

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
ACİL HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI



**ACİL HEMŞİRELERİNİN ÇALIŞMA ORTAMINDA MARUZ
KALDIKLARI ŞİDDET İLE MESLEĞE BAĞLILIK VE İŞTEN
AYRILMA DÜŞÜNCEİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Doktora Tezi

Dilek KIYMAZ

Danışman
Prof. Dr. Zeliha KOÇ

SAMSUN
2021

TEZ KABUL VE ONAYI

Dilek KIYMAZ tarafından, **Prof. Dr. Zeliha KOÇ** danışmanlığında hazırlanan **Acil Hemşirelerinin Çalışma Ortamında Maruz Kaldıkları Şiddet İle Mesleğe Bağlılık Ve İşten Ayrılma Düşüncesi Arasındaki İlişki** başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **16.6.2021** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi Ana Bilim/Ana Sanat Dalı	İmza	Sonuç
Başkan (Danışman)	Prof. Dr. Zeliha KOÇ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı		<input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye	Prof. Dr. Latif DURAN Ondokuz Mayıs Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı		<input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Gülpembe OĞUZHAN Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı		<input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Münevver SÖNMEZ Atılım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı		<input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Aslı KURTGÖZ Amasya Üniversitesi Terapi ve Rehabilitasyon Bölümü		<input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

ONAY

... / ... / ...

Prof. Dr. Ali BOLAT
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım doktora tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yaralandığım eserlerin kaynaklarda gösterilenlerden oluştuğunu, enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. Bölüm 9. Maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

İmza

17 /05/ 2021

Dilek KIYMAZ

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı: Acil Hemşirelerinin Çalışma Ortamında Maruz Kaldıkları Şiddet ile Mesleğe Bağlılık ve İşten Ayrılma Düşüncesi Arasındaki İlişki

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 15.03.2021 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : % 13

Tek kaynak oranı : % 2 çıkmıştır.

İmza

17 /05/ 2021

Prof. Dr. Zeliha KOÇ

ÖZET

ACIL HEMŞİRELERİNİN ÇALIŞMA ORTAMINDA MARUZ KALDIKLARI ŞİDDET İLE MESLEĞE BAĞLILIK VE İŞTEN AYRILMA DÜŞÜNCESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dilek KIYMAZ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Acil Hemşireliği Anabilim Dalı

Doktora, Mayıs/2021

Danışman: Prof. Dr. Zeliha KOÇ

Amaç: Bu araştırma acil servis hemşirelerinin çalışma ortamında maruz kaldıkları şiddet ile mesleğe bağlılık ve işten ayrılma düşüncesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla metodolojik, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma 15.12.2019-10.05.2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı beş hastanenin acil servisinde çalışmakta olan 202 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada nicel ve nitel araştırma yöntemlerinin birlikte kullanıldığı iç içe karma desenden yararlanılmıştır. Nicel veriler Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu, Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği, Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği ve Hastanede Çalışmaya Devam Etme ya da Etmeme Niyetini Belirlemeye yönelik soru formu kullanılarak toplanmıştır. Nitel verilerin toplanması aşamasında hemşireler ile fenomenolojik yöntemle görüşme yapılırken yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır.

Bulgular: Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği toplam puan ortalaması $2,13 \pm 0,69$ olarak belirlendi. Hemşirelerin Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeğinden en yüksek puanı sözel saldırganlık alt boyutundan, en düşük puanı ise cinsel saldırganlık alt boyutundan aldıkları görüldü. Hemşirelerin Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği ve Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının hemşirelerin bazı sosyo-demografik ve çalışma yaşamına ilişkin özelliklerine göre farklılık gösterdiği saptandı. Hemşirelerin yaşamış oldukları şiddet ile mesleğe bağlılık ve işten ayrılma düşüncesine ilişkin deneyimlerini belirlemeye yönelik olarak yapılan görüşmelerden elde edilen bulgular doğrultusunda, şiddetin nedenleri, şiddetin etkileri, mesleğe bağlı olma durumunu etkileyen faktörler, işten ayrılma düşüncesini etkileyen faktörler olmak üzere dört tema belirlendi.

Sonuç: Hemşirelerin çalışma ortamında maruz kaldıkları şiddet ile mesleğe bağlılık ve işten ayrılma düşünceleri arasında bir ilişki bulundu. Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği'nin Türkçe formunun, acil hemşirelerinin saldırganlık sıklığını algılama düzeyini ölçmede Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlendi.

Anahtar Sözcükler: Acil; hemşire; işten ayrılma; mesleki bağlılık; şiddet

ABSTRACT

THE RELATION BETWEEN VIOLENCE EXPERIENCED BY EMERGENCY CLINIC NURSES IN THE WORK ENVIRONMENT AND OCCUPATIONAL COMMITMENT AND INTENTION TO LEAVE

Dilek KIYMAZ

Ondokuz Mayıs University

Institute of Graduate Studies

Department of Emergency Nursing

Doctoral Thesis, May/2021

Supervisor: Prof. Dr. Zeliha KOÇ

Objective: This research was conducted as a methodological, descriptive and correlational study to determine the relation between violence that emergency clinic nurses are exposed to in their work environment and their occupational commitment and intention to leave.

Material and Method: The research was conducted on 15/12/2019 - 10/05/2021. The study sample consisted of 202 nurses working in the emergency clinics at five hospitals affiliated to Samsun Provincial Health Directorate. In the research, nested mixed design, in which quantitative and qualitative research methods are used together, was used. Quantitative data were collected using Nurse Introductory Information Form, the Perception of Aggression Scale, Three Dimensional Occupational Commitment Scale and a questionnaire for Determining the Intention to Leave or Stay in the Hospital. During the process of collecting qualitative data, a semi-structured interview form was used for interviewing nurses using the phenomenological method.

Results: The total mean score of the Perception of Aggression Scale was determined 2.13 ± 0.69 . Based on the Perception of Aggression Scale, nurses got the highest score from the verbal aggression sub-dimension and the lowest score from the sexual aggression sub-dimension. We determined that the average sub-dimension scores of nurses obtained from the Perception of Aggression Scale and Three Dimensional Occupational Commitment Scale varied by particular socio-demographic and working life characteristics of the nurses. In line with the findings obtained from the interviews conducted to determine the violence experienced by nurses and their occupational commitment and intention to leave, four themes were determined, namely, the causes of violence, the effects of violence, factors affecting their occupational commitment and factors affecting their intention to leave.

Conclusion: A connection was found between the violence that nurses were exposed to in their work environment and their occupational commitment and intention to leave. It was determined that the Turkish version of the Perception of Aggression Scale was a valid and reliable tool for the Turkish society in measuring the level of perception of aggression by emergency clinic nurses.

Keywords: Emergency; intention to leave; nurse; occupational commitment; violence

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Öncelikle yüksek lisans ve doktora eğitimim boyunca bana her konuda bilgi ve engin tecrübeleriyle yol gösteren, desteğini ve sevgisini daima hissettiğim danışman hocam Sayın Prof. Dr. Zeliha KOÇ' a,

Tez izleme komitesinde görev alarak çalışmama değerli katkılar sağlayan Prof. Dr. Latif Duran ve Dr. Öğretim Üyesi Gülpembe OĞUZHAN'a

Akademik bilgi ve tecrübeleri ile Acil Hemşireliği'ne katkıda bulunan Sayın Prof. Dr. Latif DURAN, Sayın Prof. Dr. Ahmet BAYDIN, Sayın Prof. Dr. Türker YARDAN, Sayın Prof. Dr. Celal KATI, Sayın Doç. Dr. H. Ufuk AKDEMİR'e,

Yüksek lisans ve doktora tezimin tüm aşamalarında bana rehberlik eden, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak yol gösteren can dostum Öğr. Gör. Dr. Tuğba ÇINARLI'ya

Zaman ayırarak çalışmama katılmayı kabul eden tüm acil servis sorumlusu ve hemşirelerine,

Her zaman yanımda olan ve beni destekleyen canım annem, babam ve eşime,
Yağız'ım ve Yasmin'ime

En içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi	4
1.3. Araştırmanın Amacı.....	6
1.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	6
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Şiddet	7
2.2. Şiddet Türleri	9
2.2.1. Fiziksel Şiddet	9
2.2.2. Sözel Şiddet	9
2.2.3. Psikolojik (Duygusal) Şiddet.....	10
2.2.4. Cinsel (Seksüel) Şiddet.....	10
2.2.5. Ekonomik Şiddet	11
2.3. Şiddete Neden Olan Faktörler.....	11
2.3.1. Biyolojik Faktörler.....	12
2.3.2. Psikolojik Faktörler	12
2.3.3. Çevresel Faktörler.....	13
2.3.4. Sosyokültürel Faktörler	13
2.4. Sağlık Bakım Profesyonellerine Yönelik Şiddet.....	13
2.4.1. Sağlık Bakım Profesyonellerine Yönelik Şiddetin Nedenleri	14
2.4.2. Şiddetin Sağlık Bakım Profesyonelleri Üzerindeki Etkileri	14
2.4.3. Sağlık Bakım Profesyonellerine Yönelik Şiddeti Önleme Uygulamaları ve Yasal Düzenlemeler.....	15
2.5. Mesleğe Bağlılık.....	17
2.5.1. Mesleğe Bağlılığın Önemi ve Sınıflandırılması	17
2.5.2. Mesleğe Bağlılığı Etkileyen Faktörler	18

2.6. İşten Ayrılma Niyeti	19
2.7. İşten Ayrılmayı Etkileyen Faktörler	20
2.7.1. Bireysel Faktörler	20
2.7.2. Örgütsel Faktörler.....	20
2.7.3. Çevresel Faktörler.....	21
2.8. Ölçek Uyarlama Süreci	21
2.8.1. Geçerlik	22
2.8.2. Güvenirlik.....	27
2.9. Nitel Araştırma Yöntemi.....	32
2.9.1. Odak Grup Görüşmesi	32
3.MATERYAL VE METOT.....	35
3.1. Materyal	35
3.1.1. Araştırmanın Türü	35
3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	35
3.2. Metot.....	35
3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	35
3.2.2. Verilerin Toplanması.....	37
3.2.3. Veri Toplama Araçları.....	38
3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi	42
3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu.....	43
3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	45
4.BULGULAR.....	47
4.1. Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği'nin Geçerlik Analizleri.....	47
4.1.1. Dil Geçerliği	47
4.1.2. Kapsam Geçerliği	47
4.1.3. Yapı Geçerliği.....	49
4.2. Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği'nin Güvenirlik Analizleri	51
4.2.1. Test -Tekrar Test / Değişmezlik Güvenirliği.....	51
4.2.2. İç tutarlılık	53
4.3. Nicel Verilere İlişkin Bulgular.....	54
4.3.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Çalışma Yaşamına İlişkin Bulgular	54
4.3.2. Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği'ne İlişkin Bulgular	57

4.3.3. Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği'ne İlişkin Bulgular	63
4.3.4. Hastanede Çalışmaya Devam Etme ya da Etmeme Niyeti'ni Belirlemeye	
İlişkin Bulgular	70
4.4. Nitel Verilere İlişkin Bulgular	77
4.4.1. Araştırmanın Nitel Bölümüne Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Çalışma Yaşamına İlişkin Bulgular	78
4.4.2. Acil Hemşirelerinin Çalışma Ortamında Maruz Kaldıkları Şiddet ile Mesleğe Bağlılık ve İşten Ayrılma Düşüncesi Arasındaki İlişkiyi Etkileyen Faktörlere Yönelik Görüşlerinin İçerik Analizi Sonuçları ile İlgili Bulgular	78
5.TARTIŞMA.....	90
5.1. Saldırganlık Sıklığı Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması	90
5.2. Acil Hemşirelerinin Çalışma Ortamında Maruz Kaldıkları Şiddet İle Mesleğe Bağlılık ve İşten Ayrılma Düşüncesi Arasındaki İlişkiyi Etkileyen Nicel Verilerin Tartışılması ...	93
5.3. Acil Hemşirelerinin Çalışma Ortamında Maruz Kaldıkları Şiddet İle Mesleğe Bağlılık ve İşten Ayrılma Düşüncesi Arasındaki İlişkiyi Etkileyen Nitel Verilerin Tartışılması..	100
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	104
6.1. Sonuçlar	104
6.2. Öneriler	105
KAYNAKLAR	106
EKLER	123
Ek 1: Veri Toplama Formları.....	123
Ek 2: The Perception of Prevalence of Aggression Scale Kullanım İzni.....	140
Ek 3: Three-Component Model Employee Commitment Survey Kullanım İzni.....	141
Ek 4: Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği Kullanım İzni	142
Ek 5: Hastanede Çalışmaya Devam Etme ya da Etmeme Niyetini Belirleyen Soru Formu Kullanım İzni.	143
Ek 6: Nitel Araştırma Kursu Katılım Belgesi	147
Ek 7:Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni	145
Ek 8: Samsun İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni.....	146
Ek 9: Görüşlerine Başvurulan Uzman Listesi	147
ÖZ GEÇMİŞ	148

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BK	: Beyaz Kod
CS	: Cinsel Saldırganlık
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FS	: Fiziksel Saldırganlık
ICC	: Intraclass Correlation Coefficients/Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı
ICN	: International Council of Nurses/Uluslararası Hemşireler Konseyi
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
İBM	: İnsan Bakım Modeli
KKS	: Kendine Karşı Saldırganlık
Min-Max	: Minimum-Maksimum
MKGİ	: Madde Kapsam Geçerliği İndeksi
N	: Evrendeki birey sayısı
n	: Örneklem alınacak birey sayısı
NIOSH	: National Institute for Occupational Safety and Health/ Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü
OECD	: Organisation for Economic Cooperation and Development/ Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
Ort	: Ortalama
ÖKGİ	: Ölçek Kapsam Geçerliği
p	: Anlamlılık düzeyi
POPAS	: The Perceptions of the Prevalence of Aggression Scale
POPAS-NZ	: The Perceptions of the Prevalence of Aggression Scale-New Zealand
q	: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı
r	: Korelasyon katsayısı
RMSEA	: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	: Standart Sapma
SRMR	: Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü
SS	: Sözel Saldırganlık
SSAÖ	: Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği
SS	: Sözel Saldırganlık
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü
α	: Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı
χ^2/sd	: Ki-Kare İstatistiği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Güvenirlik yöntemleri	28
Şekil 3.1. Araştırmanın algoritma şeması.....	44
Şekil 3.2. Araştırmanın planı.....	46
Şekil 4.1. Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeğinin Ölçüm Modeli.....	51
Şekil 4.2. Hemşirelerin görüşleri doğrultusunda şiddet, mesleki bağlılık ve işten ayrılma niyetlerine yönelik oluşturulan tema ve alt temaların kavram haritası	89



TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. Ölçüm Modelinin Uyum İyiliği Değerleri	26
Tablo 2.2. Cronbach Alpa Katsayısı (α) Sınırları.....	31
Tablo 4.1. Uzmanların Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği Maddelerine Verdikleri Puanların Dağılımı	48
Tablo 4.2. Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği maddelerinin faktör yük değerleri	49
Tablo 4.3. Ölçüm modelinin uyum indeks değerleri ve iyi uyum değerleri	50
Tablo 4.4. Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği test-tekrar test puanları arasındaki sınıfiçi korelasyon katsayıları ve anlamlılıkları	52
Tablo 4.5. Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği test-tekrar test puan ortalamalarının karşılaştırılması	52
Tablo 4.6. Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği ve Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği'nin güvenilirlik analizi sonuçları	53
Tablo 4.7. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı.....	54
Tablo 4.8. Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özelliklerinin dağılımı	55
Tablo 4.9. Hemşirelerin yaşamış oldukları şiddet olaylarına ilişkin bulguların dağılımı.....	56
Tablo 4.10. Hemşirelerin Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeğindeki ifadelere verdikleri cevapların dağılımları	58
Tablo 4.11. Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği ve alt boyut puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri.....	59
Tablo 4.12. Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği ve alt boyutları ile hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	59
Tablo 4.13. Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği ve alt boyutları ile hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özelliklerin karşılaştırılması	61
Tablo 4.14. Hemşirelerin Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeğindeki ifadelere verdikleri cevapların Dağılımları	64
Tablo 4.15. Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği alt boyut puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri	65
Tablo 4.16. Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği alt boyut puanları ile hemşirelerin sosyo- demografik özelliklerinin karşılaştırılması	66
Tablo 4.17. Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği alt boyut puanları ile hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması	68
Tablo 4.18. Hemşirelerin Hastanede Çalışmaya Devam Etme ya da Etmeme Niyetlerine ilişkin bulguların dağılımı.....	70
Tablo 4.19. Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği alt boyut puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	71

Tablo 4.20. Bağımsız değişkenlerin Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği Sözel Saldırganlık alt boyut puanı üzerindeki etkisi ve modeldeki katsayıların anlamlılığı	72
Tablo 4.21. Bağımsız değişkenlerin Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği Fiziksel Saldırganlık altboyut puanı üzerindeki etkisi ve modeldeki katsayıların anlamlılığı	74
Tablo 4.22. Bağımsız değişkenlerin Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği Kendine Karşı Saldırganlık alt boyut puanı üzerindeki etkisi ve modeldeki kat sayıların anlamlılığı.....	75
Tablo 4.23. Bağımsız değişkenlerin Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği Cinsel Saldırganlık alt boyut puanı üzerindeki etkisi ve modeldeki kat sayıların anlamlılığı	76
Tablo 4.24. Bağımsız Değişkenlerin Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği Toplam Puanı üzerindeki etkisi ve modeldeki kat sayıların anlamlılığı.....	77
Tablo 4.25. Araştırmanın nitel bölümüne katılan hemşirelerin sosyo-demografik ve çalışma yaşamına ilişkin özelliklerinin dağılımı	78
Tablo 4.26. Hemşirelerin şiddet, mesleğe bağlılık ve işten ayrılma niyeti ile ilgili nitel verilerine ilişkin temalar ve alt temalar.....	79

1. GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde şiddet her geçen gün giderek artan oldukça önemli bir problemdir (Berlanda ve ark., 2019). Dünya Sağlık Örgütü (2002) şiddeti,“kişiler ya da gruplar üzerinde tehdit oluşturan;yaralanma, ölüm veya psikolojik hasarlara neden olabilen kasıtlı güç kullanımı”olarak tanımlamaktadır. Şiddet, belirli bir hedefe yönelik olarak kin, nefret, öfke ve düşmanlık gibi duyguların sözel ya da fiziksel olarak karşı tarafa uygulanması olarak da açıklanabilmektedir. Saldırganlık ise, kişinin kendisine, bir başkasına ya da bir nesneye zarar verme çabası ile giriştiği tüm eylemler olarak tanımlanabilmektedir (Baron ve Neuman, 1996; Bilgin ve Buzlu, 2006).

İşyerinde şiddet,hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde son yıllarda yükselme eğilimi gösteren küresel bir halk sağlığı sorunudur. İş yerinde şiddet, “çalışanların üretim gücünü ya da güvenliğini olumsuz yönde etkileyen, iş veya işyeri ile ilgili sorun” olarak tanımlanabilmektedir (Fletcher ve ark., 2000; Imran ve ark., 2013; Duan ve ark., 2019). Sağlık kuruluşlarındaki şiddet ise hasta veya hasta yakınları tarafından tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel tehdit veya cinsel saldırı olarak gerçekleştirilen, sağlık bakım profesyonelleri için risk oluşturan bir durum olarak açıklanabilmektedir (Ayrancı ve ark., 2006; Martinez, 2016).

Dünyada ve Türkiye'de bu konuda yapılan çalışmalarda, sağlık bakım profesyonellerine yönelik şiddetin artış eğilimi gösterdiği, bu durumun önem verilmesi gereken mesleki bir tehlike olduğu vurgulanmaktadır (Kitaneh ve Hamdan, 2012; Ferri ve ark., 2020). Nitekim bu konuda yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada,sağlık profesyonellerinin büyük çoğunluğunun geçen bir yıl içerisinde en az bir kez şiddet maruz kaldığı; bu oranın Bulgaristan'da %75,8, Avustralya'da %67,2, Güney Afrika'da %61, Portekiz'de %60, Tayland'da %54, Brezilya'da %46,7 olduğu bildirilmiştir (Di Martino, 2002).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) bu konuda yapılan diğer bir çalışmada, sağlık bakım profesyonellerinin şiddete maruz kalma riskinin, diğer sektörlerde çalışanlar bireylerdenon altı kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Kingma, 2001). Sağlık bakım ortamında yaşanan problemleri çözebilmek için, hasta ve yakınları sıklıkla şiddete başvurmakta, bu durum hastanelerde yaşanan şiddet olaylarının sıklığını arttırmakta, sağlık bakım profesyonellerinin işyerlerinde şiddet açısından

yüksek riskli bir ortamda çalışmalarına neden olmaktadır (Rippon, 2000; Öztunç, 2006). Bu konudaki literatürde sağlık bakım profesyonellerinin büyük çoğunluğunun iş yaşamları boyunca şiddetin herhangi bir türüyle karşı karşıya kaldıkları (Pınar ve ark., 2017),sağlık ekibi içinde büyük çoğunluğu oluşturan hemşirelerin şiddete maruz kalma oranlarının diğer sağlık profesyonellerinden daha yüksek olduğu (Elliott, 1997; Shoghi ve ark., 2008; Aytaç ve ark., 2009; Philips, 2016), hemşirelerin özellikle fiziksel ve sözlü saldırıyla daha çok karşılaştıkları bildirilmiştir (Martinez, 2016).

Hastanelerin özellikle acil servislerinin, sağlık bakım profesyonellerine yönelik şiddet vakaları yönünden yüksek riskli alanlar olduğu, acil serviste çalışan hemşirelerin akut hastalık, travma, ağrı, madde bağımlılığı gibi birçok farklı sağlık problemi olan hasta ve yakınlarına bakım sunması nedeniyle şiddete daha fazla maruz kaldıkları vurgulanmıştır(Kramer, 2002; Sachdeva ve ark., 2019). Bu konudaki literatürde şiddet olayları sonrasında, sağlık bakım profesyonellerinde kendine güvensizlik, korku, kişilerarası ilişkilerde bozulma, çaresizlik duygusu, depresyon, baş ağrısı, alkol ve sigara tüketiminin artması gibi olumsuz durumlar gelişebileceği de bildirilmiştir. Hemşirelerin şiddete karşı gösterdikleri tepkiler bireyden bireye farklılık göstermekle birlikte, bu konuda yapılan bazı çalışmalarda hemşirelerin şiddet olayı sonrası yaşanan bu durumu bazen göz ardı edebildikleri, hatta raporlamadıkları belirtilmiştir (ICN, 2007; Pourshaikhian ve ark., 2016).

Çalışma ortamında gerçekleşen şiddet,hemşirelerin mesleğe bağlılığını ve işten ayrılma düşüncesini etkileyen çok önemli bir faktördür.Bağlılık, inanılan bir şeye zaman ve enerji ayırma istekliliği ve kendini entelektüel ya da duygusal anlamda bir eylem tarzına bağlama yöntemi olarak tanımlanabilir (Siraneh ve ark., 2018). Mesleki bağlılık,çalışanların meslekleri ile ilgili tutum ve davranışlarına odaklanır (Wang ve ark.,2011). Bununla birlikte mesleki bağlılık hemşireliğin etik ilke ve değerleri doğrultusunda bakım vermenin yanısıra hemşirelerin mesleklerine karşı bakış açıları ile işlerinde kalmak için sahip oldukları motivasyonlarını da ifade eder (Gallagher ve Mclean Parks, 2001).

Aranya ve Ferris (1984) mesleğe bağlılığı, “mesleği ile ilgili çaba sarf etmeye hevesli olmak, mesleğin bir üyesi olarak kalmayı istemek, meslek ile özdeşleşme gücü ve mesleğe katılım” olarak tanımlamıştır. Hemşirelikte mesleğe bağlılık; hemşirelerin mesleğin değerlerine inanması ve kabul etmesi, mesleğe özgü değerleri gerçekleştirmek

için çaba harcaması, mesleğini sürdürme konusunda kararlı olması ve mesleğinde kendini geliştirmeye istek duymasını ifade etmektedir (Demirci, 2018). Bu doğrultuda hemşirelerin mesleki bağlılıklarını değerlendirmede onları neyin motive ettiğini belirlemek önemlidir. Mesleğe bağlılık, kişilerin mesleklerine ilişkin eğitim süreci ile başlamakta ve meslek hayatı boyunca da güçlenerek devam etmektedir (Tak ve ark., 2009). Bu doğrultuda mesleğe bağlılık dinamik ve ilerleyen bir süreç olarak kabul edilmektedir (Şimşek ve Arslan, 2007).

İşten ayrılma niyeti ise bireyin kendi isteği ile ve bilinçli olarak belirli bir zaman içerisinde, içinde bulunduğu kuruluştan ayrılmayı isteme durumudur (Dollar ve Broach, 2006; Hayta, 2019). İşten ayrılma niyeti bireyin çalıştığı kurumdan yakın gelecekte ayrılabilme ihtimaline işaret eden ve işten ayrılma davranışının habercisi olan bir düşünce olarak tanımlanabilmektedir (Savgat, 2019). Uzun ve düzensiz çalışma saatleri, ağır çalışma koşulları, düşük ücret, yüksek performans beklentisi, şiddete ve mobinge maruz kalma hemşirelerin işten ayrılma niyetini etkileyebilir (Demirci, 2018). İşten ayrılmanın gerçekleşmediği durumlarda ise işe devamsızlık, sağlık sorunları ve iş ilişkilerinde problemler gözlemlenebilir (Demirci, 2018). Bu doğrultuda işten ayrılmaların önlenmesi için hemşirelerin işle ilgili beklentilerinin neler olduğunun belirlenmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir (Mert Haydari, 2014).

Ülkemizde hemşirelerin maruz kaldıkları şiddeti belirlemeye yönelik olarak yapılan çalışma sayısı oldukça sınırlı olmakla birlikte (Sevindik ve Ceylan, 2016; Tavşanlı ve ark., 2017; Cerit ve ark., 2018; Tambağ ve ark., 2018), acil servis hemşirelerinin çalışma ortamında maruz kaldıkları şiddet ile mesleğe bağlılık ve işten ayrılma düşüncesi arasındaki ilişkiyi belirleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmanın çıkış noktasını oluşturmuştur. Acil hemşirelerinin çalışma ortamında maruz kaldıkları şiddet tür ve nedenleri ile mesleğe bağlılık ve işten ayrılmayı düşünme niyetlerinin belirlenmesinin, hemşirelerin mesleki doyum ve motivasyonları ile iş yaşam kalitelerini arttırabileceği düşünülmektedir. Bu araştırmadan elde edilecek bulgular doğrultusunda, acil hemşirelerinde şiddete maruz kalma durumu ile mesleki bağlılık ve işten ayrılmayı düşünme durumunu etkileyen faktörler belirlenecek ve elde edilen bulgular doğrultusunda uygun strateji ve öneriler geliştirilecektir.

1.2. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi

Bu araştırmanın kavramsal çerçevesi Watson'ın İnsan Bakım Modeli'ne dayanmaktadır. Jean Watson'ın İnsan Bakım Modeli (İBM), insan olmak ve yaşamı daha derin boyutlarda anlamak isteğinden ortaya çıkmıştır (Watson, 2007). Jean Watson, hastanın psikolojik, sosyal, ruhsal, fiziksel ve duygusal yönlerini anlamak için hemşirenin hastaya bütüncül bir yaklaşım göstermesi gerektiğini belirtmiştir (Else, 2018). İnsan Bakım Modeli'nde hemşirelik, insan bilimi ve sanat olarak ikisi bir arada ele alınmıştır (Masters, 2015). Bu kuramda hemşire ve insan arasındaki etkileşimin hemşireliğin en önemli unsuru olduğu bildirilmektedir (Özgürsoy Uran ve ark., 2015). Watson İnsan Bakım Kuramında, hemşirelerin kişilere şefkatli, insancıl bir yaklaşımla, göz teması kurarak dikkatli bir şekilde dinleme ile hemşirelik bakımını sunduğunda kişinin hastalığının üstesinden daha kolay gelebileceğini vurgulamıştır (Özgürsoy Uran ve ark., 2015; Buldum ve Yılmaz, 2020). Bu model, bakım veren ve bakım alan arasında gelişen kişilerarası sürece işaret etmektedir (Aktürk, 2016). Model bakım durumu ve bakım anı, kişilerarası bakım ilişkisi ve iyileştirici süreçler olmak üzere üç ana temadan oluşmaktadır.

Bakım Durumu ve Bakım Anı

Bakım durumu, hemşire ile kişinin geçmiş yaşam tecrübeleri ile varoluş alanlarının bütünleşmesinden oluşmaktadır (Aktaş ve ark., 2020). Bakım anı ise, bakım alan ve bakım veren arasında gerçekleşen, iletişimin ve etkileşimin olduğu, hemşirenin kişi ile bir araya geldiği, bakım için fırsat oluşturulan yer ve zamandır (Durgun Ozan ve ark., 2015). Bakım anı oluştuğunda, bakım alan kişi ve bakımı veren hemşirenin memnun kaldığı bir süreç ortaya çıkmaktadır (Erbay ve ark., 2018).

Kişilerarası Bakım İlişkisi

Kişilerarası bakım ilişkisi kavramı, hemşire ve kişi arasındaki profesyonel, bilimsel, etik, yaratıcı ve kişiselleştirilmiş verme-alma davranışları ve buna karşı gelişen tepkilerdir (Aktaş ve ark., 2020). Kişilerarası bakım ilişkisi birbirine saygı duyan iki insan arasında kişiselleştirilmiş bir iletişimden oluşur (Fawcett, 2005). Kişilerarası bakımda, ahlaki ve etik sorumluluk, empati, doğruluk, güven, duyarlılık, saygı, samimiyet duygularının yanısıra birey ve hemşire arasında gelişen ve her iki tarafı da

olumlu olarak etkileyen yer, zaman ve fiziksel durumları aşan terapötik bir ilişki kurulması sağlanmış olur (Watson, 2003; Watson, 2007; Durgun Ozan ve ark., 2015).

İyileştirici Süreçler

Modelde hemşireliğin özünü iyileştirme süreçleri oluşturmaktadır. İyileştirme süreçleri, bir rehber olmakta, hemşirelerin bakım verici ve iyileştirici yönlerinin ortaya çıkmasına yardımcı olmaktadır (Arslan Özkan ve Okumuş, 2012). Modeldeki hemşirelik bakımı uygulamaları, Watson'un 1979 yılında geliştirdiği, 1985 ve 1988 yıllarında güncellediği "İyileştirici/Caritas Süreçleri" doğrultusunda sunulmaktadır. Latince çok güzel, çok anlamlı şeyleri ifade eden "Caritas" kelimesi Türkçe'de "İyileştirici" anlamında kullanılmaktadır. Watson'un hemşirelik uygulamaları kuramı 10 iyileştirici faktörü içermektedir:

1. İnsancıl değerler sistemini oluşturma
2. Kendine ve başkalarına karşı duyarlılık kazanma
3. İnanç ve umut aşılama
4. Pozitif ve negatif duyguların desteklenmesi ve geliştirilmesi
5. Yardım edici- güven verici insan ilişkilerini geliştirme
6. Destekleyici, düzeltici, koruyucu, fiziksel, mental, sosyal ve ruhsal çevre sağlama
7. İnsan ihtiyaçlarını tatmin ederek karşılama
8. Yaratıcı problem çözme yöntemlerinin sistematik kullanımı
9. Kişilerarası öğretme-öğrenmenin teşvik edilmesi
10. Varoluşsal-fenomenolojik-manevi güçlere anlayış gösterme olarak on aşamadan oluşmaktadır (Masters, 2015).

Watson'ın İnsan Bakım Modelinde hemşirelik süreci kişinin bütüncül olarak değerlendirilmesini sağlamaktadır. Bununla birlikte kişinin kendi kendini iyileştirme kapasitesinin artabileceği, bilinçlilik halinin gelişebileceği, bu doğrultuda hasta memnuniyeti ve güvenliğinin yükseleceği temel anlayışına dayanmaktadır (Arslan Özkan ve Okumuş, 2012; Aktaş ve ark., 2020).

İş yerinde şiddet, acil servis hemşirelerinin karşı karşıya olduğu önemli bir sağlık sorunudur. İş yerinde şiddet, hemşirelerin şiddete maruz kalmayı işlerinin bir parçası olarak görmeleri veya fiziksel bir yaralanmanın olmaması gibi faktörler nedeniyle genellikle eksik rapor edilmektedir. İşyerinde şiddetin azaltılması ve ortadan

kaldırılması ile hastalar güvenli ve kaliteli bakım alabilirler. Bu nedenle sağlık bakım kurumlarında hemşire yöneticiler ve eğitimciler, işyeri şiddetinin nedenlerini ve sayısını araştırıp anlayarak, Jean Watson'ın İnsan Bakım Teorisini kullanarak, eğitim uygulayarak durumu akıllıca iyileştirebilirler. Acil servise başvuran hastalar genellikle rahat ve huzurlu olmadıkları için, Jean Watson'ın Kişiler Arası Bakım Teorisi, hastalar veya yakınları saldırgan hale geldiğinde başvurulacak en iyi yol olabilir.

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, acil hemşirelerinin çalışma ortamında maruz kaldıkları şiddet ile mesleğe bağlılık ve işten ayrılma düşüncesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla metodolojik, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir araştırma olarak yürütülmüştür.

1.4. Araştırmanın Hipotezleri

- 1. Hipotez:**“Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği” Türkiye’de hemşirelerin saldırganlık sıklığını algılama düzeyini değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır.
- 2. Hipotez:**Acil servis hemşirelerinin sosyo-demografik ve çalışma yaşamına ilişkin bazı özellikleri çalışma ortamında maruz kaldıkları şiddeti etkiler.
- 3. Hipotez:**Acil servis hemşirelerinin sosyo-demografik ve çalışma yaşamına ilişkin bazı özellikleri mesleğe bağlılık düzeylerini etkiler.
- 4. Hipotez:**Acil servis hemşirelerinin sosyo-demografik ve çalışma yaşamına ilişkin bazı özellikleri işten ayrılma düşüncelerini etkiler.
- 5. Hipotez:**Acil servis hemşirelerinin çalışma ortamında maruz kaldıkları şiddet ile mesleğe bağlılık ve işten ayrılma düşünceleri arasında bir ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şiddet

Şiddet; birey, grup ya da topluluğa sözlü taciz, ölüm, yaralama ve tehdit edici saldırgan davranışların amaçlı olarak uygulanması olarak tanımlanabilir (Saines, 1999; Annagür, 2010). Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (NIOSH) işyerinde şiddeti, “işyerinde veya görevde olan bir kişiye yönelik olarak gerçekleştirilen fiziksel bir saldırı”olarak tanımlamıştır (Abdellah ve Salama, 2017). Bu konuya yönelik literatürde sağlık kurumlarında çalışmanın şiddet olayları için önemli bir risk faktörü olduğu (Swain ve Gale, 2014), sağlık sektöründe saldırganlık ve şiddet olaylarıarttığı için bu durumun tüm dünyada küresel bir endişe haline geldiği (Oud, 2010) ve acilen müdahale edilmesi gerektiği bildirilmiştir (ILO, 2002).

Şiddet ülkelere ve kültürlere göre değişiklik göstermekle birlikte; fiziksel, psikolojik, cinsel, sözel ve ekonomik olmak üzere farklı boyutlarda gerçekleşebilmektedir (Ünlüsoy Dinç, 2010). Amerika’da şiddetin acilen üzerinde durulması gereken bir sağlık durumu olduğu, Avustralya’da şiddetin en sık yaşandığı alanın sağlık sektörü olduğu belirtilmiştir (Jones ve Lyneham, 2001; Ayrancı ve ark., 2006). Finlandiya’da bu konuda yapılan bir çalışmada ise, şiddete maruz kalan meslek grupları sırasıyla polis memurları, gardiyanlar ve psikiyatri hemşireleri olarak sıralanmıştır(Salminen, 1997).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet içeren davranışların görülme sıklığının dünya çapında artmaya devam ettiği, şiddet olayları eksik rapor edildiği için sorunun boyutunun tam olarak ne olduğunun öngörülemediği (Rippon, 2000; Berlanda ve ark., 2019), şiddetin özellikle sağlık kuruluşlarında daha sık yaşandığı bildirilmiştir (Abdellah ve Salama, 2017). Bununla birlikte hastanenin diğer klinikleri ile karşılaştırıldığında, acil serviste bakım verilen hasta sayısı ile hasta sirkülasyonunun oldukça yüksek olduğu, yoğun stres altında çalışan sağlık profesyonellerinin şiddete daha fazla maruz kaldıkları belirtilmiştir (Di Martino, 2002; Ferri ve ark., 2020; Kıymaz ve Mıdık, 2020). Türkiye’de bu konuda yapılan bir çalışmada da, acil serviste çalışan sağlık profesyonellerinin büyük çoğunluğunun iş yeri şiddetiyle karşılaştığı saptanmıştır (Boz ve ark., 2006). İşyerinde yaşanan şiddetin, hem çalışanları hem de kurumu etkilediği, çalışanlarda işle ilgili memnuniyetsizliğe yol açtığı, sunulan hizmet ve

bakımın kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir(Oud, 2010; Akça ve ark., 2014).

Şiddet bireysel, kurumsal ve sistemsal bir çok faktöre bağlı olarak ortaya çıkmakla birlikte şiddetin en önemli nedeninin iletişim yetersizliği olduğu belirtilmektedir (Tjia ve ark., 2009). Literatürde acil serviste karşılaşılan şiddet olaylarının nedenleri, hasta sayısının fazlalığı, çalışan sağlık profesyoneli sayısının azlığı, hasta yakınlarının hızlı hizmet alma beklentisi, hastaların triajı dikkate almadan kendilerine öncelik verilmesini istemesi, bekleme odalarının düzensiz ve kalabalık olması, hasta ve yakınlarının tüm hastalara eşit davranılmadığı yönündeki düşünceleri, hasta ve yakınları ile sağlık bakım profesyonelleri arasındaki anlaşmazlıklar, acil müdahale bekleyen hasta ve yakınlarının endişe ve kaygı düzeyi yüksekliği olarak bildirilmiştir (Saines, 1999; Bilgin ve Buzlu, 2006; Stathopoulou, 2007; Shoghi ve ark., 2008; Akça ve ark., 2014; Gültekin ve ark., 2018; Kıymaz ve Mıdık, 2020).

