilmemesinin sebebi olarak şiddet mağdurlarının %41,5'i şiddeti bildirmenin bir şeyi değiştirmeyeceğini düşündüklerini belirtmişlerdir. Babiarczyk ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmada da katılımcıların %54,2'si önemli olarak görmediğini, %45'i de işe yarayacağını düşünmediklerini belirtmiştir.

Fiziksel şiddete maruz kalan araştırma görevlilerinden %8'i yaralanmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen bulgular literature göre yüksek bulunmuştur. Yavuz (2014) fiziksel şiddete maruz kalan 47 sağlık çalışanından %6,6'sının (n=3); Beder (2009) ise fiziksel şiddete maruz kalan 115 sağlık çalışanından %4,3'ünün (n=5) yaralandığını tespit etmiştir. Cerit ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada ise şiddet olayı sonucu %0,00 oranında yaralanma yaşandığı görülmüştür. Ünlüsoy ve Dinçer (2010) tarafından yapılan çalışmada da üniversite hastanesinde şiddete uğrayan hemşirelerin %91,4'ü yaralanmadığını belirtmiştir. Arnetz ve Arnetz (2001) tarafından 2466 sağlık personeli ile yapılan çalışmada; %1,37'sinin fiziksel olarak yaralandığı tespit edilmiştir.

Fiziksel şiddete maruz kalan araştırma görevlilerinin %94'ü olay sonrasında izin almazken %6'sı 2-3 gün ila 2-3 hafta arası izin almıştır. Benzer şekilde Beder

(2009) fiziksel şiddet gören sağlık çalışanlarından %98,2'sinin saldırıdan sonra izin almadığını tespit etmiştir. Arnetz ve Arnetz (2001) tarafından yapılan çalışmada da saldırıdan sonra şiddete maruz kalan personelin sadece %1'i izin aldığı tespit edilmiştir.

Son 12 ay içerisinde araştırma görevlilerinin %43,8'i fiziksel şiddete tanık olmamıştır. Araştırma görevlilerinin %22,1'i fiziksel şiddete 1 kere tanık olurken %26,7'si 2-4 kere tanık olmuşlardır. Fiziksel şiddet olayına tanık olan araştırma görevlilerinden %8,4'ü şiddet olayını rapor etmişlerdir. Çamcı (2010) tarafından 270 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada; tüm katılımcıların %57,8'sinin son 12 ay içerisinde fiziksel şiddet olayına tanık olduğunu ve %14,1'inin tanık olduğu şiddeti rapor ettiği tespit edilmiştir.

Fiziksel şiddet olaylarının %50'si acilde gerçekleşmiştir. Hamzaoğlu ve Türk (2019) Türkiye'nin farklı şehirlerinden özel ve kamu hastanelerinde çalışan 447 sağlık personeli ile yaptıkları çalışmada; fiziksel şiddet olaylarının %58,3'ü acil serviste, %32,9'u ise polikliniklerde gerçekleştiğini gözlemlemişlerdir. Benzer şekilde Wei ve arkadaşları (2016) ve Speroni ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmalarda fiziksel şiddetin en yoğun acil serviste yaşandığı sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan araştırma görevlilerinin genel mesleki bağlılık puan ortalaması 3,64, mesleki bağlılığın alt boyutlarından olan duygusal mesleki bağlılık puan ortalaması 3,69, mesleki devamlılık bağlılığı puan ortalaması 3,89, normatif mesleki bağlılık puan ortalaması ise 3,34 olarak bulunmuştur. Araştırma görevlilerinin mesleki bağlılık türleri yüksek olarak bulunmuştur. En yoğun mesleki bağlılık türü ise mesleki devamlılık bağlılığıdır. Bu durumun araştırma görevlilerinin mesleklerine devam etmelerinde en güçlü sebebin meslekten ayrılmanın maliyetleriyle ilişkili olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

Araştırma görevlilerinin kariyer bağlılığı puan ortalaması ise 2,94 olarak bulunmuştur. Bu değer ortalama bir değer olarak görülmektedir. Derin ve arkadaşları (2017) Malatya'da bulunan üniversite ve kamu hastanesi olmak üzere 2 hastanede görev yapan 320 hemşire ile yaptığı çalışmada; hemşirelerin kariyer bağlılıklarını 2,1 oranında düşük düzeyde bulmuştur. Kendir ve Özkoç (2018) tarafından turist rehberleri ile yapılan çalışmada kariyer bağlılığı düzeyi 2,81 olarak belirlenmiştir. Benzer şekilde Otluoğlu (2014) tarafından finans sektörü çalışanları ile yapılan çalışmada da kariyer



bağlılığı 2,56 olarak bulunması hizmet sektöründe çalışanların kariyerlerine bağlılık düzeylerinin orta seviyede olması dikkat çekmektedir.

Kadın araştırma görevlilerinin duygusal mesleki bağlılık düzeyi ( $3,8 \pm 0,7$ ) erkeklerin duygusal mesleki bağlılık düzeyine ( $3,6 \pm 0,8$ ) göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Cinsiyete göre mesleki devamlılık bağlılığı, normatif mesleki bağlılık ve kariyer bağlılığı açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Genel literatüre bakıldığında ise; Genç (2018) erkeklerin ( $\bar{x} = 3,78$ ) kadınlara göre ( $\bar{x} = 3,57$ ) kariyer bağlılığı düzeylerini daha yüksek olarak bulmuştur. Benzer sonuç Tak ve Lim (2008) tarafından yapılan çalışmada da görülmüştür. Ünal (2015) ise 352 öğretmen ile yaptığı çalışmada; kadınların kariyer bağlılıklarının ( $X=37.22$ ) erkeklerin kariyer bağlılıklarından ( $X=35.97$ ) yüksek olduğunu tespit etmiştir. Okurame (2019) tarafından 286 kamu çalışanı ile yapılan çalışmada kadınların ( $\bar{x} = 21,36$ ) kariyer bağlılıkları erkeklere ( $\bar{x} = 20,75$ ) göre yüksek bulunmuştur. Yetgin (2017) 370 turist rehberi ile yaptığı çalışmada; katılımcıların cinsiyeti ile duygusal mesleki bağlılık ( $p=0,854$ ), mesleki devam bağlılığı ( $p=0,592$ ) ve normatif mesleki bağlılık ( $p= 0,891$ ) düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Benzer şekilde Ağırbay (2018) 230 öğretmen ile yaptığı çalışmada; mesleki bağlılık ölçeği ve alt boyutlarının puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediğini bulunmuştur. Lee ve arkadaşları (2000) da yaptıkları meta-analiz çalışmasında mesleki bağlılık ile cinsiyet ( $p= 0,008$ ) arasında anlamlı ilişki tespit edememişlerdir.

Medeni durum ile duygusal mesleki bağlılık, mesleki devamlılık bağlılığı, normatif mesleki bağlılık ve kariyer bağlılığı arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Evli ve bekar araştırma görevlilerinin duygusal mesleki bağlılık ortalamaları ( $3,7 \pm 0,7$ ) ve mesleki devamlılık bağlılığı ortalamaları ( $3,9 \pm 0,6$ ) eşit olarak bulunmuştur. Normatif mesleki bağlılık ortalaması ise evli araştırma görevlilerinde  $3,3 \pm 0,9$  olarak bekar araştırma görevlilerinde ise  $3,4 \pm 0,8$  olarak bulunmuştur. Kariyer bağlılığı ise evli araştırma görevlilerinde  $2,9 \pm 0,9$ , bekar araştırma görevlilerinde ise  $3 \pm 0,9$  olarak bulunmuştur. Literatüre bakıldığında; Genç (2018) 261 turist rehberi ile yaptığı çalışmada medeni durumu bekar olanların ( $\bar{x} = 3,70$ ) evli olanlara ( $\bar{x} = 3,48$ ) göre kariyer bağlılıklarının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Blau (1985) ve London (1983) de benzer sonuçlarla bekar olan çalışanların evli olanlara göre kariyer bağlılıklarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Ağırbay (2018) 230 öğretmen ile yaptığı

çalışmada; bekar çalışanların duygusal mesleki bağlılık puanları evlilere göre anlamlı derecede yüksek olduğu sonucunu bulmuştur. Aktaş ve Çetin Gürkan (2015) tarafından yapılan çalışmada ise medeni durum statüsü evli olan hemşirelerin mesleki devamlılık bağlılığının ( $X= 3,39$ ) bekar hemşirelerden ( $X= 3,17$ ) daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Araştırmaya katılan araştırma görevlilerinin yaşı ve duygusal mesleki bağlılık, mesleki devamlılık bağlılığı, normatif mesleki bağlılık ve kariyer bağlılığı puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmazken hizmet yılı ile duygusal mesleki bağlılık ( $r=-0,104$ ,  $p=0,029$ ) ve normatif mesleki bağlılık ( $r=-0,125$ ,  $p=0,009$ ) arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Bunun anlamı; araştırma görevlilerinin meslekte geçirdikleri süre arttıkça duygusal mesleki bağlılık ve normatif mesleki bağlılık düzeyleri azalmaktadır. Literatüre bakıldığında; Carson ve Bedeian (1994) yaptıkları çalışmada kariyer bağlılığı ile yaş ve görev süresi arasında pozitif yönlü zayıf ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Cherniss (1991) de farklı sektörlerde çalışan 26 kişiyle yaptığı nitel çalışma sonucunda; kariyer bağlılığı ile yaş arasında pozitif yönlü ilişki tespit etmiştir. Colarelli ve Bishop (1990) tam zamanlı çalışan 341 personel ile yaptığı çalışmada; kariyer bağlılığı ile yaş arasında pozitif yönlü ilişki tespit ederken hizmet süresi ile kariyer bağlılığı arasında anlamlı ilişki bulamamışlardır. Blau (1985) kariyer bağlılığı ölçeğini geliştirdiği çalışmasında iki grup halinde önce 221 sonra 228 hemşire ile çalışmıştır. Araştırma sonuçlarına göre; daha uzun süre çalışan çalışanların daha yüksek kariyer bağlılığı gösterdiği bulunmuştur. Ölçeğin orijinal çalışması olan Meyer ve arkadaşları (1993) tarafından 603 hemşire ile yapılan çalışmada; yaş ve meslekte geçirilen yıllar ile normatif mesleki bağlılık ve duygusal mesleki bağlılık arasında pozitif yönlü ilişki tespit etmişlerdir. Mesleki devamlılık bağlılığı ile yaş arasında negatif ancak meslekte geçirilen yıllar ile pozitif ilişki tespit edilmiştir. Aynı çalışmada Meyer ve arkadaşları (1993) ikinci örneklem grubu olarak 366 hemşirelik öğrencisi üzerinde araştırma yapmışlardır ve mesleki bağlılığın alt boyutlarından duygusal mesleki bağlılık ile yaş arasında negatif yönlü, mesleki devamlılık bağlılığı ile yaş arasında ise pozitif yönlü ilişki tespit edilmiştir. Meslekte geçirilen süre ile normatif mesleki bağlılık arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir. Bu olgu meslekte geçirilen süre arttıkça meslekten ayrılmanın getireceği maliyetlerin algılanması artmakta ancak meslekte kalma istekleri azalmaktadır şeklinde yorumlanmıştır.