Bununla birlikte işyeri şiddeti mesleki yönden tehlike oluşturduğu için günümüzde iş yeri şiddeti ve saldırganlığının önem kazandığı; alınmış tüm önlem ve önerilere karşın sağlık bakım profesyonellerine yönelik şiddet olaylarının artmaya devam ettiği, bu nedenle sağlık bakım profesyonellerinin şiddet yönünden risk altında olduğu vurgulanmıştır (Ayrancı ve ark., 2002; Shoghi ve ark., 2008). Shoghi ve arkadaşlarının (2008) İran'da yapmış oldukları bir çalışmada, altı aylık dönemde hemşirelerin %87,4'ünün sözlü saldırıya uğradığı, buna karşın vakaların sadece %35,9'unun rapor edildiği belirlenmiştir. Acquadro Maran ve arkadaşlarının (2018) İtalya'da sağlık bakım profesyonelleri üzerinde yürütmüş oldukları diğer bir çalışmada, şiddete uğrayanların yalnızca üçte birinin maruz kaldıkları şiddeti rapor ettikleri saptanmıştır.

Sağlık çalışanlarının yaşamış oldukları şiddet olayı sayısı daha yüksek olmasına karşın, hemşirelerin yalnızca %30'unun bu durumu rapor ettiği, bu tutumun sağlık çalışanlarının şiddeti "işlerinin bir parçası" olarak görmelerinden kaynaklanabileceği bildirilmektedir (Rosenman, 2006; Akca ve ark., 2014; Kıymaz ve Mıdık, 2020). Diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de, Sağlık Bakanlığı sağlıkta yaşanan şiddeti önlemek ve sağlık çalışanlarının güvenliğini sağlamak için önlemler almaya ve yasal düzenlemeler yapmaya önem vermektedir. Bu doğrultuda Beyaz Kod (BK) Çağrı Sistemi uygulaması başlatılarak sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını takip

etmek için 7 gün 24 saat hizmet verebilecek Beyaz Kod Çağrı sistemi oluşturulmuştur (Eğici ve Öztürk, 2018).

2.2. Şiddet Türleri

2.2.1. Fiziksel Şiddet

Fiziksel şiddet, kişinin yaralanmasına yada ölümüne neden olabilecek düzeyde bilerek ve isteyerek yapılan davranışlardır. Bununla birlikte fiziksel şiddet, kişinin bedensel bütünlüğüne sert ve acı verici bir şekilde dışarıdan yöneltilen fiziksel güç kullanımı olarak da tanımlanabilmektedir (Di Martino, 2002; Carmi-Iluz ve ark., 2005; Magnavita ve Heponiemi, 2012; Bahadır, 2017). Fiziksel şiddet, güçlü olan kişinin güçsüz olan kişiye gerçekleştirdiği bir eylemdir (Bahadır, 2017). Isırmak, itmek, yumruklamak, tokat atmak, yüze yakıcı madde dökmek, boğmaya çalışmak, silahla vurmak ve işkence yapmak gibi davranışlar fiziksel şiddete örnek olarak verilebilir (Avcı Uzun, 2013; Acquadro Maran ve ark., 2018).

Toplumda görülen şiddet olayları, şiddet eylemini gerçekleştiren kişinin yaş, eğitim düzeyi, cinsiyet ve mesleki pozisyonuna göre farklılık gösterebilir (Bahadır, 2017). Şiddeti bir kontrol mekanizması olarak benimseyen, fiziksel şiddeti örnek alan, çocuk yaşta istismara maruz kalan, aşırı alkol kullanan ve madde bağımlılığı olan kişilerin fiziksel şiddet uygulama potansiyelinin oldukça yüksek olduğu belirtilmektedir (Avcı Uzun, 2013). Sağlık çalışanlarına yönelik fiziksel şiddet oranları WHO, ILO ve ICN'nin 2002 yılında yayınlamış olduğu ortak raporda %3-%17; bu konuda yapılan bazı çalışmalarda ise %35 ile %71 arasında değiştiği bildirilmiştir (Chen ve ark., 2008; Hahn ve ark., 2010). İngiltere'de bu konuda yapılan diğer bir çalışmada sağlık profesyonellerinin %27'sinin son bir yıl içerisinde fiziksel saldırıya maruz kaldıkları belirlenmiştir (Winstanley ve Whittington, 2004).

2.2.2. Sözel Şiddet

Dünyada ve ülkemizde en fazla maruz kalınan şiddet türünün sözel şiddet olduğu bildirilmiştir (Fernandes ve ark., 1999; Öztunç, 2001; Gökçe ve Dündar, 2008; Hahn ve ark., 2010). Sözel şiddet, kişiye yada mesleğine hakaret, küfür, yüksek sesle aşağılayıcı tarzda sözler söyleme; karşısındaki kişiyi incitme, baskılayıcı, tehditkar yada suçlayıcı ifade kullanmadır. Sözel şiddet, karşı tarafın kendisini aşağılanmış, değer kaybetmiş hissetmesine neden olabilir. Sözel şiddet fiziksel olarak hiçbir yara izi bırakmamasına

karşın, kişiyi duygusal boyutta olumsuz yönde etkileyebilir (Carmi-Iluz ve ark., 2005; Ünlüsoy Dinçer, 2010). Kontrol gereksinimi, gücün kötüye kullanımı, taraflar arasındaki uyumsuzluk; sözel şiddetin nedenleri arasında sayılabilir (Altıntaş, 2006).Zampieron ve arkadaşları (2010) sözel şiddetin en fazla karşılaşılan şiddet türü olduğunu; Speroni ve arkadaşları da (2014) hemşirelerin işyerlerinde sözel şiddete oldukça fazla maruz kaldıklarını bildirmişlerdir.Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada, diğer meslek üyeleriyle karşılaştırıldığında, sözel şiddete maruz kalan sağlık profesyonellerinin stres düzeylerinin yüksek olduğu ve bu kişilerde psikolojik rahatsızlıkların oldukça sık görüldüğü bildirilmiştir (Magnavita ve Heponiemi, 2012).

2.2.3. Psikolojik (Duygusal) Şiddet

Psikolojik şiddet, fiziksel bir eylem uygulamaksızın kişide fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki ve sosyal zararlar sonuçlanan, bir kişiye yada topluma karşı kasıtlı olarak uygulanan eylemler topluluğu olarak tanımlanabilir (Krug, 2002). Bağırmak, azarlamak, korkutmak, tehdit etmek, lakap takmak, aşığılamak, sözünü kesmek, alay etmek, gururunu inciltecek tarzda sözlü davranışlar sergilemek gibi tutum ve davranışlar psikolojik şiddete örnek olarak verilebilir (Arıkan, 2019).Kendisini baskı ve tehdit altında hisseden ve psikolojik şiddete uğramış olan kişilerde, psikolojik şiddetin etkisine bağlı olarak fizyolojik rahatsızlıklar gelişebilir (Öztaş, 2018).

İşyerinde saldırganlık üzerine yapılan araştırmalarda, psikolojik şiddete maruz kalan kişilerde uyku bozukluğu, baş ağrısı, depresyon, anksiyete ve gastrointestinal sisteme yönelik şikayetler görüldüğü bildirilmektedir (Rogers ve Kelloway, 1997; Schat ve Kelloway, 2000; Parent-Thirion ve ark., 2007; Magnavita ve Heponiemi, 2012; Shi ve ark., 2020). Bununla birlikte kişilerin psikolojik şiddete fiziksel şiddetten daha çok maruz kaldıkları (Chen ve ark., 2004), psikolojik şiddetin neden olduğu psikolojik ve psikosomatik etkilerin fiziksel şiddetten daha tehlikeli olabileceği belirtilmektedir (Akça ve ark., 2014; Li ve ark., 2018).

2.2.4. Cinsel (Seksüel) Şiddet

Cinsel şiddet, tüm dünyada yaygın olarak görülen, insana yönelik olarak gerçekleştirilen en ağır suçlardan da biri olmakla birlikte şiddetin en sinsi uygulanan biçimidir. Bununla birlikte cinsel şiddet,hemşirelik gibi kadın sayısının fazla olduğu mesleklerde daha fazla gözlemlenen, önemli bir toplum sağlığı problemidir(Sarıbıyık,

2012; Weinberger, 2016). Cinsel şiddet, kişinin rızası olmadığı halde güç, baskı ve tehdit uygulayarak, dokunarak ve öperek cinsel aktiviteye zorlamak vecinsel içerikli sözel ifadeler kullanmaktır (Köse ve Beşer, 2007). Cinsel şiddet genellikle sözel, psikolojik ve fiziksel şiddetle bazen de ölümlerle sonuçlanabilir (Sarıbyık, 2012; Yeşilbaş, 2016). Cinsel şiddete maruz kalan kişilerde utanma, korku, aşağılanma duygusu, kızgınlık, öfke, ağlama nöbetleri, iş performansı ve verimliliğinde azalma ve düşünce dağınıklığı gelişebilir (Chappell ve Di Martino, 2006).

2.2.5. Ekonomik Şiddet

Ekonomik şiddet ülkelerin kalkınmasını engelleyen en önemli faktörlerden biri olmakla birlikte, dünyada yaklaşık olarak 1,5 milyar kişinin yoksulluk yaşadığı ve ekonomik şiddetten en çok kadınların (%70) etkilendiği bildirilmektedir (Tokgöz, 2019). Ekonomik şiddete maruz kalan kişilerde psikolojik problemler gözlemlenebilir. Stres düzeyi yüksekliğine bağlı olarak kişi öfkeli ve saldırgan davranışlar sergileyebilir (Işiker, 2011). Bununla birlikte cinsiyet boyutunda değerlendirildiğinde ise, kadınlara yönelik ekonomik şiddet; kadınların para harcamalarına izin verilmemesi, rızaları olmadığı halde istemedikleri işlerde zorla çalışmalarının istenmesi, ekonomik yatırımlarının ellerinden alınması ve mali konularda düşüncelerinin sorulmaması şeklinde gözlemlenebilir (Tokgöz, 2019).

2.3. Şiddete Neden Olan Faktörler

Dünyada her gün yaklaşık olarak 4400 kişinin kasıtlı olarak uygulanan şiddet sonrası hayatını kaybettikleri belirtilmektedir (Krug ve ark., 2002). Bununla birlikte ülkemizde ve dünyada şiddet ve saldırganlığın nedenlerini araştıran birçok araştırmada, yaşanan şiddet olaylarının ekonomik, psikolojik ve toplumsal kaynaklı olduğu bildirilmektedir (Chen ve ark., 2004; Lau ve ark., 2012; Sönmez ve ark., 2013). Sağlık hizmeti veren kurumlarda yapılan işin niteliğinin, çevre şartlarının ve şiddete başvuran kişilerin sahip olduğu duygu-durum özelliklerinin, şiddet davranışlarını etkilediği belirtilmektedir. Şiddet tek başına gelişen bireysel bir olgu olmadığı için sadece şiddeti uygulayan kişi değil, şiddetin olduğu ortamdaki kültür ve etkileşim de göz önünde bulundurulmalıdır (Duğan, 2015). Şiddete neden olan faktörler biyolojik, psikolojik, çevresel ve sosyokültürel faktörler olmak üzere dört grupta incelenebilir.

2.3.1. Biyolojik Faktörler

Cinsiyet ve hormonal farklılıkların şiddetle ilişkili biyolojik faktörler olduğu, dünya genelinde erkeklerin kadınlarla karşılaştırıldığında daha fazla saldırgan davranışlar sergilediği, erkeklerin saldırgan davranışlar göstermelerinde androjenlerin rolünün olabileceği bildirilmektedir (Türkmenoğlu, 2014). Coccaro ve arkadaşları da (1997) sözel saldırganlık uygulayanların %28'inde, doğrudan fiziksel saldırganlık uygulayanların %47'sinde, dolaylı fiziksel saldırganlık uygulayanların %40'ında genetik geçişin etkili olabileceğini belirtmişlerdir. Diğer yandan bu konudaki literatürde, kullanılan ilaçların ve bağımlılık yapan maddelerin saldırgan davranışlar gösterilmesine neden olabileceği, uyuşturucu ve alkol gibi maddelerin saldırgan davranışların artmasına, kaygı giderici ilaçların ise saldırgan davranışların azalmasına neden olabileceği, kişinin hem kendine hem de çevresine karşı şiddet davranışı sergileyebileceği bildirilmektedir (Türkmenoğlu, 2014). Bununla birlikte kendine veya çevreye yönelik şiddet davranışı gelişiminde nörotransmitter serotonin metabolizmasının etkili olabileceği belirtilmektedir. Yaşanan cinayet olayları sonrası suçlular üzerinde yapılan bir çalışmada, suçlu bireylerin beyin omurilik sıvısındaki hidroksindolasetik asit düzeyinin diğer sağlıklı bireylerden daha düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir (Hatunoğlu ve Kılılı, 2014).

2.3.2. Psikolojik Faktörler

Bireyin yaşamış olduğu olumsuz olaylar kişilik gelişimini etkileyerek çatışma yaşanmasına neden olabilir (Hatunoğlu ve Kılılı, 2014). Nitekim bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, aile içi şiddete tanık olmuş olan çocukların, tanık olmayan çocuklarla karşılaştırıldığında olumsuz davranışları daha fazla sergiledikleri ve yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde birer şiddet uygulayıcısı haline geldikleri bildirilmiştir (Kitzmann ve ark., 2003). Türkiye'de 235 hükümlüyü inceleyen bir çalışmada, 15-18 yaş arası gençlerin bir çoğunun gasp, yaralama, cinayet gibi fiziksel şiddet nedeniyle ceza aldığı, %66'sında suçların tekrar edildiği, %76,2'sinin çocukluk döneminde yoğun fiziksel şiddete maruz kaldığı, şiddete tanık olan kişilerin daha çok şiddet uyguladığı saptanmıştır (Yalçın ve Erdoğan, 2013). Ayrıca ailenin sosyal yönden izole olmasının ve sosyal destek yoksunluğu yaşamasının önemli olduğu (Heitmeyer ve Hagan, 2005),

engellenmişlik ve yoksunluğun şiddet eğilimini ortaya çıkaran önemli bir risk faktörü olduğu vurgulanmıştır (Haskan ve Yıldırım, 2012).

2.3.3. Çevresel Faktörler

Toplum içerisindeki şiddet eylemlerine kavga, aile içi şiddet, gasp, cinayet, tecavüz, yaralama, soygun, darp etme, dövme örnek olarak verilebilir. Çevresel faktörlerin şiddet davranışı üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalarda, şiddet davranışı uygulayan kişilerin izledikleri şiddet görüntülerinden etkilendikleri, medya şiddetine maruz kalan kişilerde agresif davranışlar geliştiği belirlenmiştir (Felson ve ark.,1994). Bununla birlikte insanların silahlara kolay bir şekilde ulaşabilmesinin şiddet olasılığını arttırdığı, silah bulundurmaya yönelik kültürel unsurların herhangi bir tartışma anında silaha ulaşma ve kullanmayı hızlandırdığı bildirilmiştir (Stolzenberg ve D'alessio, 2000).

2.3.4. Sosyokültürel Faktörler

Sosyolojik yönden şiddet eylemi; toplumsal yapı, hayat tarzı, değerler, kişilerarası ilişkiler ve sosyalleşme süreci ile yakından ilişkilidir (Büyükbayram ve Okçay, 2013). Bu nedenle şiddet terimi açıklanırken sosyal öğrenme teorisinden yararlanılmaktadır. Wolfgang ve Ferracuti (1982)'nin geliştirmiş olduğu “şiddet alt-kültürü” kuramında da, şiddet eyleminin kişinin hayat tarzı, kişiler arası ilişki biçimi ve sosyalleşme süreci ile yakından ilişkili olduğu bildirilmiştir. Şiddet alt-kültürünün üyesi olan bireyler yaşadıkları problemleri çözmeye çalışırken şiddet kullanmayı tercih edebilirler (Kızmaz, 2006). Bununla birlikte alkol ve uyuşturucu kullanımının da şiddete yönelimi artırabileceği bildirilmektedir (Parker ve Auerhahn, 1998).

2.4. Sağlık Bakım Profesyonellerine Yönelik Şiddet

Hemşire, ebe, doktor, eczacı, diyetisyen, fizyoterapist vb. meslek üyelerinden oluşan sağlık ekibi üyeleri, hizmet sundukları sağlık bakım kurumunda “hasta yada hasta yakınlarının şiddetine maruz kalabilmektedir (Büyükbayram ve Okçay, 2013; Li ve ark., 2018). Diğer meslek grupları ile karşılaştırıldığında çalışma şartları son derece zor olan, hasta ve yakınları ile doğrudan iletişim halinde bulunan sağlık bakım profesyonellerinin şiddetin en önemli hedefi oldukları belirtilmektedir (Lee, 2006; Çamcı ve Kutlu, 2011; Ünsal Atan ve Dönmez, 2011; Al ve ark., 2012). Özellikle de sağlık ekibinin büyük çoğunluğunu oluşturan, hasta ve yakınları ile 7 gün 24 saat

birlikteolan hemşirelerin sözel ve fiziksel şiddete yoğun bir şekilde maruz kaldıkları bildirilmektedir (Hahn ve ark., 2010; Ladika, 2018).

2.4.1. Sağlık Bakım Profesyonellerine Yönelik Şiddetin Nedenleri

Şiddetin kaynağını belirlemeye yönelik olarak yapılan çalışmalarda, şiddet uygulayıcıları hasta, hasta yakını, doktor, hemşire ve yöneticiler olarak bildirilmiştir. Şiddetin nedenleri ise iletişim yetersizliği, bekleme süresinin uzun olması, tedavi maliyetinin yüksek olması, alınan hizmet ve tedaviye ilişkin memnuniyetsizlik, tedavi alan bireyin yaşamının sonlanması, çalışma yada klinik ortamın stresli olması olarak sıralanmıştır (Wu ve ark., 2012). Özcan ve arkadaşlarının (2011) sağlıkta şiddetin nedenlerini inceledikleri bir çalışmada da, kişilerin eğitim düzeyinin düşük olmasının, kurallara uyulmamasının, hemşirenin zamanının sınırlı olmasının, hasta ve yakınlarının bakım beklentilerinin yüksek olmasının, çalışan personel sayısının az olmasının, çalışma saatlerinin uzun olmasının, sağlık profesyonellerinin uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgun olmasının, iletişim sorunları yaşanmasının şiddete katkıda bulunduğu bildirilmiştir. Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada ise sağlık bakım profesyonelleri ile hastalar veya ziyaretçiler arasındaki şiddet nedenleri; iletişim yetersizliği, yanlış anlaşılmalara, bilgi paylaşımındaki yetersizlik, güven eksikliği, hasta ve yakınlarının gerçekçi olmayan beklentileri, tedavi sürecine ilişkin memnuniyetsizlik, sağlık profesyonelleri ile yaşanan anlaşmazlık ve hasta uyumunun iyi olmaması olarak belirlenmiştir (Berlanda ve ark., 2019).

2.4.2. Şiddetin Sağlık Bakım Profesyonelleri Üzerindeki Etkileri

İşyerinde şiddete maruz kalan kişilerin çaresizlik hissettiği, yaşanan bu çaresizlik hissinin şiddet eyleminin türüne göre değiştiği (Talas ve ark., 2011), sağlık profesyonellerinin yaşamış oldukları şiddet sonucu tükenmişlik ve iş yaşamında verimsizlik yaşandığı saptanmıştır (Bıçkıcı, 2013). Bununla birlikte yaşanan şiddet olayı sonrası, sağlık profesyonellerinin %18,9'unun meslektaşlarıyla bu konuyu konuştuğu, %15,7'sinin aile ve arkadaşlarıyla duygularını paylaştığı, %15,4'ünün hiçbir şey yapmadığı veya hiçbir şey olmamış gibi davrandığı, %2,2'sinin yasal yola başvurduğu ve polisten yardım aldığı saptanmıştır. Aynı çalışmada şiddete maruz kalan sağlık profesyonellerinin şiddet içeren eylemi görmezden gelmeyi ya da reddetmeyi tercih ettikleri vurgulanmıştır (Aytaç ve ark., 2011).

Boafo (2018)'nin çalışmasında ise hemşirelerin %52,7'sinin sözlü tacize uğradığı, %9'unun fiziksel şiddete maruz kaldığı ve işyerinde yaşamış oldukları şiddet nedeniyle kendilerini güvende hissetmedikleri saptanmıştır. Sağlık profesyonellerinin şiddete maruz kalması; mesleki yeteneklerine olan güvende azalmaya, hatalı ve yanlış uygulamalara, en önemlisi de sağlık sisteminin kalite ve verimliliğinde azalmaya neden olabilmektedir (Berlanda ve ark.,2019). Saldırıya maruz kalan sağlık bakım profesyonellerinin, hastaların bakım ihtiyaçlarını anlayabilme ve karşılayabilme becerileri azalmakta, bazen tükenmişliğe neden olmaktadır (D'Ettorre ve ark., 2018).

Gates ve arkadaşlarının (2011) yapmış oldukları çalışmada, hemşirelerin %94'ünün yaşadıkları şiddet olayı sonrası en az bir kez stres bozukluğu semptomu yaşadığı, fiziksel şiddetin bilişsel yeteneği olumsuz yönde etkilediği ve %17'sinin bu durum ile ilgili acı ve ıstırap çektiği belirlenmiştir. Bununla birlikte işyeri şiddetine maruz kalan hemşirelerin %21,8'inin, hekimlerin ise %26,4'ünün hastalar ve yakınları ile teması en aza indirdiği; hasta bakımında ise hemşirelerin %8,2'sinin ve hekimlerin %11,8'inin tıbbi riskler içerebilecek kararları almaktan kaçındığı saptanmıştır (Hamdan, 2015).

2.4.3. Sağlık Bakım Profesyonellerine Yönelik Şiddeti Önleme Uygulamaları ve Yasal Düzenlemeler

Sağlık bakım kurumlarında şiddeti önlemek için, şiddetin türüne bakılmaksızın yaşanan tüm şiddet olaylarının suç sayılması, gerekli yasal düzenlemelerin yapılması ve şiddetin hoş görülmediği bir kurum kültürü oluşturulması önerilmektedir (Dursun, 2012). Bu doğrultuda işyerinde yaşanan şiddeti azaltmak ve önlemek için, hasta/hasta yakını risk değerlendirmesi yapılabilir. Saldırganlık yönetimi ile ilgili eğitimler verilebilir. Şiddet olaylarını raporlamanın önemi konusunda sağlık bakım profesyonellerinin farkındalığı artırılabilir (Morphet ve ark., 2018). Nitekim bu konuda yapılan bir çalışmada, idari kontrollerin, çevresel düzenlemelerin, kayıt tutma ve değerlendirmenin, eğitim-öğretimin, şiddeti azaltmada son derece yararlı olabileceği bildirilmiştir (Adamson ve ark., 2009).

Diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti önlemek amacıyla çeşitli çalışmalar yürütülmektedir (Devebakan, 2007). 28.04.2012 tarih ve 28277 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı

İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” bu çalışmalara bir örnek olarak verilebilir. İlgili yönetmelikte şiddete maruz kalan sağlık profesyonellerine hukuki yardım yapılması gerektiği bildirilmektedir. Ayrıca hastanelerde beyaz kod uygulanmakta, olası bir kavga, taciz ve tehdit durumunda, olay yerine en yakın güvenlik görevlileri çağrılmakta, durum kayıt altına alınarak hukuki süreç başlatılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012). Bununla birlikte sağlık kurumlarında şiddeti önlemeye yönelik olarak oryantasyon ve hizmet içi eğitimler düzenlenmekte, bu eğitimler kapsamında iletişim teknikleri, öfke kontrolü, sağlık hukuku, risk değerlendirmesi ve risk yönetimi konularına yer verilmektedir (Yavuz, 2014). Nitekim bu konuda yapılan bir çalışmada, çalışanlara verilecek eğitimin günlük hizmet verilen hasta sayısını optimize ederek saldırgan davranışların nedenlerini azaltabileceği bildirilmiştir (De Jager ve ark., 2019).

İlhan ve arkadaşlarının (2013) sağlık bakım kurumuna başvuran 18 yaş ve üstü kişiler üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada, katılımcıların yaklaşık olarak %70’inin sağlık çalışanlarına şiddet uygulayanların ceza almadıklarını belirttikleri, %79,0’ının sağlık bakım profesyonellerine yönelik olarak gerçekleşen şiddetin önlenebileceğini düşündükleri, şiddetin önlenmesi için %68,4’ünün yasal düzenlemeler yapılmasını ve %66,7’sinin halka yönelik eğitimler verilmesini önerdikleri saptanmıştır. Şiddet olaylarının tümünün eksiksiz olarak bildirimini sağlanması, bu olayların meydana geliş nedenlerinin araştırılması, güvenlik ve koruma sistemlerinin oluşturulması, fiziki düzenlemelerin yapılması, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, kamu spotları ile toplumun bu konuya ilişkin farkındalığının artırılması ve sağlık profesyonellerinin özlük haklarının korunması son derece önemlidir (Khun, 1999; Büyükbayram ve Okçay, 2013; Doğanay, 2014).

Sağlık bakım profesyonellerinin iletişim becerilerinin artırılmasının, bütün sivil toplum kuruluşlarından destek alınarak afiş, kamu spotu, broşür hazırlanmasının, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından uyarı amaçlı afişler (Örneğin; “*Yasal uyarı: Sağlık Personeline uygulanan şiddet sonucunda; uygulayan Türk Ceza Kanunu’nun 131-1. Maddesi tarafından yargılanır.*”) hazırlanarak hastaların görebilecekleri yerlere asılmasının toplumun bu konuya ilişkin farkındalığını arttırmada yararlı olabileceği bildirilmektedir (Doğanay, 2014).

2.5. Mesleğe Bağlılık

Bağlılık, inanılan bir şeye zaman ve enerji ayırmaya istekli olma, kendini entelektüel ya da duygusal anlamda bir eylem tarzına bağlama olarak tanımlanabilir (Siraneh ve ark, 2018). Mesleki bağlılık ise çalışanların mesleklerine ilişkin tutum, davranışları ile mesleki sorumluluklarını üstlenmelerini ifade etmektedir (Wang ve ark., 2011). Bu doğrultuda mesleki bağlılık, profesyonellikte söz vermenin ötesinde, bireylerin mesleklerine karşı bakış açıları ile işlerinde kalmak için hissettikleri motivasyonlarına vurgu yapar (Gallagher ve Mclean Parks, 2001). Mesleki bağlılık, mesleki değerleri ve hedefleri kabul etmeyi gerektirir. Bununla birlikte mesleğe ait kuruluşlara üyeliği ve kariyeriyle gurur duymaya işaret eder (Barac ve ark., 2018).

Hemşirelikte mesleki bağlılık, “hemşire olarak kalma ve çalışmaya devam etme niyeti” olarak tanımlanmakla beraber mesleğe dahil olmak, kariyer gelişimine katkıda bulunmak ve mesleğe karşı sorumluluk hissetmek anlamına gelir (Barac ve ark., 2018). Gardner (1992), hemşirelikte mesleki bağlılığı, “hemşirelik mesleğinde ömür boyu devam edecek kariyer inşa etme isteği” olarak tanımlamaktadır. Bununla birlikte bu konuda yapılan bir çalışmada, mesleki bağlılıkla hemşirelerin mesleği bırakma niyeti arasında orta düzey bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Meyer ve ark., 1993). Sağlık sektörü başta olmak üzere birçok sektörde insan kaynakları yönetiminin ana hedeflerinden biri; çalışanların örgütsel ve mesleki bağlılık düzeyini yükseltmektir. Aynı zamanda mesleki bağlılığın sağlık kurumlarının kalitesi, etkinliği ve performansı üzerinde olumlu bir etkisi olduğu bildirilmektedir (Siraneh ve ark, 2018).

2.5.1. Mesleğe Bağlılığın Önemi ve Sınıflandırılması

Mesleki bağlılık, kişilerin mesleki eğitim süreci ile başlamakta ve meslek hayatı boyunca da artarak devam etmektedir. Hemşirelerindemesleki bağlılıkları temel eğitim süreçleri ile gelişmeye başlamakta ve profesyonel bir sosyalleşme süreci ile devam etmektedir (Derin ve ark., 2017). Bu nedenle mesleki bağlılık dinamik bir süreçtir (Kaya, 2012). Bu konuda yapılan bir çalışmada, mesleki bağlılık ile örgüte bağlılık, iş tatmini ve iş performansı arasında pozitif ilişki; mesleki bağlılık ile örgütsel-mesleki iş gücü devri arasında ise negatif bir ilişki belirlendiği bildirilmiştir (Derin ve ark., 2017).

Meyer ve arkadaşları Üç Boyutlu Örgütsel Bağlılık kavramını (Meyer ve Allen, 1991) temel alarak, mesleki bağlılığı duygusal, devamlılık ve normatif olmak üzere üç boyutta tanımlamışlardır. Üç mesleki bağlılık şekli de bireyin meslekte kalmasına işaret etmekte ve meslekte kalma isteğinin derecesi bağlılığın türüne göre değişebilmektedir (Tak ve Aydemir Çiftçioğlu, 2009). Duygusal mesleki bağlılıkta; mesleğine duygusal yönden bağlı olan kişilerin mesleki gelişime çok daha fazla önem verdikleri, mesleki yayınları takip ettikleri, meslekleri ile ilgili seminer ya da konferanslara katıldıkları ve mesleki anlamda kendilerini geliştiren bilimsel çalışmalarını takip ettikleri bildirilmektedir (Meyer ve ark., 1993). Normatif mesleki bağlılıkta ise kişi meslekte kalmayı bir yükümlülük olarak görebilmektedir. Kişinin ailesinde aynı meslek grubundan kişiler olması ya da kişinin kariyer gelişiminde finansal yönden desteklenmesi normatif mesleki bağlılığın gelişmesini etkileyebilmektedir (Meyer ve ark., 1993). Mesleki devamlılık bağlılığında ise; kişiler mesleğinden ayrılmanın maliyetini ya da meslekte kalmanın faydalarını düşünerek bağlılık geliştirirler. Bu doğrultuda kişi zorunluluklar nedeniyle mesleğinde kalmayı sürdürebilir (Meyer ve ark., 1993).

2.5.2. Mesleğe Bağlılığı Etkileyen Faktörler

Günümüzde tıp ve teknolojiadaki gelişmelere bağlı olarak yaşam süresinin uzaması, toplumun sağlık hizmetlerine ilişkin beklentilerinin artması, yüksek kalitede standartlara ihtiyaç duyulması ve hasta haklarının önem kazanması sağlık kuruluşlarının doğasını etkileyen faktörlere örnek olarak verilebilir (García-Moyano ve ark., 2019). Bu konudaki literatürde mesleki bağlılığı etkileyen faktörler ise cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, deneyim, meslek, kıdem, çalışılan kurumun büyüklüğü ve iç yapısı, yönetim tarzı, yapılan işin niteliği, rol belirsizliği, kurumsal ödüller, yönetim, denetim, kişilerin mesleki beklentileri ve profesyonelliğe bakış açıları, farklı iş bulma olanakları olarak sıralanmıştır (Aksoy, 2014). Hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada ise sağlıklı yaşam biçimi ile yaşamdan memnuniyet düzeyinin hemşirelerin mesleki bağlılıklarını etkilediği bildirilmiştir (Nemcek ve James, 2007).

Bununla birlikte mesleki bağlılığı kişisel özelliklerden çok organizasyondaki özelliklerin etkilediği (Kaya, 2012), kişinin çalışma yaşantısı içerisinde sürekli kendini geliştirip, diğer meslektaşlarının da mesleki gelişimine katkıda bulunmasının, kişinin

mesleğini daha çok sevip bağlanmasına, huzurlu ve mutlu bir ortamda çalışmasına katkı sağladığı belirtilmiştir (Sabuncuoğlu, 2007). Kişinin yaşamış olduğu iş stresinin de mesleki bağlılık üzerinde önemli bir etkisinin olduğu bildirilmektedir. Diğer yandan sağlık bakım profesyonelleri içerisinde özellikle hemşirelerin yoğun iş yükleri ve çalışma şartlarının ağır olması nedeniyle stres ve duygusal tükenme yaşadıkları, bu durumun mesleki bağlılıklarını etkilediği, bu nedenle hemşirelerin sık sık işten ayrılmayı düşündükleri vurgulanmaktadır (Raižiene ve Endriulaitiene 2007; Şimşek ve Aslan, 2007).

2.6. İşten Ayrılma Niyeti

İşten ayrılma niyeti, işten ayrılma davranışının bir öncülü olarak görülebilir. Bu nedenle işten ayrılma niyetinin, işten ayrılma davranışına etki eden en önemli faktör olduğu söylenebilir (Murrells ve ark., 2008; Polat ve Meydan, 2010). Nantsupawatve arkadaşları (2017) bu konuda yapmış oldukları bir çalışmada, hemşirelerin çalışma ortamı ile işten ayrılma ve tükenmişlik düzeyleri arasında negatif bir ilişki olduğunu, çalışma ortamından memnun olan hemşirelerin işten ayrılma niyetinin daha düşük olduğunu bildirmişlerdir.

Kişinin işinden ayrılmasının ya da ayrılmayı düşünmesinin bir çok nedeni olabilir (Seyhan, 2020). Sağlık bakım profesyonellerinin işten ayrılma niyetini etkileyebilecek faktörler, tehlikeli ve güvencesiz çalışma ortamları, yoğun iş temposu, uzun ve düzensiz çalışma saatleri, duygusal baskılar, rol çatışmaları, personel yetersizliği ve iş stresi olarak sıralanabilir (Hammig, 2018; Sasso ve ark., 2019; Buterakos ve ark., 2020). Hemşireler hasta bakım kalitesinin yükseltilmesinde önemli rol üstlenirler. Bu nedenle hemşirelerin işten ayrılmalarına bağlı olarak gelişen hemşire eksikliği, sağlık bakım sisteminde ciddi sorunlar yaşanmasına neden olabilir (Savgat,2019). Sağlık bakım kurumlarda görev alan ve yıllar geçtikçe mesleki boyutta yıpranan hemşireler, önce çalıştıkları birimden, daha sonra kurumundan, en sonunda da tamamen hemşirelik mesleğinden ayrılmayı düşünebilir (Krausz ve ark., 1995).

Aiken ve arkadaşlarının (2002) İskoçya, Almanya, ABD, Kanada ve İngiltere’de yürüttükleri bir çalışmada, hemşirelerin %16,6-%38,9’unun gelecek bir yıl içerisinde işten ayrılmayı düşündüklerini ve bu oranın 30 yaşından büyüklerde %29,4’ten-%53,7’ye yükseldiğini belirlemişlerdir. Shanghai’daki 2250 hemşirenin katılımıyla

gerçekleştirilen diğerk bir çalışmada, hemşirelerin %40,4'ünün işten ayrılma niyetinde olduğu saptanmıştır (Zhang ve ark., 2014). Heinen ve arkadaşlarının (2013) 10 Avrupa ülkesinde hemşireler üzerinde yürüttükleri bir çalışmada ise, ülkeler arasında %5 ile %17 arasında değişen bir oranda işten ayrılma niyetinin olduğu ortaya çıkarılmıştır. ABD'de yapılan bir çalışmada ise, işten ayrılan her hemşirenin hastaneye 1280 dolar ile 50.000 dolar arasında mali bir kayba neden olduğu vurgulanmıştır (Duygulu ve Abaan, 2007). On Avrupa ülkesinde yapılan bir çalışmada ise hemşirelerin hemşirelik mesleğinden ayrılma niyetlerinin %5 ile % 17 arasında değiştiği bildirilmiştir (Chen ve ark., 2019).

2.7. İşten Ayrılmayı Etkileyen Faktörler

Çalışanların işten ayrılma niyetlerini; demografik özellikleri, performansları, yaşamış oldukları stres, iş doyumunu, personel eksikliği, tükenmişlik, hemşirelik dışı görevler yapılması, işe devamsızlık ve motivasyon eksikliği, yönetim şekli, örgüt yapısı ve kültürü, kişiyle örgüt arasındaki uyumsuzluklar, örgütsel bağlılık, takım çalışması gibi bir çok faktör etkileyebilir (Lee, 1988; Özdevecioğlu, 2004; Yapıcı, 2008; Heinen ve ark., 2013; Sasso ve ark., 2019). Chan ve arkadaşları (2013) işten ayrılma niyetini belirleyen faktörleri bireysel ve örgütsel faktörler olarak kategorize etmişlerdir. Genel olarak işten ayrılma niyetini etkileyen faktörler bireysel faktörler, örgütsel faktörler ve çevresel faktörler olarak da gruplandırılabilir.

2.7.1. Bireysel Faktörler

Bu konudaki literatürde kişinin yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma yılı, tükenmişlik gibi bireysel özelliklerinin işten ayrılma niyetini etkilediği bildirilmektedir (Heinen ve ark., 2013; Leineweber ve ark., 2016). Özellikle genç yaş (Barron ve West, 2005; Flinkman ve ark., 2008) ve erkek hemşire olmanın (Barron ve West, 2005; Heinen ve ark., 2013) işten ayrılma niyeti üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir.

2.7.2. Örgütsel Faktörler

İşten ayrılma niyetini etkileyebilecek örgütsel faktörler; işletmelerin ulaşım olanakları, işin güçlük derecesi, uygunsuz çalışma koşulları, ücretlendirme sistemindeki eksiklikler, çalışanların psikolojik, fizyolojik ve mesleki yönlerden aşırı zorlanmaları, çalışanların kötü yönetimi, vardiyalı çalışma sistemi olarak sıralanabilir (Duffield ve

Franks, 2002; Sjögren ve ark., 2005; Flinkman ve ark., 2008; Tekingündüz ve ark., 2014).

2.7.3. Çevresel Faktörler

İşten ayrılma niyetini etkileyebilecek çevresel faktörlere, refah düzeyinin yükselmesi, otomasyon nedeniyle başka işlere kolayca uyum sağlanabilmesi, başka işlere geçme olanağının artması, kıdem tazminatının yüksek maliyete sahip olması, toplumda farklı meslek gruplarının daha çekici ve cazip görünerek gelecek vaat etmesi, kariyer değişikliği, kendini geliştirme isteği, kişilerin başka bir kurumda daha iyi çalışma olanaklarından yararlanmak istemesi örnek olarak verilebilir (Varol, 2010).

2.8. Ölçek Uyarlama Süreci

Ölçek uyarlama, farklı bir dilde geliştirilip, geçerlik ve güvenirliği test edilerek kanıtlanmış olan ölçeğin diğer bir dil ve kültürde geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapıpı kullanıma hazır hale getirilmesi sürecidir (Öztürk, 2020). Bir ölçek kendi kültürümüze uyarlanmak istendiğinde, alanda bu ölçekle ilgili belirli bir ihtiyacın bulunması, bu ihtiyacı giderecek bir ölçüm aracının olmaması yada elimizde bulunan ölçüm aracının psikometrik özelliklerinin yetersiz olması gerekmektedir. Ölçme aracı seçilirken, belirlenen ölçüm aracının ölçülmek istenilen niteliği net olarak ölçtüğünden emin olunmalıdır. Ölçme aracı, ölçülmek istenilen niteliği tüm yönleri ile ortaya koyabilecek netlikte olmalıdır (Seçer, 2015).