Mesleki devamlılık bağıllığı, normatif mesleki bağıllık ve kariyer bağıllığı çalışılan bölümlere göre farklılık göstermemektedir. Duygusal mesleki bağıllık ise temel tıp bilimlerinde 4 (1,2- 5), dahili tıp bilimleri ve cerrahi tıp bilimlerinde 3,7 (1- 5) olarak bulunmuştur. Temel tıp bilimlerinde görev yapan araştırma görevlilerinin duygusal mesleki bağıllıkları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Akademik kariyer yapmayı düşünen araştırma görevlilerinin duygusal mesleki bağıllık ve kariyer bağıllıkları akademik kariyer yapma fikri olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Akademik kariyer yapmayı düşünmeyen araştırma görevlilerinin duygusal mesleki bağıllıkları  $3,5 \pm 0,8$  olarak bulunurken düşünenlerin  $3,8 \pm 0,7$  ve kararsız olanların  $3,7 \pm 0,6$  olarak bulunmuştur. Kariyer bağıllığı ise akademik kariyer yapmayı düşünmeyenlerde  $2,6 \pm 0,8$ , düşünenlerde  $3,2 \pm 0,9$  ve kararsız olanlarda  $2,9 \pm 0,8$  olarak bulunmuştur. Akademik kariyer yapmayı düşünenlerin kariyer bağıllığı puan ortalamaları da kararsız olanlara göre anlamlı derecede yüksektir. Mesleki devamlılık bağıllığı ve normatif mesleki bağıllık düzeyleri açısından akademik kariyer yapmayı düşünen, düşünmeyen ve kararsız olanlar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Akademik kariyer yapmayı düşünen araştırma görevlilerinin mesleki devamlılık bağıllığı puan ortalaması  $3,9 \pm 0,6$ , düşünmeyenlerin  $3,8 \pm 0,7$  ve kararsız olanların ise  $3,9 \pm 0,6$  olarak bulunmuştur. Akademik kariyer yapmayı düşünen araştırma görevlilerinin normatif mesleki bağıllık puan ortalaması  $3,5 \pm 0,9$ , düşünmeyenlerin  $3,3 \pm 0,9$  ve kararsız olanların ise  $3,3 \pm 0,8$  olarak bulunmuştur.

Nöbet tutan ve tutmayan araştırma görevlilerinin duygusal mesleki bağıllık, mesleki devamlılık bağıllığı ve kariyer bağıllıkları arasında anlamlı farklılık bulunmazken nöbet tutan araştırma görevlilerinin normatif mesleki bağıllık puan ortalamaları ( $3,4 \pm 0,8$ ) tutmayanlara göre ( $3,1 \pm 0,9$ ) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Hastaları tedavi ederken fiziksel temas kuran ve kurmayan araştırma görevlilerinin duygusal mesleki bağıllık, mesleki devamlılık bağıllığı ve normatif mesleki bağıllıkları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Kariyer bağıllığı ile hastalarla fiziksel kurma durumu arasında ise negatif yönlü anlamlı ilişki ( $t=-2,955$ ,  $p=0,003$ ) bulunmuştur. Hastalarla fiziksel temas kuran araştırma görevlilerinin kariyer bağıllığı puan ortalamaları  $2,9 \pm 0,9$  olarak bulunurken kurmayanların kariyer bağıllığı puan ortalaması  $3,3 \pm 0,8$  olarak bulunmuştur.

Genellikle çalışılan hasta grubunun cinsiyeti ile duygusal mesleki bağlılık ( $p=0,069$ ), mesleki devamlılık bağlılığı ( $p=0,467$ ), normatif mesleki bağlılık ( $p=0,057$ ) ve kariyer bağlılığı ( $p=0,607$ ) arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

İşyerinde fiziksel şiddet görme endişesi yaşayanlar, yaşamayanlar ve kısmen yaşayanlar arasında duygusal mesleki bağlılık ve normatif mesleki bağlılık açısından fark bulunmamıştır. Ancak fiziksel şiddet görme endişesi yaşayanların mesleki devamlılık bağlılığı puan ortalamaları  $4 \pm 0,7$  ve fiziksel şiddet endişesi yaşamayanların ise  $3,7 \pm 0,7$  olmak üzere anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kariyer bağlılığı ise fiziksel şiddete maruz kalma endişesi yaşayanlarda ( $2,8 \pm 0,9$ ) yaşamayanlara ( $3,1 \pm 0,9$ ) göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

Şiddet bildiriyle ilgili prosedürlerin varlığı, şiddet prosedürünün nasıl kullanıldığını bilme ve şiddet bildiriyle ilgili destek görme durumları ile duygusal mesleki bağlılık, mesleki devamlılık bağlılığı, normatif mesleki bağlılık ve kariyer bağlılığı arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

İşyerinde fiziksel şiddete maruz kalan ve kalmayan araştırma görevlilerinin duygusal mesleki bağlılıkları, mesleki devamlılık bağlılıkları ve normatif mesleki bağlılıkları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. İşyerinde maruz kalınan fiziksel şiddetin mesleki bağlılığın alt boyutlarına etkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Fiziksel şiddete maruz kalan araştırma görevlilerinin duygusal mesleki bağlılık puan ortalaması  $3,6 \pm 0,8$ , maruz kalmayanların  $3,7 \pm 0,7$  olarak bulunmuştur. Fiziksel şiddete maruz kalan araştırma görevlilerinin mesleki devamlılık bağlılığı puan ortalaması  $4 \pm 0,7$ , kalmayanların  $3,9 \pm 0,7$  olarak bulunmuştur. Fiziksel şiddete maruz kalan araştırma görevlilerinin normatif mesleki bağlılık puan ortalaması  $3,5 \pm 0,9$ , kalmayanların  $3,3 \pm 0,9$  olarak bulunmuştur.

İşyerinde fiziksel şiddete maruz kalan ve kalmayan araştırma görevlilerinin kariyer bağlılıkları arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ( $t=-1,971$ ,  $p=0,049$ ). Fiziksel şiddete maruz kalan araştırma görevlilerinin kariyer bağlılığı puan ortalaması  $2,7 \pm 0,9$ , fiziksel şiddete maruz kalmayanların  $3 \pm 0,9$  olarak bulunmuştur. Fiziksel şiddete maruz kalan araştırma görevlilerinin kariyer bağlılığı puan ortalaması anlamlı derecede düşüktür.

Fiziksel şiddete 1 kere maruz kalma ile 1'den fazla maruz kalma arasında duygusal mesleki bağlılık ( $U=82,5$ ;  $p=0,160$ ), mesleki devamlılık bağlılığı ( $t=-0,152$ ;

p=0,880), normatif mesleki bağıllık (t=1,474, p=0,147) ve kariyer bağıllıkları (t=-0,149; p=0,882) arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

İşyerinde fiziksel şiddetin engellenebilir olduğunu düşünen ve düşünmeyen araştırma görevlileri arasında normatif mesleki bağıllık (t=-1,349, p=0,184) ve kariyer bağıllıkları (U=255,5, p=0,382) arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir. Ancak fiziksel şiddetin engellenebilir olduğunu düşünen araştırma görevlilerinin duygusal mesleki bağıllık puan ortalamaları  $3,4 \pm 1$ , düşünmeyenlerin  $3,9 \pm 0,4$  olarak bulunmuştur. İşyerinde fiziksel şiddetin engellenebilir olduğunu düşünme durumuna ile duygusal mesleki bağıllık arasında negatif yönlü ilişki bulunmuştur (t=-2,103; p=0,041). Benzer şekilde fiziksel şiddetin engellenebilir olduğunu düşünen araştırma görevlilerinin mesleki devamlılık bağıllığı puan ortalamaları  $3,9 \pm 0,8$ , düşünmeyenlerin  $4,2 \pm 0,4$  olarak bulunmuştur. Fiziksel şiddetin engellenebilir olduğunu düşünme durumu ile mesleki devamlılık bağıllığı arasında negatif yönlü ilişki bulunmuştur (t=-2,070; p=0,044).

Fiziksel şiddet olayı sonrası yaralanan araştırma görevlilerinin duygusal mesleki bağıllık (U=171,0; p=0,001), mesleki devamlılık bağıllığı (t=-2,341; p=0,024) ve normatif mesleki bağıllık (t=-2,620; p=0,012) puan ortalamaları anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Fiziksel şiddet sonrası yaralanan bireylerin duygusal mesleki bağıllık puan ortalamaları 2,3 (1,7- 3) olarak bulunurken yaralanmayanların 3,8 (1 - 4,8) olarak bulunmuştur. Fiziksel şiddet olayı sonrası yaralanan araştırma görevlilerinin mesleki devamlılık bağıllığı puan ortalamaları  $3,3 \pm 1,1$  olarak bulunurken yaralanmayanların  $4,1 \pm 0,6$  olarak bulunmuştur. Fiziksel şiddet olayı sonrası yaralanan araştırma görevlilerinin normatif mesleki bağıllık puan ortalamaları  $2,6 \pm 1,4$  olarak bulunurken yaralanmayanların  $3,7 \pm 0,7$  olarak bulunmuştur. Fiziksel şiddet olayı sonrası yaralanan ve yaralanmayan araştırma görevlilerinin kariyer bağıllıkları arasında ise anlamlı ilişki bulunmamıştır (U=128,0; p=0,178).

Son 12 ay içerisinde fiziksel şiddete tanık olma durumu ile duygusal mesleki bağıllık (F=1,738; p=0,141), mesleki devamlılık bağıllığı (F=1,859; p=0,117) ve kariyer bağıllığı (F=1,651; p=0,160) arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Son 12 ay içerisinde fiziksel şiddete 1 kere ya da 2-4 kere tanık olanların normatif mesleki bağıllık puan ortalamaları ise hiç tanık olmayan, 5-10 kere tanık olan ve ayda birkaç kere tanık olanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (F=3,759; p=0,009).

İşyerinde tanık olunan fiziksel şiddeti rapor eden ve etmeyen araştırma görevlilerinin duygusal mesleki bağlılıkları ( $t=-0,812$ ;  $p=0,417$ ), mesleki devamlılık bağlılıkları ( $t=-1,356$ ;  $p=0,176$ ), normatif mesleki bağlılıkları ( $t=-0,593$ ,  $p=0,553$ ) ve kariyer bağlılıkları ( $t=-0,900$ ;  $p=0,368$ ) arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Yapılan korelasyon analizi sonucu; mesleki bağlılığın alt boyutlarından duygusal mesleki bağlılık ile mesleki devamlılık bağlılığı arasında ilişki bulunmamıştır ( $r=0,069$ ;  $p=0,149$ ). Duygusal mesleki bağlılık ile normatif mesleki bağlılık arasında pozitif yönlü zayıf düzey anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0,358$ ;  $p<0,001$ ). Mesleki devamlılık bağlılığı ile normatif mesleki bağlılık arasında pozitif yönlü zayıf düzey anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0,274$ ;  $p<0,001$ ). Genel literatüre bakıldığında; Aktaş ve Çetin Gürkan (2015) ise kamu ve özel hastanelerde çalışan 464 hemşire ile yaptığı çalışmada; duygusal mesleki bağlılık ile normatif mesleki bağlılık arasında ( $r= 0,281$ ) ve mesleki devamlılık bağlılığı ile normatif mesleki bağlılık arasında ( $r= 0,362$ ) pozitif yönlü zayıf ilişki tespit etmişlerdir. Chang ve arkadaşları (2007) tarafından Tayvan'da 30 farklı hastanede görev yapmakta olan 177 hemşire ile yapılan çalışmada; duygusal mesleki bağlılık, mesleki devamlılık bağlılığı ve normatif mesleki bağlılık arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon tespit edilmiştir. Tak ve Çiftçioğlu (2009) üniversite hastanesinde çalışan 425 hemşire ile yaptıkları çalışmada; normatif mesleki bağlılık ile duygusal mesleki bağlılık arasında ( $r= 0,42$ ) ve mesleki devamlılık bağlılığı ile normatif mesleki bağlılık arasında ( $r= 0,29$ ) anlamlı ilişki tespit etmişlerdir. Bu bulgu Irving ve arkadaşları (1997) tarafından yapılan çalışma ile de benzerlik göstermektedir. Ancak ölçeğin orijinal çalışması olan Meyer ve arkadaşları (1993), Chang ve arkadaşları (2007) ve Snape ve Redman (2003) tarafından yapılan çalışmalarda duygusal mesleki bağlılık boyutu ve mesleki devamlılık bağlılığı boyutu arasında da ilişki bulunmuştur.

Mesleki bağlılık ölçeğinin alt boyutları olan duygusal mesleki bağlılık ile kariyer bağlılığı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ( $r=0,543$ ;  $p<0,001$ ). Mesleki devamlılık bağlılığı ile kariyer bağlılığı arasında negatif yönlü zayıf düzey anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=-0,169$ ;  $p<0,001$ ). Normatif mesleki bağlılık ile kariyer bağlılığı arasında pozitif yönlü zayıf düzey anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0,219$ ;  $p<0,001$ ). Özdevecioğlu ve Aktaş (2007) tarafından yapılan çalışmada kariyer bağlılığı ve mesleki bağlılık arasında pozitif yönlü ilişki olduğu bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İşyerlerinde yaşanan fiziksel şiddet, psikolojik baskı, mobbing gibi olumsuz durumlar küresel ölçekte bakıldığında artış göstermektedir. Özellikle sağlık sektörü çalışanları diğer hizmet sektörleri ve meslek gruplarına göre daha fazla risk altındadırlar. Son yıllarda yapılan çalışmalar incelendiğinde, sağlık sektöründe şiddet sorununun yerel özelliklere göre farklılık gösterse de evrensel olduğunu ve ayrıca kadın ve erkek çalışanların aynı oranda risk altında olduğunu göstermiştir.

Araştırma görevlilerinin uzmanlık eğitimleri boyunca yoğun çalışma temposu, fazla iş yükü, hekimin kimliğine duyulan saygının geçmişe göre azalması, ücret yetersizliği, sağlık kurumunun fiziki yetersizliği, yetersiz yardımcı personel, personel eksikliği sebebiyle bazı işlerin de araştırma görevlilerine kalması, nöbet sayılarının çokluğu, araştırma görevlisi sayısının azlığından dolayı nöbette tek kişi kalma zorunluluğu ve nöbet sonrası iznini kullanamama gibi birçok sorunla karşılaşmaktadırlar. Araştırma boyunca araştırma görevlileri ile yapılan görüşmelerde meslekle ilgili dile getirilen şikayetlerin çoğu iş yükü ve nöbetlerle ilgili olmuştur. Bazı bölümlerde araştırma görevlisi eksikliğinden dolayı kırk sekiz saat aralıksız nöbet tutma şeklinde çalışma düzeni bulunmaktadır. Böyle bir sistem içinde çalışırken insanlara yardımcı olmaya çalışan araştırma görevlisi hekimlerin hastalar tarafından şiddete maruz kalmaları kabul edilebilir durum değildir.

Araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

- Fiziksel şiddete maruz kalan araştırma görevlileri, büyük oranda hasta yakını tarafından şiddete maruz kalmıştır.
- Şiddet olayları en çok acilde gerçekleşmiştir.
- Fiziksel şiddete maruz kalan araştırma görevlilerinin büyük çoğunluğu kendini fiziksel olarak savunmaya çalıştıklarını belirtmişlerdir.
- Şiddet olayı sonrası araştırma görevlilerinin çok küçük kısmı yaralanmış ve işten izin almıştır.
- Şiddet olayı sonrası saldırganların bir kısmı için işlem yapılmamış bir kısma dava açılmıştır.
- Araştırma görevlilerinin büyük çoğunluğu bu durumu rapor etmenin işe yaramayacağı görüşünde olduklarını ve rapor etmediklerini belirtmiştir. Rapor

eden araştırma görevlileri ise hiçbir baskı ya da cezalandırma yaşamadıklarını belirtmişlerdir.

- Araştırmaya katılan araştırma görevlilerinin genel mesleki bağlılık düzeyi ve mesleki bağlılığın alt boyutları olan duygusal mesleki bağlılık, mesleki devamlılık bağlılığı ve normatif bağlılık düzeyleri 5'li likert ölçeğine göre yüksek bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan araştırma görevlilerinin kariyer bağlılığı düzeyleri 5'li likert ölçeğine göre orta düzeyde bulunmuştur.
- Kadınlar ve erkeklerin duygusal mesleki bağlılık düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.
- Evli ve bekar araştırma görevlilerinin duygusal mesleki bağlılık ve mesleki devamlılık düzeyleri yaklaşık olarak eşit bulunurken bekar araştırma görevlilerinin normatif mesleki bağlılık ve kariyer bağlılığı düzeyleri daha yüksek olarak bulunmuştur.
- Araştırma görevlilerinin çalıştığı hizmet süresi arttıkça duygusal mesleki bağlılık ve normatif mesleki bağlılık düzeyleri azalmaktadır.
- Temel tıp bilimlerinde çalışan araştırma görevlilerinin duygusal mesleki bağlılıkları daha yüksektedir.
- Akademik kariyer yapmayı düşünmeyen araştırma görevlilerinin duygusal mesleki bağlılık ve kariyer bağlılığı düzeyleri en düşük seviyededir.
- Tedavi sırasında hastalarla fiziksel temas kurmayan araştırma görevlilerinin kariyer bağlılığı düzeyleri daha yüksektir.
- İşyerinde fiziksel şiddet görme endişesi yaşayan araştırma görevlilerinin mesleki devamlılık bağlılığı düzeyleri daha yüksek ancak kariyer bağlılığı düzeyleri daha düşüktür.
- Fiziksel şiddete maruz kalma endişesi yaşayan araştırma görevlilerinin kariyer bağlılığı düzeyleri fiziksel şiddet görme endişesi yaşamayan araştırma görevlilerine göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur.
- Fiziksel şiddete maruz kalan araştırma görevlilerinin kariyer bağlılığı düzeyleri anlamlı derecede düşüktür.
- Fiziksel şiddet olayı sonrası yaralanan araştırma görevlilerinin mesleki bağlılığın bütün alt boyutlarında bağlılık düzeyleri düşüktür.



Araştırma kapsamında elde edilen sonuçlar göz önüne alındığında sağlık kurumlarında yaşanan fiziksel şiddetin azaltılması için alınması gereken önlemler aşağıda sıralanmıştır.

- Özellikle şiddet riski yüksek birimlerde çalışan sağlık personeline şiddetin önüne geçebilmek amacıyla kriz yönetimi ve hasta yakını- sağlık personeli iletişimi konusunda eğitimler verilebilir.
- Şiddet sorunu olan yerleri, iş aktivitelerini belirlemek ve önüne geçebilmek için şiddet olayının rapor edilmesi önerilir. Yöneticiler şiddeti rapor etme konusunda çalışanlara gerekli eğitimi vermeli ve herhangi bir korku duymadan şiddeti rapor etmesi için çalışan desteklenebilir.
- İş yerinde güvenlik önlemlerinin iyileştirilmesi için gösterge olarak rapor edilen şiddet olaylarının periyodik olarak gözden geçirilmesi önerilir.
- Basında yer alan sağlıkta şiddet haberlerinin verilirken hekimlerin itibarını zedeleyecek haberlerden kaçınılabilir.
- Sivil toplum örgütleri, sendikalar, birlikler gibi kuruluşlar tarafından sağlıkta şiddetin sonuçlarına yönelik toplumda farkındalık sağlanabilir.
- Bireylerin şiddet uyguladıktan sonra hiçbir ceza almayacağı düşüncesinin yıkılması için gerekli hukuksal düzenlemelerin basın aracılığı ile duyurulması önerilir.
- Personelin şiddet bildiriyle ilgili prosedürleri bilmesi için hastane içinde panolar hazırlanabilir.
- Sağlıkta şiddet ile ilgili kamu spotları hazırlanabilir. Şiddetin sonuçları ile ilgili metro, tramvay, otobüs gibi yerlere afişler asılabilir.
- Beyaz kod çağrı numarası hastane içinde her bölümde asılabilir.
- Hasta sorumlulukları ile ilgili panolar hazırlanabilir, hasta ve hasta yakınları broşürler dağıtılabilir.

Sağlık personelinin mesleki ve kariyer bağlılıklarının artırılması için öneriler aşağıda verilmiştir.

- Yeterli sayıda sağlık personeli istihdamının sağlanması uzun bekleme süreleri ve kaynak kıtlığından doğan şiddet olaylarının azalmasını sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca hekimlerin üzerlerindeki iş yüklerinin azaltılması

sağlayacağı için personelin mesleki bağlılıkları ve kariyer bağlılıkları açısından olumlu etkiler sağlayabilir.

- Mesleki bağlılık için sağlık çalışanlarına yönelik etkinlikler yapılabilir.
- Sağlık personeline kariyer bağlılığı ile ilgili kongrelere gitmeleri için maddi destek sağlanabilir.
- Mesleki bağlılık ve kariyer bağlılığı bireyin performansı, üretkenliği ve verimliliği açısından büyük öneme sahiptir. Sağlık kurumlarında bu durum göz önünde bulundurularak personelin bağlılığını güçlendirmeye yönelik çalışmalar yapılabilir.
- Her kurumda mesleki bağlılığı ya da kariyer bağlılığı düşük olan çalışanlar mevcuttur. Üstlere bu kişileri belirlemek ve motive etmeye yönelik rehberlik yapmaları önerilir. Bu durum diğer personel için de teşvik edici olacaktır.
- Duygusal mesleki bağlılık, bazen uykusuz ve yorgun halde bile çalışmayı gerektiren sağlık sektörü için çok önemlidir. Olması en çok istenen mesleki bağlılık türü duygusal mesleki bağlılık iken çalışanların mesleki devamlılık bağlılıklarının yüksek çıkması bağlılığın daha çok maddiyatla ilgili durum olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla sağlık kurumlarının personelin daha çok duygusal mesleki bağlılıklarını arttıracak şekilde önlemler alması önerilir.
- Mesleki bağlılık ya da duygusal bağlılığın düşük olması meslekten ayrılmayı tetiklemektedir. Mevcut durumda zaten yetmediği düşünülen sağlık personelinin sayısının daha azalması sağlık hizmetleri sunumunda büyük sorun oluşturacağı için bağlılıklarının artması adına teşvik edici fikirler üretilebilir.
- Türk literatüründe sağlık sektöründe mesleki bağlılık ve kariyer bağlılığı konuları ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır. Sağlık personelinin bağlılıklarının nelerden etkilendiği ve nasıl arttırılacağıyla ilgili daha çok çalışma yapılması tüm sağlık hizmetleri açısından olumlu sonuçlar doğurabilir.
- Araştırma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde görev yapmakta olan araştırma görevlilerini içermektedir. Araştırma, Türkiye çapında başka üniversite, özel ve devlet hastanelerinde çalışan araştırma görevlileri ve diğer sağlık personeli ile de yapılabilir.
- Aynı değişkenler ve aynı örneklem grubu ile bir yıl sonra tekrar ölçüm yapılarak araştırma sonucuna ilişkin değişim tespit edilebilir.