Ölçek uyarlaması dikkatli çalışılması gereken, birden fazla araştırmacının çabasıyla gerçekleşen, uzun ve zorlu bir süreçtir (Akbaş ve Korkmaz, 2007). Her toplumda duygu, düşünce ve davranışların ifade şekli farklı olduğu için bir ölçeğin farklı bir dilde ve kültürde kullanılabilmesi, ölçeğin uyarlandığı kültüre ne derece uygun olduğuna bağlıdır. Aynı zamanda uyarlanacak olan ölçeğin o kültürün, psikometrik özelliklerini yansıtmada ne derece yeterli olacağı da önemlidir (Akbaş ve Korkmaz,2007; Deniz, 2007).

Ölçek uyarlama sürecinin en olumsuz yönü, başka bir dilde ve kültürde geliştirilmiş olan bir ölçme aracının Türk kültürel yapısına uygun olmama ihtimalinin bulunmasıdır. Ölçek uyarlama sürecinde en sık karşılaşılan problemlerden bir diğeride ölçeğin orijinal formundaki faktör yapısı ve kesme noktasının, uyarlanacak olan kültüre

göre değişiklik göstermesidir. Bu durum farklı bir dil ve kültürde geliştirilmiş olan ölçeğin başka bir dil ve kültür ile birebir uyuşmamasından kaynaklanabilmektedir.

Ölçek uyarlama sürecinde dilsel eşdeğerliğinin sağlanması oldukça zorlu bir süreçtir (Karakoç ve Dönmez,2014; Seçer, 2018). Dilsel eşdeğerliğinin sağlanması aşamasında, alanında uzman kişilerin yanısıra birden fazla yabancı dil uzmanı ile Türkçe dil uzmanının sürece katılması ve ortak bir görüşü benimsemesi, ölçeğin standardizasyonunun sağlanması açısından oldukça önemlidir (Seçer, 2018). Yeni bir ölçek geliştirmekle karşılaştırıldığında mevcut ölçeği kendi kültürümüze uyarlamak, daha az maliyet ve daha az zaman gerektirmektedir. Aynı zamanda uzmanlık bilgisinin yetersiz kaldığı durumlarda, yeni ölçek geliştirmek yerine uyarlama yapmanın daha kabul edilebilir olduğu söylenebilir. Bununla birlikte uyarlanacak olan ölçeğin orijinal formunun iyi bilindiği durumlarda, yeni geliştirilecek olan ölçeğe duyulacak güven de bazen azalabilmektedir (Deniz, 2007; Karakoç ve Dönmez, 2014).

2.8.1. Geçerlik

Geçerlik, ölçme aracının ölçmeyi planladığı özelliği, farklı bir özellik karıştırmadan doğru olarak ölçebilmesidir (Yeşil, 2014). Belirli bir amaç doğrultusunda geçerliliği olduğu belirlenen ölçüm aracının, farklı bir amaç için geçerliliği olmayabilir. Benzer şekilde belirli bir gruba uygulanıp geçerli olabilen bir test, farklı bir gruba uygulandığında geçerlilik sağlamayabilir. Geçerliğin amacı ölçülmek istenen niteliğin doğru ölçülmesini sağlamaktır. Ölçüm aracı hangi amaç doğrultusunda geliştirilmişse o amaca uygun şekilde kullanılmalıdır. Ölçüm aracının geçerliğine bakılırken ölçüt geçerliği, yapı geçerliği ve kapsam geçerliği incelenmelidir (Ellez, 2014).

Kapsam geçerliği

Kapsam geçerliği, ölçüm aracının planlanan konuya yönelik amaçları denetleyecek nitelikte olma özelliğidir (Özdamar, 2016). Bir ölçüm aracında ölçülmek istenilen niteliğin tüm özelliklerinin bulunması önemlidir. Ölçüm aracının kapsam geçerliği örneklemin evreni temsil gücü artışına bağlıdır (Sönmez ve Alacapınar, 2016). Bu doğrultuda ölçülmek istenilen niteliği yüksek düzeyde ölçebilen ölçüm araçlarının kapsam geçerliliği de yüksek olmaktadır (Seçer, 2018). Kapsam geçerliğinin değerlendirilmesinde farklı yöntemler kullanılmaktadır. Bunlardan ilki uzman görüşüne

başvurma diğeri ise aynı niteliği ölçtüğü bilinen bir ölçekle yeni geliştirilen ölçek arasındaki korelasyon katsayısının hesaplanmasıdır (Ellez, 2014; Alpar, 2018).

Literatürde görüşüne başvurulması gereken uzman sayısının 5 ile 40 arasında değişebileceği ifade edilmektedir. Uzmanlar, ölçeğin hazırlandığı ilgili bilim alanına hâkim, alanı iyi bilen, alan hakkında çalışmaları olan kişilerden oluşmalıdır. Uzmanlar ölçekteki maddelerin ölçülecek özelliği temsil düzeyini belirleyip, maddelerin yeterince açık bir ifadeyle yazılıp yazılmadığını inceleyip, maddelerin hedef kitle tarafından anlaşılabilirlik düzeyini değerlendirmektedir (Alpar, 2018; Özdamar, 2016). Kapsam geçerliği uzmanların görüşlerine dayanan bir yöntem olduğu için uzmanların önerilerine dayanarak gerekirse ölçme aracı yeniden tasarlanır (Gözüm ve Aksayan, 2003). Uzmanların kapsam geçerlik indeksi hesaplamalarında birbirinden bağımsız olarak hareket etmeleri gerekmektedir (Alpar, 2018). Kuramsal anlamda kapsam geçerliği sağlanmamış ölçme aracının yapısal olarak da geçerliği sağlanmamış olmaktadır (Gürbüz ve Şahin, 2018).

Ölçüt Bağıntılı Geçerlik

Ölçüt bağıntılı geçerlik, test edilecek olan ölçüm aracı ile elde edilen bulguların bir dış ölçüt ile karşılaştırma yapılarak test edilmesi işlemidir. Geçerliği ve güvenilirliği ispat edilmiş olan bir ölçüm aracını kendimize ölçüt kabul ederek, yeni geliştirilen ölçüm aracından elde edilmiş bulgulara ait bir karara varma işlemi olarak ifade edilebilir (Seçer, 2015). Değerlendirilen iki ölçüm aracı arasındaki korelasyon katsayısının “0”a yaklaşması geçerliğin düşük olduğunu göstermekte, (+1)’e yaklaşması ise geçerliğin yüksek olduğuna işaret etmektedir (Ellez, 2014). Literatürde yaygın olarak kullanılan iki ölçüt bağıntılı geçerlik, yordama geçerliği ve eş zaman geçerliğidir (Alpar, 2018).

Yordama geçerliği, bir ölçüm aracından alınan puanlarla gelecekte oluşabilecek özellikleri tahmin edebilmeyi ifade etmektedir (Sönmez ve Alacapınar, 2016). Kullanılacak olan ölçeğin yordama geçerliği özelliğinin olabilmesi için korelasyon katsayısının pozitif yönde ve güçlü bir ilişki seviyesinde olması gerekmektedir (Esin, 2015). Burada en önemli problem uygun bir ölçütün bulunmasıdır. Uygun bir ölçüt ise, yordanmaya çalışılan değişkenle aynı özellikte, ölçüm hatalarından arınmış, amacına uygun, geçerli, güvenilir ve kullanışlı olmalıdır (Sönmez ve Alacapınar, 2016). Eş

zaman geçerliği ise uyarlanan ya da geliştirilen ölçüm aracındaki bulguların daha önceden geçerlik ve güvenirliliği kanıtlanmış başka bir ölçütle karşılaştırılmasını ifade eder (Seçer, 2015). Eş zaman geçerliği sonucunda bulunan korelasyon katsayısının yüksek olması beklenmektedir (Esin, 2015).

Yapı Geçerliği

Yapı geçerliği, bir ölçüm aracının ve bunun sonucunda elde edilen puanın ne ifade ettiğini anlama sürecidir (Gözüm ve Aksayan, 2003). Başka bir ifadeyle yapı geçerliği, soyut bir özelliği ölçen testin ölçme derecesi olarak tanımlanmaktadır (Alpar, 2018). Yapı geçerliğini sağlamak için ölçülmek istenen kavramların içeriğinin netleşmesi ve bilinmesi önemlidir (Seçer, 2018). Yapı geçerliğinin belirlenmesinde faktör analizi, hipotez sınanması /mantıksal analiz, bilinen grup ile karşılaştırma, çok değişkenli çok yöntemli matris yaklaşımı olmak üzere farklı dört yöntem kullanılabilir. Bu yöntemler içerisinde en çok kullanılan yöntem faktör analizidir (Karagöz, 2017; Erdoğan ve ark., 2018).

Faktör Analizi, yapı geçerliği ile ilgili veri elde etmek için en çok tercih edilen yöntemlerden biridir (Seçer, 2015). Faktör analizi, ilgili ölçüm aracından elde edilen puanların, ölçülen niteliği yeterince ölçüp ölçmediğini belirlemektedir (Ellez, 2014). Faktör analizinde; birbiriyle ilişkili çok sayıdaki değişken biraraya getirilerek, kavramsal nitelikte anlamlı daha az sayıda faktörler ortaya çıkarılmaktadır. Çok sayıda maddeden oluşan ölçeğin, maddelerdeki benzerliklerine göre alt gruplar altında toplanmasını sağlamaktadır (Seçer, 2015). Faktör analizinde doğrulamayı ve açıklayıcı faktör analizi kullanılmaktadır. Ölçek uyarlama çalışmalarında genellikle ölçekteki maddelerin yapısı hakkında var olan hipotezin sınanması için doğrulamayı faktör analizinden yararlanılmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2003).

Açıklayıcı Faktör Analizi

Açıklayıcı faktör analizi, ölçüm aracında yer alan maddelerin kaç faktör altında toplanacağını ve aralarında nasıl bir ilişki olduğunu belirlemeye çalışmaktadır (Seçer, 2015). Açıklayıcı faktör analizinde madde sayısının beş yada on katı büyüklüğünde örneklem oluşturulması önerilmektedir. Örneklem yeterliliği belirlenirken Kaiser-Meyer-Olkin'in ölçüm tekniğinden faydalanılmaktadır. Elde edilen değerin 1'e yaklaşması örneklem büyüklüğünün yeterliliğine işaret etmektedir. Literatürde

örneklem büyüklüğü için tercih edilen değer değişmekle birlikte, en az 0,70 ya da 0,80 olması gerektiği belirtilmektedir. 0,80-0,90 arası çok iyi olarak kabul edilirken, 0,90 üzeri ise mükemmel olarak tanımlanmaktadır. Bu koşul sağlandıktan sonra Barlett's Test of Sphericity değerinin anlamlılığına bakılarak faktör analizine başlanmaktadır (Sönmez ve Alacapınar, 2016).

Açıklayıcı faktör analizi ile oluşturulan modelin yapı olarak doğruluğunun belirlenmesinde doğrulayıcı faktör analizinden yararlanılmaktadır (Seçer, 2015; Sönmez ve Alacapınar, 2016). Araştırmacının uyarladığı ölçüm aracındaki belirlenen faktörlerle, yurt dışında geliştirilen ölçüm aracındaki faktörlerin birbiri arasındaki uyum düzeyi belirlenmektedir. Bu aşamada yurt dışında geliştirilmiş olan ölçüm aracının yapı geçerliğinin, uyarlanacağı kültürde korunup korunmadığı ortaya çıkarılmaya çalışılmaktadır (Sönmez ve Alacapınar, 2016).

Doğrulayıcı faktör analizi (DFA), çok değişkenli istatistiki süreçlerden biridir. DFA, açıklayıcı faktör analizi (AFA) ile belirlenen yapıların test edilerek geçerliğinin incelenmesini ya da daha önce yapılmış ölçek belirleme sonuçlarını yeni veri yapıları ile denetleme/doğrulama işlevini yerine getirmektedir. Doğrulayıcı faktör analizinde tüm dengelim stratejisi söz konusudur. Bu istatistiksel süreçte, değişkenlerin varsayılan kuramsal yapıya ne derecede uyduğu belirlenmeye çalışılır (Alpar, 2018).

Teorik olarak tanımlanan yapıya göre ölçüm modeli oluşturulmaktadır. Modelin oluşturulmasından sonra DFA yapılır. Metin çıktıları üzerinden model uyum değerleri incelenir. Veri setinin daha önceki yapıyı doğrulayıp doğrulamadığına bakılarak daha iyi uyum değerleri oluşup oluşmadığı kontrol edilir. Analiz değerlerinin faktör yapısını doğrulaması gerekmektedir. Bu doğrultuda faktör yapısı doğrulanan model ile analize devam edilmektedir (Meydan ve Şeşen, 2011). Doğrulayıcı faktör analizi için kullanılan model uyum iyiliği indekslerinde, mutlak uyum indeksleri ve marjinal uyum indeksleri incelenmektedir (Meydan ve Şeşen, 2011).

Marjinal uyum indeksleri, karşılaştırmalı veya göreceli uyum indeksleri olarak da bilinir. Ki-kare ve onun ham formları kullanılmayıp, ki-kare değer temel model ile karşılaştırılır. Bu modellerde sıfır hipotezi, tüm değişkenler arasında ilişki olmadığına işaret eder. Çoğunlukla analiz sonuçlarında en çok raporlanan uyum indeksleri GFI, CFI, NFI ve NNFI'dir. Tablo 2.1.'de ölçek modelin uyum iyiliği değerlerinin kabul edilen tüm eşik değerleri verilmiştir (Meydan ve Şeşen, 2011).

Mutlak uyum indeksleri, öncü modelin örneklem verisine ne düzeyde uyum sağladığını belirlemek amacıyla kullanılmaktadır (McDonald ve Ho, 2002). Önerilen modeller arasında hangisinin daha iyi uyum sağladığı belirlenmektedir. Belirtilen indekslerin model ve veri uyumunda en temel gösterge olduğu kabul edilmektedir. Diğer indekslerdeki hesaplamalarda olduğu gibi bir temel model ile karşılaştırma söz konusu değildir. Modelin başka hiçbir model ile karşılaştırma yapılmadan ne kadar uyum içerisinde olduğunu göstermektedir (Jöreskog ve Sörbom, 1993). Bu kategoride Ki-Kare testi, GFI, RMSEA, IFI, RMR ve SRMR indeksleri bulunmaktadır (McDonald ve Ho, 2002).

Tablo 2.1. Ölçüm modelinin uyum iyiliği değerleri (Meydan ve Şeşen, 2011)

	İyi Uyum Değerleri	Kabul Edilebilir Uyum Değerleri
χ^2/sd	≤ 3	4-5
GFI	$\geq 0,90$	(0,89-0,85)
IFI	$\geq 0,90$	(0,89-0,85)
NFI	$\geq 0,95$	(0,94-0,90)
NNFI (TLI)	$\geq 0,95$	(0,94-0,90)
CFI	$\geq 0,95$	$\geq 0,90$
RMSEA	$\leq 0,05$	(0,06-0,08)
SRMR	$\leq 0,05$	(0,06-0,08)

χ^2/sd : Ki-Kare İstatistiği, GFI: İyi Uyum İndeksi, IFI: Fazlalık Uyum İndeksi, TLI: Trucker-Lewis İndeksi, NFI: Normlaştırılmış Uyum İndeksi, NNFI: Normlaştırılmamış Uyum İndeksi, CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü, SRMR: Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü

Hipotez Sınanması /Mantıksal Analiz

Ölçme aracının diğer ölçme araçlarıyla arasındaki ilişkisinin incelenmesini ifade etmektedir. Araştırmacı, aralarında daha önceden ilişki olacağı çıkarımı ile korelasyon analizi yaparak ilişkilerin düzeyini ve yönünü değerlendirmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2003). Uygulanan testten çıkacak sonuçlara yönelik olarak hipotezler geliştirilmektedir (Erdoğan ve ark., 2018).

Bilinen Grup İle Karşılaştırma

Ölçülecek olan değişken ile aralarında fark olduğu düşünülen gruplara ölçüm aracının uygulanmasıyla, elde edilen puan ortalamalarındaki farkın incelenmesidir. Bilinen grup ile karşılaştırmada, özelliği bilinmeyen grup ile bilinen grup arasındaki

farklılık t- testi ya da varyans analizi yapılarak belirlenmektedir (Erdoğan ve ark., 2018; Karasar, 2018).

Çok Değişkenli Çok Yöntemli Matris Yaklaşımı

Bir testin ölçüm sonuçlarının aynı ya da farklı yapılardaki diğer testlerle nasıl ilişki içerisinde olduğunun belirlenmesi yöntemidir. Çok değişkenli çok yöntemli matris yaklaşımı bir ölçeğin ölçtüğü ve ölçmediği değişkenleri belirlemede önemlidir (Gözüm ve Aksayan, 2003; Şencan, 2005; Erdoğan ve ark., 2018).

2.8.2. Güvenirlik

Ölçüm araçlarında bulunması gereken en temel özellik geçerlik ve güvenirlidir. Bir ölçüm aracının geçerli olabilmesi için mutlaka güvenilir olması gerekirken, güvenilir bir ölçüm aracının her zaman geçerli olması beklenmemektedir (Özdamar, 2016). Güvenirlik, araştırma sonucunun diğer araştırmacılar tarafından da aynı şekilde test edilebilmesini ifade etmektedir (Karasar, 2015). Güvenirlik; tutarlılık, eşdeğerlilik, değişmezlik, yeterlilik, doğruluk ve kararlılığa işaret etmektedir (Erdoğan ve ark., 2018). Ölçekteki madde sayısının az ya da fazla olması, maddelerin hatalı hazırlanması, kolay veya zor olması, katılımcılar tarafından soruların tam olarak anlaşılabilmesi, maddelerin homojen dağılmaması, uygulama ve puanlama safhasında hataların yapılması gibi nedenlerin güvenirliliği olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Seçer, 2018). Güvenirlik kavramı, duyarlılık, tutarlılık ve kararlılık olmak üzere üç farklı anlamda kullanılmaktadır (Ellez, 2014).

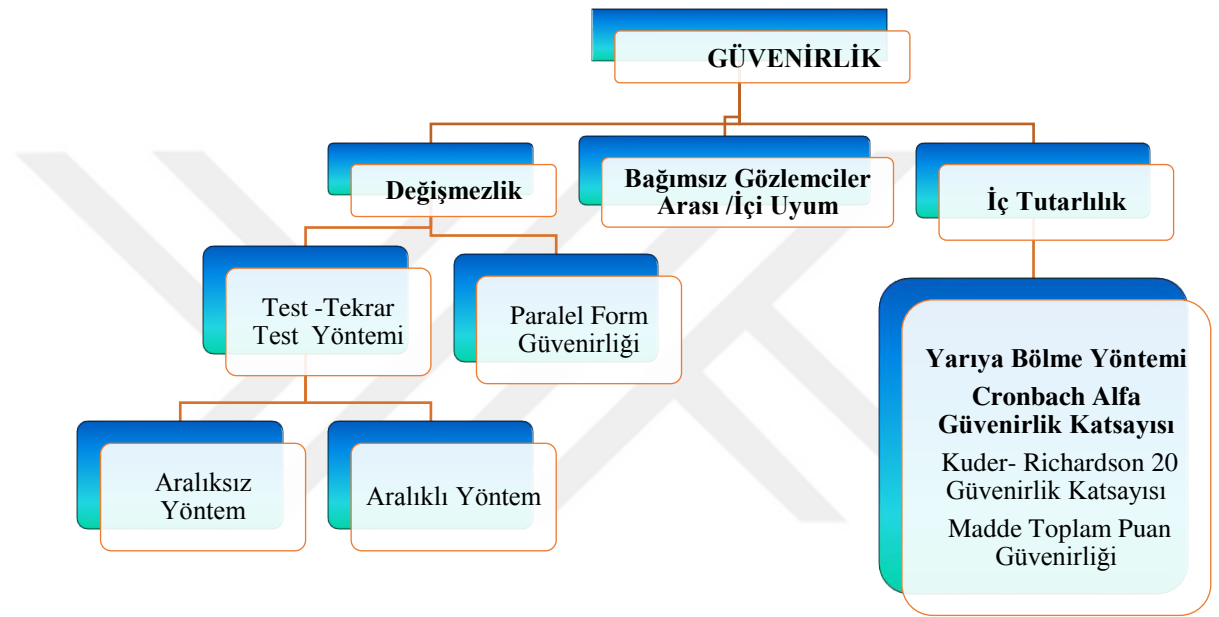
Duyarlılık, ölçüm aracının ölçülmek istenilen niteliği en ince ayrıntısına kadar ölçmesi olarak ifade edilmektedir (Sönmez ve Alacapınar, 2016). Ayrıca ölçüm aracının duyarlılığında, ölçüm aracında yer alan ölçme birimleri küçüldükçe ölçeğin duyarlılığının arttığı belirtilmektedir (Seçer, 2015; Yeşil, 2014).

Tutarlılık, bir özelliğin ya da niteliğin birden fazla ölçülmesi sonucu aynı ya da birbirine çok yakın sonuçların elde edilmesidir (Sönmez ve Alacapınar, 2016).

Kararlılık, bir olgunun aynı ölçek ile farklı zamanlarda ölçülmesi durumunda aynı ölçme sonuçlarının elde edilebilmesidir (Ellez, 2014). İki ölçüm arasında elde edilen sonuçlar benzer olduğunda ölçüm sonuçlarının kararlılığı olduğu düşünülmektedir. İki ölçüm sonucu birbirinden farklılık gösterdiğinde, ölçüm sonuçlarından şüphe duyulmaktadır (Seçer, 2015).

Güvenirlilik Yöntemleri

Güvenirlilik ölçülebilen bir değeri ifade eder. Güvenirlilik ve derecesi, güvenirlilik katsayısı ile belirlenir (Karagöz, 2017; Özdamar, 2018). Güvenirlilik belirlenirken, aynı nesnelere arasındaki iki ölçümde ilişkinin derecesi (korelasyonu) puanlanır (Karagöz, 2017). Güvenirlilik Katsayısı α ile gösterilip, değerin 0 ile +1 arasında olması beklenmektedir. Güvenirlilik katsayı değeri +1'e yaklaştıkça, güvenirliliğin yüksek olduğu kabul edilmektedir (Şencan,2005; Özdamar, 2018).



Şekil 2.1. Güvenirlilik Yöntemleri (Erdoğan ve ark., 2018; Özdamar, 2018)

Test Tekrar Test Yöntemi

Test tekrar test yöntemi; bir ölçüm aracının aynı bireylere, belirli bir zaman aralığında ve aynı koşullar sağlanarak tekrar uygulanmasını ifade eder (Alpar, 2018). Test tekrar test yönteminde dikkat edilmesi gereken en önemli nokta, zaman aralığının iyi belirlenmesi ve katılımcıların birinci ve ikinci uygulamadaki ölçek formlarını doğru eşleştirmeleridir. İstatistik analizlerin veri girişinde her bir katılımcı için birinci uygulamada işaretlenen test maddeleri ve ikinci uygulamada işaretlenen maddelerin aynı satıra sırasıyla girilmesi gerekmektedir (Esin, 2015). Her iki uygulamadan sonra elde edilen değerler arasında Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon testi kullanılarak korelasyon katsayısı hesaplanmaktadır (Seçer, 2015). Test tekrar test güvenirlilik katsayı değeri 0 ile +1 arasında değer almaktadır. Elde edilen katsayı değerinin 0'a yaklaşması

iki uygulama sonrası elde edilen değerlerin birbirinden farklı olduğunu, l'e yaklaşması ise iki uygulama sonucunda elde edilen değerlerin birbirine yakın olduğunu göstermektedir. Bir testin güvenilirlik katsayısının en az 0,70 olması beklenmektedir (Esin, 2015; Sönmez ve Alacapınar, 2016).

Bu yöntemde, iki uygulama arasında geçen sürenin ne kadar olması gerektiği önemli bir sorundur (Alpar, 2018). İki uygulama arasındaki zaman aralığı çok geniş olduğunda kişinin ilgili özelliğinde belirli bir değişim mümkün olabileceği gibi, kişi ölçülen nitelikte ilgili değişik kaynaklardan bilgi edinmeye çalışabilir. İki uygulama sürecindeki zaman aralığı çok kısa tutulursa kişi önceki test yanıtlarını hatırlayabilir (Seçer, 2015). Tekrar test yöntemi, aralıklı ve aralıksız olmak üzere iki türlü uygulanabilir (Esin, 2015). Aralıklı yöntemde ölçüm aracı belirli aralıklarla (iki hafta, iki ay vb.) aynı gruba uygulanırken; aralıksız yöntemde, aralıksız olarak ya da kısa bir dinlenmeden sonra tekrar uygulanır. Aralıksız yöntemde katılımcıların verdikleri cevapları hatırlamaları olası olduğu için iki uygulamadan elde edilen korelasyon katsayısı değeri gerçeği yansıtmayabilir (Esin, 2015).

Paralel Form Güvenirliği

Bu yöntem alternatif ya da eşdeğer form güvenirlğini ifade etmektedir (Esin, 2014). Eşdeğer nitelikteki özelliklere sahip olan iki ölçüm aracı iki farklı oturumda aynı gruba uygulanır (Seçer, 2015). Bu yöntem Test- tekrar test güvenilirlik yöntemine benzerlik gösterebilir; paralel form güvenirlği yönteminde ikinci oturumda ölçüm aracının kendisi değil eşdeğer nitelikte özelliklere sahip olan form kullanılmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2003; Erdoğan ve ark., 2018). Paralel form güvenirlği yöntemi değerlendirilirken her iki ölçüm aracına ait toplam puanlar arasında Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon analizi ile hesaplama yapılır. Paralel testlerin varyanslarının benzerliği *Varyansların Homojenlik Testi* ile, ortalamalar arasındaki farkı ise *İki Eş Arasındaki Farkın Önemlilik Testi* ile değerlendirilmektedir (Alpar, 2018). Yapılan istatistiksel analiz sonrasında her iki ölçüm aracından elde edilen ortalama ve standart sapma puanlarının benzer olması gerekmektedir (Esin, 2015).

Bağımsız Gözlemciler Arası/İçi Uyum

Bu yöntem birden fazla gözlemcinin birbirinden bağımsız olarak aynı şeyleri ölçmeye çalıştıkları durumlarda uygulanır. Ölçüm aracının güvenirlğini

değerlendirirken diğer güvenilirlik yöntemlerini kullanmanın uygun olmadığı durumlarda tercih edilebilir. Gözlemci sayısının artmasına bağlı güvenilirlik düzeyinde de artış olabilmektedir (Esin, 2015; Karasar, 2015; Özdamar, 2016; Alpar, 2018).

İç Tutarlılık

Bir ölçüm aracı ya da testi oluşturan maddelerin, tek seferde yapılan ölçümle ölçülmek isten niteliği tutarlı bir şekilde ölçüp ölçmediğini gösteren bir analizdir (Seçer, 2015; Gürbüz ve Şahin, 2018). İç tutarlılık belirlenirken Yarıya bölme yöntemi, Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısı, Kuder-Richardson 20 Güvenirlik Katsayısı, Madde Toplam Puan Güvenirliği olmak üzere dört farklı yöntemden yararlanılmaktadır (Esin, 2015).

Yarıya Bölme Yöntemi

Bu yöntem ölçme aracının iki eş parçaya bölünmesi esasına dayanır. Bu iki eşit parça arasındaki ilişki Sperman Brown Korelasyon Katsayısı ile analiz edilir (Seçer, 2015). En çok tercih edilen yöntemde ölçüm aracındaki maddeler; çift numaralı (2-4-6 gibi) sorular bir grup, tek numaralı (1-3-5 gibi) sorular ise bir grup olarak oluşturulmaktadır. Bir diğer yöntemde ise ölçüm aracındaki maddeler ilk yarı ve ikinci yarı olarak bölünmektedir. Ölçüm aracındaki maddeler ikiye ayrıldıktan sonra her iki ölçek yarısı ayrı bir test olarak kabul edilmekte ve puanlar arasındaki ilişki hesaplanmaktadır (Esin, 2015). İki soru grubu arasındaki korelasyon yüksekse ölçüm aracın bütününe birbiri ile yakından ilişkili sorulardan oluştuğu ve ölçüm aracının iç tutarlılığının yüksek olduğu belirlenir. Yarıya bölme güvenilirlik katsayısının ise en az 0,70 olması beklenmektedir (Erdoğan ve ark., 2018; Gürbüz ve Şahin, 2018).

Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı

Cronbach Alfa Katsayısı yöntemi, toplam puanlar üzerine kurulu Likert türü ölçeklerin iç tutarlılık güvenilirliği hesaplanırken kullanılmaktadır (Alpar, 2018). Ölçüm aracındaki her bir boyut için ayrı olarak alfa değeri hesaplanmaktadır. Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı değeri 0 ile 1 arasında bir değer almaktadır. Alfa katsayı değerinin 1'e yaklaşması ölçeğin güvenilirliğinin arttığını göstermektedir (Kalaycı, 2010; Karagöz, 2017; Gürbüz ve Şahin, 2018). Sağlık bilimleri alanında kabul gören güvenilirlik değerleri Tablo 2.2.'de sunulmuştur (Özdamar, 2018).

Tablo 2.2.Cronbach alpa katsayısı (α) sınırları (Özdamar, 2018)

Cronbach Alpa Katsayısı (α) Sınırları	Güvenilirlik Düzeyi
$\alpha < 0,50$	Ölçek güvenilir değil
$0,50 \leq \alpha < 0,60$	Ölçek düşük derecede güvenilir
$0,60 \leq \alpha < 0,70$	Ölçek orta derecede güvenilir
$0,70 \leq \alpha < 0,80$	Ölçek genel kabul gören düzeyde güvenilir
$0,80 \leq \alpha < 0,90$	Ölçek yüksek derecede güvenilir
$\alpha \geq 0,90$	Ölçek mükemmel derecede güvenilir

Kuder-Richardson KR-20 Yöntemi

Kuder Richardson, her maddenin birbiriyle paralel olduğu, aynı ortalama ve varyansa sahip olduğu düşüncesinden hareketle bu yöntemi geliştirmiştir (Ellez, 2015; Esin, 2015). Bu yöntem, bir ölçüm aracına verilen yanıtların 0-1 şeklinde puanlanması söz konusu olduğunda, bilgi testlerinde, ölçüm aracındaki maddelerin iki kategorili seçenek olduğu durumlarda, ölçeğin güvenilirliğini ve iç tutarlığını ölçmede tercih edilmektedir (Seçer, 2015; Alpar, 2018). Kuder-Richardson KR-20güvenirlik katsayısının yüksek olması, test puan değerlerinin tesadüfi hatadan arınık bir şekilde olduğunu, ölçülmek istenen değişkenin tek boyutlu bir yapısı olduğunu, testi oluşturan maddelerin aynı niteliği ölçtüğünü ve birbiri ile uyumlu olduğunu gösterir (Seçer, 2015).

Madde Toplam Puan Güvenirliği

Bu yöntem, ölçek maddelerinden alınan puanlar ile ölçeğin toplam puanı arasındaki ilişkiyi göstermektedir (Büyüköztürk, 2002). Her bir madde için korelasyon katsayısı ne kadar yüksek ise maddenin istenen davranışı ölçmede o kadar başarılı ve yeterli olduğu kabul edilmektedir (Büyüköztürk, 2002). Madde toplam puan korelasyon hesaplanırken korelasyon katsayısı değerinin 0,25 (0,20-0,30)'den büyük olması beklenmekte ve düşük korelasyon katsayısı değerine sahip maddelerin ise ölçüm aracından çıkartılması önerilmektedir (Büyüköztürk, 2002; Gürbüz ve Şahin, 2018). Ölçüm aracından madde çıkarılmadan önce, maddenin içeriğinde herhangi değişiklik yapıp yapılmaması gerekliliği ve alfa değerine olan etkisi de göz önünde bulundurulmalıdır (Gürbüz ve Şahin, 2018).

2.9. Nitel Araştırma Yöntemi

Bilimsel araştırmalarda nicel araştırmaların yanısıra belirli bir olayla karşı karşıya kalan kişilerin içinde buldukları duruma karşı tepkileri ile bu tepkilerin temelinde yatan motivasyon, davranış, inanç, tutum ve duygusal yönünü değerlendiren nitel araştırmalara da ihtiyaç duyulmaktadır (Esin, 2015). Nitel araştırmaların nicel araştırmalardan farkı; çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerin duygu ve düşüncelerini rahat bir şekilde ifade edebileceği çalışma ortamının olması, araştırmacıların hem katılımcı hem de gözlemci olarak etkin bir şekilde çalışmada rol alması; bütüncü bir bakış açısı ile araştırma deseninin esnek olması olarak sıralanabilir (Ersin ve Bayyurt, 2015).

Nitel araştırmalar olaylar ve varlıkları, kavrama, süreçleri anlama ve nedensel açıklamalar geliştirme, beklenmeyen yönleri ile olayları tanımlama amacıyla yapılmaktadır (Erdoğan ve ark., 2018). Nitel araştırma; kişilerin yaşam şekillerini ve davranışlarını, öykülerini, örgütsel yapılarını, toplumsal bakış açılarını ve olayları doğal ortamda bütüncül ve gerçekçi bir şekilde yorumlayıcı bir yaklaşımla inceler (Karagöz, 2017; Gürbüz ve Şahin, 2018). Nitel araştırmalar kişilerin olaylar ve süreçler ile ilgili davranışları ve tecrübelerine odaklanır (Erdoğan ve ark., 2018). Araştırmacı nitel araştırma ile kişilerin yaşadığı ve çalıştığı gerçek dünyanın içine girerek derinlemesine görüşmeler yapıp insanların içindekilerini açığa çıkarır (Patton, 2014).

Nitel araştırma tasarımında bazı sayısal analizler yapılmasına karşın asıl amaç okuyucuya konuya ilişkin sayılar değil, gerçekçi ve betimsel bir resim sunabilmektir (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Nitel araştırmalarda veriler toplanırken gözlemler, sözel ifadeler, görüşler, kayıtlar, fotoğraflar, video ve ses kayıtları gibi birçok kaynak kullanılır (Esin, 2015). Hemşireler nitel veri toplama yöntemlerinden sıklıkla görüşme ve gözlem yöntemini tercih edebilmektedir. Gözlem yöntemi, katılımcı gözlem ile sistematik gözlem; görüşme yöntemi ise yapılandırılmış görüşme, yarı yapılandırılmış görüşme ve yapılandırılmamış görüşme olarak sınıflandırılmaktadır (Güler ve ark., 2015).

2.9.1. Odak Grup Görüşmesi

Odak grup görüşmesi, konu hakkında farklı görüşlerin ortaya çıkarılmasını sağlayan veri toplama yöntemidir (Ersin ve Bayyurt, 2015). Odak grup görüşmeleri;

görüşmeye katılan kişilerin herhangi bir olguyu ya da olayı nasıl algıladıklarını yakından görme fırsatı sağlayarak gruptaki kişilerin birbirleri ile etkileşimi sayesinde zengin verilerin ortaya çıkmasını sağlar (Erdoğan, 2014; Güler ve ark., 2015).

Odak grup görüşmesine en az dört, en fazla on iki kişi katılabilmektedir (Güler ve ark., 2015). Araştırmacının görüşmeyi kontrol altında tutabileceği sayıda katılımcı olması önerilmektedir (Çokluk ve ark., 2011). İdeal bir görüşme 1-2 saat kadar devam etmektedir (Çokluk ve ark., 2011; Karagöz, 2017). Görüşme aydınlatma ve havalandırılmanın yeterli düzeyde olduğu, tüm katılımcıların birbirini görebileceği bir oturma düzeni ile sessiz ve sakin bir ortamda gerçekleştirilmelidir (Ersin ve Bayyurt, 2015). Görüşmenin en az iki araştırmacı ile yönetilmesi önerilmektedir (Patton, 2014; Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Araştırmacılardan biri görüşmeyi yöneten moderatördür. Moderatör, araştırma sorularını belirleyen, konuyu detaylandırabilen, katılımcıları konuşmaları yönünde cesaretlendiren, konunun dağılmasını önleyerek konuyla ilgili düşünceleri formülleyen kişidir (Esin, 2015). Moderatörün, tartışılan konu hakkında iyi bilgi düzeyine sahip, hoşgörülü, empati yapabilen, iletişimi iyi, nazik, konunun amacına uygun olarak katılımcıları yönlendirebilen, tarafsız bir tutum sergileyen bir kişi olması gerekmektedir. Raportör ise katılımcıların görüşlerini ses veya kamera çekimi ile kayıt altına almakla görevli kişidir (Patton, 2014; Merriam, 2015; Karagöz, 2017).

Görüşme öncesi pilot çalışma yapılarak soruların denenmesi nitelikli veri toplamak adına önemlidir (Merriam, 2015; Karagöz, 2017). Sorular odak grup görüşmesinden önce belirlenebileceği gibi, sadece konu başlıkları belirlenerek görüşme sırasında da şekillendirilebilir (Baş ve Akturan, 2017). Sorular, katılımcının mümkün olduğunca konuşturulmasına yönelik olarak açık uçlu, yorum gerektiren, konunun derinleşmesine olanak sağlayan, yönlendirme içermeyen, günlük konuşma dilinde, katılımcıların kolayca anlayabileceği şekilde net, kolay cevaplanabilir, genelden özele doğru bir yol izler nitelikte olmalıdır (Çokluk ve ark., 2011; Baş ve Akturan, 2013). Ayrıca akademik ve teknik bir dil kullanılmamasına özen gösterilmelidir (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Odak grup görüşmelerinin başlangıcında, görüşmeci katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alarak, katılımcılara görüşmenin gidişatı hakkında basit, kısa, net, doğru ve anlaşılır bilgiler vermelidir (Patton, 2014). Görüşmenin sonunda moderatör,

görüşmenin temel noktalarını özetleyip katılımcılara teşekkür ederek görüşmeyi sonlandırmalıdır. Görüşmeden sonra moderatör ve raportör her ikisi birlikte, tutulan notların analizini yaparak raporu hazırlar. Görüşme esnasında tutulan sözel veriler dikkatli bir şekilde birebir yazıya geçirilir. Sonraki aşamada nitel veriler kodlanarak, temalar bulunur. Kodların ve temaların düzenlenip bulguların tanımlanması ve yorumlanmasıyla verilerin analizi gerçekleştirilir (Şahsuvaroğlu ve Ekşi, 2008; Yıldırım ve Şimşek, 2016).