## KAYNAKLAR

- Açıl İ. Mobbingin hemşirelerde mesleki bağlılığa etkisi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep, Yüksek Lisans Tezi, 2017; 28-40.
- Ağırbay F. Özel okul öğretmenlerinin örgütsel ve meslekî bağlılıkları ile işten ayrılma niyetleri arasındaki ilişki. İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2018; 40-96.
- Akbolat M, Kahraman G, Öztürk T. Sağlık çalışanlarının iş yaşamında karşılaştıkları iş-aile çatışması örgütsel bağlılıklarını etkiler mi?: Sakarya ili örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2016; 19(2): 153-169.
- Akca N, Yılmaz A, Işık O. Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet: Özel bir tıp merkezi örneği. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2014; 13(1): 1-11.
- Aktaş H, Çetin Gürkan G. İş-aile ve aile-iş çatışması ile bireysel performans etkileşiminde mesleki bağlılığın aracı rolü: Hemşireler üzerinde bir araştırma. Doğu Üniversitesi Dergisi, 2015; 16(2): 139-154.
- Akyüz İ, Yurduseven NO. Sağlık çalışanlarının örgütsel sinizm düzeylerinin incelenmesi. Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi, 2016; 16:61-76.
- Altınok R. Pamukkale Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan asistan hekimlerin şiddete maruziyet sıklığı ve ilişkili etmenler. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Denizli, Uzmanlık Tezi, 2018, 40-62.
- Aranya N, Ferris KR. A reexamination of accountants' organizational- professional conflict. The Accounting Review, 1984; 69(1): 1-15.
- Arnetz JE, Arnetz BB. Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. Social Science and Medicine, 2001; 52: 417-427.
- Arslan ET. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi akademik personelinin genel ve örgütsel sinizm düzeyi. Doğu Üniversitesi Dergisi, 2012; 13(1): 12-27.
- Arthur MB, Hall DT, Lawrance BS. Generating new directions in career theory: the case for a transdisciplinary approach. Handbook of Career Theory, 1989: 7-25.
- Avcı Balcı S. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışanların tükenmişlik seviyeleri ile maruz kaldıkları şiddet arasındaki ilişkinin tespitine yönelik bir araştırma. Beykent Üniversitesi, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 27-36.
- Ay FA, Filizöz B, Öncül MS. Kariyer yönetimi uygulamalarının iş tatminine etkisi: Kamu ve özel sağlık çalışanlarına yönelik bir araştırma. Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, 2014; 16(2): 45-61.
- Ayan S. Şiddet ve fanatizm. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2006; 7(2): 191-207.

- Ayrancı Ü, Yenilmez C, Balcı Y, Kaptanoğlu C. Identification of violence in Turkish health care settings. *Journal of Interpersonal Violence*, 2006; 21(2): 276-296.
- Aytekin İ. Kariyer sermayesinin akademisyenlerin kariyer başarısına etkisi: Ampirik bir araştırma. *Gebze Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gebze, Doktora Tezi*, 2016; 32-35.
- Azim MT, Islam MM. Social support, religious endorsement, and career commitment: A study on Saudi nurses. *Behavioral Sciences*, 2018; 8(1): 1-13.
- Babiarczyk B, Turbiarz A, Tomagova M, Zelenikova R, Önler E. Violence against nurses working in the health sector in five European countries- pilot study. *International Journal of Nursing Practice*, 2019; e12744.
- Balak D. Sınırsız kariyer perspektifinde iş-aile çatışması ve kariyer bağlılığının kariyer hareketliliği üzerindeki etkisi: Kayseri ilindeki imalat işletmelerinde bir araştırma. *Nevşehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Nevşehir, Yüksek Lisans Tezi*, 2013; 35-50.
- Basım HN, Erkenekli M. Birey davranışındaki kontrol odağının rol çatışması ve rol belirsizliği algısı ile ilişkisi: Kamu sektöründe bir araştırma. *Amme İdaresi Dergisi*, 2010; 43: 145-165.
- Baysal AC, Paksoy M. Mesleğe ve örgüte bağlılığın çok yönlü incelenmesinde Meyer-Allen modeli. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 1999; 28(1): 7-15.
- Becker HS. Notes on the concept of commitment. *The American Journal of Sociology*, 1960; 66(1): 32-40.
- Beder C. Erzurum ilinde bulunan yataklı tedavi kurumlarında sağlık çalışanlarına yönelik hasta veya yakınları tarafından uygulanan şiddetin araştırılması. *Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erzurum, Uzmanlık Tezi*, 2009; 3-15.
- Benligiray S, Sönmez H. Hemşirelerin mesleki bağlılıkları ile diğer bağlılık formları arasındaki ilişki: Örgüte bağlılık, işe bağlılık ve aileye bağlılık. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2011; 18(1): 28-40.
- Bimenyimana E, Poggenpoel M, Myburgh C, van Niekerk V. The lived experience by psychiatric nurses of aggression and violence from patients in a Gauteng psychiatric institution. *Curations*, 2009; 32(3): 4-13.
- Blau GJ. The measurement and prediction of career commitment. *Journal of Occupational Psychology*, 1985; 58: 277-288.
- Blau GJ. Testing the generalizability of a career commitment measure and its impact on employee turnover. *Journal of Vocational Behavior*, 1989; 35: 88-103.
- Blau GJ. Testing for a four-dimensional structure of occupational commitment. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 2003; 76: 469-488.

- Blau GJ. On assessing the construct validity of two multidimensional constructs occupational commitment and occupational entrenchment. *Human Resource Management Review*, 2001; 11: 279-298.
- Blau GJ. Can a four-dimensional model of occupational commitment help to explain intent to leave one's occupation?. *Career Development International*, 2009; 14(2): 116-132.
- Blau GJ, Lunz M. Testing the incremental effect of professional commitment on intent to leave one's profession beyond the effects of external, personal, and work-related variables. *Journal of Vocational Behavior*, 1998; 52: 260-269.
- Bozkurt Sakallı A. Sağlık kurumlarında çalışanların iletişim ve toplam kalite yönetim algıları ile şiddete maruz kalma ilişkisinin belirlenmesi: Bir alan çalışması. *Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara, 2017; 46-57.
- Bulut Ö. Sınırsız ve değişken kariyer yönelimlerinin kariyer bağlılığı ile ilişkisi: Bir araştırma. *İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2019; 24-33.
- Bureau of Labor Statistics. Survey of workplace violence prevention, 2005. 2006.
- Bureau of Labor Statistics. Nonfatal occupational injuries and illnesses requiring days away from work, 2015. 2016.
- Butchart A, Mikton C. Global status report on violence prevention 2014. Technical Report. World Health Organization, 2014.
- Carson KD, Bedeian AG. Career commitment: Construction of a measure and examination of its psychometric properties. *Journal of Vocational Behavior*, 1994; 44: 237-262.
- Carson KD, Carson PP, Bedeian AG. Development and construct validation of a career entrenchment measure. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 1995; 68: 301-320.
- Cerit K, Türkmen Keskin S, Erdem R. Hemşirelerin işyerinde şiddete maruz kalma durumlarının ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2018; 31: 231-242.
- Chang HT, Chi NW, Chiao MC. Testing the relationship between three-component organizational/occupational commitment and organizational/occupational turnover intention using a non-recursive model. *Journal of Vocational Behavior*, 2007; 70: 352-368.
- Chappel D, Di Martino V. Violence at work, third edition. International Labour Office, Geneva, 2006.

- Chen CC, Lee MS, Wu PJ, Lin XH. Antecedent and outcome of employees' occupational commitment. 2010 IEEE International Conference on Management of Innovation & Technology, 2010; 574-578.
- Chen DR, Myrtle R, Liu C, Fahey D. Job and career influences on the career commitment of health care executives. The mediating effect of job satisfaction. *Journal of Health Organization and Management*, 2011; 25(6): 693-710.
- Cherniss C. Career commitment in human service professionals: A biographical study. *Human Relations*, 1991; 44(5): 419-437.
- Chunming WM, Harrison R, MacIntyre R, Travaglia J, Balasooriya C. Burnout in medical students: A systematic review of experiences in Chinese medical schools. *BMC Medical Education* 2017; 17(217): 1-11.
- Cleary M, Horsfall J, Hayter M. Data collection and sampling in qualitative research: Does size matter? *Journal of Advanced Nursing*, 2014; 30(4), 473-475.
- Colarelli SM, Bishop RC. Career commitment: Functions, correlates, and management. *Group & Organization Studies*, 1990; 15(2): 158-176.
- Cooper CL, Swanson N. Workplace violence in the health sector, state of the art. Geneva, 2002.
- Coşkun Us N, Erdem R. Şiddet ve sağlık. 10. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Ankara, Sözlü Bildiri, 2016; 16-30.
- Çakmak Otluoğlu Ö. Kariyer bağlılığının kariyer başarısı üzerindeki etkisinin incelenmesi üzerine bir araştırma. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 2014; 23: 350-363.
- Çalık C. Eğitim örgütlerinde mesleki bağlılık, örgütsel bağlılık ve tükenmişlik arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yıldız Teknik Üniversitesi ve İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2019; 1-16.
- Çamcı O. Sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 30-51.
- Çatel M. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusunun bir üniversite hastanesi ölçeğinde incelenmesi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2015; 76-97.
- Çetinkaya A, Özmen D, Bayık Temel A. Hemşirelikte mesleğe bağlılık ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2015; 8(2): 54-60.
- Çuvadar A. Edirne merkez ilçede yataklı tedavi kurumlarında çalışan hekim ve hemşirelere yönelik şiddetin boyutu ve nedenleri. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 12-19.

- Dağ E. hasta ve yakınlarını şiddete yönelten sebeplerin araştırılması: Burdur ili örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta, Yüksek Lisans Tezi, 2017; 12-14.
- Dal A. Hemşirelerde psikolojik şiddet ve verilen tepkiler üzerine bir araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Isparta, Yüksek Lisans Tezi, 2018; 5-10.
- Davenport NZ, Schwartz RD, Elliott GP. Mobbing: Emotional abuse in the American workplace. 1st Ed., Amerika, Civil Society Publishing. 1999; 34-57.
- DeClerk T. Violence against nurses. Walden Üniversitesi, Minnesota, Doktora Tezi, 2017, 10-15.
- Demirci A. Özel güvenlik görevlilerinde mesleki bağlılık: kariyer değerlerinin ve iş doyumlarının rolü. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, Yüksek Lisans Tezi, 2018; 9-19.
- Demirci B. Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile iş doyumlarının mesleki bağlılıkları üzerine etkisi. Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2018; 4-18.
- Demirci Ş. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2018; 12-27.
- Derin N, Şimşek İlkim N, Yayan H. Hemşirelerde mesleki bağlılığın mesleki prestijle açıklanması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2017; 4(3): 24-38.
- Di Martino V. Workplace violence in the health sector, Country case studies. Synthesis report, 2002.
- Dikmetaş E, Top M, Ergin G. Asistan Hekimlerin Tükenmişlik ve Mobbing Düzeylerinin İncelenmesi. Türk Psikiyatri Dergisi, 2011; 22(3):137-149.
- Dormann C, Zapf D. Job satisfaction: a meta-analysis of stabilities. Journal of Organizational Behavior, 2001; 22: 483-504.
- Duğan Ö. Sağlıkta şiddet haberlerinin basına yansımaları. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, Doktora Tezi, 2015; 20-30.
- Düzgün Koca B. Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde kuruma ve mesleğe ilişkin bağlılıkları ile suçluluk ve utanç duygularının belirlenmesi. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa, Yüksek Lisans Tezi, 2015; 4-6.
- Ellemers N, Gilder D, Heuvel H. Career-oriented versus team-oriented commitment and behavior at work. Journal of Applied Psychology, 1998; 83(5): 717-730.
- Erbil N, Bakır A. Meslekte profesyonel tutum envanterinin geliştirilmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2009; 6(1): 290-302.

- Erçek MK. Ortaöğretim okullarında görev yapan öğretmenlerin okul güvenliğine ilişkin algılarının örgütsel güven ve mesleki bağlılıkları üzerindeki etkisi (Diyarbakır ili örneği). Dicle Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Diyarbakır, Doktora Tezi, 2018; 36-40.
- Erickson L, Williams- Evans SA. Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. *Journal of Emergency Nursing*, 2000; 26(3): 210-215.
- Erten R. Edirne il merkezinde sağlık kuruluşlarında doktorlara yönelik şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne, Uzmanlık Tezi, 2016; 8-12.
- Fanti KA, Vanman E, Henrich CC, Avraamides MN. Desensitization to media violence over a short period of time. *Aggressive Behavior*, 2009; 35: 179-187.
- Farrel GA, Shafiei T, Chan SP. Patient and visitor assault on nurses and midwives: An exploratory study of employer 'protective' factors. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2014; 23: 88-96.
- Flannery RB, Walker AP. Safety skills of mental health workers: empirical evidence of a risk management strategy. *Psychiatric Quarterly*, 2003; 74(1): 1-10.
- Flannery RB, Marks L, Laudani L, Walker AP. Psychiatric patient assault and staff victim gender: Fifteen-year analysis of the Assaulted Staff Action Program (ASAP). *Psychiatr Q*, 2007; 78: 83-90.
- Friis K, Phil-Thingvad J, Larsen FB, Christiansen J, Lasgaard M. Long-term adverse health outcomes of physical workplace violence: A 7-year population-based follow-up study. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 2018; 28(1): 101-109.
- Gabua S. Patient/visitor violence towards nursing. Walden University, Minnesota, Uzmanlık Tezi, 2014; 5-16.
- Gardner DL. Career commitment in nursing. *Journal of Professional Nursing*, 1992; 8(3): 155-160.
- Gates DM, Gillespie GL, Succop P. Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nursing Economic*, 2011; 29(12): 59-66.
- Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HE, Nachreiner NM, Geisser MS, Ryan AD, Mongin SJ, Watt GD. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 2004; 61: 495-503.
- Genç E. Turist rehberlerinin yaşadıkları zorlukların kariyer bağlılığına etkisi. Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Mersin, Yüksek Lisans Tezi, 2018; 39-53.



- Gillespie GL, Bresler S, Gates DM, Succop P. Posttraumatic stress symptomatology among emergency department workers following workplace aggression. *Workplace Health & Safety*, 2013; 61(6): 247-254.
- Gillespie GL, Lemming-Lee TS, Crutcher T, Mattei J. Chart it to stop it. A quality improvement study to increase the reporting of workplace aggression. *Journal of Nursing Care Quality*, 2016; 31(3): 254-261.
- Goulet LR, Singh P. Career commitment: A reexamination and an extension. *Journal of Vocational Behavior*, 2002; 61: 73-91.
- Government Accountability Office. Workplace safety and health, additional efforts needed to help protect health care workers from workplace violence. Report to Congressional Requesters, 2016.
- Grassi L, Biancosino B, Marmai L, Kotrotsiou V, Zanchi P, Peron L, Marangoni C, Vanni A, Barbui C. A 7 year Italian study of persistently assaultive patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2006; 41: 698-703.
- Greenhaus JH. An investigation of the role of career salience in vocational behavior. *Journal of Vocational Behavior*, 1971; 1: 209-216.
- Greenhaus JH. A factorial investigation of career salience. *Journal of Vocational Behavior*, 1973; 3: 95-98.
- Hackett RD, Lapierre LM, Hausdorf PA. Understanding the links between work commitment constructs. *Journal of Vocational Behavior*, 2001; 58: 392-413.
- Hamadeh RR, Al Alaiwat B, Al Ansari A. Assaults and nonpatient-induced injuries among psychiatric nursing staff in Bahrain. *Issues in Mental Health Nursing*, 2003; 24(4): 409-417.
- Hamzaoğlu N, Türk B. Prevalence of physical and verbal violence against health care workers in Turkey. *International Journal of Health Services*, 2019; 0(0): 1-18.
- Hatch-Mailette MA, Scalora MJ. Gender, sexual harassment, workplace violence, and risk assessment: Convergence around psychiatric staff's perceptions of personnel safety. *Aggression and Violent Behavior*, 2002; 7: 271-291.
- Hegney D, Tuckett A, Parker D, Eley RM. Workplace violence: Differences in perceptions of nursing work between those exposed and those not exposed: A cross-sector analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 2010; 16: 188-202.
- Holland SM. Violence experienced by registered nurses working in hospitals: An evaluation study. University of Southern California, Kaliforniya, Doktora Tezi, 2017; 18-27.

- Huffman M. Job involvement, organizational commitment and career commitment of nurse executives in Southwestern Pennsylvania. Duquesne University School of Nursing, Pennsylvania, Yüksek Lisans Tezi, 1990; 35-46.
- International Labour Office. Work-related violence and its integration into existing surveys. 19th International Conference of Labour Statisticians, Geneva, 2-11 October 2013.
- Irving PG, Coleman DF, Cooper CL. Further assessments of a three-component model of occupational commitment: Generalizability and differences across occupations. *Journal of Applied Psychology*, 1997; 82(3): 444-452.
- İbrahimoglu N. Kişilik özellikleri açısından örgüt-kariyer bağlılık düzeyini artırmada sosyalizasyon ve mentor etkisi: Bir örgüt geliştirme modeli. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Doktora Tezi, 2008; 83-90.
- İç İşleri Bakanlığı. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Suçların Araştırılması Konulu Genelge, 2012. <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/62302,icisleri-bakanligin-201222-sayili-saglik-calisanlarina-karsi-islennen-suclarin-sorusturulmasi-genelgesipdf.pdf?0>. Erişim tarihi: 08.11.2019.
- Janocha JA, Smith RT. Workplace Safety and Health in the Health Care and Social Assistance Industry, 2003-07. U.s. Bureau of Labor Statistics, 2010.
- Jepson E, Forrest S. Individual contributory factors in teacher stress: The role of achievement striving and occupational commitment. *British Journal of Educational Psychology*, 2006; 76: 183-197.
- Karaca BK. Samsun ilinde hekimlerin şiddete uğrama sıklığı, uğradıkları şiddetin özellikleri ve şiddet konusundaki düşünceleri. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Samsun, Uzmanlık Tezi, 2014; 6-7.
- Karaca BK, Aydın B, Turla A, Dündar C. Samsun'da hekimlerin meslekleri nedeniyle yaşadıkları şiddetin özellikleri ve şiddeti önlenme stratejileri konusundaki düşünceleri. *Adli Tıp Bülteni*, 2015; 20(2): 76-82.
- Karadağ A. Meslek olarak hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2002; 5(2).
- Kavak A. Sağlık çalışanlarında mobbing ve iş tatmini (Ardahan İli örneği). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2018; 30-34.
- Kaya O. 2014-2015 Şubat-Ağustos dönemleri Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde verilen Beyaz Kod vakalarının incelenmesi ve şiddete maruz kalan sağlık personeline etkisinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Uzmanlık Tezi, 2017, 12-18.

- Kaya ŞD. Psikolojik sermaye ve mesleki bağlılık ilişkisine kariyer planlamasının etkilerinin belirlenmesine yönelik bir model önerisi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, Doktora Tezi, 2012; 49-96.
- Kendir H. Otel işletmelerinde çalışanların kariyer tatmini ve kariyer bağlılığı ilişkisinde öz yeterliliğin rolü. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Nevşehir, Doktora Tezi, 2017; 5-6.
- Kendir H, Özkoç AG. Otel işletmelerinde çalışanların kariyer tatmini ve kariyer bağlılığı ilişkisinde öz yeterliliğin rolü. Journal of Tourism and Gastronomy Studies, 2018; 6(4): 78-112.
- King-Jones M. Career commitment of teaching nurse faculty. State University of New York, New York, Doktora Tezi, 2013; 10-21.
- Klassen RM, Chiu MM. The occupational commitment and intention to quit of practicing and pre-service teachers: Influence of self-efficacy, job stress, and teaching context. Contemporary Educational Psychology, 2011; 36: 114-129.
- Kocacık F. Şiddet olgusu üzerine. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2001; 2(1):1-7.
- Kong H, Cheung C, Song H. Determinants and outcome of career competencies: Perspectives of hotel managers in China. International Journal of Hospitality Management, 2012; 31: 712-719.
- Kong L, Chen X, Shen S, Li G, Gao Q, Zhu N, Lou F, Li P. Professional commitment and attributional style of medical-college nursing students in China: A cross-sectional study. Nurse Education Today, 2016; 40: 154-160.
- Korkmaz F. Meslekleşme ve ülkemizde hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2011; 18(2): 59-67.
- Kowalenko T, Gates D, Gillespie GL, Succop P, Mentzel TK. Prospective study of violence against ED workers. American Journal of Emergency Medicine, 2013; 31: 197-205.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA. World report on violence and health, WHO. Geneva, 2002.
- Kurnaz M. Hemşirelerde mobbing ve iş tatmini ilişkisinin meta analiz yöntemiyle incelenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun, Yüksek Lisans Tezi, 2019; 29-30.
- Kvas A, Seljak J. Unreported workplace violence in nursing. International Nursing Review, 2014; 61: 344-351.
- Lawoko S, Soares JFF, Nolan P. Violence towards psychiatric staff: A comparison of gender, job an environmental characteristic in England and Sweden. Work & Stress, 2004; 18(1): 39-55.