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Materyal

3.1.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı beş hastanenin acil servisinde çalışmakta olan hemşirelerin çalışma ortamında maruz kaldıkları şiddet ile mesleğe bağlılık ve işten ayrılma düşüncesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla, tanımlayıcı, ilişki arayıcı ve metodolojik bir çalışma olarak planlanmıştır. Bu çalışmada kalitatif ve kantitatif araştırma tasarımının birlikte kullanıldığı iç içe karma desenden yararlanılmıştır. Acil servis hemşirelerinin çalışma ortamında maruz kaldıkları şiddet ile mesleğe bağlılık ve işten ayrılma düşüncesi arasındaki ilişkinin niceliksel yöntem ile belirlenmiştir. Hemşirelerin maruz kaldıkları şiddetin türü, nedenleri, etkileri; mesleğe bağlılıklarını arttıran ve azaltan faktörler; işten ayrılmayı düşünme/düşünmeme durumları ile etkileyen faktörler, “odak grup görüşmesi tekniğinin” kullanıldığı niteliksel yöntem ile belirlenmiştir. Ayrıca bu çalışmada yurtdışında geliştirilen The Perceptions of the Prevalence of Aggression Scale'in (Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği) Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Türk toplumuna kazandırılması amaçlanmıştır.

3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma 15.12.2019-10.05.2021 tarihleri arasında Samsun İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı beş hastanenin (Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr. Kamil Furtun Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi, Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Samsun Gazi Devlet Hastanesi, Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi) acil servisinde görev yapan hemşirelerin katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

3.2. Metot

3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın Nicel Boyutunda Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı beş hastanenin acil servisinde görev yapan 300 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem sayısının belirlenmesinde evrenin bilindiği durumlarda örnekleme alınacak kişi sayısını saptamak

amacıyla kullanılan aşağıdaki formülden yararlanılmıştır (Karataş, 2012; Özdamar, 2016).Bu formüle göre; örneklem büyüklüğü 169 olarak hesaplanmıştır. Veri kaybı olacağı düşünülerek 202 hemşireye ulaşıncaya veri toplama süreci sonlandırılmıştır.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

Bu formülde;

n: Örneklem alınacak birey sayısı.

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı).

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (1-p).

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde “t” tablosundan bulunan teorik değer.

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen “±” sapmadır.

Sayısal değerler yerine konulduğunda;

p: 0,5

q: 0,5

t: 1,96 (Tablo Değeri)

d: 0,05 (%5 hata payı)

$$\frac{300 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,05)^2 \cdot (300-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = 169$$

Araştırmanın Nitel Boyutunda Örneklem Seçimi

Çalışmanın ikinci aşaması olan nitel boyutta amaçlı örnekleme yöntemlerinden benzeşik (homojen) örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Katılımcı sayısı, nitel araştırmalarda kabul edilen “veriye doyma” ilkesine göre belirlenmiştir. Görüşme yapılan her hemşireye farklı bir kod isim atanmış ve analiz sürecinde de hemşirelerin isimleri yerine bu kod isimler kullanılmıştır.

3.2.2. Verilerin Toplanması

Nicel Verilerin Toplanması

Araştırmanın nicel verileri araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan (Nijman ve ark., 2005; Swain ve Gale, 2014; Tarhan ve ark., 2015) hemşirelerin sosyodemografik ve çalışma özelliklerini tanıttıcı anket formu, Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği, Hastanede Çalışmaya Devam Etme ya da Etmeme Niyeti soru formu ve Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliği test edilecek olan Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği (SSAÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Anket formu 51 kişilik bir grupta ön uygulama yapılarak test edilmiş, anlaşılmayan ya da eksik olan sorular belirlenip düzeltilmiş, pilot çalışma sonrasında anket formuna son şekli verilmiştir. Pilot uygulama sonrasında “Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği”nin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,89, sözel saldırganlık alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,87, fiziksel saldırganlık alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,86, kendine karşı saldırganlık alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,46, cinsel saldırganlık alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,43 olarak belirlenmiştir.

Acil serviste en az 1 yıldır görev yapan, çalışmaya katılmaya istekli hemşirelere çalışma hakkında bilgi verilip bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra anket formu ve ölçekler uygulanmıştır. Veriler hemşireler ile yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından toplanmıştır. Yaklaşık olarak veri toplama süresi 25-30 dakika sürmüştür. Hemşirelere araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, anket formuna isimlerinin yazılmayacağı ve bu çalışmadan toplanacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı belirtilmiştir.

Nitel Verilerin Toplanması

Araştırmanın nitel verileri toplanırken acil serviste görev yapan toplam 21 hemşire ile dört veyabeş kişilik gruplar halinde odak grup görüşmeleri yapılmıştır. Görüşmede yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Soruların anlaşılabilirliğini, çalışmanın amacına uygunluğunu test etmek amacıyla örnekleme dahil edilmeyen üç hemşire ile ön görüşme yapılmıştır. Servis sorumlu hemşirelerinin katkısıyla görüşmeye

katılan hemşirelerin görüşme boyunca kendilerini rahat ifade edebilecekleri sessiz, yeterli ısı ve aydınlıkta olan, havalandırması iyi yapılmış bir toplantı odası hazırlanmıştır. Görüşmeye başlamadan önce katılımcılara araştırmanın amacı, görüşmenin nasıl yapılacağı, yaklaşık olarak ne kadar süreceği, ses kayıt cihazının hangi amaçla kullanılacağı, görüşmelerden elde edilen verilerin ve görüşmeye katılan kişilerin kimliklerinin gizli tutulacağı konusunda bilgi verilerek katılımcılardan sözlü onam alınmıştır. Odak grup görüşmeleri yaklaşık olarak 45-60 dakika arası sürmüştür. İç geçerliliği sağlamak amacıyla, odak grup görüşmelerinde katılımcıların söyledikleri tekrarlanarak ve özetlenerek doğru anlaşılıp anlaşılmadıkları kontrol edilmiştir. Tüm odak grup görüşmeleri sırasında katılımcıların davranışları ve tepkileri, birbiriyle olan etkileşimleri iki bağımsız gözlemci tarafından kayıt edilmiştir. Araştırma sorularının yanıtı olabilecek kavramlar tekrar etmeye başladığında görüşmeler sonlandırılmıştır.

3.2.3. Veri Toplama Araçları

Nicel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları

Anket Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan hemşireleri tanıtıcı anket formu, hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini içeren 6 soru (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu vb.), çalışma özelliklerini içeren 13 soru (çalışma yılı, çalışma şekli, çalıştığı serviste görevli toplam hemşire sayısı, günlük bakım verdiği ortalama hasta sayısı, hastanedeki çalışma statüsü, mesleğini seçme neden/nedenleri, mesleğini sevme durumu, çalıştığı servisten memnun olma durumu, görev yaptığı bölümü isteyerek seçme durumu, haftada toplam kaç saat çalıştığı vb.) ve şiddet konusunda görüşme ve tutumlarını belirleyen 6 soru (saldırganlık ve şiddetle baş etme konusunda eğitim almayı isteme durumu, son bir yılda görev yapılan kurumda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarında bir artış olduğunu düşünme/düşünmeme durumu, en son yaşanan şiddet olayının hangi saat diliminde gerçekleştiği, şiddete başvuran kişi ya da kişilerin kimler olduğu vb.) olmak üzere toplam 25 sorudan oluşmaktadır (Ek-1).

Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği (SSAÖ)

Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği orijinal formu olan “The Perceptions of the Prevalence of Aggression Scale (POPAS)”2001 yılında Oud tarafından geliştirilmiştir.

Ölçek, son bir yıl içerisinde çalışırken sözel saldırganlık, tehditkar sözel saldırganlık, aşağılayıcı saldırgan davranış, kışkırtıcı saldırgan davranış, pasif saldırgan davranış, ayrıştırıcı saldırgan davranış, tehditkar fiziksel saldırganlık, yıkıcı saldırgan davranış, hafif fiziksel şiddet, ağır fiziksel şiddet, kendine karşı hafif şiddet, kendine karşı ağır şiddet, intihar girişimi, ölümlü sonuçlanan intiharlar, cinsel tehdit/taciz, cinsel saldırı/tecavüz ile ne sıklıkta karşılaştınız? şeklinde kişilerin algıladıkları şiddet ve saldırganlık deneyimlerini sorgulayan 16 soru ile geçen son bir yıl içinde hastalık izni alıp almadığını, izin yada rapor nedeniyle kaç gün çalışmadığını belirleyen iki soru olmak üzere toplam 18 sorudan oluşmaktadır.

Katılımcılardan, şiddet ve saldırganlık deneyimleri ile ilgili soruların herbirinin altında yer alan, 5 puanlık likert tipindeki (1=Asla,2=Ara Sıra, 3=Bazen, 4=Sık sık, 5=Çok Sık) seçeneklerden birini işaretlemeleri istenmektedir.Bununla birlikte katılımcılardan geçen bir yıl içerisinde maruz kaldıkları şiddet veya saldırganlığın tahmini sayısını da yazmaları rica edilmektedir. Bu ölçekten alınan puanın artması bireyin saldırgan davranışlara oldukça fazla maruz kaldığı şeklinde yorumlanmaktadır. Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği bir çok ülkede kullanılmaktadır. Oud (2001) ölçeğin orijinal formunun tek alt boyuttan oluştuğunu ve Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısının 0.91 olduğunu bildirmiştir. Bu ölçeğin farklı ülkelerde kullanıldığı çalışmalarda ise Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeğinin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısının 0,70 ile 0,90 arasında değiştiği belirtilmiştir (Nijman ve ark., 2005; Jonker ve ark., 2008; Gale ve ark., 2009; James ve ark., 2011; Brown ve ark., 2012).

Lougland ve arkadaşları (2009) yapmış oldukları çalışmada, ölçeğin sözlü istismar, fiziksel istismar, kendi kendine istismar ve cinsel istismar olmak üzere dört alt boyuttan oluştuğunu belirlemişlerdir. Gale ve arkadaşları (2009) ise Oud tarafından geliştirilen orijinal ölçeğin 12 madde ile doğrulanan formunu kullanmışlar ve ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısını 0,91 olarak belirlemişlerdir. Nijman ve arkadaşları (2005) ise orijinal ölçeğin 15 madde ile doğrulanan formunu kullanmışlardır. Geoffrion ve arkadaşları da (2017) Fransada yapmış oldukları geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, ölçeğin sözel şiddet, fiziksel şiddet, kendine zarar verme olmak üzere üç boyuttan oluştuğunu belirlemişlerdir. Bu çalışmada Ölçeğin 15 madde ile doğrulanmış; sözel saldırganlık, fiziksel saldırganlık, kendine karşı saldırganlık ve cinsel saldırganlık olmak üzere dört alt boyuttan oluşan formu kullanılmış ve Cronbach Alfa güvenilirlik

katsayısı 0,92 olarak saptanmıştır. Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeğinin kullanılabilmesi için ölçek sahibinden yazılı izin alınmıştır (Ek-2).

Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği

Bu çalışmada hemşirelerin mesleki bağlılık düzeyini ölçmek amacıyla, Meyer ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilen, Tak ve Çiftçioğlu (2009) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek, duygusal mesleki bağlılık (1, 2, 3, 4, 5, 6. maddeler) , mesleki devamlılık bağlılığı (7, 8, 9, 10, 11, 12. maddeler) ve normatif mesleki bağlılık (13, 14, 15, 16, 17, 18. maddeler) olmak üzere üç alt boyut ile her alt boyutta altı ifade olmak üzere toplam 18 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 7'li likert tipi bir ölçektir (1=Kesinlikle katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Bir parça katılmıyorum, 4=Tarafsızım, 5=Bir parça katılıyorum, 6=Katılmıyorum, 7=Kesinlikle katılıyorum). Ölçekte 2, 4, 5, 11 ve 14. maddeler ters olarak puanlanmaktadır.

Duygusal mesleki bağlılık; mesleğini severek yapmayı ifade etmektedir. Meslekteki yaşanan olumlu deneyimler ve fırsatlar arttıkça, kişilerin mesleklerine karşı hissettikleri mesleki duygusal bağlılıkları artmaktadır. Normatif mesleki bağlılık, ahlaken meslekte kalmayı bir zorunluluk olarak hissetmek şeklinde açıklanmaktadır (Mert Haydari, 20014). Mesleki devamlılık bağlılığı ise kişilerin meslekte kalmalarından dolayı gerçekleşebilecek faydayı ya da mesleğinden ayrılmanın maliyetini dikkate alarak bağlılık geliştirmelerini ifade etmektedir (Meyer ve ark., 1993). Ölçeğin alt boyutlarından alınan puanın artması mesleki bağlılık düzeyinin artması, ölçeğin alt boyutlarından alınan puanın azalması ise mesleki bağlılık düzeyinin azalması olarak yorumlanmaktadır.

Takve Çiftçioğlu'nun (2009) çalışmasında, Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği'nin duygusal mesleki bağlılık alt boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,75, mesleki devamlılık bağlılığı alt boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,27, normatif mesleki bağlılık alt boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,73 olarak belirlenmiştir. Mert Haydari'nin (2014) çalışmasında ise, Duygusal mesleki bağlılık Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,77, Mesleki devamlılık bağlılığı Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,81, Normatif mesleki bağlılık Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,75 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği

Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,81, duygusal mesleki bağlılık alt boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,71, mesleki devamlılık bağlılığı alt boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,76, normatif mesleki bağlılık alt boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,68 olarak belirlenmiştir. Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeğini kullanabilmek için hem ölçek sahibinden (Ek-3), hemde ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan yazarlardan yazılı izin alınmıştır (Ek-4).

Hastanede Çalışmaya Devam Etme ya da Etmeme Niyeti Soru Formu

Bu çalışmada hemşirelerin hastanede çalışmaya devam etme/etmemeye ilişkin düşüncelerini belirleyebilmek amacıyla, Erigüç (1994) tarafından geliştirilen Hastanede Çalışmaya Devam Etme ya da Etmeme Niyeti soru formu kullanılmıştır. Bu veri toplama formunda, görevli personelin hastanedeki görevine devam etmeme konusunu ne kadar sıklıkta düşündüğünü, farklı bir kurumda iş bulabilmenin kolaylık derecesini, çalışılan kurumdane kadar süre daha çalışmaya devam edebileceğini ve şuanki duygularını ile gelecek altı ay içerisinde kişinin işten ayrılmasının söz konusu olup olmadığını belirleyen dört soru bulunmaktadır. Soru formunun kullanımı için yazardan yazılı izin alınmıştır (Ek-5).

Nitel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Araştırmada nitel veriler yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak toplanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu, acil hemşirelerinin maruz kaldıkları şiddetin türü, nedenleri, etkileri; mesleğe bağlılıklarını arttıran ve azaltan faktörler; işten ayrılmayı düşünme/düşünmeme durumları ile etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Odak grup görüşmesinde sorulan sorulardan bazıları şunlardır;

1. Acil serviste çalışmaktan memnun musunuz?
2. Acil serviste şiddet veya saldırganlığa maruz kaldınız mı?
3. Eğer cevabınız evet ise en son şiddet yada saldırganlığa maruz kaldığınız olayı açıklayabilir misiniz?
4. Çalışma ortamında maruz kaldığınız şiddet veya saldırganlık sonrasında ne yaptınız?
5. Maruz kaldığınız şiddet veya saldırganlık psikolojik ve fiziksel durumunuzu etkiledi mi?

6. Sizce sağlık bakım profesyonellerinin Şiddet veya saldırganlığa maruz kalma nedenleri nelerdir?
7. Mesleğinize olan bağlılığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?
8. Mesleğinize olan bağlılığınızı arttıran yada azaltan faktörler nelerdir?
9. Mesleğinizi tercih etme neden/nedenleriniz nelerdir?
10. İŐten ayrılmayı hiç dűŐündünüz mü?
11. Eđer cevabınız evet ise iŐten ayrılma dűŐüncenize neden olan faktörler nelerdir? açıklar mısınız.

3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Nicel Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma verileri IBM SPSS Statistics 23 ve IBM SPSS Amos 21 programlarına aktarılarak analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken kategorik deđerŐkenler için frekans dağılımları, sayısal deđerŐkenler için tanımlayıcı istatistikler (ort±ss) verilmiştir. Araştırmada ölçme aracı olarak kullanılan “Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği”nin yapı geçerliğini incelemek için doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği, Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği ve alt boyutlarının güvenirliliği Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ile incelenmiştir. Araştırmaya katılan kişilerin ölçek ve alt boyut puanları, ilgili maddelerin ortalaması alınarak elde edilmiştir.

Uygulanacak analizlere karar verebilmek için ölçek ve alt boyut puanlarına KolmogorovSmirnov normallik testi uygulanmıştır. Test sonucunda puanların normallik varsayımını sağladığı görülmüştür. Bu nedenle karŐılaŐtırmalarda parametrik testler kullanılmıştır. İki bağımlı grup puan ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı Bağımlı Örneklem T Testi ile incelenmiştir. Sayısal iki deđerŐken arasında nedensel olmayan ilişkilerin derecesinin belirlenmesi için Pearson Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasında puan ortalamalarına göre farklılık olup olmadığı Bağımsız Örneklem T Testi ile incelenmiştir. İki den fazla bağımsız grup arasında puan ortalamalarına göre farklılık olup olmadığı Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile belirlenmiştir. Hangi gruplar arasında farklılık olduğu ise Tukey Testi ile değerlendirilmiştir.

Nitel Verilerin Değerlendirilmesi

Nitel verilerin analizinde tündengelim yöntemi ile içerik analizi yapılmıştır. İçerik analizi süreci görüşme verilerinin yazıya geçirilmesini, verilerin düzenlenmesini, anlamlı veri birimlerinin saptanmasını, analiz matrisi oluşturulmasını, analiz süreci ve sonuçların rapor edilmesini içermektedir. Bu doğrultuda yapılan her bir görüşme araştırmacı tarafından bilgisayarda birebir yazıya dökülmüştür. Veriler yazılırken, katılımcıların isimleri kullanılmamış, analizde kolaylık sağlama bakımından görüşme yapılan kişiler ve oturumlar numaralandırılarak kodlanmıştır. Yapılan dört oturum 1-4, her oturumdaki katılımcılar ise 1-6 rakamlarıyla numaralandırılmıştır (örnek: O.1/K.1). Görüşmeler yazılı hale getirildikten sonra içerik analizinin ilk aşaması olan veri kodlaması yapılmıştır. Veri kodlaması yapılırken katılımcıların yazılı hale getirilen ifadeleri tekrar tekrar okunarak her bir ifadenin ne anlama geldiği belirlenmiştir. Anlamlı olan ifadelere tanımlayıcı isimler/kodlar bulunmuştur. Görüşmenin farklı bölümlerindeki benzer kodlar birbiri ile ilişkilendirilerek bir araya getirilmiştir. Tüm veriler benzer şekilde kodlandıktan ve bir kod listesi oluşturulduktan sonra temalar ve alt temalar ortaya çıkarılmıştır. Verilerin güvenilirliği için araştırmacı dışında danışman öğretim üyesi tarafından bağımsız olarak kodlar ve temalar oluşturulmuştur. Daha sonra araştırmacılar tarafından kodların temalarla ilişkileri değerlendirilerek temalar yeniden düzenlenmiştir. Ortaya çıkan temaların altında yer alan kodların temalarla anlamlı bir bütün oluşturup oluşturmadığı (iç tutarlılık) alanında uzman 2 kişi tarafından değerlendirilerek temalara son şekli verilmiştir. Araştırmacı, 25 Ağustos 2019 tarihinde “Nitel Araştırmalarda Görüşme” kursuna katılmıştır (Ek-6).

3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun (24.05.2019/ Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/448) onayı alındıktan sonra başlanmıştır (Ek-7). Verileri toplamak amacıyla, çalışmanın yapılacağı hastanelerin bağlı olduğu Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'nden (02.09.2019/Sayı: 93771576-302.08.-E18992) (Ek-8) yazılı izin ve araştırma kapsamına alınan hemşirelerden de sözlü bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

ACIL HEMŞİRELERİNİN ÇALIŞMA ORTAMINDA MARUZ KALDIKLARI ŞİDDET İLE MESLEĞE BAĞLILIK VE İŞTEN AYRILMA DÜŞÜNCESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Etik Kurul ve Hastane İzin Yazılarının Alınması

Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği (SSAÖ) Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Verilerin Toplanması

Nicel Verilerin Toplanması

Samsun İli Merkezindeki Kamu Hastanelerinin Acil Servislerinde görev alan 202 hemşireye anket formunun uygulanması

Nitel Verilerin Toplanması

Nicel verisi toplanan 21 hemşireyle yarı yapılandırılmış form ile görüşmeler yapılması

*Tanışma
*Hemşire tanıtım formu
*SSAÖ
*Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği
* Hastanede Çalışmaya Devam Etme ya da Etmeme Niyeti Soru Formu

Verilerin Analizi

Nicel Verilerin Analizi

SPSS Paket programında toplanan verilerin uygun istatistiksel yöntemler ile analiz edilmesi.

Nitel Verilerin Toplanması

Elde edilen verilerin kodlanarak tema ve alt tema oluşturulması, maxqda programı ile analiz edilmesi

Şekil 3.1. Araştırmanın algoritma şeması

3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yalnızca beş hastanenin acil servisinde çalışan hemşireler üzerinde yürütülmüş olması nedeniyle, farklı il ve ilçelerde çalışan acil hemşireleri üzerinde karşılaştırılabilir çalışmalar yapılncaya kadar bu araştırmadan elde edilen bulgular tüm acil hemşirelerine genelleştirilememektedir. Hemşireler ile odak grup görüşmeleri yapılmasına karşın, hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin uzun süreli gözlem ve değerlendirmeler yapılamaması bu araştırmanın diğer bir sınırlılığıdır.



FAALİYETLER	2019												2020												2021				
	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	
Araştırma Konusunun Belirlenmesi	■																												
Araştırmanın Planlanması		■																											
Etik Kurul Formunun Oluşturulması			■																										
Etik Kurul İzin Yazısının Alınması				■																									
Tez Konusu Öneri Sınavının Yapılması					■																								
Ölçeğin Dil Geçerliliği Çalışmalarının Yapılması					■	■	■																						
Kurum izin Yazısının Alınması							■																						
Ölçeğin Kapsam Geçerliliği Çalışmalarının Yapılması								■	■	■																			
Ön Uygulamanın Yapılması										■																			
Ölçeğe Son Halinin Verilmesi											■																		
Nicel Verilerin Toplanması												■	■	■	■	■													
Nitel Verilerin Toplanması																■	■												
Verilerin Analizi																	■	■	■										
Araştırmanın Rapor Edilmesi													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	

Şekil 3.2. Araştırmanın planı

4. BULGULAR

Acil hemşirelerinin çalışma ortamında maruz kaldıkları şiddet ile mesleğe bağlılık ve işten ayrılma düşüncesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile yürütülen bu çalışmada elde edilen bulgular üç bölümde sunulmuştur. İlk bölümde, Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarına ilişkin bulgular verilmiştir. İkinci bölümde, acil hemşirelerinin maruz kaldıkları şiddet, mesleki bağlılık ve işten ayrılma düşünceleri arasındaki ilişkiyi açıklayan nicel bulgular sunulmuştur. Üçüncü bölümde ise yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak, hemşirelerle odak grup görüşmeleri yoluyla elde edilen nitel bulgular verilmiştir.

4.1. Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği'nin Geçerlik Analizleri

4.1.1. Dil Geçerliği

Hemşirelerin saldırganlık sıklığı algılarını değerlendirmek üzere geliştirilmiş olan Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği'nin (2001) Türk toplumuna uyarlanmasına yönelik olarak ölçeğin dil eşdeğerliliğinin sağlanması ile ilgili çalışmalar yürütülmüştür. İlk olarak ölçek İngilizceyi iyi bilen ve ana dili Türkçe olan beş kişi tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve ölçeğin Türkçe çevirilerindeki en uygun ifadeler seçilmiştir. Daha sonra ölçek ana dili Türkçe olan bir İngilizce öğretmeni ve üç dil bilim uzmanı tarafından yeniden İngilizce'ye çevrilmiştir. Tekrar İngilizce'ye çevrilen ölçek, orijinal hali ile karşılaştırılmış ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Türkçe'ye çevrilen ölçek bir Türk Dili ve Edebiyatı uzmanı tarafından dil, anlam, bütünlük ve yazım kuralları açısından değerlendirilmiş ve uzmanın önerileri doğrultusunda ölçeğe son şekli verilmiş ve ölçek kapsam geçerliği için uzman görüşüne sunulmuştur.

4.1.2. Kapsam Geçerliği

Türkçeleştirilen ölçek Bozok Üniversite'sinde görev yapan 2 öğretim görevlisi, Düzce Üniversitesinde 1 öğretim üyesi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesinde 1 öğretim görevlisi, Kastamonu Üniversitesinde 1 öğretim görevlisi, Gaziosmanpaşa Üniversitesinde 1 öğretim görevlisi, Ondokuzmayıs Üniversitesinde doktora öğrencisi 1 uzman hemşire, Selçuk Üniversitesinde 1 öğretim görevlisi olmak üzere

toplam 8 kişilik uzman görüşüne sunulmuştur (Ek-9).Uzmanlar ölçeğin maddelerini anlaşılabilirlik, amaca hizmet edebilme, ayırt edebilme ve kültürel uygunluk açısından incelemişler, her bir maddeyi “1” ile “4” arasında (1=uygun değil, 4=son derece uygun) değerlendirerek görüşlerini bildirmişlerdir. Uzmanların “Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği maddelerine verdikleri puanlar Polit ve Beck İçerik Geçerlilik İndeksi ile incelenmiş ve uzmanlar arasında görüş birliği (M-KGİ: 1,00, Ö-KGİ:1,00) olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte uzmanlardan alınan öneriler doğrultusunda ölçek maddeleri daha anlaşılır hale getirilmiş ve ölçeklere son şekli verilmiştir. Uzmanlar tarafından “Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği’nin maddelerine verilen puanlara ait istatistiksel veriler Tablo 4.1.’de sunulmuştur

Tablo 4.1. Uzmanların Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği maddelerine verdikleri puanların dağılımı

Maddeler	Uzman 1	Uzman 2	Uzman 3	Uzman 4	Uzman 5	Uzman 6	Uzman 7	Uzman 8	Onay Sayısı	M-KGİ
1. Madde	x	x	x	x	x	x	x	x	8	1,00
2. Madde	x	x	x	x	x	x	x	x	8	1,00
3. Madde	x	x	x	x	x	x	x	x	8	1,00
4. Madde	x	x	x	x	x	x	x	x	8	1,00
5. Madde	x	x	x	x	x	x	x	x	8	1,00
6. Madde	x	x	x	x	x	x	x	x	8	1,00
7. Madde	x	x	x	x	x	x	x	x	8	1,00
8. Madde	x	x	x	x	x	x	x	x	8	1,00
9. Madde	x	x	x	x	x	x	x	x	8	1,00
10. Madde	x	x	x	x	x	x	x	x	8	1,00
11. Madde	x	x	x	x	x	x	x	x	8	1,00
12. Madde	x	x	x	x	x	x	x	x	8	1,00
13. Madde	x	x	x	x	x	x	x	x	8	1,00
14. Madde	x	x	x	x	x	x	x	x	8	1,00
15. Madde	x	x	x	x	x	x	x	x	8	1,00
16. Madde	x	x	x	x	x	x	x	x	8	1,00
17. Madde	x	x	x	x	x	x	x	x	8	1,00
18. Madde	x	x	x	x	x	x	x	x	8	1,00
	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		M-KGİ: 1,00 Ö-KGİ: 1,00

M-KGİ: Madde Kapsam Geçerliği İndeksi, Ö-KGİ: Ölçek Kapsam Geçerliği İndeksi

Uzmanların yaptığı değerlendirmeler sonucunda üzerinde görüş birliğine varılan ölçek ve anket formunun hemşireler tarafından anlaşılabilirliğini değerlendirmek üzere 15 kişilik bir acil hemşire grubu üzerinde pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışmaya katılan hemşireler araştırma örneklemine dahil edilmemiştir. Pilot çalışma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılarak ölçeğe son şekli verilmiştir.

4.1.3. Yapı Geçerliği

Doğrulatory Fakt6r Analizi

Araştırmaya katılan hemşirelerin verdikleri cevaplar doğrultusunda Saldırganlık Sıklığını Algılama 6lçeği, Doğrulatory Fakt6r Analizi (DFA) ile verilere uyumlu hale getirilmiştir. 16 madde ve 4 alt boyuttan oluşan yapıyı doğrulamak için kurulan 6lm modeli DFA ile analiz edilmiştir. Analiz sonucunda modelin yeterli uyum g6stermediği g6r6lm6ř ve bu nedenle model iyileştirme çalışmaları yapılmıştır. 6ncelikle maddelerin fakt6r y6k değerleri incelenmiş ve modele katkısı olmayan yani fakt6r y6k6 0,300'6n altında kalan 1 madde 6lekten çıkartılmıştır (Tablo 4.2).

Tablo4.2. Saldırganlık Sıklığını Algılama 6leği maddelerinin fakt6r y6k değerleri

Madde	İfadeler	Fakt6r Y6k6
S6zel Saldırganlık		
M1	S6zel Saldırganlık	0,622
M2	Tehditk6r S6zel Saldırganlık	0,805
M3	Aşağılayıcı Saldırgan Davranış	0,855
M4	Kışkırtıcı Saldırgan Davranış	0,870
M5	Pasif Saldırgan Davranış	0,766
M6	Ayrıştırıcı Saldırgan Davranış	0,853
Fiziksel Saldırganlık		
M7	Tehditk6r Fiziksel Saldırganlık	0,859
M8	Yıkıcı Saldırgan Davranış	0,844
M9	Hafif Fiziksel şiddet	0,675
M10	Ağır Fiziksel şiddet	0,601
Kendine Karşı Saldırganlık		
M11	Kendine Karşı Hafif şiddet	0,875
M12	Kendine Karşı Ağır şiddet	0,863
M13	İntihar Girişimi	0,340
*M14	6l6mle Sonuçlanan İntiharlar	-
Cinsel Saldırganlık		
M15	Cinsel Tehdit/Taciz	0,920
M16	Cinsel Saldırı /Tecav6z	0,718

* DFA sonucunda 6lekten çıkarılan madde

İkinci aşamada modifikasyon indeksleri (M.I.) tablosuna bakılmış, modelde yapılacak olası değişiklikler için ki-kare düşüş değerleri (“M.I.”değerleri) incelenmiştir. En yüksek “M.I.” değerinin göstermiş olduğu modifikasyon, kavramsal olarak uygun olduğu durumlarda bağlanarak (e1<->e2, e2<->e3, e9<->e10) model yürütülmüştür. Modelin uyum indeks değerleri de incelenerek ölçüm modelinin doğrulandığı görülmüştür (Tablo 4.3). Tablo 4.3’de ölçüm modelinin uyum indeks değerleri yer almaktadır. İlk olarak en yaygın olarak kullanılan uyum indeksi ki-kare (χ^2) uyum iyiliği testi incelenmiştir. Ancak ki-kare değeri örneklem büyüklüğüne çok duyarlı olduğundan, model ile veri arasındaki uyumu değerlendirmede bu değer tek başına yeterli olmamıştır. Bu nedenle diğer uyum değerlerine bakılmıştır. Ölçüm modeli için elde edilen uyum indeks değerleri incelendiğinde χ^2/sd ve SRMR değerlerinin iyi uyum sağladığı, GFI, AGFI, NFI, NNFI, CFI ve RMSEA değerlerinin ise kabul edilebilir uyum gösterdiği söylenebilir.

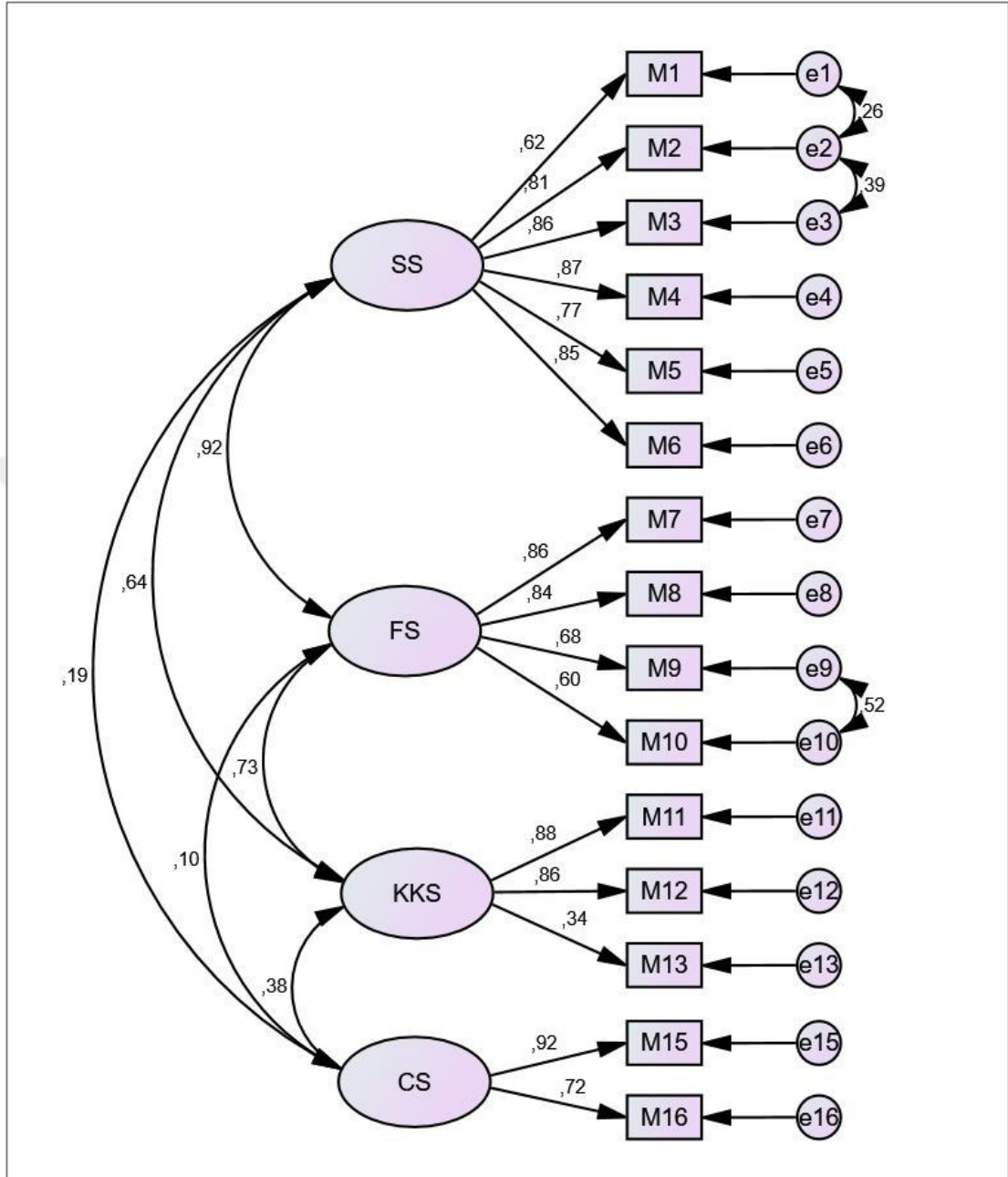
Tablo 4.3. Ölçüm modelinin uyum indeks değerleri ve iyi uyum değerleri

	Modelin Uyum İndeks Değerleri	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum
χ^2/sd	2,312	≤ 3	4-5
GFI	0,898	$\geq 0,90$	(0,89-0,85)
AGFI	0,859	$\geq 0,90$	(0,89-0,85)
NFI	0,911	$\geq 0,95$	(0,94-0,90)
NNFI (TLI)	0,931	$\geq 0,95$	(0,94-0,90)
CFI	0,947	$\geq 0,95$	$\geq 0,90$
RMSEA	0,071	$\leq 0,05$	(0,06-0,08)
SRMR	0,055	$\leq 0,05$	(0,06-0,08)

χ^2/sd : Ki-Kare İstatistiği, GFI: İyilik Uyum İndeksi, IFI: Fazlalık Uyum İndeksi, TLI: Trucker-Lewis İndeksi, CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karakökü, SRMR: Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karakökü

Doğrulan ölçüm modeli aşağıda şekil 4.1’de sunulmuştur. 15 madde ve 4 alt boyut ile doğrulan ölçüm modeli incelendiğinde, modelin hangi maddelerden oluştuğu ve tek yönlü oklar üzerindeki yollara ait standardize regresyon katsayıları görülmektedir. Her bir maddenin faktör yükü ayrıntılı olarak incelenmiş ve 0,300’ün altında değer bulunmadığı görülmüştür. Bu doğrultuda; M4 ifadesinin 0,87’lik değeri ile sözel saldırganlık alt boyutunun, M7 ifadesinin 0,86’lik değeri ile fiziksel saldırganlık alt boyutunun, M11 ifadesinin 0,88’lik değeri ile kendine karşı

saldırıcılık alt boyutunun, M15 ifadesinin 0,92'lik değeri ile cinsel saldırıcılık alt boyutunun en güçlü göstergesi olduğu söylenebilir.



Şekil 4.1. Saldırıcılık Sıklığını Algılama Ölçeğine İlişkin Ölçüm Modeli
 SS:Sözel Saldırıcılık, FS: Fiziksel Saldırıcılık, KKS:Kendine Karşı Saldırıcılık, CS:Cinsel Saldırıcılık

4.2. Saldırıcılık Sıklığını Algılama Ölçeği'nin Güvenirlik Analizleri

4.2.1. Test -Tekrar Test / Değişmezlik Güvenirliği

Test-tekrar test güvenirliği bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür. Aynı ölçüm aracının aynı şartlar altında aynı bireylere farklı zaman dilimlerinde tekrar yapılması esasına dayanır. Test-tekrar test güvenirliğini belirlemek amacıyla, iki uygulamadan

elde edilen puanlar arasındaki korelasyon hesaplanır. Bu işlem ile elde edilen korelasyon, testin tekrar güvenilirlik katsayısını verir. Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği, araştırma kapsamındaki 51 kişiye iki hafta arayla tekrar uygulanmıştır. Ölçeğin zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için ilk ve ikinci uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki ilişki Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (ICC) ile incelenmiştir. Yapılan analizler doğrultusunda katılımcıların tekrarlanan sorulara verdikleri cevaplar arasındaki uyumun iyi olduğu söylenebilir ($p<0,01$). İlk ve ikinci uygulama puanları arasında çok iyi uyumun olması ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği test-tekrar test puanları arasındaki sınıf içi Korelasyon katsayıları ve anlamlılıkları

Alt Boyutlar	ICC	p
Sözel Saldırganlık	0,986	0,000*
Fiziksel Saldırganlık	0,996	0,000*
Kendine Karşı Saldırganlık	0,971	0,000*
Cinsel Saldırganlık	0,941	0,000*
Saldırganlık Sıklığını Algılama Toplam Puanı	0,992	0,000*

* $p<0,001$, ICC: Intraclass Correlation Coefficients (Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı),
p: Anlamlılık Düzeyi

ICC sonucunu sağlamlaştırmak için, ilk ve ikinci uygulamadan elde edilen puan ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı bağımlı örneklem t testi ile incelenmiştir. Tablo 4.5’de uygulanan bağımlı örneklem t testi sonucunda test-tekrar testten elde edilen puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 4.5. Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği test-tekrar test puan ortalamalarının karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Test	Tekrar Test	t	p
	Ort±SS	Ort±SS		
Sözel Saldırganlık	2,65±0,727	2,69±0,671	-1,694	0,096
Fiziksel Saldırganlık	1,97±0,803	1,99±0,783	-1,000	0,322
Kendine Karşı Saldırganlık	2,02±0,505	2,05±0,496	-1,400	0,168
Cinsel Saldırganlık	1,16±0,324	1,14±0,266	1,000	0,322
Saldırganlık Sıklığını Algılama Toplam Puanı	2,15±0,551	2,17±0,513	-1,804	0,077

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, t: Bağımlı Örneklem T Testi, p: Anlamlılık Düzeyi

4.2.2. İç tutarlılık

Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği ve alt boyutları ile Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği ve alt boyutlarının iç tutarlılığı Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı ile değerlendirilmiştir (Tablo 4.6). Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği ve alt boyutlarının güvenilirliğinin oldukça iyi olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği'nin Türkçe formunun acil hemşirelerinin saldırganlık sıklığını algılama düzeyini ölçmede Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlenmiştir (Ek-2).

Tablo 4.6. Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği ve Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeğinin güvenilirlik analizi sonuçları

Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği ve Alt Boyutları	Madde Sayısı	Cronbach Alfa (α)	Güvenilirlik Düzeyi
Sözel Saldırganlık	6	0,92	Yüksek Derecede Güvenilir
Fiziksel Saldırganlık	4	0,85	Yüksek Derecede Güvenilir
Kendine Karşı Saldırganlık	3	0,69	Oldukça Güvenilir
Cinsel Saldırganlık	2	0,78	Oldukça Güvenilir
Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği	15	0,92	Yüksek Derecede Güvenilir
Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği ve Alt Boyutları	Madde Sayısı	Cronbach Alfa (α)	Güvenilirlik Düzeyi
Duygusal Mesleki Bağlılık	6	0,71	Oldukça Güvenilir
Mesleki Devamlılık Bağlılığı	6	0,76	Oldukça Güvenilir
Normatif Mesleki Bağlılık	6	0,68	Oldukça Güvenilir
Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği	18	0,81	Yüksek Derecede Güvenilir

Tablo 4.6 incelendiğinde, uygulanan güvenilirlik analizi sonucunda 15 madde ile doğrulanan Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeğinin yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,92$), sözel saldırganlık ($\alpha=0,92$) ve fiziksel saldırganlık ($\alpha=0,85$) alt boyutlarının yüksek derecede güvenilir; kendine karşı saldırganlık ($\alpha=0,69$) ve cinsel saldırganlık ($\alpha=0,78$) alt boyutlarının ise oldukça güvenilir olduğu söylenebilir.

Bununla birlikte 18 maddeden oluşan Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeğinin de yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,81$) olduğu, duygusal mesleki bağlılık ($\alpha=0,71$), mesleki devamlılık bağlılığı ($\alpha=0,76$) ve normatif mesleki bağlılık ($\alpha=0,68$) alt boyutlarının ise oldukça güvenilir olduğu söylenebilir.

4.3. Nicel Verilere İlişkin Bulgular

4.3.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Çalışma Yaşamına İlişkin

Bulgular

Araştırmaya katılan acil hemşirelerinin (n=202) sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.7’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %72,8’inin evli, %27,2’sinin bekar olduğu, %57,9’unu kadınların, %42,1’ini erkeklerin oluşturduğu, %58,4’ünün lisans mezunu olduğu, %97,5’inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin yaş ortalaması $35,41 \pm 8,28$, çocuk sayısı ortalaması $1,78 \pm 0,69$ ’dur.

Tablo 4.7. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Özellikler	n	%	
Yaş	20-30 yaş	66	32,7
	31-40 yaş	76	37,6
	41 yaş ve üzeri	60	29,7
Cinsiyet	Kadın	117	57,9
	Erkek	85	42,1
Medeni durum	Evli	147	72,8
	Bekar	55	27,2
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	19	9,4
	Ön Lisans	50	24,8
	Lisans	118	58,4
	Lisansüstü	15	7,4
Aile tipi	Geniş aile	5	2,5
	Çekirdek aile	197	97,5

Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikler tablo 4.8’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %93,6’sının servis hemşiresi olarak görev yaptığı, %90,1’inin kadrolu, %90,1’inin vardiyalı olarak çalıştığı, %77,7’sinin mesleğini isteyerek tercih ettiği, %61,4’ünün mesleğini sevdiği, %46,0’ının acil serviste çalışmaktan memnun olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Hemşirelerin çalışma yılı ortalaması $13,13 \pm 8,37$, acil servisteki çalışma yılı ortalaması $5,34 \pm 4,45$, serviste çalışan toplam hemşire sayısı ortalaması $31,44 \pm 14,67$, haftalık çalışma saati ortalaması $55,24 \pm 14,90$, günlük bakım verilen hasta sayısı ortalaması $461,98 \pm 383,26$ olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.8. Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özelliklerinin dağılımı

Özellikler		n	%
Servisteki görevi	Servis hemşiresi	189	93,6
	Servis sorumlu hemşiresi	13	6,4
Hastanedeki çalışma statüsü	Kadrolu	182	90,1
	Sözleşmeli	20	9,9
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	19	9,4
	Vardiya	182	90,1
	Diğer	1	0,5
Mesleğini isteyerek tercih etme durumu	Evet	157	77,7
	Hayır	45	22,3
Mesleğini sevme durumu	Seviyor	124	61,4
	Sevmiyor	22	10,9
	Kararsız	56	27,7
	Memnun	93	46,0
Çalışılan servisten memnun olma durumu	Kısmen memnun	94	46,5
	Memnun değil	15	7,5
Çalışılan bölümü isteyerek tercih etme durumu	Evet	159	78,7
	Hayır	43	21,3
Çalışma yılı	1-7 yıl	60	29,7
	8-14 yıl	67	33,2
	15 yıl ve üzeri	75	37,1
Bulunulan hastanede çalışma yılı	1-3 yıl	72	35,6
	4-7 yıl	53	26,2
Acil serviste çalışma yılı	8 yıl ve üstü	77	38,2
	1-2 yıl	72	35,6
yılı	3-5 yıl	60	29,7
	6 yıl ve üzeri	70	34,7

Tablo 4.8 (devam)			
Özellikler		n	%
Serviste çalışan toplam hemşire sayısı	1-20 hemşire	69	34,3
	21-40 hemşire	68	33,8
	41 üstü hemşire	65	31,9
Haftalık çalışma saati	40-48 saat	103	51,0
	49 üstü saat	99	49,0
	150 ve altı hasta	65	32,2
Günlük ortalama bakım verilen hasta	151-500 hasta	62	30,7
	501 ve üstü hasta	75	37,1

Hemşirelerin yaşamış oldukları şiddet olaylarına ilişkin bulguların dağılımı tablo 4.9'da sunulmuştur. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin %59,4'ünün saldırganlık ve şiddetle baş etme konusunda eğitim almak istediği, %86,1'inin son bir yıldır görev yaptığı kurumda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarında bir artış olduğunu düşündüğü, yaşanan şiddet olaylarının %51,5'inin 13-17 saatleri arasında gerçekleştiği belirlenmiştir. Hemşirelere uygulanan şiddetin %83,7'sinin hasta yakını/yakınları, %29,7'sinin hasta tarafından uygulandığı, yaşanan şiddet olayı sırasında hemşirelerin %31,7'sinin hiçbir şey yapmadığı, %15,8'inin kendini fiziksel olarak savunmaya çalıştığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %16,3'ünün maruz kaldıkları şiddet sonrasında ise yönetime şikâyette bulunduğu, %30,7'sinin beyaz kod kullanarak yardım istediği, %16,8'inin yasal işlem başlattığı, %37,1'inin ise hiçbir şey yapmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Hemşirelerin yaşamış oldukları şiddet olaylarına ilişkin bulguların dağılımı

Özellikler		n	%
Saldırganlık ve şiddetle baş etme konusunda eğitim almayı isteme durumu	Evet	120	59,4
	Hayır	82	40,6
Son bir yılda görev yapılan kurumda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarında bir artış olduğunu düşünme durumu	Evet	174	86,1
	Hayır	28	13,9
En son yaşanan şiddet olayının hangi zaman diliminde gerçekleştiği	07-12	13	6,4
	13-17	104	51,5
	18-23	36	17,8
	24-06	49	24,3

Tablo 4.9 (devam)

Özellikler		n		%	
		Evet		Hayır	
		n	%	n	%
*Şiddeti uygulayan kişi	Hasta	60	29,7	142	70,3
	Hasta yakını/yakınları	169	83,7	33	16,3
	Sağlık çalışanı	20	9,9	182	90,1
	Yönetici	3	1,5	199	98,5
	Diğer	1	0,5	201	99,5
*Maruz kalınan şiddet sırasında neyaptığı	Hiçbir şey yapmama	64	31,7	138	68,3
	Kendini fiziksel olarak savunmaya çalışma	32	15,8	170	84,2
	Fiziksel şiddet kullanan kişi/kişilere durmasını söyleme	47	23,3	155	76,7
	Fiziksel şiddet kullanan kişi/kişilere fiziksel olarak karşılık verme	7	3,5	195	96,5
	Diğer (Beyaz kod ya da güvenlik çağırma)	42	20,8	160	79,2
*Maruz kalınan şiddet sonrasında neler yaptığı	Yönetime rapor etme	33	16,3	169	83,7
	Meslek odasından yardım isteme	3	1,5	199	98,5
	Beyaz kod kullanarak yardım isteme	62	30,7	140	69,3
	Çalışan hakları ve güvenliği birimine bildirme	24	11,9	178	88,1
	Yasal işlem başlatma	34	16,8	168	83,2
	Hiçbir şey yapmama	75	37,1	127	62,9

*Birden fazla cevap verilmiştir

4.3.2. Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeğine ilişkin bulgular tablo 4.10'da sunulmuştur. Hemşirelerin %30,7'sinin sözel saldırganlığı ara sıra, %44,6'sının tehditkâr sözel saldırganlığı ara sıra, %46,5'inin aşağılayıcı saldırgan davranışa ara sıra, %47,0'ının kışkırtıcı saldırgan davranışı ara sıra ve %30,2'sinin hafif fiziksel

şiddeti ara sıra yaşamış oldukları belirlenmiştir (Tablo 4.10). Ölçeğin ekinde yer alan sorulara verilen cevaplar doğrultusunda hemşirelerin %26,2'sinin son bir yıl içerisinde hastalık izni aldığı ve %4,0'ının şiddet nedeniyle 1-7 gün süreyle çalışmadığı/rapor aldığı belirlenmiştir.

Tablo 4.10. Hemşirelerin Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeğindeki ifadelerle verdikleri cevapların dağılımları

İfadeler	Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği										Tahmini Sayı Ortalaması	
	Asla		Ara Sıra		Bazen		Sık Sık		Çok Sık		Ort.	SS
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
1. Sözel Saldırganlık	7	3,5	62	30,7	38	18,8	56	27,7	39	19,3	74,34	157,35
2. Tehditkâr Sözel Saldırganlık	19	9,4	90	44,6	44	21,8	30	14,9	19	9,4	35,37	73,23
3. Aşağılayıcı Saldırgan Davranış	24	11,9	94	46,5	41	20,3	24	11,9	19	9,4	39,21	89,55
4. Kışkırtıcı Saldırgan Davranış	22	10,9	95	47,0	41	20,3	26	12,9	18	8,9	31,09	67,86
5. Pasif Saldırgan Davranış	25	12,4	80	39,6	44	21,8	41	20,3	12	5,9	30,48	60,59
6. Ayırıştırıcı Saldırgan Davranış	49	24,3	90	44,6	37	18,3	14	6,9	12	5,9	24,70	55,35
7. Tehditkâr Fiziksel Saldırganlık	65	32,2	63	31,2	45	22,3	17	8,4	12	5,9	22,84	54,79
8. Yıkıcı Saldırgan Davranış	82	40,6	58	28,7	32	15,8	16	7,9	14	6,9	23,38	57,29
9. Hafif Fiziksel Şiddet	94	46,5	61	30,2	30	14,9	14	6,9	3	1,5	16,26	39,46
10. Ağır Fiziksel Şiddet	137	67,8	41	20,3	17	8,4	5	2,5	2	1,0	10,38	26,93
11. Kendine Karşı Hafif Şiddet	100	49,5	69	34,2	21	10,4	10	5,0	2	1,0	14,88	33,30
12. Kendine Karşı Ağır Şiddet	129	63,9	44	21,8	19	9,4	9	4,5	1	0,5	12,14	18,25
13. İntihar Girişimi	48	23,8	75	37,1	47	23,3	28	13,9	4	2,0	19,55	23,73
14. Ölümle Sonuçlanan İntiharlar	97	48,0	94	46,5	9	4,5	2	1,0	0	0,0	7,71	14,51
15. Cinsel Tehdit/Taciz	158	78,2	36	17,8	8	4,0	0	0,0	0	0,0	3,57	2,77
16. Cinsel Saldırı /Tecavüz	177	87,6	22	10,9	3	1,5	0	0,0	0	0,0	2,92	2,22

Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma

Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği ve alt boyut puanlarının ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum değerleritablo 4.11'de verilmiştir.Bu doğrultuda hemşirelerin Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeğinden en yüksek puanı

Sözel Saldırganlık alt boyutundan (2,69±0,95), en düşük puanı Cinsel Saldırganlık alt boyutundan (1,20±0,42) aldıkları belirlenmiştir (Tablo 4.11).

Tablo 4.11.Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği ve alt boyut puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri

Ölçek Alt Boyutları	Ort±SS	Min-Max
Sözel Saldırganlık	2,69±0,95	1-5
Fiziksel Saldırganlık	1,93±0,89	1-5
Kendine Karşı Saldırganlık	1,88±0,74	1-4,33
Cinsel Saldırganlık	1,20±0,42	1-3
Saldırganlık Sıklığını Algılama	2,13±0,69	1-4,27

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

Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği ve alt boyut puanları tablo 4.12’de karşılaştırılmıştır. Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının yaş ve cinsiyet gibi özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0,05).

Hemşirelerin eğitim durumunun Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği Sözel Saldırganlık alt boyutu ile Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği toplam puanını etkilediği, ön lisans mezunu olan hemşirelerin Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği toplam puanı ve Sözel Saldırganlık alt boyut puan ortalamalarının, yüksek lisans/ doktora mezunu olan hemşirelerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05). Medeni durumun Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği alt boyutlarından kendine karşı saldırganlık puanını etkilediği, bekar olan hemşirelerin kendine karşı saldırganlık alt boyut puan ortalamalarının, evli olan hemşirelerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Tablo 4.12. Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği ve alt boyutları ile hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

Demografik Özellikler	Sözel Saldırganlık	Fiziksel Saldırganlık	Kendine Karşı Saldırganlık	Cinsel Saldırganlık	Toplam Puan
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş grupları					
20-30 yaş	2,61±0,911	1,80±0,810	1,75±0,628	1,20±0,438	2,04±0,638
31-40 yaş	2,69±0,930	1,89±0,813	1,89±0,711	1,21±0,418	2,12±0,650
41 yaş ve üzeri	2,78±1,012	2,12±1,028	1,99±0,875	1,18±0,389	2,23±0,788
F	0,470	2,207	1,706	0,134	1,271
p	0,626	0,113	0,184	0,875	0,283

Tablo 4.12. (devam)

Demografik Özellikler	Sözel Saldırganlık	Fiziksel Saldırganlık	Kendine Karşı Saldırganlık	Cinsel Saldırganlık	Toplam Puan
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsiyet					
Kadın	2,69±0,944	1,87±0,890	1,92±0,763	1,24±0,462	2,12±0,697
Erkek	2,70±0,956	2,01±0,880	1,82±0,712	1,14±0,333	2,13±0,687
t	-0,085	-1,126	0,925	1,668	-0,100
p	0,933	0,262	0,356	0,097	0,921
Eğitim durumu					
Sağlık meslek lisesi	2,83±0,911	2,05±0,892	1,82±0,819	1,18±0,415	2,20±0,675
Ön lisans	3,03±1,119	2,15±0,994	2,05±0,834	1,27±0,454	2,37±0,795
Lisans	2,56±0,860	1,82±0,851	1,82±0,691	1,19±0,412	2,03±0,643
Lisansüstü	2,42±0,742	1,93±0,671	1,80±0,676	1,07±0,258	1,99±0,533
F	3,643	1,824	1,271	1,042	3,175
p	0,014*	0,144	0,285	0,375	0,025*
	Fark; 2-4				Fark; 2-4
Medeni durum					
Bekar	2,74±1,000	1,99±0,908	1,94±0,785	1,20±0,417	2,18±0,726
Evli	2,56±0,778	1,76±0,809	1,72±0,586	1,18±0,412	1,99±0,571
t	1,231	1,678	1,900	0,339	1,686
p	0,220	0,095	0,032*	0,735	0,093

*p<0,05 , Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma, (t):Bağımsız Örneklem T Testi, (F):Tek Yönlü Varyans Analizi(ANOVA), Fark:Tukey Testi,p:Anlamlılık Düzeyi

Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği ve alt boyut puanları tablo 4.13 te karşılaştırılmıştır. Acil serviste çalışma yılı ve serviste çalışan toplam hemşire sayısının Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanları üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir (p>0,05). Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği alt boyutlarından Kendine Karşı Saldırganlık puanının hemşire olarak çalışma yılı ile halen çalışılan hastanede çalışma yılına göre farklılık gösterdiği, hemşire olarak 1-7 yıldır çalışan hemşirelerin Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği kendine karşı saldırganlık alt boyut puanının 15 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin puanından daha düşük olduğu ve bulunduğu hastanede 1-3 yıldır çalışan hemşirelerin Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği kendine karşı saldırganlık alt boyut puanının 4-7 yıldır çalışan hemşirelerin puanından anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 4.13).

Bununla birlikte mesleğini isteyerek tercih etme durumunun Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarından fiziksel saldırganlık, kendine karşı saldırganlık ile cinsel saldırganlık puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği, mesleğini isteyerek tercih eden hemşirelerin Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği toplam puanı ve fiziksel saldırganlık, kendine karşı saldırganlık, cinsel saldırganlık puanlarının mesleğini isteyerek tercih etmeyen hemşirelerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği toplam puanı ile sözel saldırganlık, fiziksel saldırganlık ve kendine karşı saldırganlık alt boyut puanlarının hemşirelerin mesleğini sevme durumu, çalışılan servisten memnun olma durumu, haftalık çalışma saatine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.13). Bu doğrultuda mesleğini seven, çalıştığı servisten memnun olan, haftalık çalışma saati 40-48 saat olan hemşirelerin, Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği toplam puanı ve sözel saldırganlık, fiziksel saldırganlık ile kendine karşı saldırganlık alt boyut puan ortalamalarının, mesleğini sevmeyen ve kararsız olan, çalıştığı servisten memnun olmayan ve haftalık çalışma saati 49 saat üstünde olan hemşirelerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır. Günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı ile Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği sözel saldırganlık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Günlük ortalama 150 ve altı hastaya bakım veren hemşirelerin puanının günlük ortalama 151-500 hastaya bakım veren hemşirelerin puanından anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.13).

Tablo 4.13 Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği ve alt boyutları ile hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması

Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikler	Sözel Saldırganlık	Fiziksel Saldırganlık	Kendine Karşı Saldırganlık	Cinsel Saldırganlık	Toplam Puan
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Hemşire olarak çalışma yılı					
1-7 yıl	2,59±0,864	1,78±0,767	1,71±0,606	1,18±0,411	2,01±0,593
8-14 yıl	2,64±0,907	1,87±0,787	1,84±0,702	1,19±0,398	2,08±0,629
15 yıl ve üzeri	2,81±1,039	2,10±1,029	2,04±0,842	1,21±0,436	2,26±0,796
F	1,039	2,527	3,606	0,091	2,349
p	0,356	0,082	0,029* Fark; 1-3	0,913	0,098

Tablo 4.13 devam

Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikler	Sözel Saldırganlık	Fiziksel Saldırganlık	Kendine Karşı Saldırganlık	Cinsel Saldırganlık	Toplam Puan
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Bulunulan hastanede çalışma yılı					
1-3 yıl	2,59±0,956	1,78±0,784	1,71±0,650	1,17±0,394	2,01±0,643
4-7 yıl	2,87±0,853	2,09±0,955	2,04±0,641	1,24±0,434	2,28±0,660
8 yıl ve üstü	2,66±0,992	1,95±0,917	1,92±0,855	1,20±0,423	2,13±0,741
F	1,395	1,872	3,401	0,426	2,347
p	0,250	0,157	0,035* Fark; 1-2	0,654	0,098
Görev yapılan acil serviste çalışma yılı					
1-2 yıl	2,58±0,952	1,76±0,750	1,73±0,702	1,22±0,473	2,01±0,640
3-5 yıl	2,86±0,886	2,10±0,989	2,01±0,683	1,18±0,344	2,26±0,706
6 yıl ve üzeri	2,66±0,982	1,96±0,905	1,91±0,810	1,19±0,411	2,13±0,716
F	1,571	2,379	2,469	0,104	2,261
p	0,210	0,095	0,087	0,901	0,107
Serviste çalışan toplam hemşire sayısı					
1-20 hemşire	2,48±0,893	1,77±0,796	1,80±0,682	1,22±0,466	1,99±0,597
21-40 hemşire	2,87±1,070	2,07±1,039	1,97±0,902	1,23±0,409	2,26±0,842
41 ve üstü hemşire	2,75±0,825	1,96±0,780	1,88±0,601	1,15±0,364	2,15±0,576
F	2,988	2,114	0,885	0,704	2,703
p	0,053	0,123	0,414	0,496	0,069
Mesleğini isteyerek tercih etme durumu					
Evet	2,63±0,896	1,86±0,821	1,80±0,664	1,15±0,357	2,06±0,626
Hayır	2,90±1,091	2,18±1,057	2,15±0,923	1,36±0,550	2,35±0,852
t	-1,654	-2,151	-2,838	-2,945	-2,494
p	0,100	0,033*	0,005**	0,004**	0,013*

Tablo 4.13 devam

Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikler	Sözel Saldırganlık	Fiziksel Saldırganlık	Kendine Karşı Saldırganlık	Cinsel Saldırganlık	Toplam Puan
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Mesleğini sevme durumu					
Seviyor	2,53±0,841	1,75±0,759	1,74±0,669	1,17±0,386	1,98±0,590
Sevmiyor	3,04±1,130	2,32±0,799	2,12±0,794	1,30±0,454	2,43±0,705
Kararsız	2,90±1,027	2,18±1,067	2,08±0,814	1,23±0,457	2,32±0,808
F	4,721	7,522	5,531	1,184	7,502
p	0,010*	0,001**	0,005**	0,308	0,001**
	Fark; 1-2,3	Fark; 1-2,3	Fark; 1-2,3		Fark; 1-2,3
Çalışılan servisten memnun olma durumu					
Memnun	2,55±0,914	1,80±0,828	1,77±0,711	1,17±0,427	2,01±0,652
Kısmen Memnun	2,74±0,913	1,98±0,876	1,91±0,709	1,22±0,405	2,17±0,662
Memnun değil	3,28±1,147	2,43±1,124	2,31±0,980	1,23±0,417	2,59±0,909
F	4,153	3,743	3,637	0,344	5,005
p	0,017*	0,025*	0,028*	0,709	0,008**
	Fark; 1-3	Fark; 1-3	Fark; 1-3		Fark; 1-3
Haftalık çalışma saati					
40-48 saat	2,56±0,905	1,77±0,775	1,75±0,702	1,21±0,452	2,01±0,622
49 saat üstü	2,83±0,973	2,09±0,967	2,00±0,764	1,18±0,374	2,25±0,739
t	-2,056	-2,573	-2,417	0,543	-2,487
p	0,041*	0,011*	0,017*	0,588	0,014*
Günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı					
150 ve altı hasta	2,45±0,849	1,73±0,764	1,81±0,731	1,28±0,531	1,97±0,589
151-500 hasta	2,87±1,029	2,00±0,817	1,83±0,708	1,11±0,247	2,19±0,694
501 ve üstü hasta	2,76±0,926	2,05±1,012	1,98±0,776	1,20±0,403	2,20±0,754
F	3,393	2,589	1,134	2,520	2,411
p	0,036	0,078	0,324	0,083	0,092
	Fark; 1-2				

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001, Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma,(t):Bağımsız Örneklem T Testi, (F):Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ,Fark:Tukey Testi,p:Anlamlılık Düzeyi

4.3.3. Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği' ne İlişkin Bulgular

Hemşirelerin Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği maddelerine verdikleri cevaplar tablo 4.14’te gösterilmiştir. Bu doğrultuda Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeğinden hemşirelerin en yüksek puanı sırasıyla “Belirli bir mesleğin eğitimini almış kişilerin o mesleği makul bir süre yapma sorumluluğu taşımaları gerektiğine inanıyorum.” ($\bar{X}=5,16$), “Benim için mesleğimi değiştirmek şu anda çok zor olur.” ($\bar{X}=4,98$), “Bu mesleğe şimdi değiştirmeyi düşünemeyecek kadar çok şey verdim.” ($\bar{X}=4,88$), “Şu anda mesleğimi değiştirmem için kişisel olarak çok önemli fedakârlıklara katlanmam gerekir.” ($\bar{X}=4,67$) maddelerinden; en düşük puanı ise “Hemşirelik mesleği ile kendimi özdeşleştiremiyorum.” ($\bar{X}=3,22$) maddesinden aldıkları belirlenmiştir (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Hemşirelerin Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeğindeki ifadelere verdikleri cevapların dağılımları

İfadeler	Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği														Ort.	SS
	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Bir parça Katılmıyorum		Taraftasım		Bir parça Katılıyorum		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
1. Hemşirelik kişisel imajum açısından önem taşımaktadır.	22	10,9	25	12,4	23	11,4	16	8,0	39	19,4	48	23,9	28	13,9	4,40	1,97
2. Hemşirelik mesleğine girdiğim için pişmanım.	25	12,4	51	25,2	25	12,4	22	10,9	27	13,4	30	14,9	22	10,9	3,76	1,98
3. Hemşire olduğum için gurur duyuyorum.	17	8,4	19	9,4	16	7,9	43	21,3	23	11,4	52	25,7	32	15,8	4,58	1,86
4. Bir hemşire olmaktan hoşlanmıyorum.	29	14,4	73	36,1	16	7,9	21	10,4	21	10,4	31	15,3	11	5,4	3,34	1,90
5. Hemşirelik mesleği ile kendimi özdeşleştiremiyorum.	40	19,8	62	30,7	19	9,4	21	10,4	24	11,9	27	13,4	9	4,5	3,22	1,89
6. Hemşireliği heyecan verici bir meslek olarak görüyorum.	22	10,9	25	12,4	18	8,9	24	11,9	38	18,8	51	25,2	24	11,9	4,39	1,92
7. Bu mesleğe şimdi değiştirmeyi düşünemeyecek kadar çok şey verdim.	12	5,9	20	9,9	7	3,5	37	18,3	23	11,4	72	35,6	31	15,3	4,88	1,77
8. Benim için mesleğimi değiştirmek şu anda çok zor olur.	11	5,4	17	8,4	10	5,0	26	12,9	30	14,9	80	39,6	28	13,9	4,98	1,71
9. Eğer mesleğimi değiştirsem hayatım büyük ölçüde altüst olur.	14	6,9	38	18,8	7	3,5	36	17,8	32	15,8	53	26,2	22	10,9	4,39	1,86
10. Şu anda mesleğimi değiştirmem bana çok pahalıya patlar.	14	6,9	34	16,8	7	3,5	30	14,9	29	14,4	66	32,7	22	10,9	4,54	1,87
11. Beni hemşirelik mesleğini değiştirmekten alıkoyacak herhangi bir neden yok.	17	8,4	33	16,3	11	5,4	35	17,3	18	8,9	70	34,7	18	8,9	4,42	1,89

Tablo 4.14 (devam)

İfadeler	Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği														Ort.	SS
	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Bir parça katılmıyorum		Tarafsız		Bir parça katılıyorum		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
12. Şu anda mesleğimi değiştirmem için kişisel olarak çok önemli fedakârlıklara katlanmam gerekir.	16	7,9	24	11,9	9	4,5	33	16,3	34	16,8	52	25,7	34	16,8	4,67	1,88
13. Belirli bir mesleğin eğitimini almış kişilerin o mesleği makul bir süre yapma sorumluluğu taşımaları gerektiğine inanıyorum.	15	7,4	17	8,4	4	2,0	19	9,4	22	10,9	79	39,1	46	22,8	5,16	1,85
14. Hemşirelik mesleğinde kalmak için herhangi bir yükümlülük hissetmiyorum.	28	13,9	55	27,2	17	8,4	24	11,9	26	12,9	35	17,3	17	8,4	3,68	1,98
15. Hemşirelik mesleğine devam etmeyi, yerine getirmem gereken bir sorumluluk olarak görüyorum.	20	9,9	25	12,4	6	3,0	44	21,8	18	8,9	62	30,7	27	13,4	4,53	1,92
16. Bana avantaj sağlayacak olsa bile, hemşirelik mesleğini bırakmaya hakkım olmadığını düşünüyorum.	31	15,3	58	28,7	12	5,9	34	16,8	20	9,9	33	16,3	14	6,9	3,54	1,94
17. Hemşireliği bırakırsam kendimi suçlu hissederim.	37	18,3	62	30,7	11	5,4	30	14,9	28	13,9	25	12,4	9	4,5	3,30	1,87
18. Mesleğime duyduğum sadakatten dolayı hemşirelik yapmaya devam ediyorum.	18	8,9	29	14,4	12	5,9	25	12,4	43	21,3	51	25,2	24	11,9	4,46	1,88

Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma

Hemşirelerin Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği alt boyut puanlarının ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum değerleri Tablo 4.15'te verilmiştir. Buna göre hemşireler en yüksek puanı sırasıyla mesleki devamlılık bağlılığı alt boyutu (4,65±1,24), duygusal mesleki bağlılık alt boyutu (4,25±0,92), normatif mesleki bağlılık alt boyutundan (4,22±1,19) almışlardır (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği alt boyut puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri

	Ort±SS	Min-Maks
Duygusal Mesleki Bağlılık	4,25±0,92	2-6,33
Mesleki Devamlılık Bağlılığı	4,65±1,24	1-7
Normatif Mesleki Bağlılık	4,22±1,19	1-6,5

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

Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği alt boyut puanları tablo 4.16'da karşılaştırılmıştır. Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği alt boyut puanlarının hemşirelerin yaş, cinsiyet ve eğitim durumu gibi özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Medeni durumun ise Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği mesleki devamlılık bağıllığı alt boyut puanını etkilediği, bekar olan hemşirelerin puanlarının evli olan hemşirelerin puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği alt boyut puanları ile hemşirelerin Sosyo demografik özelliklerinin karşılaştırılması

Demografik Özellikler	Duygusal Mesleki Bağlılık	Mesleki Devamlılık Bağlılığı	Normatif Mesleki Bağlılık
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş			
20-30 yaş	4,10±0,959	4,50±1,300	4,14±1,215
31-40 yaş	4,36±0,800	4,75±1,141	4,25±1,212
41 yaş ve üzeri	4,27±1,014	4,67±1,298	4,27±1,133
F	1,462	0,736	0,228
p	0,234	0,480	0,796
Cinsiyet			
Kadın	4,34±0,902	4,55±1,196	4,27±1,056
Erkek	4,12±0,938	4,77±1,294	4,15±1,347
t	1,695	-1,265	0,690
p	0,092	0,207	0,491
Eğitim durumu			
Sağlık Meslek Lisesi	4,11±0,863	4,81±1,339	4,54±1,361
Ön lisans	4,30±0,935	4,74±1,380	4,33±1,111
Lisans	4,26±0,935	4,62±1,206	4,18±1,156
Lisansüstü	4,13±0,913	4,33±0,882	3,71±1,352
F	0,264	0,527	1,600
p	0,851	0,664	0,191
Medeni surum			
Bekar	4,23±0,908	4,76±1,198	4,25±1,200
Evli	4,28±0,966	4,35±1,311	4,13±1,152
t	-0,347	2,120	0,669
p	0,729	0,035*	0,504

* $p<0,05$, Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma,(t):Bağımsız Örneklem T Testi, (F):Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Fark:Tukey Testi, p:Anlamlılık Düzeyi

Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği alt boyut puanları tablo 4.17’de verilmiştir. Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği alt boyut puanlarının hemşirelerin çalışma yılı, halen görev yapılan hastanede çalışma yılı, görev yapılan acil serviste çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Serviste çalışan toplam hemşire sayısının, Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği alt boyutlarından duygusal mesleki bağlılık ile normatif mesleki bağlılık puanlarını etkilediği, hemşire sayısı 1-20 olan serviste çalışanların Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği duygusal mesleki bağlılık puanlarının hemşire sayısı 41 ve üstü olan serviste çalışan hemşirelerin puanlarından daha düşük olduğu; hemşire sayısı 1-20 olan serviste çalışan hemşirelerin Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği normatif mesleki bağlılık alt boyut puanının hemşire sayısı 21-40 ile 41 ve üstü olan serviste çalışan hemşirelerin puanlarından anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Mesleğini isteyerek tercih etme durumunun da, Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği duygusal mesleki bağlılık alt boyut puanını etkilediği, mesleğini isteyerek tercih eden hemşirelerin mesleğini isteyerek tercih etmeyen hemşirelerin puanlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.17).

Tablo 4.17’de Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği duygusal mesleki bağlılık alt boyut puanını, mesleğini sevme durumunun ve çalışılan servisten memnun olma durumunun etkilediği görülmüştür. Bu doğrultuda mesleğini seven hemşirelerin duygusal mesleki bağlılık alt boyut puanının mesleğini sevmeyen ve kararsız olan hemşirelerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu, çalıştığı servisten memnun olan hemşirelerin duygusal mesleki bağlılık puanlarının kısmen memnun olan ve memnun olmayan hemşirelerin puanlarından yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Mesleğini sevme durumu ve çalışılan servisten memnun olma durumunun Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği normatif mesleki bağlılık alt boyut puanını etkilediği, mesleğini seven hemşirelerin normatif mesleki bağlılık alt boyut puanının mesleğini sevmeyen ve kararsız olan hemşirelerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte çalıştığı servisten memnun olan hemşirelerin normatif mesleki bağlılık puanlarının kısmen memnun

olan ve memnun olmayan hemşirelerin puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Tablo 4.17. Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği alt boyut puanları ile hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özelliklerin karşılaştırılması

Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikler	Duygusal Mesleki Bağlılık	Mesleki Devamlılık Bağlılığı	Normatif Mesleki Bağlılık
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Hemşire olarak çalışma yılı			
1-7 yıl	4,23±0,967	4,59±1,258	4,21±1,255
8-14 yıl	4,14±0,793	4,70±1,192	4,11±1,159
15 yıl ve üzeri	4,36±0,990	4,64±1,282	4,32±1,158
F	0,997	0,107	0,595
p	0,371	0,898	0,553
Bulunulan hastanede çalışma yılı			
1-3 yıl	4,19±0,930	4,59±1,273	4,30±1,244
4-7 yıl	4,31±0,857	4,67±1,076	4,12±1,134
8 yıl ve üstü	4,25±0,965	4,68±1,326	4,21±1,175
F	0,258	0,102	0,359
p	0,773	0,904	0,699
Görev yapılan acil serviste çalışma yılı			
1-2 yıl	4,24±0,891	4,64±1,117	4,22±1,236
3-5 yıl	4,11±0,931	4,58±1,226	4,17±1,183
6 yıl ve üzeri	4,38±0,939	4,70±1,380	4,26±1,149
F	1,440	0,161	0,082
p	0,239	0,851	0,921
Serviste çalışan toplam hemşire sayısı			
1-20 hemşire	4,01±0,885	4,56±1,190	3,86±1,292
21-40 hemşire	4,26±0,942	4,72±1,350	4,39±1,046
41 ve üstü hemşire	4,48±0,896	4,65±1,191	4,41±1,143
F	4,486	0,285	4,850
p	0,012*	0,752	0,009**
	Fark; 1-3		Fark; 1-2,3

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001, Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma, (t):Bağımsız Örneklem T Testi, (F):Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) , Fark:Tukey Testi p:Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4. 17. (devam)

Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikler	Duygusal Mesleki Bağlılık	Mesleki Devamlılık Bağlılığı	Normatif Mesleki Bağlılık
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Mesleğini isteyerek tercih etme durumu			
Evet	4,37±0,917	4,67±1,223	4,25±1,142
Hayır	3,81±0,807	4,57±1,308	4,10±1,335
t	3,686	0,458	0,761
p	0,000***	0,647	0,448
Mesleğini sevme durumu			
Seviyor	4,55±0,913	4,73±1,261	4,49±1,113
Sevmiyor	3,40±0,809	4,77±1,601	3,35±1,208
Kararsız	3,91±0,615	4,42±1,007	3,95±1,124
F	24,457	1,329	11,891
p	0,000*** Fark; 1-2,3	0,267	0,000*** Fark; 1-2,3
Çalışılan servisten memnun olma durumu			
Memnun	4,49±0,936	4,68±1,241	4,44±1,149
Kısmen memnun	4,12±0,835	4,67±1,215	4,03±1,201
Memnun değil	3,59±0,923	4,23±1,400	4,01±1,149
F	8,441	0,894	3,041
p	0,000*** Fark; 1-2,3	0,411	0,049* Fark; 1-2,3
Haftadaki çalışma saati			
40-48 saat	4,30±0,946	4,69±1,282	4,25±1,283
49 saat üstü	4,19±0,897	4,60±1,200	4,19±1,081
t	0,873	0,552	0,392
p	0,384	0,581	0,695
Günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı			
150 ve altı hasta	4,17±0,870	4,45±1,253	4,17±1,125
151-500 hasta	4,20±1,010	4,79±1,226	4,03±1,343
501 ve üstü hasta	4,35±0,892	4,70±1,236	4,42±1,079
F	0,765	1,296	1,908
p	0,453	0,276	0,151

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001, Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma, (t):Bağımsız Örneklem T Testi, (F):Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) , Fark:Tukey Testi p:Anlamlılık Düzeyi

4.3.4. Hastanede Çalışmaya Devam Etme ya da Etmeme Niyeti'ni Belirlemeye İlişkin Bulgular

Hemşirelerin hastanede çalışmaya devam etme/etmeme niyetini belirlemeye ilişkin sorulara verdikleri cevaplar tablo 4.18'de verilmiştir. Bu doğrultuda hemşirelerin %30,2'sinin hastanedeki görevine devam etmeme konusunu nadiren düşündüğü, %6,9'unun ise sürekli olarak düşündüğü belirlenmiştir. Hemşirelerin %28,7'sinin başka bir kurumda, kabul edebileceği başka bir iş bulmanın hiç kolay olmadığını düşündüğü, %4,0'ının ise çok kolay olarak düşündüğü saptanmıştır. Hemşirelerin %46,5'inin önümüzdeki altı ay içerisinde işlerinden ayrılmanın söz konusu olmadığını belirttikleri görülmüştür (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Hemşirelerin Hastanede Çalışmaya Devam Etme ya da Etmeme Niyetlerine ilişkin bulguların dağılımı

Hastanede Çalışmaya Devam Etme /Etmeme Niyeti		
	n	%
Bu hastanedeki görevinize devam etmeme konusunu ne kadar sıklıkta düşünüyorsunuz?		
Hiç düşünmüyorum	46	22,8
Nadiren düşünüyorum	61	30,2
Ara sıra düşünüyorum	46	22,8
Çoğu zaman düşünüyorum	35	17,3
Sürekli olarak düşünüyorum	14	6,9
Başka bir kurumda, sizin kabul edebileceğiniz başka bir iş bulmanızın kolaylık derecesi nedir?		
Hiç kolay değil	58	28,7
Kolay değil	48	23,8
Bilmiyor	64	31,7
Kolay	24	11,8
Çok kolay	8	4,0
Bu hastanede ne kadar süre daha çalışmaya devam edebileceğinizi düşünüyorsunuz?		
6 aydan az	7	3,5
6-12ay	6	3,0
1-2 yıl	32	15,8
2-5 yıl	46	22,8
5 yıldan fazla	39	19,3
Emekli olana kadar	62	30,6
Yaş haddine kadar	10	5,0

Tablo 4.18 (devam)

Şu andaki duygularınıza göre, önümüzdeki altı ay içinde işinizden ayrılmanız söz konusu mudur?