- Lee K, Carswell JJ, Allen NA. A meta-analytic review of occupational commitment: Relations with person- and work-related variables. *Journal of Applied Psychology*, 2000; 85(5): 799-811.
- Lee RT, Seo B, Hladkyj S, Lovell BL, Schwartzmann L. Correlates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis. *Human Resources For Health* 2013; 11(48): 1-19.
- London M. Toward a theory of career motivation. *The Academy of Management Review*, 1983; 8(4): 620-630.
- Lu KY, Lin PL, Wu CM, Hsieh YL. The relationships among turnover intentions, professional commitment, and job satisfaction of hospital nurses. *Journal of Professional Nursing*, 2002; 18(4): 214-219.
- Maheshwari S, Bhat R, Saha S. Commitment among state health officials & its implications for health sector reform: Lessons from Gujarat. *Indian Journal of Medical Research*, 2008; 127: 148-153.
- McCormick CA. A study of the job attitudes (job satisfaction, organizational commitment, and career commitment) and career adaptability of members of the library and information science profession. George Mason University, Fairfax, Yüksek Lisans Tezi, 2000; 53-57.
- McKoy Y, Smith MH. Legal considerations of workplace violence in healthcare environments. *Nursing Forum*, 2001; 36(1): 5-14.
- Medley DB, Morris JE, Stone K, Song J, Delmas T, Thakrar K. An association between occupancy rates in the emergency department and rates of violence toward staff. *The Journal of Emergency Medicine*, 2012; 43(4): 736-744.
- Meyer JP, Allen NJ. A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*; 1991; 1(1): 61-89.
- Meyer JP, Allen NJ, Smith CA. Commitment to organizations and occupations: Extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology*, 1993; 78(4): 538-551.
- Meyer JP, Hersovitch L. Commitment in the workplace toward a general model. *Human Resource Management Review*, 2001; 11: 299-326.
- Morrow PC. Concept redundancy in organizational research: The case of work commitment. *Academy of Management Review*, 1983; 8(3): 486-500.
- Morrow PC, Wirth RE. Work commitment among salaried professionals. *Journal of Vocational Behavior*, 1989; 34: 40-56.
- Myrtle R, Chen DR, Liu C, Fahey D. Influences on the career commitment of health-care managers. *Health Services Management Research*, 2008; 21: 262-275.

- Nachreiner NM, Hansen HE, Okano A, Gerberich SG, Ryan AD, McGovern PM, Church TR, Watt GD. Difference in work-related violence by nurse license type. *Journal of Professional Nursing*, 2007; 23(5): 290-300.
- National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) 2019. Occupational violence. <https://www.cdc.gov/niosh/topics/violence/default.html>, 2019. Erişim tarihi: 30.10.2019.
- Nazish A, Amjad R, Mehboob SAA, Sajid MR. Job& career commitment among employees of banking sector: The mediating effect of job satisfaction& organizational commitment. *International Journal of Business and Management Invention*, 2013; 2(1): 47-54.
- Okurame DE. Linking work-family conflict to career commitment: The moderating effects of gender and mentoring among Nigerian çivil servants. *Journal of Career Development*, 2012; 39(5): 423-442.
- Omar S, Noordin F. Career commitment and intention to leave among ICT professionals in Malaysia. *Proceedings of the 1st AAGBS International Conference on Business Management 2014 (AiCoBM 2014)*. Springer, Singapur, 2016; 309-318.
- OSHA. Preventing Workplace violence: A road map for healthcare facilities. 2015.
- OSHA. Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service workers. 2016.
- Önde M. Bir üniversite hastanesinde temel tehlikelerin belirlenmesi ve iş yeri şiddeti örneği. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aydın, Uzmanlık Tezi*, 2011; 56-69.
- Özdevecioğlu M, Aktaş A. Kariyer bağlılığı, mesleki bağlılık ve örgütsel bağlılığın yaşam tatmini üzerindeki etkisi: iş-aile çatışmasının rolü. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2007; 28: 1-20.
- Özmutlu Onay A. Kariyer bağlılığı, örgütsel bağlılık ve işten ayrılma eğilimi ilişkisi: akademisyenler üzerine bir uygulama. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli, Yüksek Lisans Tezi*, 2016; 11-26.
- Pai FY, Yeh TM, Huang KI. Professional commitment of information technology employees under depression environments. *International Journal of Electronic Business Management*, 2012; 10(1): 17-28.
- Parasuraman S, Nachman SA. Correlates of organizational and professional commitment. *Group & Organization Studies*, 1987; 12(3): 287-303.
- Pehlivan M. Hastanelerde çalışanlara yönelik şiddet ve önlenmesi. *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2015; 10-25.

- Pizzolatto AB. Employee turnover: The effects of labor market classification, professionalism, career commitment, career opportunity, job satisfaction, organizational commitment, and ease of movement. The Louisiana State University, Louisiana, Yüksek Lisans Tezi, 1988; 28-35.
- Quanbeck CD, McDermott BE, Lam J, Eisenstark H, Sokolov G, Scott CL. Categorization of aggressive acts committed by chronically assaultive state hospital patients. *Psychiatric Services*, 2007; 58(4): 521-528.
- Raja M, Azzoni A. Hostility and violence of acute psychiatric inpatients. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2005; 1(11): 11-20.
- Randall DM. Commitment and the organization: The organization man revisited. *The Academy of Management Review*, 1987; 12(3): 460-471.
- Ray MM. The dark side of the job: Violence in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 2007; 33: 257-261.
- Resmi Gazete. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, 2011. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>. Erişim tarihi: 08.11.2019.
- Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 2012. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/04/20120428-3.htm>. Erişim tarihi: 06.11.2019.
- Resmi Gazete. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 2014. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3359.pdf>. Erişim tarihi: 08.11.2019.
- Rew M, Ferns T. A balanced approach to dealing with violence and aggression at work. *British Journal of Nursing*, 2005; 14(4): 227-232.
- Richards J. Management of workplace violence victims. *Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector*, 2003; Geneva.
- Roberts LM. Changing faces: Professional image construction in diverse organizational settings. *The Academy of Management Review*, 2005; 30(4): 685-711.
- Roche M, Diers D, Duffield C, Catling-Paull C. Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 2010; 42(1): 13-22.
- Rodriguez-Acosta RL, Myers DJ, Richardson DB, Lipscomb HJ, Chen JC, Dement JM. Physical assault among nursing staff employed in acute care. *Work*, 2010; 35: 191-200.
- Romzek BS. Personal consequences of employee commitment. *The Academy of Management Journal*, 1989; 32(3): 649-661.

- Sabuncuoğlu Z. İnsan Kaynakları Yönetimi. 1. Baskı, Bursa, Ezgi Kitabevi Yayınları. 2000; 143-150.
- Sağlık Bakanlığı. Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2009. <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=9.5.13494&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=yatakl%C4%B1%20sa>. Erişim tarihi: 05.11.2019.
- Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi, 2011. <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/38038,saglikta-performans-ve-kalite-yonergesipdf.pdf?0>. Erişim tarihi: 07.11.2019.
- Sağlık Bakanlığı. Çalışan Güvenliği Genelgesi, 2012. <https://www.saglik.gov.tr/TR,3282/calisan-guvenligi-genelgesi-14052012.html>, Erişim tarihi: 7.11.2019.
- Sağlık Bakanlığı. Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması, 2016. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/439,hybupdf.pdf?0>. Erişim tarihi: 08.11.2019.
- Sağlık-Sen. Sağlık çalışanları şiddet araştırması. Ankara, Sağlık-Sen Yayınları, 2013: 29-145.
- Samancı M. Aile hekimlerinin öz yeterlilik algılarının tükenmişlikleri üzerindeki etkisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun, Yüksek Lisans Tezi, 2019; 64-65.
- Sancar E. Toplumun sağlık çalışanlarına uygulanan şiddete bakış açısı. Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep, Uzmanlık Tezi, 2013, 18-23.
- Sarıyıldız AY. Örgütsel bağlılık ile iş etiği arasındaki ilişki üzerine bir araştırma: Bir sağlık işletmesi örneği. Marmara Üniversitesi, İstanbul, Doktora Tezi, 2016, 23.
- Sarıyıldız AY. Sağlık sektöründe çalışanların iş etiğini değerlendirmeleri. Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi, 2019; 7(16): 980-1006.
- Satoh M, Watanabe I, Asakura K. Occupational commitment and job satisfaction mediate effort-reward imbalance and the intention to continue nursing. Japan Journal of Nursing Science, 2017; 14: 49-60.
- Schein EH. Career anchors revisited: Implications for career development in the 21st century. Academy of Management Perspectives, 1996; 10(4): 80-88.
- Schwartz AM. Workplace violence screening and prevention. The Collage of St. Scholastica, St. Louis, Yüksek Lisans Tezi, 2011, 1-35.
- Serin H, Serin S, Bakacak M, Ölmez S. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2015;24(3):99-108.

- Shore LF, Wayne SJ. Commitment and employee behavior: comparison of affective commitment and continuance commitment with perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 1993; 78(5): 774-780.
- Snape E, Redman T. An evaluation of a three-component model of occupational commitment: Dimensionality and consequences among United Kingdom human resource management specialists. *Journal of Applied Psychology*, 2003; 88(1): 152-159.
- Solmaz B, Duğan Ö. Sağlık alışanı ile hasta ve yakınları arasında yaşanan şiddetin nedenlerinden “iletişim” üzerine bir inceleme. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2018; 18(2): 185-206.
- Solomon EE, Bishop RC, Bresser RK. Moderators of gender differences in career development: a facet classification. *Academy of Management Proceedings*, 1985; 1: 56-60.
- Sönmez B. Sağlık kuruluşlarında kariyer planlama ve geliştirme uygulamalarına ilişkin hemşire yöneticilerin görüşlerinin belirlenmesi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2007; 25-40.
- Speroni KG, Fitch T, Dawson E, Dugan L, Atherton M. Incidence and cost of nurse workplace violence perpetrated by hospital patients or patient visitors. *Journal Of Emergency Nursing*, 2014; 40(3): 218-228.
- Stumpf SA. Career roles, psychological success, and job attitudes. *Journal of Vocational Behavior*, 1981; 19: 98-112.
- Sturges J, Guest D, Conway N, Dawey KM. A longitudinal study of the relationship between career management and organizational commitment among graduates in the first ten years at work. *Journal of Organizational Behavior*, 2002; 23: 731-748.
- Suzuki H, Lucas LR. Chronic passive exposure to aggression escalates aggressiveness of rat observers. *Aggressive Behavior*, 2010; 36: 54-66.
- şenol ř. İçsel pazarlama uygulamalarının çalışanların iş tatmini üzerine etkisi ve örgütsel adaletin aracılık rolü. *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Doktora Tezi*, 2019; 28-30.
- şimşek Mř, Aslan ř. Mesleki ve örgütsel bağlılığın, örgütsel davranışa ilişkin sonuçlarla ilişkileri. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 2012; 12(23): 414-454.
- Tak B, iftioğlu A. Mesleki bağlılık ile çalışanların örgütte kalma niyeti arasındaki ilişkiyi incelemeye yönelik görgül bir alışma. *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2008; 63(4): 155-178.