Kesinlikle evet	1	,5
Evet	7	3,5
Bilmiyorum	32	15,8
Hayır	94	46,5
Kesinlikle hayır	68	33,7

Bu çalışmada ölçek ve alt boyut puanlarının normallik varsayımları incelenmiş ve Saldırganlık Sıklığını Agılama Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanları ile Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği alt boyut puanlarının normallik varsayımını sağladığı belirlenmiştir. Buna göre, puanlar arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır.

Tablo 4.19. Saldırganlık Sıklığını Agılama Ölçeği ve alt boyut puanları ile Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği alt boyut puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

		SSAÖ toplam	Sözel Saldırganlık	Fiziksel Saldırganlık	Kendine Karşı Saldırganlık	Cinsel Saldırganlık	Duygusal Mesleki Bağlılık	Mesleki Devamlılık Bağlılığı	Normatif Mesleki Bağlılık
Saldırganlık Sıklığını Agılama Ölçeği	Toplam Puan	r 1							
		p							
	Sözel Saldırganlık	r 0,935	1						
		p 0,000**							
	Fiziksel Saldırganlık	r 0,899	0,769	1					
	p 0,000**	0,000**							
	Kendine Karşı Saldırganlık	r 0,735	0,523	0,598	1				
	p 0,000**	0,000**	0,000**						
	Cinsel Saldırganlık	r 0,274	0,150	0,094	0,368	1			
	p 0,000**	0,033*	0,183	0,000**					
Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği	Duygusal Mesleki Bağlılık	r -0,141	-0,143	-0,117	-0,084	-0,063	1		
		p 0,045*	0,043*	0,098	0,237	0,370			
	Mesleki Devamlılık Bağlılığı	r 0,019	0,042	0,013	-0,036	-0,008	0,264	1	
		p 0,787	0,553	0,853	0,611	0,912	0,000**		
	Normatif Mesleki Bağlılık	r -0,125	-0,131	-0,093	-0,084	-0,045	0,478	0,331	1
	p 0,076	0,063	0,189	0,234	0,528	0,000**	0,000**		

*p<0,05, **p<0,001, r:Pearson Korelasyon Katsayısı , p=Anlamlılık Düzeyi,SSAÖ:Saldırganlık Sıklığını Agılama Ölçeği.

Saldırganlık Sıklığını Agılama Ölçeği ve alt boyut puanları ile Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği alt boyut puanları arasındaki ilişki tablo 4.19'da sunulmuştur. Uygulanan korelasyon analizi sonucunda sadece Saldırganlık Sıklığını

Algılama Ölçeği toplam puanı ile duygusal mesleki bağlılık ölçeği alt boyut puanı arasında düşük düzeyde negatif yönde ($r=-0,141$; $p<0,05$), sözel saldırganlık alt boyut puanı ile duygusal mesleki bağlılık alt boyut puanı arasında ise düşük düzeyde negatif yönde ($r=-0,143$; $p<0,05$) anlamlı doğrusal ilişkiler olduğu söylenebilir.

Tablo 4.20. Bağımsız Değişkenlerin Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği Sözel Saldırganlık Alt boyut puanı üzerindeki etkisi ve modeldeki kat sayıların anlamlılığı

BağımsızDeğişkenler	B	Std. Hata	Beta	t	p	B için 95% Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
Sabit	3,251	0,837		3,883	0,000	1,599	4,902
Yaş	0,008	0,011	0,068	0,717	0,474	-0,014	0,029
Eğitimidurumu	-0,243	0,086	-0,197	-2,815	0,005*	-0,413	-0,073
Çalışmayılı	0,005	0,020	0,028	0,255	0,799	-0,034	0,044
Acilservisteçalışmayılı	0,016	0,021	0,073	0,755	0,451	-0,025	0,056
Mesleğini sevmedurumu	-0,219	0,125	-0,159	-1,759	0,080	-0,465	0,027
Çalışılanservistenmemnunolmadurumu	0,177	0,120	0,117	1,475	0,142	-0,060	0,414
Cinsiyet							
C1(0:Kadın1:Erkek)	-0,105	0,139	-0,055	-0,752	0,453	-0,380	0,170
Çalışma şekli							
ÇS1(0:Sürekli Gündüz 1:Vardiya)	0,020	0,220	0,006	0,092	0,926	-0,413	0,454
Mesleğini isteyerek tercih etme durumu							
MİTE1(0:Evet 1:Hayır)	0,053	0,187	0,023	0,282	0,778	-0,316	0,421

Model Özeti:

$R=0,329$; $R^2=0,108$; Adj. $R^2=0,066$; $F=2,581$; $p=0,008^*$

Bağımlı Değişken:Sözel Saldırganlık Puanı,* $p<0,01$,Std. Hata:Standart Hata, Adj. R^2 :Adjusted (Düzeltilmiş) R^2 , F:Test İstatistiği, p =Anlamlılık Düzeyi,GA=Güven Aralığı

Hemşirelerin SSAÖ Sözel Saldırganlık alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları tablo 4.20'de verilmiştir. Hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma şekli, mesleğini isteyerek tercih etme durumu, mesleğini sevme durumu, çalışılan servisten memnun olma durumu, çalışma yılı ve acil serviste çalışma yılı

değişkenlerinin sözel saldırganlık puanına etkisi olup olmadığını belirleyebilmek için uygulanan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları incelendiğinde, regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu söylenebilir ($F=2,581$; $p<0,01$). Sözel Saldırganlık alt boyut puanında meydana gelen değişimin %6,6'sı modele dahil ettiğimiz bağımsız değişkenler tarafından açıklanmaktadır ($Adj.R^2=0,066$).

Bağımsız değişkenlerin modeldeki katsayıları incelendiğinde ise sadece eğitim durumunun sözel saldırganlık alt boyut puanı üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,01$). Bu doğrultuda eğitim durumunun sözel saldırganlık alt boyut puanına negatif etki yaptığı görülmektedir. Başka bir ifade ile eğitim durumundaki 1 birimlik artış, sözel saldırganlık puanında 0,243 (B) birim azalışa neden olmaktadır.

Hemşirelerin Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği, fiziksel saldırganlık alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları tablo 4.21'de sunulmuştur. Bağımsız değişkenlerin fiziksel saldırganlık alt boyut puanına etkisi olup olmadığını belirleyebilmek için uygulanan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları incelendiğinde, regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F=2,793$; $p<0,01$). Fiziksel saldırganlık alt boyut puanında meydana gelen değişimin %7,4'ü modele dahil edilen bağımsız değişkenler tarafından açıklanmaktadır ($Adj.R^2=0,074$). Bağımsız değişkenlerin modeldeki katsayıları incelendiğinde ise sadece mesleğini sevme durumunun fiziksel saldırganlık alt boyut puanı üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bu doğrultuda mesleğini sevme durumunun fiziksel saldırganlık alt boyut puanına negatif etki yaptığı görülmektedir. Başka bir ifade ile mesleğini sevme durumundaki 1 birimlik artış, fiziksel saldırganlık alt boyut puanında 0,266 (B) birim azalışa neden olmaktadır.

Tablo 4.21. Bağımsız Değişkenlerin Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği Fiziksel Saldırganlık alt boyut puanı üzerindeki etkisi ve modeldeki kat sayıların anlamlılığı

BağımsızDeğişkenler	B	Std. Hata	Beta	t	p	B için 95% Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
Sabit	2,002	0,781		2,564	0,011	0,462	3,541
Yaş	0,015	0,010	0,136	1,452	0,148	-0,005	0,034
Eğitimdurumu	-0,155	0,080	-0,134	-1,930	0,055	-0,314	0,003
Çalışmayılı	0,000	0,018	0,003	0,025	0,980	-0,036	0,036
Acilservisteçalışmayılı	0,011	0,019	0,054	0,565	0,573	-0,027	0,049
Mesleğini sevmedurumu	-0,266	0,116	-0,206	-2,294	0,023*	-0,495	-0,037
Çalışılan servisten memnun olmadurumu	0,117	0,112	0,082	1,042	0,298	-0,104	0,338
Cinsiyet							
C1(0:Kadın 1:Erkek)	0,021	0,130	0,011	0,158	0,875	-0,236	0,277
Çalışma şekli							
ÇS1(0:Sürekli Gündüz 1:Vardiya)	0,065	0,205	0,022	0,318	0,751	-0,339	0,470
Mesleğini isteyerek tercih etme durumu							
MİTE1 (0:Evet 1:Hayır)	0,069	0,174	0,033	0,397	0,692	-0,274	0,413

Model Özeti:

R=0,340; R²=0,116; Adj. R²=0,074; F=2,793; **p=0,004****

Bağımlı Değişken:Fiziksel Saldırganlık Puanı, *p<0,01, Std. Hata:Standart Hata, Adj. R²:Adjusted (Düzeltilmiş) R², F:Test İstatistiği, p:Anlamlılık Düzeyi, GA:Güven Aralığı

Hemşirelerin Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği kendine karşı saldırganlık alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları tablo 4.22’de sunulmuştur. Bu doğrultuda bağımsız değişkenlerin kendine karşı saldırganlık alt boyutu puanına etkisi çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelendiğinde, regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (F=3,370; p<0,01). Ancak bağımsız değişkenlerin modeldeki katsayıları incelendiğinde ise bağımsız değişkenlerin kendine karşı saldırganlık alt boyut puanı üzerindeki etkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 4.22. Bağımsız Değişkenlerin Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği Kendine Karşı Saldırganlık alt boyut puanı üzerindeki etkisi ve modeldeki kat sayıların anlamlılığı

BağımsızDeğişkenler	B	Std. Hata	Beta	t	p	B için 95% Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
Sabit	2,052	0,645		3,179	0,002	0,779	3,325
Yaş	0,013	0,008	0,148	1,593	0,113	-0,003	0,030
Eğitimidurumu	-0,116	0,066	-0,120	-1,740	0,083	-0,247	0,015
Çalışmayılı	0,024	0,015	0,175	1,612	0,109	-0,005	0,054
Acilservisteçalışmayılı	-0,016	0,016	-0,097	-1,023	0,308	-0,048	0,015
Mesleğini sevmedurumu	-0,141	0,096	-0,130	-1,464	0,145	-0,330	0,049
Çalışılanservisten memnun olmadurumu	0,164	0,093	0,137	1,765	0,079	-0,019	0,346
Cinsiyet							
C1(0:Kadın 1:Erkek)	-0,157	0,108	-0,105	-1,460	0,146	-0,369	0,055
Çalışmaşekli							
ÇS1(0:Sürekli Gündüz 1:Vardiya)	-0,155	0,170	-0,063	-0,915	0,362	-0,490	0,179
Mesleğini isteyerek tercih etmedurumu							
MİTE1 (0:Evet 1:Hayır)	0,157	0,144	0,088	1,088	0,278	-0,127	0,441

Model Özeti:

R=0,369; R²=0,136; Adj. R²=0,096; F= 3,370; p=0,001*

Bağımlı Değişken:Kendine Karşı Saldırganlık Puanı, *p<0,01, Std. Hata:Standart Hata, Adj. R²:Adjusted (Düzeltilmiş) R² t, F:Test İstatistiği, p:Anlamlılık Düzeyi, GA:Güven Aralığı

Hemşirelerin Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği cinsel saldırganlık alt boyut puanı regresyon analizi sonuçları tablo 4.23’de verilmiştir. Buna göre bağımsız değişkenlerin cinsel Saldırganlık alt boyut puanına etkisi uygulanan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları ile incelendiğinde, regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir(F=1,759; p>0,05).

Tablo 4.23. Bağımsız Değişkenlerin Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği Cinsel Saldırganlık alt boyut puanı üzerindeki etkisi ve modeldeki kat sayıların anlamlılığı

BağımsızDeğişkenler	B	Std. Hata	Beta	t	p	B için 95% Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
Sabit	1,332	0,373		3,568	0,000	0,596	2,068
Yaş	-0,001	0,005	-0,022	-0,225	0,822	-0,011	0,008
Eğitimidurumu	-0,060	0,038	-0,110	-1,552	0,122	-0,135	0,016
Çalışmayılı	0,010	0,009	0,131	1,170	0,243	-0,007	0,027
Acilservisteçalışmayılı	-0,007	0,009	-0,073	-0,742	0,459	-0,025	0,011
Mesleğinesevmedurumu	-0,010	0,056	-0,017	-0,183	0,855	-0,120	0,099
Çalışılanservistenmemnunolmadurumu	0,023	0,054	0,034	0,425	0,671	-0,083	0,128
Cinsiyet							
C1(0:Kadın 1:Erkek)	-0,095	0,062	-0,114	-1,533	0,127	-0,218	0,027
Çalışma şekli							
ÇS1(0:Sürekli Gündüz 1:Vardiya)	-0,039	0,098	-0,028	-0,395	0,694	-0,232	0,155
Mesleğiniisteyerektercihetmedurumu							
MİTE1 (0:Evet 1:Hayır)	0,187	0,083	0,188	2,240	0,026	0,022	0,351

Model Özeti:

R=0,276; R²=0,076; Adj. R²=0,033; F=1,759; p=0,078

Bağımlı Değişken:Cinsel Saldırganlık Puanı, *p<0,01, Std. Hata:Standart Hata, Adj. R²:Adjusted (Düzeltilmiş) R² t, F:Test İstatistiği, p:Anlamlılık Düzeyi, GA:Güven Aralığı

Araştırmaya katılan acil hemşirelerinin Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği toplam puanı regresyon analizi sonuçları 4.24'de verilmiştir. Bağımsız değişkenlerin Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği toplam puanına etkisi doğrusal regresyon analizi sonuçları ile incelendiğinde, regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (F=3,422; p<0,01). Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği toplam puanında meydana gelen değişimin %9,8'i modele dahil ettiğimiz bağımsız değişkenler tarafından açıklanmaktadır (Adj.R²=0,098).

Bağımsız değişkenlerin modeldeki katsayıları incelendiğinde ise sadece eğitim durumu ve mesleğini sevmeye durumunun Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği

toplam puanı üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Bu doğrultuda eğitim durumu ve mesleğini sevme durumunun Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği puanına negatif etki yaptığı belirlenmiştir. Başka bir ifade ile eğitim durumundaki 1 birimlik artış, Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği puanında 0,170 (B) birim azalışa sebep olmakta iken mesleğini sevme puanındaki 1 birimlik artış, Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği puanında 0,189 (B) birim azalışa neden olmaktadır.

Tablo 4.24. Bağımsız Değişkenlerin Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği Toplam Puanı üzerindeki etkisi ve modeldeki katsayılarının anlamlılığı

Bağımsız Değişkenler	B	Std. Hata	Beta	t	p	B için 95% Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
Sabit	2,439	0,609	-	4,003	0,000	1,237	3,640
Yaş	0,009	0,008	0,112	1,204	0,230	-0,006	0,025
Eğitim durumu	-0,170	0,062	-0,189	-2,740	0,007**	-0,292	-0,048
Çalışma yılı	0,009	0,014	0,066	0,606	0,545	-0,019	0,036
Acil serviste çalışma yılı	0,005	0,015	0,031	0,329	0,743	-0,024	0,034
Mesleğini sevme durumu	-0,189	0,090	-0,187	-2,106	0,037*	-0,365	-0,012
Çalışılan servisten memnun olma durumu	0,138	0,086	0,124	1,601	0,111	-0,032	0,309
Cinsiyet							
C1 (0:Kadın 1:Erkek)	-0,079	0,101	-0,057	-0,786	0,433	-0,277	0,119
Çalışma şekli							
ÇS1 (0:Sürekli Gündüz 1:Vardiya)	-0,018	0,163	-0,008	-0,109	0,913	-0,340	0,304
Mesleğini isteyerek tercih etme durumu							
MİTE1 (0:Evet 1:Hayır)	0,095	0,134	0,058	0,710	0,479	-0,170	0,360

Model Özeti:

$$R=0,373; R^2=0,139; \text{Adj. } R^2=0,098; F= 3,422; \mathbf{p=0,001**}$$

Bağımlı Değişken:Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği Puanı, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, Std. Hata:Standart Hata, Adj. R^2 :Adjusted (Düzeltilmiş) R^2 , F:Test İstatistiği, p:Anlamlılık DüzeyiGA:Güven Aralığı

4.4. Nitel Verilere İlişkin Bulgular

Acil hemşirelerinin maruz kaldıkları şiddetin türü, nedenleri, etkileri; mesleğe bağlılıklarını arttıran ve azaltan faktörler; işten ayrılmayı düşünme/düşünmeme

durumları ile etkileyen faktörleri belirlemek için niteliksel olarak yürütülen bu aşamasında elde edilen veriler, odak grup görüşmelerine katılan acil hemşirelerinin sosyo-demografik özellikleri ve nitel görüşmelerden elde edilen verilere ilişkin içerik analizi bulguları olmak üzere iki bölümde açıklanmıştır.

4.4.1. Araştırmanın Nitel Bölümüne Katılan Hemşirelerin Sosyo-demografik ve Çalışma Yaşamına İlişkin Bulgular

Nitel görüşmeye katılan acil hemşirelerinin sosyo-demografik ve çalışma yaşamına ilişkin özellikleri tablo 4.25’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %66,7’sinin kadın, %71,4’ünün evli ve %66,7’sinin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.25).

Tablo 4.25. Araştırmanın nitel bölümüne katılan hemşirelerin sosyo-demografik ve çalışma yaşamına ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=21)

Özellikler	n	%	
Yaş grupları	23-33 yaş	10	47,6
	36-45 yaş	11	52,4
Cinsiyet	Kadın	14	66,7
	Erkek	7	33,3
Eğitim durumu	Lise	2	9,5
	Ön lisans	3	14,3
	Lisans	14	66,7
	Yüksek Lisans	2	9,5
Medeni durum	Evli	15	71,4
	Bekar	6	28,6
Çalışma yılı 11,67±6,84 yıl	2-9 yıl	8	38,1
	12-18 yıl	8	38,1
	20 yıl ve üzeri	5	23,8
Acil serviste çalışma yılı 8,19± 4,95 yıl	1-4 yıl	11	52,4
	5-9 yıl	6	28,6
	10 yıl ve üzeri	4	19,0

4.4.2. Acil Hemşirelerinin Çalışma Ortamında Maruz Kaldıkları Şiddet ile Mesleğe Bağlılık ve İşten Ayrılma Düşüncesi Arasındaki İlişkiyi Etkileyen Faktörlere Yönelik Görüşlerinin İçerik Analizi Sonuçları İle İlgili Bulgular

Bu kısımda odak grup görüşmelerine katılan 21 hemşirenin yarı yapılandırılmış görüşme formundaki sorulara verdikleri cevaplar kodlanıp içerik analizi

yapılarak, ilgili temalar ve alt temalar belirlenmiştir (Tablo 4.26).

Tablo 4.26. Şiddet, mesleğe bağlılık ve işten ayrılma niyeti kavramlarına ilişkin temalar ve alt temalar

Tema	Alt Temalar
Şiddetin nedenleri	Sağlık bakım sistemi ile ilişkili faktörler Hasta ve hasta yakını ile ilişkili faktörler Sağlık bakım profesyonelleri ile ilişkili faktörler Medya ve basın ile ilişkili faktörler
Şiddetin etkileri	Fiziksel etkiler Psikolojik etkiler
Mesleğe bağlı olma durumunu etkileyen faktörler	Hasta- hasta yakını ile ilişkili faktörler Kişiyeye ait faktörler Ekonomiile ilişkili faktörler
İşten ayrılma düşüncesine neden olan faktörler	Yönetim ile ilişkili faktörler Çalışma ortamı ile ilişkili faktörler Yaşanan şiddet olayları ile ilişkili faktörler

Hemşirelerle yapılan görüşmeler sonrasında 4 tema ile 12 alt tema elde edilmiştir. Bu çalışmada temalar;şiddetin nedenleri, şiddetin etkileri, mesleğe bağlı olma durumunu etkileyen faktörler, işten ayrılma düşüncesine neden olan faktörler olarak belirlenmiştir. Elde edilen bulgular tablo 4.26’da sistematik olarak sunulmuştur.

Tema 1: Şiddetin Nedenleri

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonrasında şiddetin nedenleri ile ilgili alt temalar; sağlık bakım sistemi ile ilişkili faktörler, hasta ve hasta yakını ile ilişkili faktörler, sağlık bakım profesyonelleri ile ilişkili faktörler, medya ve basın ile ilişkili faktörler olarak belirlenmiştir. Katılımcılar sağlık bakım sistemi ile ilişkili şiddet nedenlerini; acil servise başvuran hasta sayısının fazla olması, acil servisin toplum tarafından bilinçsiz kullanılması, acil servisin fiziki ortamının yetersiz olması, hasta ve yakınlarının sabırsız olması ve aceleci davranması, triajı önemsemeyen ilk olarak kendi hastalarına müdahale edilmesini istemeleri, çalışan personelin yorgun olması, acil serviste stres düzeyinin yüksek olması, çalışan personel sayısının az olması, çalışan haklarının yetersiz olması, mobbing uygulanması, kurallara uyulmaması, yönetimin/idarenin olumsuz tutuma sahip olması olarak bildirmişlerdir. Katılımcıların bu konuya yönelik ifadeleri şu şekildedir:

“...İnsanlar kurallar çerçevesinde hakkını aramaktansa şiddete başvuruyor. Yönetimde çalışan personelinin arkasında haklı da olsa durmuyor. Öyle mi olmalı? Haksızsa cezasını ver. Haklıysa arkasında dur. Ama öyle olmuyor. İki yönlü şiddete maruz kalıyoruz ve bu şiddet gittikçe artıyor...”(O.3/K.3).

“Vatandaştan şiddet gördüğümüz yetmiyormuş gibi hastane personelinden, idareden de baskı görüyoruz.Fiziksel olmasa bile psikolojik olarak bizi sindiriyorlar.Vatandaş her zaman haklı, biz her zaman haksızız....Hep bizim alttan almamız gerekiyor. İdare bizim arkamızda durmadığı sürece bu işin sonu ne olacak?....”(O.3/K.4)

“....Yönetim bizim arkamızda durmuyor bizi hiç desteklemiyor. Bir önceki yıla karşılaştırsak bu şiddet olaylarıartarak devam ediyor. Şiddetin boyutuda değişiyor.” (O.3/K.5)

“....Herkesin hakları var. Ama ben çalışan hakları diye bir şey olduğunu düşünmüyorum. Bizim hiçbir hakkımız yok” (O.2/K.5)

“Hem fiziksel hemde psikolojik şiddete maruz kalıyoruz. Arkamızda duran kimse yok. Kuralları uyguladığımızda hasta ve hasta yakınları ile karşı karşıya kalıyoruz. Durum böyle olunca hasta ve yakınları da bizi şikayet ediyor.İnsanların tepkisine maruz kalıyoruz. Başka önemli konularda var.Örneğin sağlık çalışanı sayısında az.Ama bu durumu kimse umursamıyor. Az personel ile bizden çok iş bekleniyor.”(O.3/K.6)

“Bence hasta hakları çok fazla abartıldı. Bizim hakkımız yok mu? Kimse bizim çalışan haklarımızı neden umursamıyor? Toplum sağlık çalışanlarını önemsemiyor ve yaptığı işe değer vermiyor. Zaman zaman bizlere benim vergimle maaşın ödeniyor diyorlar. Yönetim yani idarede bize mobing yapıyor. Fiziksel mobing değil ama hergün hatta her saat psikolojik mobinge maruz kalıyoruz. Hastaya damar yolu açıyorsun canım yanıyor diye hasta bize küfrediyor. Şiddete maruz kalmadığımız bir gün yok.Örneğin geçenlerde ben acilde sarı alanda çalışırken bir hastada ortada hiç bir şey yokken bağırp çağırmaya başladı. Aynı zamanda o akşam nöbetçi olan ekip şefinde beni şikayet etti. Ekip şefi yanımıza geldi ve onun yanında da beni tehdit etmeye devametti. Ekip şefi hastayı dinledi, ona hiçbir şey demedi, her istediğine tamam dedi, muayene ettirdi ve evine gönderdi. Ama kimse benim duygularımı önemsemedi. Bu gibi durumları çok yaşıyoruz..”(O.3/K.2)

“...Hastalar acil olarak geldikleri için triajı önemsemeden hemen müdahale edilmesini istiyorlar. Dolayısıyla hastanelerde özellikle acillerde yaşanan şiddetin önüne bu nedenle bir türlü geçilemiyor.”(O.4/K.2)

“Acil servisteki sağlık çalışanları hasta ve yakınları ile doğrudan karşı karşıya kalıyor. Oysaki yoğun bakım servisleri öyle mi? hasta yakınları yoğun bakıma giremiyor..”(O.1/K.6)

“Bazı hasta ve yakınları çoğu zaman başka bir hastanın bakım ve tedavisi ile ilgilenirken bizim boşa vakit harcadığımızı düşünüyorlar. Hemen kendi hastalarına sıranın gelmesini istiyorlar. Ne sağlık çalışanlarına nede diğer hasta ve yakınlarına saygı duyuyorlar.Sağlık sektöründe sabırsızlık var. Diğer kurumların hiçbirinde böyle bir şey yok. Örneğin bankaya gittiklerinde herkes sırasını bekliyor.Orada sırasını beklerken seslerini çıkartmıyorlar. Bazı kurumlardan hizmet almak için günlerce gel git yapıyorlar. Ama burada on dakika bekleseler 2 saattir bekliyoruz diyorlar. 10 dakikaonlara çok uzun bir süre gibi geliyor. Bu nedenle bence hasta hakları var ama çalışan hakları diye bir şey yok.”(O.2/K.6)

“Biz sağlık çalışanları olarak gerçekten çok yoruluyoruz. Hasta ve yakınlarından biraz anlayış bekliyoruz. Acil serviste eksik elemanla uzun saatler çalışıyoruz. Bir çok hasta ve yakını ile muhatap oluyoruz.”(O.4/K.1)

“Acil servis riskli bir birim. Acil serviste herkes stresli. Genellikle hasta ve yakınları daha da stresli. Genelde şiddet şöyle başlıyor. Hasta yakını yada hasta kötübirşey söylüyor. Sağlık çalışanı durumu açıklamaya başlıyor. Ama hasta ve yakını anlamak istemiyor. Böylece sözlü şiddet başlıyor.”(O.1/K.1)

“Hasta acil bir şekilde servise geliyor. Hemen kendisine müdahaleedilmesini istiyor.Sağlık çalışanları ile hasta ve yakınları arasında tartışma başlıyor. Burada çalışan sayısının az olmasında etkisi var diye düşünüyorum.Bu nedenle çalışan personel sayısı arttırılmalı.”(O.1/K.4).

“Hastalar poliklinik sırası alamayınca acil servise başvuruyor.Böylece acil servisteki iş yükü otomatikmen artmış oluyor. Bu durum aynı zamanda kalabalık ve yoğunluğa neden oluyor. İnsanlar sabırsız ve ajite bir şekilde acile geliyorlar. Bir an önce sağlık sorunlarını çözüme kavuşturmak istiyorlar.Sağlık sorunları çözümlenmediğinde ise şiddet eğilimi kaçınılmaz oluyor. Ben hastanelerin yetersiz olduğunu düşünüyorum.”(O.1/K.5)

Katılımcılar hasta ve hasta yakınları ile ilgili şiddet nedenlerini panik, öfke, yalnızca kendini düşünme, sabırsızlık, gerginlik, eğitim düzeyi düşüklüğü, sağlık bakım beklentisinin yüksek olması, iletişim yetersizliği, empati eksikliği, anlayışlı olmama olarak bildirmişlerdir. Katılımcıların bu konuya yönelik ifadeleri şu şekildedir:

“Hasta ve yakınları gerçekten son derece sabırsız ve yalnızca kendilerini düşünüyorlar.İstedikleri anında olmadığında hem sözlü yada fiziksel şiddete

başvuruyorlar. Hastanelerin bir çok insana hizmet sunduğunu önemsemiyorlar.”(O.4/K.3)

“Hasta yoğunluğu çok fazla olduğu için acil servisin yeşil alanda bekleme süresi 60 dakika sürüyor.Poliklinikte muayene sırası bekliyormuş gibi acil serviste hizmet alabilmek için uzun süre bekleyebiliyorlar.Hastalar beklerken sabırsız oldukları için şiddete maruz kalıyoruz. Acilin sarı alanında da durum aynı. Bizimde sağlık çalışanı olarak sayımız belli. Serum hazırlamak, damar yolu açmakbelli bir zaman alıyor. Biz bakım ve tedavi hazırlıkları yaparken hasta sabırsız bir şekilde bekliyor. Genellikle o süreçte tartışma çıkıyor.Diğer hastalar,biz burada bekliyoruz, bize müdahale eden yok mu? diye bağıyor.Durumu açıklıyoruz. İşiniz zor deselerde çoğu bizim çalışma şartlarımızı anlamıyor.Hastaların eğitim düzeylerinin düşük olmasının bu durumu etkilediğini düşünüyorum.”(O.2/K.3)

“...Bir yıl aşkın süredir acil serviste çalışıyorum. Hastalara nasıl davranırsak davranalım sert tepkiler alıyoruz...”(O.3/K.2)

“Hasta ve yakınları beklentileri karşılanmadığındaağır sözler söylüyorlar, bize hakaret ediyorlar. Bu konuda ne yapabiliriz ki.” (O.1/K.2)

“Hasta yakınları iletişime kapalı.Son derece ılımlı yaklaştığımız kişilerden bile çok tepki görüyoruz.Bizim hiç hasta olmadığımızı yada hiç hastaneye gitmediğimizi düşünüyorlar herhalde. Ben sağlık kuruluşuna gittiğimde sıra beklemeden içeri girmiyorum. Sağlık personeli olduğumu söyleyip öncelikle istemiyorum. Hatta ilk sırayı almış olmama karşın son hasta olarak içeri girdiğim bile oluyor. Ama yinede hiçbir şey söylemiyorum. Bizim onları, onların bizi anlaması lazım.....” (O.2/K.6)

“Hastalar buraya çok gergin geliyorlar. Polikliniklerde bile durum acil servis kadar problemlidir değil.Gribal enfeksiyon ile geliyorlar.Ayakta duramıyorum, halsizim daha ne kadar bekleyeceğiz?ölmemizi mi istiyorsunuz? diyorlar. Kendilerine bir an önce müdahale edilmesi için seslerini yükseltiyorlar. Sabırlı davranmaya çalışıyoruz. Ama gerçekten çok zor. Elimizden gelen herşeyi yapıyoruz ama yine de onları memnun edemiyoruz.”(O.2/K.2).

“....Toplumun özelliği mi? bilemiyorum ama hasta ve yakınları genellikle son derece agresif davranıyorlar. Duygularıyla tepki veriyorlar. Mantıklı düşünmeye çalışmıyorlar.”(O.2/K.4)

“Bence insanlar günlük stres ve sinirlerini bizim üzerimizde çıkarıyorlar. Bazen kendimi stres topu gibi hissediyorum.”(O.3/K.5)

“Sağlıkçılar kendi çalışma sınırlarını ve yetkilerini biliyorlar. Bunlar bizlere kurum içi ve kurum dışı her eğitimde ve toplantıda anlatıyor. Biz kendi haklarımızı biliyoruz. Bence hasta ve hasta yakınlarının eğitim alması gerekiyor. Ne kadar profesyonel olursan ol bir şekilde şiddete maruz kalıyorsun. Çünkü bu hasta yoğunluğunda kalmama şansın yok. Hasta ve yakınları herşeye hakları varmış gibi düşünüyorlar.” (O.3/K.1)

“Hasta ve hasta yakınları panik halde geliyor. Bizi bekliyor, doktoru bekliyor, tetkikler için personeli bekliyor, derken öfkeleniyor. Aslında bekledikleri süre çok uzun değil ama iş sağlık olunca kimse beklemek istemiyor. Doktorlara genelde bir şey söylemiyorlar. Ama bize hemşirelere çok laf söylüyorlar. Biz karşılık verirsek olay uzuyor. Bazen karşılık vermiyorum. Ama bazende dayanamıyorum, içimde kalacağına söylüyorum.” (O.4/K.2)

“Bence şiddetin hastaların eğitim düzeyi ile ilgisi yok. Bazen eğitim düzeyi yüksek, üniversite mezunu hastalar geliyor, bağırıp çağırarak işlerini halletmeye çalışıyor. Sağlık çalışanıda karşılık vermiyor, tartışmayı göze almıyor. Çünkü ne korumamız nede güvencemiz var. Düzen böyle gelmiş böyle gidiyor.” (O.3/K.6)

Katılımcılar sağlık bakım profesyonelleri ile ilişkili şiddet nedenlerini tükenmişlik, ağır çalışma şartları, değersizlik hissi, tahammülsüzlük, hastayı yanlış yönlendirme, hasta ve yakınlarına olumsuz tutum sergileme, tedavi ve bakım sürecinin uzaması olarak bildirmişlerdir. Katılımcıların bu konuya yönelik ifadeleri şöyledir:

“Çalışma şartlarımız çok zor. İş yükümüz çok fazla. Stresli bir ortamda çalışıyoruz. Onları anlamaya çalışıyorum. Ama bazen gerçekten bizim tahammül sınırlarımızı çok zorluyorlar.” (O.4/K.3)

“...Hastayı acil servise kabul ettikten sonra bazı tanı ve tetkikler için ilgili yerlere hastayı göndermemiz gerekiyor. Ancak hastayı sedyeye alacak, onu ilgili birime götürecek yeterli sayıda personel yok. Doğal olarak bu durum hasta ve yakınlarının gerginliğini arttırıyor.” (O.2/K.2)

“Çalışan sağlık profesyoneli sayısı az. Bir doktor bir gün içinde 24 saatte 600-700 hasta bakıyor. İnsanlık üstü bir durum. Eğer adli rapor gerektiren bir hasta acile gelirse, prosedür daha da arttığı için diğer hasta ve yakınlarının bekleme süresi artıyor. Şiddet yalnızca hasta ve yakınlarından kaynaklanmıyor. Bizden de kaynaklanan problemde var. Ben ciddi iletişim eksikliği olduğunu düşünüyorum.” (O.2/K.4)

“Acilin fiziki ortamının uygun olmadığını düşünüyorum. Acillerin fiziki ortamını iyileştirilmesi gerekiyor. (O.2/K.1)

Katılımcılar medya ve basına ilişkin şiddet nedenlerini; medyanın şiddet olaylarını gerçek dışı ve abartılı bir şekilde sunması, internette gerçektışı haberler yapılması, hasta ve yakınlarının medya ve basın haberleri doğrultusunda sağlık hizmetlerine karşı önyargılı olması olarak bildirmişlerdir. Katılımcıların bu konuya ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“... Bence şiddet olayları üzerinde sosyal medyanın etkisi çok fazla. Medya şikayet etmeleri yönünde toplumu cesaretlendiriyor. Bizi şikayet ettiklerinde hemen soruşturma açıyorlar yada savunma cevabı istiyorlar...” (O.2/3.K)

“Hasta ve yakınları medyanın etkisi altında kalıp televizyon dizilerinde olduğu gibi, acile geldiklerinde kapıdan onları almamızı bekliyorlar. Ancak biz o sırada başka hastalar ile ilgilendiğimiz için bu mümkün olmuyor. Bu durum onların beklentilerini karşılamadığı için aldıkları hizmete ilişkin memnuniye düzeyleri azalıyor.” (O.2/K.6)

“Aslında biz en büyük problemi hastalarla değil, hasta yakınlarıyla yaşıyoruz. Fiziksel ve sözel şiddeti bize en çok hasta yakınları uyguluyor. Medya ve basın haberleri doğrultusunda sağlık hizmetlerine karşı ön yargılı olarak geliyorlar. Şiddetin bizden kaynaklı olduğunu düşünmüyorum. Sağlık çalışanlarında yıllardır aynı işi yapmanın vermiş olduğu bir monotonluk ve çalışma ortamına ilişkin bazı eksiklikler var. Ama yinede bu durum hasta ve yakınlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddetlerini haklı çıkarmaz.” (O.2/K.5)

Tema 2. Şiddetin Etkileri

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonrasında şiddetin etkileri ile ilgili alt temalar; fiziksel etkiler ve psikolojik etkiler olarak belirlenmiştir. Katılımcılar şiddetin kendileri üzerindeki fiziksel etkilerini ellerde titreme, kalp çarpıntısı, baş ağrısı; psikolojik etkilerini ise hayal kırıklığı, çalışma motivasyonunda azalma, moral bozukluğu, kendini güvende hissetmeme, korku, bitkinlik, zamanla şiddeti kabullenme ve doğal karşılama, tükenmişlik, sinirlilik, tahammülsüzlük, gerginlik, motivasyonda azalma, konsantrasyon bozukluğu olarak ifade etmişlerdir. Hemşirelerin şiddetin etkilerine yönelik ifadeleri şu şekildedir:

“Sürekli yaşadığımız bir durum olduğu için normal karşılıyoruz. Şiddet ya da saldırgan davranış sonrası ilk 10-15 dk moralimiz bozuluyor, sonra atlatıyoruz.”(O.1/K.1)

“Yıllar geçtikçe tahammülümüz azalıyor. Hastalar gülüyüz bekliyorlar.Ama gülüyüz gösterecek halimiz yok. Artık hemşireliği sadece iş olarak görmeye başladım. İşimi yapayım, eve gideyim istiyorum. Çalışırken şiddet gördükten sonra da çalışmaya devam ediyoruz. Beyaz kodu versek de bir şey değişmiyor. Ben daha önce çalıştığım yerde beyaz kod vermiştim. Mahkemeye çıktım. Hastaya takipsizlik verildi.Uğraştığımız ile kalıyoruz. Hiçbir şey değişmiyor.” (O.3/K.2)

“Hasta yakını hastasına müdahale ettiğim halde benimle kaba konuştuğunda tüm çalışma motivasyonum azalıyor.”(O.4/K.1)

“Acil serviste maruz kaldığımız her türlü şiddete kulağınızı tıkıyorsunuz ve işinize devam ediyorsunuz. Bir şiddet yada saldırganlık davranışı sonrası varsa arkadaşınızdan yardım istiyorsunuz. Tartıştığımız hastaya başka bir meslektaşınız bakıyor. Yani probleme kendi kendinize çözüm buluyorsunuz.”(O.3/K.3)

“Psikolojik olarak çok etkileniyorum. Ama şiddetle sık karşılaştığımız için zamanla durumu kabulleniyoruz galiba. Aslında bizde de biraz suç var.” (O:4/K.2)

“İş yerinde yaşadıklarımızı eve götürüyoruz.Ailemize çoluk çocuğumuza yansıtıyoruz. Çok sakin ve ılımlı biriydim. Ama trafikte en basit şeylere kızar hale geldim. İşe başladığımda hakaret yada küfür yoktu. Ama zamanla hepsine alıştıyorsun.(O.3/K.1)

“Psikolojik şiddete maruz kalıyoruz, 5 dk sonra hiçbir şey olmamış gibiçalışmaya devam ediyoruz.Yaşadıklarımızdan özel hayatımızı çok etkileniyor. Sabırsız olduk, tükendik.Olaylara gösterdiğimiz tepkilerde değişti. Sabahtan akşama kadar çalışmış bir acil çalışanını nasıl bitkin olabileceğini bir düşünün.”(O.3/K.5).