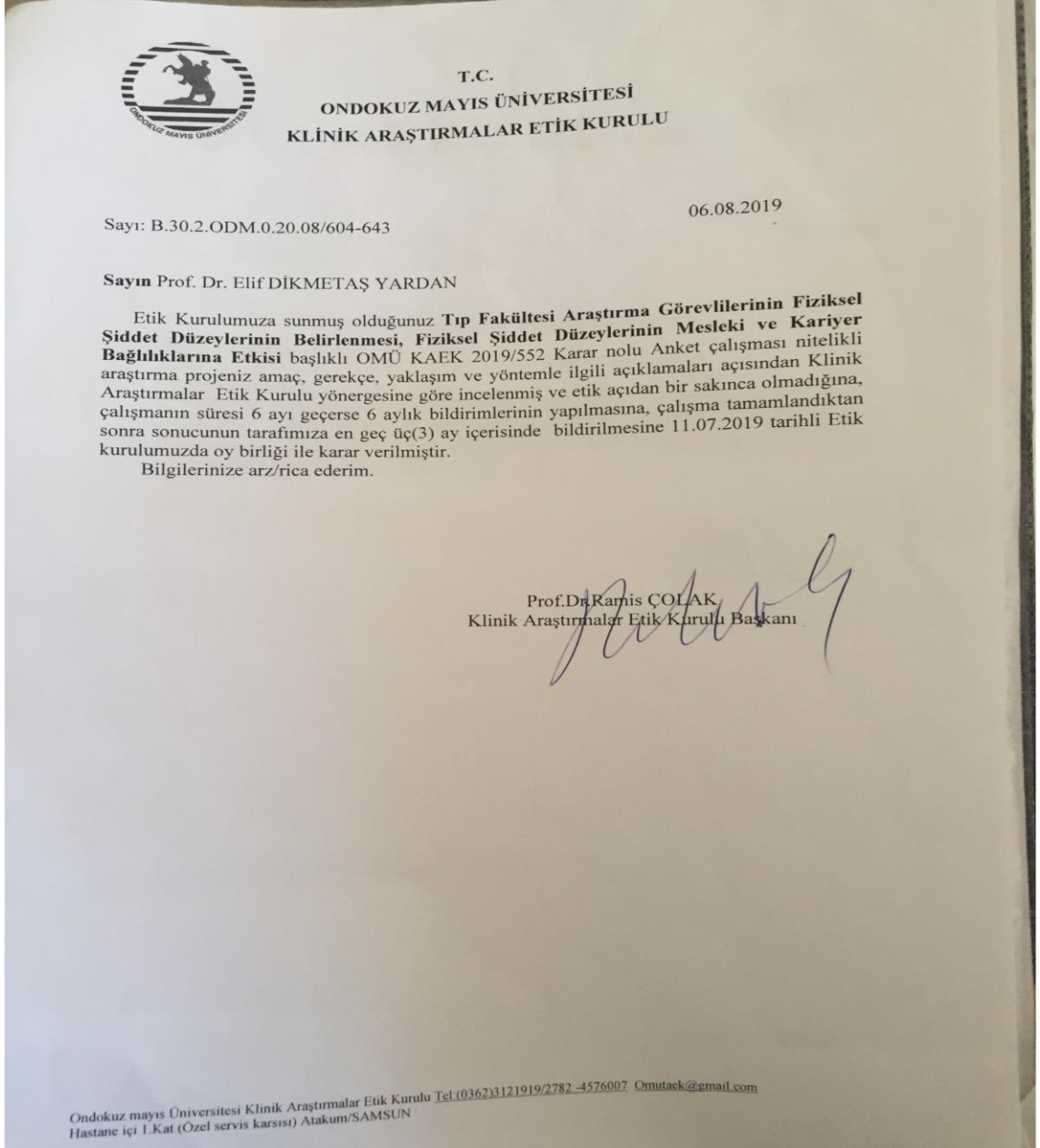
- Tak B, Çiftçioğlu A. Üç boyutlu mesleki bağlılık ölçeğinin Türkçe’de güvenilirlik ve geçerliliğinin incelenmesine yönelik bir alan araştırması. İşletme Fakültesi Dergisi, 2009; 10(1): 35-54.
- Tak J, Lim B. The differences in career- related variables between temporary and permanent employees in information technology companies in Korea. Journal of Career Development, 2008; 34(4): 423-437.
- Taşlıyan M, Ülkü Arı N, Duzman B. İnsan kaynakları yönetiminde kariyer planlama ve kariyer yönetimi: İİBF öğrencileri üzerinde bir alan araştırması. Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi, 2011; 3(2): 231-241.
- Taylor JL, Rew L. A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department. Journal of Clinical Nursing, 2010; 20: 1072-1085.
- Teker SK. Mobbingin iş tatminine etkisinin belirlenmesine yönelik bir araştırma: Sağlık kurumu örneği. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Balıkesir, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 1-6.
- TBMM 2013. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu.
- Tuma NB, Grimes AJ. A Comparison of models of role orientations of professionals in a research- Oriented University. Administrative Science Quarterly, 1981; 26(2): 187-206.
- Turner BA, Chelladurai P. Organizational and occupational commitment, intention to leave, and perceived performance of intercollegiate coaches. Journal of Sport Management, 2005; 19: 193-211.
- Türk Ceza Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>, 2004. Erişim tarihi: 06.11.2019.
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf>, 1982. Erişim tarihi: 06.11.2019.
- Türkmenoğlu B. Sivas il merkezi sağlık çalışanlarında şiddete maruziyet sıklığı ve şiddetin tükenmişlik düzeyine etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, Yüksek Lisans Tezi, 2014, 7-9.
- Türköz T, Polat M, Coşar S. Çalışanların örgütsel güven ve sinizm algılarının örgütsel bağlılıkları üzerindeki rolü. Yönetim ve Ekonomi, 2013; 20(2): 285-302.
- U.S. Department of Justice Federal Bureau of Investigation. Workplace violence, issues in response. 2002.

- Uştu H. Sınıf öğretmenlerinin mesleki bağlılık, işten ayrılma niyeti ve sosyo demografik özelliklerinin örgütsel bağlılığı yordama düzeylerinin incelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 47-53.
- Uzdil Cerit Ö. İşletmelerde kariyer planlaması ve çalışanların mesleki tükenme düzeyi. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın, Yüksek Lisans Tezi, 2007; 6-8.
- Uzuntarla Y, Canlan M, Uzuntarla F, Şahin B. Investigation of white code knowledge levels of health workers. Eurasian Journal Of Health Sciences, 2019; 2(1): 6-9.
- Ünal A. İş doyumu, yaşam doyumu ve yaşam anlamı değişkenlerinin ilkökul ve ortaokul öğretmenlerinin mesleki bağlılıkları üzerine etkisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, Samsun, Yüksek Lisans Tezi, 2015; 26-48.
- Ünlüsoy Dinçer N. Hemşirelerin işyeri şiddetine maruz kalma durumları ile iş doyumları ve işten ayrılma eğilimleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Doktora Tezi, 2010; 10-20.
- Üzümcü F. Hekim ve hemşirelere yönelik şiddet: bir üniversite hastanesinde uygulama. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta, Yüksek Lisans Tezi, 2016; 8-15.
- Van Mol MMC, Kompanje EJO, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: A systematic review. Plos One, 2015; 10(8): e0136955.
- Wasti SA. Affective and continuance commitment to the organization: test of an integrated model in the Turkish context. International Journal of Intercultural Relations, 2002; 26: 525-550.
- Wang L, Tao H, Ellenbecker CH, Liu X. Job satisfaction, occupational commitment and intent to stay among Chinese nurses: A cross-sectional questionnaire survey. Journal of Advanced Nursing, 2011; 68(3): 539-549.
- Wei CY, Chiou ST, Chien LY, Huang N. Workplace violence against nurses – prevalence and association with hospital organizational characteristics and health-promotion efforts: Cross-sectional study. International Journal of Nursing Studies, 2016; 56: 63-70.
- Weng Q, McElroy JC. Organizational career growth, affective occupational commitment and turnover intentions. Journal of Vocational Behavior, 2012; 80: 256-265.
- WHO. Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. Joint Programme of Workplace Violence in the Health Sector, 2002; Geneva.



- Wise AJ, Millward LJ. The experiences of voluntary career change in 30-somethings and implications for guidance. *Career Development International*, 2005; 10(5): 400-417.
- Wright-Brown S. The experiences of registered nurses injured by interpersonal violence while on duty in an emergency department. Duquesne University, Pennsylvania, *Uzmanlık Tezi*, 2017; 1-7.
- Yavuz Aİ. Sağlık işletmelerinde iş sağlığı ve güvenliği kapsamında çalışanlara yönelik şiddet. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, *Yüksek Lisans Tezi*, 2014; 80-97.
- Yetgin D. Turist rehberlerinin tükenmişlik ve ekonomik kaygı düzeylerinin mesleki bağlılık düzeyleri üzerindeki etkisi. Eskişehir Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir, *Doktora Tezi*, 2017; 35-42.
- Yıldız D, Uzunsakal E. Alan araştırmalarında güvenilirlik testlerinin karşılaştırılması ve tarımsal veriler üzerine bir uygulama. *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi*, 2018; 1: 14-28.
- Yılmaz A. Sağlık kurumlarında yetenek yönetimi uygulamalarının çalışanların kariyer planlamasına etkisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun, *Yüksek Lisans Tezi*, 2015; 82-153.
- Yoshikawa K, Taylor PJ, Yamagami A, Okada T, Ando K, Taruya T, Matsumoto T, Kikuchi A. Violent recidivism among mentally disordered offenders in Japan. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2007; 17: 137-151.
- Zedef S. Eğitim kurumlarında mesleki bağlılık, örgütte kalma ve örgütten ayrılma niyetinin araştırılması. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta, *Yüksek Lisans Tezi*, 2017; 3-42.

## EKLER

### EK-1: Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı



**EK-2: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi  
Tarafından Kabul Edilen Anket İzin Yazısı**

 **T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi** 

Sayı : 15374210-302.08.01-E.87585 29/07/2019  
Konu : Selin ÖKÇÜN'ün Anket Çalışması Hk.

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

**İlgi** : 26/07/2019 tarihli ve 93771576-302.08.01-E.86727 sayılı yazınız.

Enstitünüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Selin ÖKÇÜN'ün "Tıp Fakültesi Araştırma Görevlilerinin Fiziksel Şiddet Düzeylerinin Belirlenmesi, Fiziksel Şiddet Düzeylerinin Mesleki ve Kariyer Bağlılıklarına Etkisi" konulu tez çalışmasının anket uygulamasını 30.07.2019-15.10.2019 tarihleri arasında Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz Erişkin Hastanesinde uygulama isteği uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

**e-İmzalıdır**  
Doç. Dr. Hızır Ufuk AKDEMİR  
Başhekim Yardımcısı

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurupelit / SAMSUN  
Telefon: 0362 312 19 19 Faks: (362) 457 60 29  
Elektronik Ağ: <http://www.omu.edu.tr/>  
Engin KUYUMCU  
[engin.kuyumcu@omu.edu.tr](mailto:engin.kuyumcu@omu.edu.tr)  
Dahili:2980  
5070 Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.