“Motivasyonum ve enerjim düştü. Sinirli bir insan haline geldim. İş ortamında yaşadıklarını bazen çalışma arkadaşına bazende diğer hasta ve yakınlarına yansıtıyorsun. Şiddete maruz kalınca ellerim titriyor, kalp çarpıntım ve baş ağrım oluyor.Bazen evde hasta çocuğunu bırakıyorsun işe geliyorsun. Bunun karşılığı bu olmamalı diye düşünüp üzülüyorsun.”(O.2/K.5)

“Sözel şiddete maruz kaldığımızda isteksiz bir şekilde çalışıyoruz. Sabrediyoruz ama biz de insanız, bir yere kadar.....Nöbetten çıkıp eve gittiğimizde yorgunluktan ayağımızı hissetmiyoruz. Biz bunları hak ediyor muyuz?”(O.2/K.3)

“İşyerinde canla başla çalışıyor. Hastalara yardım etmek için elinden geleni yapıyorsun. Ama gereken değeri bulmayınca ister istemez hayal kırıklığına uğruyorsun” (O.2/K.4)

“Benim 2 yıllık hapis cezam olduğu için bana nederlerse desinler çıkıp gidiyorum.Önceki yaşadığım olaydan ceza aldım. Bu nedenle artık insanlar bana sataştığında arkamı dönüp, çıkıp gidiyorum, yanikaçıyorum. Hastanedeki hasta yakınına fiziksel şiddet uyguladığım için 2023'e kadar hiçbir şeye karışmamam gerekiyor. O yüzden hasta sataşmaya başladığı zaman ben ceketimi alıp kaçıyorum.”

“Biz 24 saat çalışıyoruz.İnsanın çalışması için çok uzun bir süre. 2 saat ya 3 saat istirahat edebiliyoruz. Fiziksel yorgunluk yaşıyoruz.Nöbet sonrası ailen şefkat ve ilgi istiyor. İşinden çıkıp evine gittiğinde kafan rahat değil.İş stresini ister istemez eve götürüyorsun.İş yaşamın özel yaşantını derinden etkiliyor.” (O.3/K.4)

“Sözel yada fiziksel şiddet sonrasında demoralize oluyorum. Daha sonra işime devam ediyorum. Sanırım mesleğimi seviyorum.....” (O.1/K.3)

Tema 3. Mesleğe Bağlı Olma Durumunu Etkileyen Faktörler

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonrasında mesleğe bağlı olma durumunu etkileyen faktörler ile ilgili alt temalar; hasta/hasta yakını ile ilişkili faktörler (hastaların memnun olması, hastaların hayır duasını alma, hastaların anlayışlı olması, hastaların saygılı olması), kişiye ait faktörler (insanlara yardımcı olma duygusu, yapılan işin mutluluk vermesi)ve ekonomi ile ilişkili faktörler (iş garantisi olması, yapılan iş karşılığında alınan maaşın düşük olması)olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin mesleğe bağlı olma durumunu etkileyen faktörlere yönelik ifadeleri şu şekildedir:

“Yaptığımız işten dolayı hasta ve yakınlarının şükretmesi, dua etmesi, mesleğe olan bağlılığımızı arttırıyor. İnsanları yaşatmaya aracı olmak çok değerli. Yaşama katkıda bulunmak insanı mutlu ediyor.” (O.2/K.2)

“Allah razı olsun kızım demeleri tüm yorgunluğumu ve stresimi alıyor. Aslında biz çok fazla şey istemiyoruz. Sadece anlaşılma istiyoruz, hasta ve yakınlarından saygı bekliyoruz.” (O.4/K.2)

“İnsanlara yardım etmeyi seviyorum. Manevi doyum alıyorum” (O.1/K1)

“Mesleğin merkezinde insan olduğu için bu mesleği icra etmekten haz duyuyorum. Acilde çalışmak, susadığında su içmekten çok daha fazla haz veren bir şey.” (O.1/K.2)

“Tüm olumsuzluklara rağmen yine de işimi seviyorum.” (O:3/K.4)

“İnsanlara yararının dokunması, kapıdan ağrı ile içeri giren bir hastanın tedavi sonrası rahatlayarak evine dönmesi, giderken sana dua etmesi bu mesleği sevmemde oldukça etkili diyebilirim.” (O:4/K.1)

“...Hayat kurtarmak en büyük mesleki doyum kaynağımız. Diğer mesleklerle karşılaştığımızda ekonomik yönden gelirimiz çok yüksek değil. Ama arrest olan hastayı kurtarmak, onun yaşamına dokunmak, bizi avutan tek şey. Bir hastayı arrestten döndürme çabamızı hasta yakınları görse değerimizi daha iyi anlarlar.” (O.1/K.4)

“İnsanlara iyilik yapmayı seviyorum. O nedenle bu mesleği tercih ettim....” (O.3/K.6)

“Türkiyedeki işsizlik oranı oldukça yüksek. Buna karşın hemşireler işsiz kalmıyor. İş garantisi olan bir meslek. İşimden memnunum....”(O.1/K.5)

“Toplumdahemşireliği bir meslek olarak değilde doktor yardımcısı olarak görenler var.Buna karşın mesleğimize, yaptığımız işe saygı gösterenlerde var. Mesleğimize ve bize saygı duyulunca iş doyumumuz artıyor. Buna karşın yaptığımız işe göre orta düzey bir maaş alıyoruz..” (O.4/K.3)

Tema 4 . İşten Ayrılma Düşüncesine Neden Olan Faktörler

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonrasında işten ayrılma düşüncesine neden olan faktörler ile ilgili alt temalar; yönetim/idare ile ilişkili faktörler (yönetimin gerçekçi olmayan beklentilerinin olması, ödüllendirme yerine cezalandırma yöntemini kullanmaları), çalışma ortamı ile ilişkili faktörler (çalışan sayısının az olması, fiziki yetersizlikler, yoğun iş yükü, fazla mesai, performans dağılımında adaletsizlik, nöbet sistemi ile çalışma, hastaların olumsuz tutum göstermesi) ve yaşanan şiddet olayları ile ilişkili faktörler (mesleğinden soğuma, hayal kırıklığı ve tükenmişlik) olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin bu konuya ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Acilin fiziksel yetersizliğinin faturası hemşirelere yükleniyor.Bir doktor bir şikayet dile getirdiğinde onun sorunu hemen çözümleniyor.Ama bir hemşire bir şikayeti dile getirirse onun sorunu çözümlenmiyor.” (O.2/K.5)

“Sağlık personeline ödül yerine cezalandırma yöntemi kullanılıyor.Hastanemizde insan iş gücü az. Hergün bize yüklenen iş yükü

artıyor...Acilin iş yükü ise diğer servislerden çok daha fazla. Bu olumsuzluklar mesleğimize olan sevgimizi azaltıyor.İmkanım olduğunda bu mesleğe devam etmek istemiyorum. Farklı bir iş yapmak istiyorum. İki küçük çocuğum var. Her ikisinde sağlıkla ilgili bir meslek seçmelerini istemiyorum.” (O.2/K.6)

“10 yıldır acilde çalışıyorum.Acil serviste çalışmaktan memnun değilim. Bunu ifade etsemde kimse beni dinlemiyor. Sen nerede çalışmak istersin? diye sormuyorlar. Bu mesleği yapmayıp başka bir iş yapsan biraz daha az ücret alırsın ama kafan rahat olur. Bir fırsat bulsam bu meslekte 1 dakika beklemem. İlk yıllarımda mesleğimi seviyordum. Ama işle ilgili yaşananlar insanı mesleğinden soğutuyor.”(O.3/K.1)

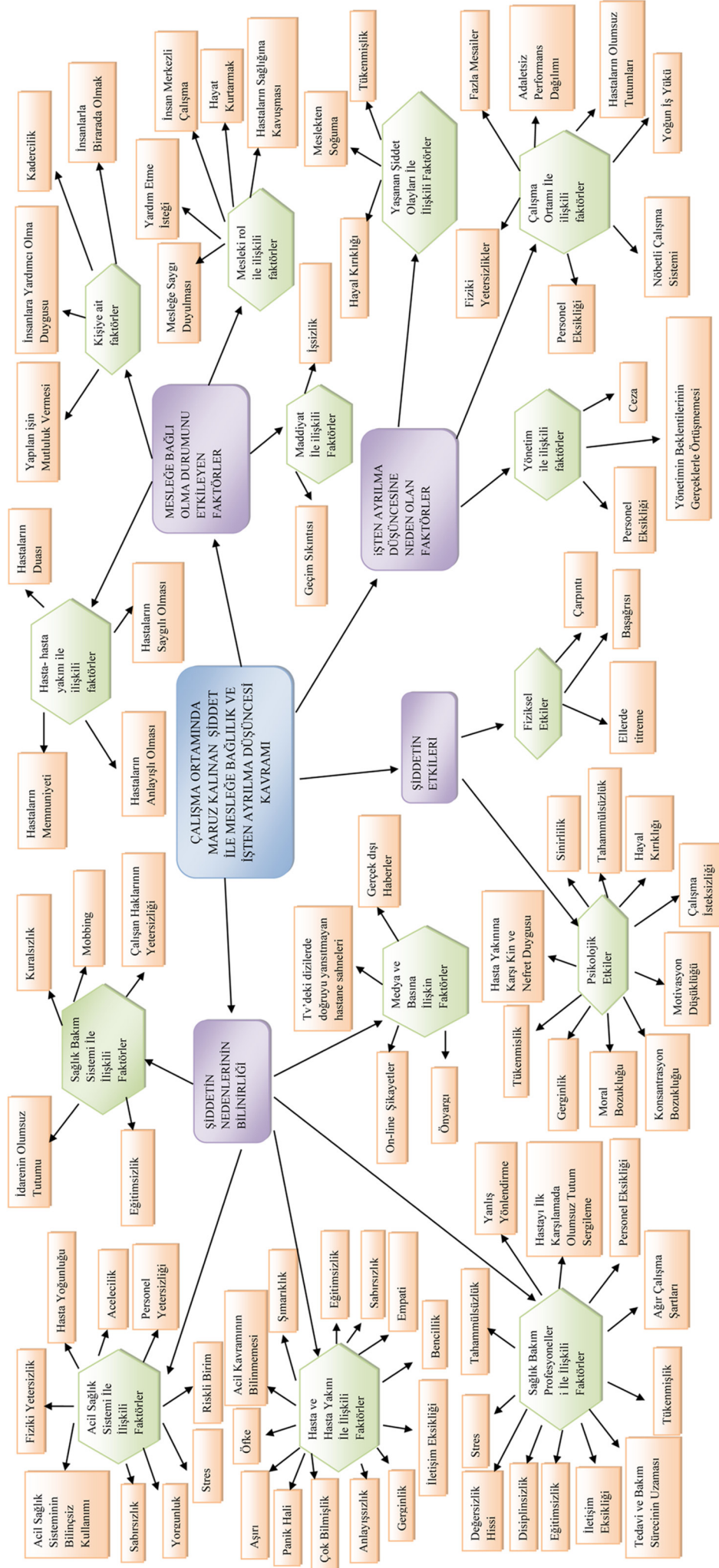
“Nöbetten çıkınca işimi bırakmayı çok düşünüyorum. Ama başka hangi mesleği yapabilirim?.” (O.1/K.1)

“Her geçen gün mesleğime olan sevgim ve saygım hem iç etkenler hem de dış etkenler nedeniyle azalıyor. Bu nedenle hemşireliği çok seviyorum diyemeyeceğim.” (O.2/K.5)

“..Bence idareciler, yöneticiler bizden gücümüzün üzerinde iş bekliyorlar.Çalışma şartlarını ve çalışma ortamını önemsemiyorlar. İnsanın kendi meslektasının bizim durumumuzu anlamaması, görmezden gelmesi gerçekten çok üzücü.Yöneticiler çalışanlarını savunmuyorlar ve korumuyorlar. Eleman sayımız az diyorlar. Fazla mesai yaptırıyorlar..” (O.4/K.3)

“Hemşirelik mesleği ruhen ve bedenen yıpratıyor. Vardiyalı çalışıyorsun buna karşın kıymetinde bilinmiyor. Ailenle yeterince zaman geçiremiyorsun.Kendine zaman ayıramıyorsun. Nöbet usulü çalışmaktan sıkıldım.” (O.1/K.5)

“İzin günümde evden hastaneye geldiğimi biliyorum. İnsanları sağlığına kavuşturmuşsun, üzölmüşsün, yorgunmuşsun kimsenin umurunda değil. İnsanlar hala şikayetçi olmaya devam ediyor ve şiddet uyguluyor.....” (O.3/K.3)



Şekil 4.2. Hemşirelerin görüşleri doğrultusunda şiddet, mesleki bağlılık ve işten ayrılma niyetlerine yönelik oluşturulan tema ve alt temaların kavram haritası

5. TARTIŞMA

Günümüzde şiddet, sağlık bakım profesyonellerinin sıklıkla yaşadığı önemli bir problem haline gelmiştir. Hemşirelerin yaşamış oldukları şiddet iş yaşam kaliteleri ile birlikte nitelikli hasta bakım sunumunu etkileyebilmektedir. Bununla birlikte hemşirelerin mesleğe bağlılıklarını azaltarak işten ayrılmayı düşünmelerine neden olabilmektedir. Bu çalışma Samsun ilinde acil hemşirelerinin çalışma ortamında maruz kaldıkları şiddet ile mesleğe bağlılık ve işten ayrılma düşüncesi arasındaki ilişkinin yorumlandığı ilk çalışmadır.

5.1. Saldırganlık Sıklığı Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması

Bu araştırmada hemşirelerin yaşamış oldukları şiddettürü ve düzeyini belirlemek amacıyla, Oud (2001) tarafından geliştirilen “Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Saldırganlık ve şiddet ile ilgili duygu, düşünce ve davranışların ifade ediliş şekli kültürden kültüre farklılık gösterebilmektedir. Bu nedenle farklı bir dil ve kültürde geliştirilen ölçüm aracının Türk dili ve kültürüne uyarlama çalışmalarının yapılması gerekmektedir (Akbaş ve Korkmaz, 2007; Esin, 2015).

Ölçek uyarlama sürecinde ölçeğin psikometrik özelliklerinin uygunluğunu belirlemede ilk adım dil geçerliğinin sağlanmasıdır (Aksayan ve Gözüm, 2002). Ölçek uyarlanma sürecinde belirli kriter ve standartlara uygun olarak çalışılması gerekmekte, dikkat edilmediğinde ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik düzeyi düşük çıkabilmektedir (Karakoç ve Dönmez, 2014). Dil geçerliğinin sağlanması aşamasında her iki kültürü iyi bilen, iki dili de akıcı bir şekilde kullanabilen, en az iki çevirmenin bulunması gerekmektedir. Böylece farklı bir kültürden geliştirilen ölçeğin, uyarlandığı kültürde anlaşılabilirlik düzeyi artmaktadır (Aksayan ve Gözüm, 2002; Seçer, 2015). Bu aşamada literatürde de tercih edilen bir yöntem olan çeviri-geri çeviri yönteminden faydalanılmış ve gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra, ölçeğin kapsam geçerliğini sağlama aşamasına geçilmiştir.

Ölçüm aracındaki maddelerin, ölçülmesi istenen konuyu, yeterli bir şekilde ölçme derecesi kapsam geçerliği olarak adlandırılmaktadır (Karagöz, 2017). Ölçek maddelerinin ölçülmesi istenen kavramı hangi düzeyde ölçtüğünü değerlendirmek amacıyla kapsam geçerliği yapılmış ve maddelerinin ölçülmesi istenen davranışı ne

derece yansıttığı belirlenmeye çalışılmıştır (Ellez, 2014; Esin, 2015). Bu doğrultuda litaretüre uygun olarak ölçek sekiz kişilik uzman görüşüne sunulmuş ve uzmanlar ölçeğin maddelerini anlaşılabilirlik, amaca hizmet edebilme, ayırt edebilme ve kültürel uygunluk açısından incelemişler, her bir maddeyi “1” ile “4” arasında (1=uygun değil, 4=son derece uygun) değerlendirerek görüşlerini bildirmişlerdir. Uzmanların “Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği” maddelerine verdikleri puanlar Polit ve Beck İçerik Geçerlilik İndeksi ile incelenmiş ve uzmanlar arasında görüş birliği (M-KGİ:1,00 Ö-KGİ:1,00) olduğu saptanmıştır.

Bununla birlikte uzmanlardan alınan öneriler doğrultusunda ölçek maddeleri daha anlaşılır hale getirilmiş ve ölçeklere son şekli verilmiştir. Çevirinin anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla ölçek uyarlama aşamasında pilot uygulama önemlidir (Çapık ve ark., 2018). Pilot uygulamanın dil geçerlik çalışması tamamlandıktan sonra, örneklem grubun özelliklerini taşıyan, örneklemin en az %10’u olmak üzere 30-40 kişiye uygulanması önerilmektedir (Güngör, 2016; Seçer, 2018). Bu doğrultuda “Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği”nin dil ve kapsam geçerlik çalışmaları sona erdikten sonra örnekleme dâhil edilmeyen ve örnekleme temsil edecek özelliklere sahip 51 kişilik hemşire grubuna pilot uygulama çalışması yapılmıştır. Pilot çalışma sonrasında ölçeğin ölçülmek istenen alanı temsil ettiği, dil eşdeğerliği ve kapsam geçerliğinin sağladığı belirlenmiştir.

Güvenirlilik ölçülebilen bir değerdir. Güvenirliğin varlığı ve derecesi güvenirlik katsayısı ile ölçülmektedir (Karagöz, 2017; Özdamar, 2018). Maddeler arasında iç tutarlığı yüksek olan ölçüm araçları güvenilirlerdir. Genellikle likert tipi ölçüm araçlarının iç tutarlılığı Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı yöntemi ile hesaplanmaktadır (Oud, 2010; Alpar, 2018; Gürbüz ve Şahin, 2018). Cronbach Alfa Katsayı değerinin 0’a yaklaşması ölçeğin güvenilirliğinin azaldığını, 1’e yaklaşması ise ölçeğin güvenilirliğinin arttığını göstermektedir (Özdamar, 2016).

Yapılan analizler sonucunda Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği’nin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,92, sözel saldırganlık alt boyutu Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,92, fiziksel saldırganlık alt boyutu Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,85, kendine karşı saldırganlık alt boyutu Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,69, cinsel saldırganlık alt boyutu Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,78 olarak belirlenmiştir. Elde edilen analizler doğrultusunda ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısının yüksek derecede güvenilir olduğu belirlenmiştir. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda SSAÖ Cronbach Alfa

güvenilirlik katsayılarının 0,70 ile 0,90 arasında değiştiği bildirilmiştir (Brown, Loh ve Marsh, 2012; Gale ve ark., 2009; James ve ark., 2011; Jonker ve ark., 2008; Nijman ve ark., 2005).

Oud 2001 yılında yaptığı çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısını 0,91; 2010 yılında yaptığı çalışmada ise 0,90 olarak belirlemiş ve ölçeğin orjnal formunun tek alt boyuttan oluştuğunu bildirmiştir (Oud, 2001). Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeğinin bir çok ülkede farklı sürümleri kullanılmaktadır (Geoffrion ve ark., 2017). Geoffrion ve arkadaşları (2017) Fransa'da yapmış oldukları çalışmada, Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik analizleri sonucunda, ölçeğin üç alt boyuttan oluştuğunu (sözel şiddet, fiziksel şiddet, kendine zarar verme) belirlemişlerdir. Aynı çalışmada sözel saldırganlıkalt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,79, fiziksel saldırganlıkalt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,73, kendine karşı saldırganlıkalt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,47 olarak saptanmıştır.

Lougland ve arkadaşları'nın (2009) çalışmasında, ölçeğin sözlü istismar, fiziksel istismar, kendi kendine istismar ve cinsel istismar olmak üzere dört alt boyuttan oluştuğu bildirilmiştir. Gale ve arkadaşları (2009), Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği'nin bir modifikasyonu olan, 12 maddeden oluşan POPAS-NZ kullanmışlar ve ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısını 0,91 olarak belirlemişlerdir. Nijman ve arkadaşları da (2005) yapmış oldukları çalışmada, Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği'nin 15 maddeden oluşan modifikasyonunu kullanmışlar ve Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısını 0,86 olarak belirlemişlerdir. Jonker ve arkadaşları (2008), Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği'nin 12 maddeden oluşan kısaltılmış modifikasyonunu kullanmışlar ve Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısını 0,80 olarak belirlemişlerdir. James ve arkadaşları (2011) Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği'nin 9 maddeden oluşan versiyonunu kullanmışlar ve Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısını 0,70 olarak saptamışlardır.

Bu araştırmada doğrulayıcı faktör analizi sonuçları doğrultusunda, 16 madde ve 4 alt boyuttan oluşan yapıyı doğrulamak için kurulan ölçüm modeli DFA ile analiz edilmiştir. Analiz sonucunda modelin yeterli uyum göstermediği görülmüş ve bu nedenle model iyileştirme çalışmaları yapılmıştır. Öncelikle maddelerin faktör yük değerleri incelenmiş ve modele katkısı olmayan yani faktör yükü 0,300'ün altında kalan 1 madde ölçekten çıkartılmıştır. İkinci aşamada modifikasyon indeksleri tablosuna bakılmış, modelde yapılacak olası değişiklikler için ki-kare düşüş değerleri

(“M.I.”değerleri) incelenmiştir. En yüksek “M.I.” değerinin göstermiş olduğu modifikasyon, kavramsal olarak uygun olduğu durumlarda bağlanarak model yürütülmüştür. Modelin uyum indeks değerleri de incelenerek ölçüm modelinin doğrulandığı görülmüştür. Sonuç olarak 15 madde ve 4 alt boyut ile doğrulanan ölçüm modeli incelendiğinde her bir maddenin faktör yükü ayrıntılı olarak incelenmiş ve 0,300’ün altında değer bulunmadığı görülmüştür.

Ölçüm modelinin uyum indeks değerlerine bakılırken ilk olarak en yaygın kullanılan uyum indeksi ki-kare (χ^2) uyum iyiliği testi incelenmiştir. Ancak ki-kare değeri örneklem büyüklüğüne çok duyarlı olduğundan, model ile veri arasındaki uyumu değerlendirmede bu değer tek başına yeterli olmadığından diğer uyum değerlerine bakılmıştır. Ölçüm modeli için elde edilen uyum indeks değerleri incelendiğinde (χ^2 /sd: 2,312; GFI: 0,898; AGFI:0,859; NFI:0,911; NNFI:0,931; CFI: 0,947; RMSEA:0,071; SRMR:0,055) değerlerinin kabul edilebilir düzeyde iyi uyum sağladığı belirlenmiştir.

5.2. Acil Hemşirelerinin Çalışma Ortamında Maruz Kaldıkları Şiddet İle Mesleğe Bağlılık ve İşten Ayrılma Düşüncesi Arasındaki İlişkiyi Etkileyen Nicel Verilerin Tartışılması

Acil hemşirelerinin çalışma ortamında maruz kaldıkları şiddet ile mesleğe bağlılık ve işten ayrılma düşüncesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan, 15 madde ve 4 alt boyut ile doğrulanan Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği toplam puan ortalaması $2,13 \pm 0,69$ olarak belirlendi. Araştırma bulgularımızla uyumlu olarak Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği toplam puan ortalaması Haines (2017)’in çalışmasında $2,8 \pm 0,97$, Jonker ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında $2,46 \pm 0,76$ olarak saptanmıştır.

Bu çalışmada hemşirelerin en çok sırasıyla; sözel saldırganlık, tehditkar sözel saldırganlık, aşağılayıcı saldırgan davranış, kışkırtıcı saldırgan davranışlara maruz kaldıkları; Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği’nden en yüksek puanı sözel saldırganlık alt boyutundan ($2,69 \pm 0,95$), en düşük puanı da cinsel saldırganlık alt boyutundan ($1,20 \pm 0,42$) aldıkları belirlendi. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Lougland ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında, katılımcıların en yüksek puanı sözel saldırganlık alt boyutundan ($1,11 \pm 1,06$), en düşük puanı da cinsel saldırganlık alt boyutundan ($0,15 \pm 0,35$) aldıkları saptanmıştır. Oud (2010)’un Viyanada bir

psikiyatri hastanesinde yapmış olduğu çalışmada, araştırmaya katılan sağlık bakım profesyonellerinin en çok sırasıyla sözel saldırganlık, pasif saldırgan davranış ve ayrıştırıcı saldırgan davranış ile karşılaştıkları bildirilmiştir.

Geoffrion ve arkadaşları (2017)'nin Kanada'da yapmış oldukları çalışmada, katılımcıların en çok sırasıyla pasif saldırgan davranış, sözel saldırganlık, kışkırtıcı saldırgan davranış ve aşağılayıcı saldırgan davranış ile karşılaştıkları belirlenmiştir. Gale ve arkadaşlarının (2009), POPAS'ın 12 maddeden oluşan POPAS-NZ versiyonunu kullandıkları çalışmalarında, katılımcıların sözel saldırganlık ve yıkıcı saldırganlık ile karşılaştıkları saptanmıştır. Swain ve Gale (2014)'in toplum sağlığı çalışanları üzerindeki yürüttüğü ve POPAS-NZ'yi kullandığı diğer bir çalışmada da, katılımcıların en çok sözel saldırganlıkla karşılaştıkları görülmüştür. Haines ve arkadaşlarının (2017) psikiyatri hemşireleri üzerinde yapmış oldukları çalışmada ise hemşirelerin sözel saldırganlık, ayrıştırıcı saldırgan davranış, pasif agresif davranış ve hafif fiziksel şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır. Nistelberger (2013)'in çalışmasında, katılımcıların en çok sırasıyla sözel saldırgan davranış, pasif saldırgan davranış ve kışkırtıcı saldırgan davranışla karşılaştıkları belirlenmiştir.

Bu konuda yapılan diğer araştırmalarda da, çalışanların en çok sözel saldırganlığa maruz kaldıkları vurgulanmış (Grange ve Corbett, 2002; Kwok ve ark., 2006; Ryan ve Maguire, 2006; Jonker ve ark., 2008; Weinberger, 2016; Sachdeva ve ark., 2019), özellikle hemşirelerin saldırganlığı büyük bir sorun olarak görmedikleri belirtilmiştir (Jonker ve ark., 2008). Bu bulgu hemşirelerin maruz kaldıkları sözel saldırganlığı oldukça sık deneyimlemeleri nedeniyle, zamanla normal kabul edilebilir bir durum olarak görmeye başladıklarını düşündürmektedir.

Bu çalışmada meslekte çalışma yılı ile halen çalışılmakta olan hastanedeki görev yılının, kendine karşı saldırganlık alt boyut puanı üzerinde etkili olduğu; meslekte çalışma yılı az olan hemşirelerin kendine karşı saldırganlık alt boyut puanının daha düşük olduğu görülmüştür. Araştırma bulgularımızı destekler yönde James ve arkadaşları (2011)'nin Nijeryadaki hemşireler üzerinde yürütmüş oldukları bir çalışmada, mesleki deneyimi 10 yıldan az olan hemşirelerin, aşağılayıcı saldırganlığa daha az maruz kaldıkları belirlenmiştir. Araştırma bulgularımıza karşın Schrenk (2010)'in çalışmasında ise yeni mezun hemşirelerin %72'sinin son bir yıl içerisinde sözel saldırganlığa maruz kaldıkları saptanmıştır. Bu konudaki literatürde deneyim yılı az ve daha genç olan hemşirelerin, hastaların saldırganlığı karşısında daha savunmasız görüldükleri bildirilmiş olmasına karşın (McKenna ve ark., 2003;

Needham ve ark., 2005; Jonker ve ark., 2008; Yıldırım, 2009), hemşirelerin bireysel ve çalışma yaşamına ilişkin özelliklerinin bu durumu etkileyebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda yaş ve cinsiyet gibi sosyodemografik özelliklerin Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği toplam ve alt boyut puanları üzerinde etkisinin olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Araştırma bulgularımızla uyumlu olarak Loughland ve arkadaşları da (2009) Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının yaş ve cinsiyete göre farklılık göstermediğini bildirmişlerdir. Swain ve Gale (2014)'desağlık çalışanlarının cinsiyetinin POPAS-NZ puanı üzerinde etkisinin olmadığını belirlemişlerdir. Salminen (1997) ise kadınların (%40,5) ve erkeklerin (%40,6) eşit oranda şiddete maruz kaldıklarını saptamıştır. Araştırma bulgularımıza karşın James ve arkadaşları (2011), erkek hemşirelerin aşağılayıcı saldırgan davranışa daha çok maruz kaldıklarını; Nijman ve arkadaşları da (2005) fiziksel şiddete maruz kalma sıklığının kadın çalışanlarda daha az olduğunu belirlemişlerdir.

Bu araştırmada, hemşirelerin eğitim durumunun Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği toplam puanı ile sözel saldırganlık alt boyut puanını etkilediği belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu doğrultuda lisansüstü eğitim mezunu hemşirelerle karşılaştırıldığında ön lisans mezunu hemşirelerin, Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği toplam ve sözel saldırganlık alt boyut puanının daha yüksek olduğu görülmüştür. Talas ve arkadaşlarının (2011) acil serviste çalışan sağlık bakım profesyonelleri üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada ise, üniversite mezunu olan sağlık çalışanlarının şiddete daha az maruz kaldıkları bildirilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, hemşirelerin %4,0'ının maruz kaldığı şiddet nedeniyle, 1 ile 7 gün arası çalışmadığı/rapor aldığı belirlenmiştir. Araştırma bulgularımızla uyumlu olarak bu konuda yapılan bir sistematik derleme çalışmasında da; şiddet nedeniyle işe gelemeyen sağlık çalışanlarının oranının %0,8- %81,4 arasında değiştiği; devamsızlık gün sayısının ise 1-7 gün arası olduğu bildirilmiştir (Lanctôt ve Guay, 2014). Nijman ve arkadaşlarının (2005) psikiyatri servisinde çalışan hemşireler üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada, hemşirelerin %22,3'ünün son bir yıl içerisinde, en az bir kez şiddet nedeniyle ortalama 5,2 gün işe gidemediği saptanmıştır. James ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ise katılımcıların %32,9'unun şiddet nedeniyle izin yada rapor kullandığı ve işe gidilemeyen gün sayısının 1 ile 5 gün arasında değiştiği bildirilmiştir.

Bu çalışmada hemşirelerin %59,4'ünün saldırganlık ve şiddetle başetme konusunda eğitim almak istedikleri belirlenmiştir. Bu durum son derece memnuniyet verici olup, Chipps ve McRury (2012)'in yarı deneysel olarak yürüttükleri bir çalışmada, hemşirelere şiddet ile baş etme konusunda verilen eğitimin haftalık olarak yaşanan şiddet davranışlarında azalmaya neden olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde Swain ve Gale (2014), toplum sağlığı çalışanlarına yönelik olarak uyguladıkları iletişim kursu sonrasında, POPAS-NZ ile ölçüm yaptıklarını ve katılımcıların saldırganlık deneyimlerinin eğitim sonrası azalmaya başladığını belirlediklerini bildirmişlerdir.

Eğitimin, saldırganlık sıklığını ve şiddetini azaltma üzerindeki etkisi ile ilgili literatür incelendiğinde, araştırma sonuçlarının farklılık gösterdiği görülebilmektedir. Ryan ve Maguire (2006)'in İrlanda'da acil servis çalışanları üzerinde yürütmüş oldukları bir çalışmada, çalışan personelin yaklaşık olarak üçte birinin saldırganlık ve şiddetin yönetimi konusunda eğitim almış olmasına karşın yine de şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir. Weinberger (2016)'in çalışmasında da, katılımcıların %76'sının (n = 56) saldırganlık yönetimi konusunda en az 4 saatlik eğitim aldığı, buna karşın ileri eğitime katılmayı isteme/istememe sorusuna sadece beş kişinin evet yanıtını verdiği saptanmıştır.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin sadece %16,8'inin şiddet sonrası yasal işlem başlattığı, %16,3'ünün yönetime rapor yazdığı, %37,1'inin ise hiçbir şey yapmadığı saptanmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda hemşirelerin maruz kaldıkları şiddet ya da saldırganlık olayı sonrası durumu rapor etme oranlarının oldukça düşük olduğu görülmüştür. Araştırma bulgularını destekler nitelikte, Zampieron ve arkadaşlarının (2009) İtalyada iki hastanede çalışan hemşireler üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada, saldırıya uğrayan hemşirelerin %53'ünün olaydan sonra yardım istemediği saptanmıştır.

Tarhan ve arkadaşlarının(2015) acil servis hemşireleri üzerinde yapmış oldukları diğer bir çalışmada, hemşirelerin %26,4'ünün şiddet sonrası yönetime rapor yazdığı, buna karşın %79,1'inin şiddet olayını raporlamadığı, %47'sinin ise raporlamanın gereksiz olduğunu düşündüğü belirlenmiştir. Şiddet veya saldırganlık vakalarını raporlamak son derece önemli olup, literatürde de belirtildiği gibi işyerinde yaşanan şiddet vakalarını eksik bildirmenin şiddet vakalarının yaygınlığını ve sıklığını değerlendirmeyi zorlaştırdığı düşünülmektedir (Littlechild, 1995; Arnetz ve ark., 2015; Li ve ark., 2018; Buterakos ve ark., 2020).

Bu çalışmada hemşirelerin %24,3'ü şiddetin en çok 24-06 saatleri arasında meydana geldiğini belirtmişlerdir. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak, bu konuda yapılan bir çok çalışmada da hemşirelerin şiddete en çok gece maruz kaldıkları (Ferri ve ark., 2020), şiddet vakalarının en çok 16-08 (Talas ve ark., 2011) ile 01-06 saatleri arasında gerçekleştiği bildirilmiştir (Tarhan ve ark., 2015). Araştırma bulgularına karşın Imran ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında ise şiddet vakalarının en çok gündüz meydana geldiği saptanmıştır. Araştırma sonuçlarındaki bu farklılık hemşirelerin çalıştıkları kurum ile çalışma yaşamlarına ilişkin özelliklerinden özellikle çalışan personel sayısı ile bakım ve tedavisini üstlendikleri hasta sayısından etkilenebilir.

Bu çalışmada şiddet uygulayıcılarının %83,7'sini hasta yakınlarının oluşturduğu belirlenmiştir. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konudaki literatürde de sağlık çalışanlarına şiddeti en çok hasta yakınlarının uyguladığı bildirilmiştir (Talas ve ark., 2011; Imran ve ark., 2013; Akbolat ve ark., 2018; Li ve ark., 2018; Sachdeva ve ark., 2019; Ferri ve ark., 2020). Araştırma bulgularımıza karşın Grange ve Corbett (2002), Ryan ve Maguire (2006), Coşkun ve Öztürk (2010)'ün çalışmalarında ise yaşanan şiddet olaylarının en büyük kaynağının hastalar olduğu belirtilmiştir. Hasta ve yakınlarının acil servise başvururken sağlıklarına ilişkin olarak yaşadıkları belirsizliklerin ve duygu durum değişikliklerinin (panik, endişe, belirsizlik, acı, öfke vb.) bu durumu etkileyebileceği söylenebilir.

Bu araştırmada haftalık çalışma saati, çalışılan servisten memnun olma durumu ve mesleğini sevme durumu gibi çalışma yaşamına ait değişkenlerin, Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği toplam puanı ile sözel saldırganlık, fiziksel saldırganlık ve kendine karşı saldırganlık alt boyut puanlarını etkilediği belirlenmiştir ($p < 0,05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda mesleğini seven, çalıştığı servisten memnun olan ve haftada 40-48 saat çalışan hemşirelerin ölçekten aldıkları puanların daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu konudaki literatürde de çalışma saatleri fazlalığının tükenmişliğe neden olabileceği ve tolerans düzeyini azaltabileceği bildirilmektedir (Elliot, 1997; Günüşen ve Üstün, 2010). Araştırma bulgularımızdan yola çıkarak, acil hemşirelerinin çalışma saatleri arttıkça tükenmişliğin artabileceği, tolerans düzeylerinin azalabileceği bu nedenle saldırganlık davranışlarına maruz kalma olasılıklarının artabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda günlük ortalama bakım verilen hasta sayısının Sözel Saldırganlık alt boyut puanını etkilediği 150 ve altı hastaya bakım veren hemşirelerin

Sözel Saldırganlık alt boyut puanının 151-500 hastaya bakım veren hemşirelerin puanından daha az olduğu belirlendi. Bu doğrultuda bakım verilen hasta sayısı azaldıkça Sözel Saldırganlığa maruz kalma olasılığının azalabileceği söylenebilir.

Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği'nden alınan yüksek puan, hemşirelerin mesleklerinebağlılıklarının yüksek olduğunaişaret etmekle birlikte, bu çalışmada hemşirelerin en yüksek puanı sırasıyla mesleki devamlılık bağlılığı alt boyutundan ($4,65\pm 1,24$), duygusal mesleki bağlılık alt boyutundan ($4,25\pm 0,92$) ve normatif mesleki bağlılık alt boyutundan ($4,22\pm 1,19$) aldıkları görülmüştür. Araştırma bulgularımızla uyumlu olarak Mert Haydari (2014)'nin çalışmasında, duygusal mesleki bağlılık puanı $3,97\pm 1,36$, mesleki devamlılık bağlılığı puanı $4,67\pm 1,48$, normatif mesleki bağlılık puanı ise $3,61\pm 1,32$ olarak saptanmıştır. Tak ve Çiftçioğlu (2009)'nun çalışmasında da, katılımcıların en yüksek puanı ölçeğin duygusal mesleki bağlılık alt boyutundan, en düşük puanı ise normatif mesleki bağlılık boyutundan aldıkları belirlenmiştir.

Hemşirelerin Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeğine verdikleri cevaplar doğrultusunda, en yüksek puanı “Belirli bir mesleğin eğitimini almış kişilerin o mesleği makul bir süre yapma sorumluluğu taşımaları gerektiğine inanıyorum.” ($\bar{X}=5,16$), en düşük puanı ise “Hemşirelik mesleği ile kendimi özdeşleştiremiyorum.” ($\bar{X}=3,22$) ifadelerinden aldıkları belirlenmiştir. Chang ve arkadaşlarının (2015) yapmış oldukları çalışmada ise, hemşirelerin en yüksek puanı “Hemşirelik kişisel imajım açısından önem taşımaktadır.” ($\bar{X}=4,19$), en düşük puanı ise “Bana avantaj sağlayacak olsa bile, hemşirelik mesleğini bırakmaya hakkım olmadığını düşünüyorum.” ($\bar{X}=3,02$) ifadelerinden aldıkları belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarındaki bu farklılık çalışmanın yürütüldüğü toplumun sosyal ve kültürel özellikleri ile birlikte mesleğini isteyerek ve severek yapmama gibi bireysel farklılıklardan kaynaklanabilir.

Bu çalışmada serviste çalışan toplam hemşire sayısı, mesleğini isteyerek tercih etme durumu, mesleğini sevme durumu ve çalışılan servisten memnun olma durumu gibi çalışma yaşamına ait özelliklerinin Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği duygusal mesleki alt boyut puanını etkilediği belirlenmiştir. Bu doğrultuda serviste çalışan toplam hemşire sayısı 41 ve üstü olan, mesleğini isteyerek tercih eden, mesleğini seven ve çalıştığı servisten memnun olan kişilerin puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konudaki

literatürde de, mesleğini sevmenin ve isteyerek tercih etmenin, çalışma ortamının iyi olmasının mesleki bağlılığı arttırdığı vurgulanmıştır (Caricati ve ark., 2014).

Çalışmamızda mesleğini sevme durumu ve çalışılan servisten memnun olma durumunun Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği normatif mesleki bağlılık alt boyut puanını etkilediği, yaş faktörünün ise Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği normatif mesleki bağlılık alt boyut puanı üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Araştırma bulgularına karşın Gambino (2010)'nun çalışmasında, normatif mesleki bağlılık alt boyut puanının yaş değişkeninden etkilendiği yaş arttıkça normatif mesleki bağlılık alt boyut puanının arttığı bildirilmiştir.

Elde edilen bulgular doğrultusunda araştırma kapsamındaki hemşirelerin %30,2'sinin işten ayrılmayı nadiren düşündükleri belirlenmiştir. Savgat'ın (2019) çalışmasında hemşirelerin %57'sinin, Cereyan'ın (2019) çalışmasında hemşirelerin %35,3'ünün işinden ayrılma niyetinin yüksek olduğu saptanmıştır. Lanctôt ve Guay (2014)'ın, toplam 12 araştırmayı inceledikleri bir sistematik derleme çalışmasında ise, katılımcıların %13 ile %60'ının işlerini bırakmayı düşündükleri ortaya çıkarılmıştır. Bu konudaki diğer çalışmalarda ise hemşirelerin mesleği bırakma niyetlerinin %4-%54 arasında değiştiği bildirilmektedir (Flinkman ve ark., 2010; Sasso ve ark., 2019)

Bununla birlikte ilgili literatürde düşük ücret ve yoğun çalışma gibi nedenlerle işinde doyum sağlayamayan ve memnuniyetsiz olan kişilerde olumsuz duygular geliştiği, bu olumsuz duyguların kişilerin ruhsal, bedensel ve sosyal sağlığını etkilediği, bu durumun işten uzaklaşma, işi terk etme, sürekli iş değiştirme gibi belirtilerle kendini gösterdiği vurgulanmıştır (Barron ve West, 2005; Metin ve Özer, 2007; Demir ve Rodwell, 2012; Leineweber ve ark., 2016). Ng ve arkadaşları (2009) işyeri şiddeti mağdurlarının %38,67'sinin çalışma isteğinden yoksun olduklarını, %34'ünün mesleklerine ilişkin istekliliklerinin azaldığını ve %77,33'ünün iş stresi düzeyinde bir artış gözlemlendiğini belirlemişlerdir. İş tatmini, mesleki bağlılık ve mesleği bırakma niyetinin birbiriyle çok yakından ilişkili kavramlar olduğu düşünülmeyle birlikte, Lu ve arkadaşlarının (2002) hemşireler üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada, iş tatmini ile mesleki bağlılık, kurumdan ayrılma niyeti ve mesleği bırakma niyeti arasında pozitif bir ilişki belirlendiği bildirilmiştir.

5.3.Acil Hemşirelerinin Çalışma Ortamında Maruz Kaldıkları Şiddet İle

Mesleğe Bağlılık ve İşten Ayrılma Düşüncesi Arasındaki İlişkiyi

Etkileyen Nitel Verilerin Tartışılması

Tartışmanın bu bölümünde hemşirelerinin çalışma ortamında maruz kaldıkları şiddet ile mesleğe bağlılıkları ve işten ayrılma düşünceleri arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik olarak yapılan odak grup görüşmeleri doğrultusunda elde edilen bulgular tartışılmıştır. Odak grup görüşmelerine katılan hemşirelerin çalışma hayatında bir çok kez şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte sağlık bakım profesyonellerinin işyeri ortamında şiddet açısından yüksek risk altında olduğu ve yarından fazlasının sözel şiddet başta olmak üzere farklı şiddet türlerine maruz kaldıkları bildirilmiştir (Pınar ve Pınar, 2013).

Şiddetin nedenlerine ilişkin literatür incelendiğinde, şiddete neden olan faktörler ile ilgili farklı sınıflandırmalar yapılabilmektedir (Seyran ve ark., 2018; Tuna ve Kahraman, 2019). Bu çalışmada hemşirelerin ifadeleri doğrultusunda şiddete neden olan faktörler; sağlık bakım sistemi ile ilişkili faktörler, hasta ve hasta yakını ilişkili faktörler, sağlık bakım profesyonelleri ile ilişkili faktörler, medya ve basınla ilişkili faktörler olmak üzere dört başlık altında sınıflandırılmıştır.

Şiddete neden olan sağlık bakım sistemi ile ilişkili faktörler;acil servise başvuran hasta sayısının fazla olması, acil servisin toplum tarafından bilinçsiz kullanılması, acil servisin fiziki ortamının yetersiz olması, hasta ve yakınlarının sabırsız olması ve aceleci davranması, triajı önemsemeden ilk olarak kendi hastalarına müdahale edilmesini istemeleri, çalışan personelin yorgun olması, acil serviste stres düzeyinin yüksek olması, çalışan personel sayısının az olması, çalışan haklarının yetersiz olması, mobbing uygulanması, kurallara uyulmaması, yönetimin/idarenin olumsuz tutuma sahip olması olarak belirlenmiştir.

Hemşireler özellikle hasta haklarının ön planda tutulduğunu, buna karşın çalışan haklarının önemsenmediğini, çalışma şartları ağır olmasına karşın yöneticilerin beklentilerinin yüksek olduğunu ve bu durumdan rahatsız olduklarını ifade etmişlerdir. Nitekim bu konuda yapılan bir çalışmada, hemşirelerin beklentilerinin yöneticiler tarafından göz ardı edildiği durumlarda memnuniyetsizlikler ve işten ayrılma niyeti gelişebileceği bildirilmiştir (Watson,

2009). Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte diğer çalışmalarda, özellikle hastaların acil serviste beklemesi ve aşırı kalabalık bir ortamın olması gibi acil servise özgü faktörlerin hemşirelerin stres yaşamasına neden olduğu bildirilmiştir (Dominguez Gomez ve Rutledge, 2009; Flarity, 2013; Spence Laschinger ve ark., 2015).

Hemşireler hasta ve hasta yakını ile ilişkili faktörleri panik, öfke, yalnızca kendini düşünme, sabırsızlık, gerginlik, eğitim düzeyi düşüklüğü, sağlık bakım beklentisinin yüksek olması, iletişim yetersizliği, empati eksikliği, anlayışlı olmama olarak bildirmişlerdir. Araştırma bulgularımızla uyumlu olarak bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da, hasta ve hasta yakını ile ilişkili bu faktörlerin şiddet ve saldırganlık durumunu etkilediği bildirilmiştir (Zampieron ve ark., 2009; Ünlüsoy Dinç, 2010; Özcan ve Bilgin, 2011; Büyükbayram ve Okçay, 2013; Henrich ve ark., 2016). Bununla birlikte araştırma kapsamındaki hemşireler, acile başvuran kişilerin kendilerini diğer hastalardan daha acil olarak düşündüklerini, acildeki yeşil alanda bekleme sürelerini bilmediklerini ve kendilerine hemen müdahale edilmesini istediklerini, hasta ve yakınlarının gergin ve iletişime kapalı olduklarını bu doğrultuda şiddete maruz kaldıklarını vurgulamıştır.

Hemşireler sağlık bakım profesyonelleri ile ilişkili faktörleri; tükenmişlik, ağır çalışma şartları, değersizlik hissi, tahammülsüzlük, hastayı yanlış yönlendirme, hasta ve yakınlarına olumsuz tutum sergileme, tedavi ve bakım sürecinin uzaması olarak bildirmişlerdir. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da, acil servislerde hasta sayısının fazla olması, personel sayısının az olması, eğitim düzeyi farklılıkları gibi bir çok faktörün mesleki tükenmişlik ve tahammülsüzlüğe neden olduğu belirtilmiştir (Di Martino, 2002; Shoorideh ve ark., 2012; García-Moyano ve ark., 2019).

Araştırma kapsamında belirlenen bir diğer tema olan “şiddetin etkileri” ile ilgili sınıflandırma literatür ile benzerlik göstermektedir (Needham ve ark., 2005; Lanctot ve Guay, 2014; Armstrong, 2018). Bu çalışmada şiddetin etkileri “fiziksel etkiler” ve “psikolojik etkiler” olmak üzere iki alt tema olarak belirlenmiştir. Hemşireler şiddetin kendileri üzerindeki fiziksel etkilerini ellerde titreme, kalp çarpıntısı, baş ağrısı; psikolojik etkilerini ise hayal kırıklığı, çalışma motivasyonunda azalma, moral bozukluğu, kendini güvende hissetmeme, korku, bitkinlik, zamanla şiddete alışma ve

doğal karşılıama, tüklenmişlik, sinirlilik, tahammülsüzlük, gerginlik, motivasyonda azalma ve konsantrasyon bozukluğu olarak ifade etmişlerdir.

Sachdeva ve arkadaşları (2019)'nın acil serviste yapmış oldukları çalışmada, katılımcıların şiddet sonrası fizyolojik ve psikolojik olarak etkilendikleri; işte tatminsizlik, korku ve uykusuzluk yaşadıkları saptanmıştır. Çalışma bulgularımızla uyumlu olarak bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da, iş yerinde yaşanan şiddet sonrası kişilerde fiziksel, psikolojik (depresif, travma sonrası stres bozukluğu vb.) ve duygusal belirtiler (öfke, korku, suçluluk ve üzüntü) ortaya çıktığı, hastalarla olan iletişimin ve bakım kalitesinin bu durumdan olumsuz yönde etkilendiği vurgulanmıştır (Needham ve ark., 2005; Yagil, 2008; Lanctot ve Guay, 2014; Armstrong, 2018; Palma ve ark., 2018).

Hemşirelerle yapılan görüşmeler sonrasında mesleğe bağlı olma durumunu etkileyen faktörler ile ilgili alt temalar; hasta/hasta yakını ile ilişkili faktörler (hastaların memnun olması, hastaların hayır duasını alma, hastaların anlayışlı olması, hastaların saygılı olması), kişiye ait faktörler (insanlara yardımcı olma duygusu, yapılan işin mutluluk vermesi) ve ekonomi ile ilişkili faktörler (iş garantisi olması, yapılan iş karşılığında alınan maaşın düşük olması) olarak belirlenmiştir. Araştırma kapsamındaki hemşireler hasta ve yakınları dua ettiklerinde, şükrettiklerinde, saygılı davrandıklarında tüm yorgunluk ve streslerini attıklarını, mutlu olup mesleklerine daha çok bağlandıklarını ifade etmişlerdir. Granados Gámez (2009)'in hemşire ile hasta arasındaki bakım ilişkisini incelediği bir çalışmada, hemşirelerin yardım edici rolünü etkin bir şekilde üstlendiğinde mesleki anlamda doygunluğa ulaştıkları belirlenmiştir. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda, hemşirelerin büyük çoğunluğunun başkalarına yardım etmek istediği için bu mesleği seçtiği (McNeese-Smith ve ark., 2003), dini inançlarının bir sonucu olarak mesleki bağlılıklarının arttığı bildirilmiştir (Rahimaghaee ve ark., 2010; Jafaraghaee ve ark., 2012).

Hemşirelerle yapılan görüşmeler sonrasında işten ayrılma düşüncesine neden olan faktörler ile ilgili alt temalar; yönetim/idare ile ilişkili faktörler (yönetimin gerçekçi olmayan beklentilerinin olması, ödüllendirme yerine cezalandırma yöntemini kullanmaları), çalışma ortamı ile ilişkili faktörler (çalışan sayısının az olması, fiziki yetersizlikler, yoğun iş yükü, fazla mesai, performans dağılımında adaletsizlik, nöbet sistemi ile çalışma, hastaların olumsuz tutum göstermesi) ve yaşanan şiddet olayları ile ilişkili faktörler (mesleğinden soğuma, hayal kırıklığı ve tüklenmişlik) olarak belirlenmiştir. Literatürde iş yükü ve stresin iş performansını

olumsuz etkilediği (Horton ve ark., 2007), uzun çalışma saatlerinin kişide kaygı, güçsüzlük ve yetersizlik duyguları hissetmesine ve mesleği bırakmasına neden olduğu saptanmıştır (Chan ve ark., 2013; Jafaraghaee ve ark., 2014). Buna karşın hemşirelere daha iyi çalışma koşulları sağlandığında işten ayrılma niyetlerinin azalacağı vurgulanmıştır (Estry-Behar ve ark., 2007).

Tüm dünyada sağlık bakım profesyonellerine özelliklede hemşirelere yönelik şiddet ve saldırı vakaları günden güne artmaya devam etmektedir (Needham ve ark., 2005). Bununla birlikte şiddet olayları sonrasında sağlık bakım profesyonellerinde; kendine güven ve öz saygıda azalma, yüksek düzey stres, travma, kalıcı yada geçici yetersizlik duygusu, öfke, depresyon, korku, suçluluk duygusu, kişilerarası ilişkilerde bozulma, işe devamsızlık, hastalık izni kullanımında artış, motivasyon kaybı ve işten kaçınma gibi davranış belirtileri geliştiği belirtilmektedir (D’Ettorre ve ark., 2018; Hogh ve Viiatasara,2005; Needham ve ark., 2005; Stathopoulou, 2007).Diğer yandan hastanenin diğer klinikleri ile karşılaştırıldığında özellikle acil serviste görev yapansağlık bakım profesyonellerinin, şiddete oldukça sık maruz kalmalarına karşın,şiddet sonrası hastaların bakım ve tedavi sunma görevlerini devam ettirdikleri bildirilmektedir (şahin ve ark., 2011). şiddet vakalarının önlenebilmesi için çalışma ortamı ve koşullarının iyileştirilmesinin, yasa ve yönetmelikler ile çalışan haklarının düzenlenmesinin, hemşirelerin karar verici mekanizmalarda rol almalarının sağlanmasının, yönetim desteğinin arttırılmasının, hasta ve yakınlarına acilin kullanımı ile ilgili eğitimler verilmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Araştırmanın birinci aşamasında Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak, ülkemizde hemşirelere uygulanabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu,
- Hemşirelerin Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeğinden yüksek puanı sözel saldırganlık alt boyutundan ($2,69 \pm 0,95$), en düşük puanıda cinsel saldırganlık alt boyutundan ($1,20 \pm 0,42$) aldıkları,
- Hemşirelerin eğitim durumu, medeni durum, hemşire olarak çalışma yılı, mesleğini isteyerek tercih etme durumu, bulunulan hastanede çalışma yılı, mesleğini sevme durumu, çalışılan servisten memnun olma durumu, haftalık çalışma saati, günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı gibi sosyo-demografik ve çalışma yaşamına ilişkin özelliklerinin Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarını etkilediği,
- Hemşirelerin Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği maddelerinden en yüksek puanı “Belirli bir mesleğin eğitimini almış kişilerin o mesleği makul bir süre yapma sorumluluğu taşımaları gerektiğine inanıyorum.” ($\bar{X}=5,16$), en düşük puanı ise “Hemşirelik mesleği ile kendimi özdeşleştiremiyorum.” ($\bar{X}=3,22$) maddelerinden aldıkları ,
- Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği alt boyut puanlarının medeni durum, serviste çalışan toplam hemşire sayısı, mesleği isteyerek tercih etme durumu, mesleği sevme durumu, çalışılan servisten memnun olma durumu gibi hemşirelerin sosyo-demografik ve çalışma yaşamına ilişkin bazı özelliklerinden etkilendiği ($p < 0,05$),
- Hemşirelerin %30,2'sinin hastanedeki görevlerinden ayrılmayı nadiren düşündüğü,
- Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği toplam puanı ile Duygusal Mesleki Bağlılık Ölçeği alt boyut puanı arasında düşük düzeyde negatif yönde ($r = -0,141$; $p < 0,05$) anlamlı bir ilişki olduğu,

- Sözel Saldırganlık alt boyut puanı ile Duygusal Mesleki Bağlılık alt boyut puanı arasında düşük düzeyde negatif yönde ($r=-0,143$; $p<0,05$) anlamlı doğrusal ilişki olduğu,
- Regresyon analizleri sonucunda, eğitim durumu ve mesleğini sevme durumunun Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği toplam puanına negatif etki yaptığı, sözel saldırganlık alt boyut puanı üzerine eğitim durumunun, fiziksel saldırganlık alt boyut puanı üzerine mesleğini sevme durumunun negatif etki yaptığı belirlenmiştir.
- Hemşireler ile yapılan nitel görüşmelerden elde edilen bulgular doğrultusunda; şiddetin nedenleri, şiddetin etkileri, mesleğe bağlı olma durumunu etkileyen faktörler ve işten ayrılma düşüncesine neden olan faktörler olmak üzere 4 tema ve 12 alt tema belirlenmiştir.
- Hemşirelerin maruz kaldıkları şiddet sonrası fiziksel ve psikolojik olarak etkilendikleri saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda:

- Hemşirelerin çalışma koşullarının ve ortamının iyileştirilmesi,
- Kurum yöneticilerinin iş yükü planlaması yaparak, acil serviste çalışan hemşire sayısının artırılması,
- Topluma, hasta ve yakınlarına acil serviste sağlık hizmeti alımı ile triyaj konularında bilgilendirme yapılması,
- Kurum yöneticilerinin yaşanan şiddet olaylarında hemşirelere destek olması,
- Hemşirelerin işyerinde yaşamış oldukları şiddet olaylarının titizlikle ele alınarak, bireysel ve kurumsal önlemlerin artırılması,
- Hemşirelere şiddet ve öfke yönetimi konusunda düzenli aralıklarla eğitimler yapılması,
- Hemşirelerin mesleki bağlılık düzeylerini artırmak ve işten ayrılma niyetlerine engel olmak amacıyla, iş yüklerinin azaltılması, ücretlerinin arttırılması,
- Hemşirelerin iş doyumunu ve motivasyonlarını arttırıcı önlemler alınması ve
- Sağlık profesyonellerinin iletişim becerilerinin geliştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abay, E., Tuğlu, C. (2000). Şiddet ve Agresyonun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, 3(1), 21-26.
- Abdellah, R.F., Salama, K.M. (2017). Prevalence and Risk Factors of Work Place Violence Against Health Care Workers in Emergency Department in Ismailia, Egypt. *Pan African Medical Journal*, 26(1), 1-8.
- Acquadro Maran, D., Varetto, A., Zedda, M., & Magnavita, N. (2018). Workplace violence toward hospital staff and volunteers: a survey of an Italian sample. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 27(1), 76-95.
- Adamson, M. A., Vincent, A. A., & Cundiff, J. (2009). Common Ground Not A Battle Ground: Violence Prevention at a Detoxification Facility. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 47(8), 28-35.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Jama*, 288(16), 1987-1993.
- Akbaş, G., Korkmaz, L. (2007) Ölçek uyarlaması (Adaptasyon). *Türk Psikoloji Bülteni*, 13(40), 15-17.
- Akbolat, M., Ünal, Ö., Durmuş, A., Amarat, M., Turan, M. (2018). Hekim ve Hemşirelerin Şiddete Maruz Kalma Durumunun ve Şiddet Görme Korkusunun Tükenmişliğe Etkisi. Sözel Bildiri. 368-371.
- Akca, N., Yılmaz, A., Işık, O. (2014). Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Özel Bir Tıp Merkezi Örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 13(1), 1-12.
- Aksayan, S., Gözüm, S. (2002). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber I: Ölçek Uyarlama Aşamaları ve Dil Uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4(1),9-14.
- Aktürk, Ü. (2016). Kemoterapi Alan hastalara Watson İnsan Bakım Modeli'ne Göre Verilen Bakımın Yaşamın Anlamı ve Yarışı Yönetimine Etkisi. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Malatya.
- Aksoy, M. (2014). Sağlık Çalışanlarında İş Yükünün Örgütsel Bağlılık ve İş Tatmini Üzerindeki Etkisi Diyarbakır Hastanelerinde Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi. Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Yönetimi Anabilim Dalı. Mersin.
- Aktaş, Y., Arabacı, L. B., & Dülgerler, ř. Watson İnsan Bakım Modeli'ne Göre Őizofreni Tanılı Bir Hastada Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(1), 51-57.
- Al, B., Zengin, S., Deryal, Y., Gken, C., Yılmaz, D. A., & Yıldırım, C. (2012). Increased Violence Towards Health Care Staff. *Journal Of Academic Emergency Medicine/Akademik Acil Tıp Olgu Sunumlari Dergisi*, 11(2), 115-124.
- Alpar, R.(2018). Uygulamalı İstatistik ve Geçerlilik-Güvenirlik. 5. Baskı. Detay Yayıncılık. s(493-604). Ankara.
- Altıntaş, N. (2006). Sağlık kurumlarında çalışan hemşirelere yönelik Şiddetin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Psikiyatri Anabilim Dalı. İstanbul.
- Annagür, B. (2010). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2), 161-173.
- Aranya, N., Ferris, K.R. (1984). "A Reexamination of Accountants' Organizational Professional". *The Accounting Review*, 59(1), 1-15

- Arıkan,Ö. (2019). Türkiye'de kurumsal imaj ve örgüt kültürü ilişkilerinin incelenmesi: Bir hastane örneği. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü . İşletme Anabilim Dalı. Adana.
- Armstrong, N. (2018). Management of nursing workplace incivility in the health care settings: A systematic review. *Workplace health & safety*, 66(8), 403-410.
- Arnetz, J. E., Hamblin, L., Ager, J., Luborsky, M., Upfal, M. J., Russell, J., & Essenmacher, L. (2015). Underreporting of workplace violence: comparison of self-report and actual documentation of hospital incidents. *Workplace Health & Safety*, 63(5), 200-210.
- Arslan-Özkan, İ., & Okumuş, H. (2012). Bakım ve iyileşmenin keşiştiği bir model: Watson'ın insan bakım modeli. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 14(2), 61-72.
- Atan, Ş. Ü., Dönmez, S. (2011). Hemşirelere Karşı İşyeri Şiddeti. *Adli Tıp Dergisi*, 25 (11), 71-80.
- Avcı Uzun, D. (2013).Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hasta ve hasta yakınlarından gördükleri şiddetin tükenmişlik, aleksitimi ve iş doyumuna etkisi.Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Erzurum.
- Ayrancı, U., Yenilmez, C., Baki, Y., Kaptanoğlu, C. (2006). Identification of Violence in Turkish Healthcare Settings. *J Interpers Violence*, 21(2), 276-96.
- Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç., Günay, Y., Kaptanoğlu, C. (2002). Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, (3), 147-154.
- Aytaç, S., Bozkurt, V., Bayram, N., & Bilgel, N. (2009). Violence Against Health Workers at a University Hospital in Turkey. In *Journal Of The World Universities Forum*, 2, 35-52.
- Aytac, S., Bozkurt, V., Bayram, N., Yıldız, S., Aytac, M., Sokullu Akinci, F., & Bilgel, N. (2011). Workplace Violence: A Study of Turkish Workers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 17(4), 385-402.
- Bahadır, Binnaz. (2017). Acil servislerde çalışan sağlık personelinin, şiddete uğrama sıklığı ve şiddetin tükenmişlik düzeyine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Yönetimi Anabilim Dalı. İstanbul.
- Barać, I., Prlić, N., Plužarić, J., Farčić, N., & Kovačević, S. (2018). The Mediating Role of Nurses'Professional Commitment in the Relationship Between Core Self-Evaluation and Job Satisfaction. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 31(5), 649.
- Baron, R. A., & Neuman, J. H. (1996). Workplace violence and workplace aggression: Evidence on their relative frequency and potential causes. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 22(3), 161-173.
- Barron, D., & West, E. (2005). Leaving nursing: an event-history analysis of nurses' careers. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(3), 150-157.
- Baş. T., Akturan, U. (2017). Sosyal Bilimlerde Bilgisayar Destekli Nitel Araştırma Yöntemleri. 3.Baskı. Seçkin Yayıncılık. s(105-112). Ankara.
- Berlanda, S., Pedrazza, M., Fraizzoli, M., & de Cordova, F. (2019). Addressing Risks of Violence Against Healthcare Staff in Emergency Departments: The Effects of Job Satisfaction and Attachment Style. *BioMed Research international*, 1-12.
- Bıçkıcı, F., (2013). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Neden Olan Faktörler: Bir Devlet Hastanesi Örneği. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 5(1), 43-56.

- Bilgin, H., & Buzlu, S. (2006). A study of psychiatric nurses'beliefs and attitudes about work safety and assaults in Turkey. *Issues in mental health nursing*, 27(1), 75-90.
- Boafo, I. M. (2018). The Effects of Workplace Respect and Violence on Nurses' Job Satisfaction in Ghana: A Cross-Sectional Survey. *Human Resources for Health*, 16(1), 6.
- Boz, B., Acar, K., Ergin, A. D., Erdur, B., Kurtulus, A., Turkcuer, I., & Ergin, N. (2006). Violence Toward Health Care Workers in Emergency Departments in Denizli, Turkey. *Advances in therapy*, 23(2), 364-369.
- Brown, V. M., Loh, J. M. et Marsh, N. V. (2012). Moderators of Workplace Aggression:The Influences of Social Support and Training. *The Australian and New Zealand Journal of Organisational Psychology*, 5, 32-42. doi:10.1017/ orp.2012.4 <https://ro.ecu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://scholar.google.com/&httpsredir=1&article=1309&context=ecuworks2012>
- Buldum, A., & Yılmaz, D. V. Watson İnsan Bakım Kuramı'na Göre Postpartum Anneye Bütüncül Hemşirelik Yaklaşımı: Olgu Sunumu. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 2(2), 121-128.
- Buterakos, R., Keiser, M. M., Littler, S., & Turkelson, C. (2020). Report and prevent: a quality improvement project to protect nurses from violence in the emergency department. *Journal of emergency nursing*, 46(3), 338-344.
- Büyükbayram, A., Okçay, H. (2013). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 4(1),46-53.
- Büyüköztürk, Ş. (2002). Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*, 8(4), 470-483.
- Caricati, L., Sala, R. L., Marletta, G., Pelosi, G., Ampollini, M., Fabbri, A., ... & Mancini, T. (2014). Work climate, work values and professional commitment as predictors of job satisfaction in nurses. *Journal of nursing management*, 22(8), 984-994.
- Carmi-Iluz, T., Peleg, R., Freud, T., & Shvartzman, P. (2005). Verbal and physical violence towards hospital-and community-based physicians in the Negev: an observational study. *BMC health services research*, 5(1), 1-6.
- Cereyan, Muhammed. (2018).Hemşirelerin işten ayrılma niyetlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. İstanbul.
- Cerit, K., Keskin, S. T., & Erdem, R. (2018). Hemşirelerin işyerinde şiddete maruz kalma durumlarının ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (31), 231-242.
- Chan, Z. C., Tam, W. S., Lung, M. K., Wong, W. Y., & Chau, C. W. (2013). A systematic literature review of nurse shortage and the intention to leave. *Journal of nursing management*, 21(4), 605-613.
- Chang, H. Y., Shyu, Y. I. L., Wong, M. K., Friesner, D., Chu, T. L., & Teng, C. I. (2015). Which aspects of professional commitment can effectively retain nurses in the nursing profession?. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(5), 468-476.
- Chappell, D., Di Martino, V. (2006). Violence at Work. International Labour Organization. Erişim:10.08.2020 [https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=oESHJBZyJDwC&oi=fnd&pg=PR21&dq=Chappell,+D.,++Di+Martino,+V.+\(2006\).+Violence+at+work.+International+Labour+Organization.&ots=sVoDUtRDm3&sig=Ucdiz2cp99JJJeAiuWgxNhlml&redir_esc=y#v=onepage&q=Chappell%2C%20D.%2C%20%20Di%20Martino%2C%20](https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=oESHJBZyJDwC&oi=fnd&pg=PR21&dq=Chappell,+D.,++Di+Martino,+V.+(2006).+Violence+at+work.+International+Labour+Organization.&ots=sVoDUtRDm3&sig=Ucdiz2cp99JJJeAiuWgxNhlml&redir_esc=y#v=onepage&q=Chappell%2C%20D.%2C%20%20Di%20Martino%2C%20)

- Chen, Z. H., Wang, S. Y., Lu, Y. C., & Jing, C. X. (2004). Analysis on the epidemiological features and risk factors of hospital workplace violence in Guangzhou. *Zhonghua liu xing bing xue za zhi= Zhonghua liuxingbingxue zazhi*, 25(1), 3-5.
- Chen, W. C., Hwu, H. G., Kung, S. M., Chiu, H. J., & Wang, J. D. (2008). Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *Journal of occupational health*, 50(3), 288-293.
- Chen, Y. C., Guo, Y. L. L., Chin, W. S., Cheng, N. Y., Ho, J. J., & Shiao, J. S. C. (2019). Patient–Nurse Ratio is Related to Nurses’ Intention to Leave Their Job through Mediating Factors of Burnout and Job Dissatisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 4801.
- Chippis, E. M., & McRury, M. (2012). The development of an educational intervention to address workplace bullying: A pilot study. *Journal for Nurses in Professional Development*, 28(3), 94-98.
- Coccaro, E. F., Kavoussi, R. J., Cooper, T. B., & Hauger, R. L. (1997). Central Serotonin Activity and Aggression: Inverse Relationship with Prolactin Response to D-fenfluramine, but not CSF 5-HIAA Concentration, in Human Subjects. *American Journal of Psychiatry*, 154(10), 1430-1435.
- Coşkun, S., Öztürk, A. T. (2010). Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelerinde Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 16-23.
- Çamcı, O., Kutlu, Y. (2011). Kocaeli’nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2 (1), 9-16.
- Çapık, C., Gözüm, S., & Aksayan, S. (2018). Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(3), 199-210.
- Çokluk, Ö. (2011). Nitel bir Görüşme Yöntemi: Odak Grup Görüşmesi. *Kuramsal Eğitim bilim Dergisi*, 4 (1), 95-107.
- D’Ettorre, G., Mazzotta, M., Pellicani, V., & Vullo, A. (2018). Preventing and Managing Workplace Violence Against Healthcare Workers in Emergency Departments. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 89(4), 28-36. <https://dx.doi.org/10.23750%2Fabm.v89i4-S.7113>
- De Jager, L., Deneyer, M., Buyl, R., Roelandt, S., Pacqueu, R., & Devroey, D. (2019). Cross-Sectional Study on Patient-Physician Aggression in Belgium: Physician Characteristics and Aggression Types. *BMJ open*, 9(12),1-11. doi:10.1136/ bmjopen-2018-025942
- Demir, D.,& Rodwell, J. (2012). Psychosocial antecedents and consequences of workplace aggression for hospital nurses. *Journal of nursing scholarship*, 44(4), 376-384.
- Demirci, B. (2018). Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri ile İş Doyumlarının Mesleki Bağlılıkları Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Bilim Dalı. İstanbul.
- Deniz, K. Z. (2007). The Adaptation of Psychological Scales. *Ankara University, Journal of Faculty of Educational Sciences*, 40(1), 1-16.
- Derin, N., Ilkim, N. Ş., & Yayan, H. (2017). Hemşirelerde Mesleki Bağlılığın Mesleki Prestijle Açıklanması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(3), 24-37.

- Devebakan, N. (2007). Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği. Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İzmir. <http://www.saglikcalisanisagligi.org/tezler/207815.pdf>
- Di Martino, V. (2002). Workplace violence in the health sector. Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo, 3-42.
- Doğanay, İ. (2014). Alo 113-Beyaz Kod: Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Yaşadığı Şiddet Olgusu ve Çözüm Önerileri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1(2), 136-140.
- Dollar, C. & Broach, D. (2006) Comparison of Intent to Leave With Actual Turnover. *Applied H.R.M. Research*, 16 (1), 1-6.
- Dominguez-Gomez, E.,& Rutledge, D. N. (2009). Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 35(3), 199-204.
- Duan, X., Ni, X., Shi, L., Zhang, L., Ye, Y., Mu, H., ... & Wang, Y. (2019). The impact of workplace violence on job satisfaction, job burnout, and turnover intention: the mediating role of social support. *Health and quality of life outcomes*, 17(1), 1-10.
- Duffield, C.,& Franks, H. (2002). Career paths beyond nursing and the contribution of nursing experience and skills in attaining these positions. *International Journal of Nursing Studies*, 39(6), 601-609.
- Duğan, Ö. (2015). Sağlıkta Şiddet Haberlerinin Basına Yansımaları. Doktora Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü. Konya.
- Durgun Ozan PhD, B. S. N. (2015). Implementation of Watson's theory of human caring: A case study. *International Journal of Caring Sciences*, 8(1), 25.
- Dursun, S. (2012). İşyeri Şiddetinin Çalışanların Tükenmişlik Düzeyine Etkisi. Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 3(1), 103-113.
- Duygulu, S.,& Abaan, S. (2007). Örgütsel Bağlılık: Çalışanların kurumda kalma ya da kurumdan ayrılma kararının bir belirleyicisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 14(2), 61-73.
- Eğici, M. T., Öztürk, G. Z. (2018). Beyaz Kod Verileri Işığında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet. *Ankara Medical Journal*, 18(2), 224-231.
- Ellez, A.M. (2014). Ölçme Araçlarında Bulunması Gereken Özellikler. Tanrıoğen A. Editör. *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. s(167-188).
- Elliott, P. P. (1997). Violence in Health Care. *Nursing Management*, 28(12), 38.
- Else, M. (2018). Emergency Registered Nurses' Perceptions of Workplace Violence. Gardner-Webb University. Master of Science in Nursing.
- Erbay, Ö., Yıldırım, Y., Fadiloğlu, Ç., & Aykar, F. Ş. (2018). Hipertansif atak yaşayan hastalara Watson'ın insan bakım modeli kullanılarak uygulanan hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 9(19), 82-88.
- Erdoğan, S. (2014). Nitel Araştırmalar. Erdoğan, S., Nahçıvan, N., Esin, M.N. Editörler. *Hemşirelikte Araştırma Süreci, Uygulama ve Etik*. 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri.s(148-149). İstanbul.
- Erdoğan, S., Nahçıvan, N., Esin, M. N. (2018). Hemşirelikte Araştırma. 3.Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri.s(133-232). İstanbul.
- Erigüç Kaygın, G. (1994). Hastanelerde personelin işle ilgili tutumları personel devri: Ankara ili örneği. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri. Ankara.

- Ersin, P., Bayyurt, Y.(2015). Odak Grup Görüşmeleri. Seggie, F.T., Bayyurt, Y. Editörler, Nitel Araştırma Yöntem, Teknik, Analiz ve Yaklaşımları. 1. Baskı. Anı Yayıncılık. s(201-215). Ankara.
- Esin, M. N. (2015). Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik ve Geçerliği. Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, M. N. Editör. Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik. 1 Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. s(193-231). İstanbul.
- Estryn-Béhar, M., Van der Heijden, B. I., Ogińska, H., Camerino, D., Le Nézet, O., Conway, P. M., ... & Hasselhorn, H. M. (2007). The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Medical care*, 939-950.
- Fawcett, J. (2005). Watson's Theory of Human Care. In *Contemporary Nursing Knowledge an Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. 2nd ed. Philadelphia: PA. F.A. Davis Company, 553-99.
- Felson, R. B., Liska, A. E