### **Ek- 3: Anket Formu**

Sağlıkta şiddet olgusu birçok farklı şekilde ve ortamda gerçekleşebilen ve farklı tanımları olan bir olgudur. Genel olarak tanımlamak gerekirse sağlıkta şiddet, bir veya birden fazla sağlık çalışanı ile hasta, hasta yakını ya da üçüncü şahıslar arasında gerçekleşen fiziksel veya ruhsal olumsuz sonuçlar doğuran davranışlardır.

Bu anket formu “Tıp Fakültesi Araştırma Görevlilerinin Fiziksel Şiddet Düzeylerinin Belirlenmesi, Fiziksel Şiddet Düzeylerinin Mesleki ve Kariyer Bağlılıklarına Etkisi” başlıklı yüksek lisans tez çalışması için yapılmaktadır.

Sizlerden toplanılacak veriler sadece araştırma kapsamında eğitimsel ve bilimsel etkinliklerde kullanılacak, bu bilgiler başka hiçbir amaçla ve başka kişi ya da kurum ile paylaşılmayacak ve gizliliğiniz kesinlikle sağlanacaktır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, yardımlarınız için teşekkür ederiz.

**Selin Ökçün**  
**Ondokuz Mayıs Üniversitesi**  
**Sağlık Bilimleri Fakültesi**  
**Sağlık Yönetimi**  
**Anabilim Dalı**

#### **A. DEMOGRAFİK VERİLER**

A1. Doğum Tarihiniz (Lütfen yıl olarak belirtiniz) .....

A2. Cinsiyet  Kadın  Erkek

A3. Medeni Durumunuz  Evli  Bekar

A4. Akademik kariyer yapmayı düşünüyor musunuz?

Evet  Hayır  Kararsızım

A5. Kaç yıldır sağlık sektöründe çalışıyorsunuz? .....

A6. Bölümünüz?  Temel Tıp Bilimleri  Dahili Tıp Bilimleri  Cerrahi Tıp Bilimleri

A7. Nöbet tutuyor musunuz?  Evet  Hayır

A8. İşinizi yaparken hastalarla fiziksel temas kurmanız gerekiyor mu?

Evet  Hayır

A8.1. Genellikle çalıştığınız hasta grubu;

- Yenidoğanlar       Bebekler       Çocuklar  
 Ergenler (10-18 yaş)    Yetişkinler       Yaşlılar

A8.2. Genellikle çalıştığınız hasta grubunun cinsiyeti;

- Kadın       Erkek       Her ikisi de

A9. İşyerinizde çalışırken şiddet görme endişesi yaşıyor musunuz?

- Evet       Hayır       Kısmen

A10. İşyerinizde şiddetin bildiriyle ilgili prosedürler var mı?    Evet    Hayır

A10.1. Varsa nasıl kullanıldığını biliyor musunuz?    Evet    Hayır

A11. İşyerinizde şiddeti bildirmeyle ilgili destek görüyor musunuz?    Evet    Hayır

## **B. İŞYERİNDE FİZİKSEL ŞİDDET**

B1. Son 12 ay içinde işyerinde fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?    Evet    Hayır

(Cevabınız HAYIR ise lütfen B17'ye geçiniz)

B2. Son 12 ay içinde kaç kez şiddete maruz kaldınız?.....

B3. Fiziksel şiddetin ne şekilde gerçekleştiğini tanımlar mısınız? (Dövme, tekmeleme, tokat atma, bıçaklama, silah kullanma, itme, saç çekmek, ısırma, yumruk atmak vb.)

.....

B4. Kim tarafından şiddete maruz kaldınız?

- Hasta    Hasta yakını    Hastane personeli    Diğer.....

B5. Şiddet olayı nerede gerçekleşti?

- Doktor odasında    Acilde    Hasta odasında    Dışarıda (kafe/otopark/iş çıkışı vb.)

B6. Şiddet olayı ne zaman gerçekleşti? .....

B7. Şiddet olayı hangi gün gerçekleşti?

- Pazartesi       Salı       Çarşamba       Perşembe  
 Cuma       Cumartesi       Pazar       Hatırlamıyorum

B8. Şiddet olayına nasıl tepki verdiniz?

- Tepki vermedim       Hiç olmamış gibi davrandım       Durmasını söyledim  
 Kendimi fiziksel olarak savunmaya çalıştım       İş arkadaşlarıma söyledim

Üst yönetime bildirdim  Terapi aldım  Aileme/arkadaşlarıma söyledim  Başka bir pozisyona transfer oldum  Derneklerden yardım istedim

Sendikalardan yardım istedim  Olayı rapor ettim  Dava açtım  
 Tazminat davası açtım  Diğer.....

B9. Olayın engellenebilir olduğunu düşünüyor musunuz?  Evet  Hayır

B10. Şiddet olayı sonrası yaralandınız mı?  Evet  Hayır

B11. Aşağıda şiddet gören bireylerin yaşadıkları duygular verilmiştir. Bu duyguları ne kadar hissettiğinizi belirtiniz. (1=Kesinlikle katılmıyorum, 2 = katılmıyorum, 3 = kararsızım, 4 = katılıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum)

	1	2	3	4	5
Tekrarlanan şekilde, rahatsız edici anılar, düşünceler ve saldırının görüntüleri					
Saldırı hakkında düşünmekten ya da konuşmaktan kaçınmak					
Sürekli tetikte ve savunmada olmak					
Yaptığım her şeyi boşa çaba olarak hissetmek					

B12. Saldırıdan sonra işten izin aldınız mı?  Evet  Hayır

B12.1. Ne kadar süreliğine izin aldınız?

1 gün  2-3 gün  1 hafta  2-3 hafta  1 ay  2-6 ay  7-12 ay

B13. Olayın nedenlerini incelemek üzere işlem yapıldı mı?  Evet  Hayır

B13.1. Kim tarafından işlem yapıldı? (Yönetim/polis/yakın çevre vb.) .....

B13.2. Saldıran kişi için sonuçları ne oldu?

Hiçbir şey olmadı  Sözlü uyarı verildi  Hasta bakımı kesildi  Polise bildirildi

Dava açıldı  Diğer.....

B14. Yöneticiniz size ne gibi önerilerde bulundu?

Bulunmadı  Terapi desteği almamı  Polise bildirmemi  Diğer.....

B15. İşyerinizin olayı ele alış şeklinden ne kadar tatmin oldunuz? (1= hiç tatmin olmadım, 5= çok tatmin oldum)  1  2  3  4  5

B16. Eğer olayı rapor etmediyseniz ya da kimseye söylemediyseniz, nedenini belirtiniz?

Benim için önemli değildi  Utandım  Kendimi suçlu hissettim



- Negatif sonuçlarından korktum       İşe yarayacağını düşünmüyorum  
 Kime rapor edeceğimi bilmiyorum       Diğer.....

B17. Son 12 ay içerisinde kaç kez fiziksel şiddet olayına tanık oldunuz?

- Hiç olmadım       1 kere       2-4 kere       5-10 kere  
 Ayda birkaç kere       Her hafta       Her gün

B18. Son 12 ayda işyerinizde yaşanan bir şiddet olayını rapor ettiniz mi? (Tanık olduğunuz)  Evet       Hayır

B18.1. Eğer evet ise; rapor ettiğiniz için cezalandırıldınız ya da baskı hissettiniz mi?

- Evet       Hayır

### C. Kariyer Bağlılığı Ölçeği

Aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katıldığınızı size en uygun gelen kutucuğu işaretleyerek belirtiniz. (1 = kesinlikle katılmıyorum, 2 = katılmıyorum, 3 = kararsızım, 4 = katılıyorum, 5 = kesinlikle katılıyorum)

	1	2	3	4	5
1.Mesleğim dışında aynı ücreti veren başka bir iş bulursam kabul ederim. (T)					
2.Meslek alanımda kariyer yapmak istiyorum.					
3.Eğer tekrar seçebilseydim bu meslekte kariyer yapmayı seçmezdim. (T)					
4.Paraya ihtiyacım olmasa da mesleğime devam ederdim.					
5.Bu meslek vazgeçemediğim kadar güzel.					
6.Hekimlik iş hayatı için ideal meslektir.					
7.Bu mesleğe başladığım andan beri hayal kırıklığı içindeyim. (T)					
8.Boş vaktimi mesleğimle ilgili yayınları okuyarak geçiriyorum.					

#### D. Mesleki Bağlılık Ölçeği

Aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katıldığınızı size en uygun gelen kutucuğu işaretleyerek belirtiniz. (1 = kesinlikle katılmıyorum, 2 = katılmıyorum, 3 = kararsızım, 4 = katılıyorum, 5 = kesinlikle katılıyorum)

	1	2	3	4	5
<b>Duyusal Mesleki Bağlılık</b>					
1.Hekimlik kişisel imajım açısından önem taşımaktadır.					
2.Hekimlik mesleğine girdiğim için pişmanım. (T)					
3.Hekim olduğum için gurur duyuyorum.					
4.Hekim olmaktan hoşlanmıyorum. (T)					
5.Hekimlik mesleği ile kendimi özdeşleştirmiyorum. (T)					
6.Hekimliği heyecan verici bir meslek olarak görüyorum.					
<b>Mesleki Devamlılık Bağlılığı</b>					
7.Hekimlik mesleğine şimdi değiştirmeyi düşünemeyecek kadar çok şey verdim.					
8.Benim için mesleğimi değiştirmek şu anda çok zor olur.					
9.Eğer mesleğimi değiştirirsem hayatım büyük ölçüde altüst olur.					
10.Şu anda mesleğimi değiştirmek benim için çok maliyetli olur.					
11.Beni hekimlik mesleğini değiştirmekten alıkoyacak bir neden yok. (T)					
12.Şu anda mesleğimi değiştirmek için kişisel olarak önemli fedakarlıklara katlanmam gerekir.					
<b>Normatif Mesleki Bağlılık</b>					
13.Bir meslekte eğitim almış kişilerin o meslekte makul bir süre kalma sorumluluğunun olduğuna inanıyorum.					
14.Hekimlik mesleğinde kalmak için hiçbir yükümlülük hissetmiyorum. (T)					
15.Hekimlik mesleğine devam etmeyi, yerine getirmem gereken bir sorumluluk olarak görüyorum.					

16.Bana avantaj sağlayacak olsa bile, şu anda hekimlik mesleğini bırakmanın doğru olmadığını/ hakkım olmadığını düşünüyorum.					
17.Hekimlik mesleğini bırakırsam kendimi suçlu hissederim.					
18.Mesleğime duyduğum sadakatten dolayı hekimlik yapmaya devam ediyorum.					

T: Ters soru

**Katılımınız için teşekkür ederim.**



## ÖZ GEÇMİŞ

<b>Ad:</b>	Selin
<b>Soyadı:</b>	ÖKÇÜN
<b>Doğum Yeri:</b>	Samsun
<b>Doğum Tarihi:</b>	26.06.1994
<b>Medeni Hali</b>	Bekar
<b>Yabancı Dil:</b>	İngilizce
<b>E-Posta Adresi</b>	selin-okcun@hotmail.com

<b>Tarih</b>	<b>Akademik Eğitim</b>
2012-2016	Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık İdaresi Bölümü
2017-	Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans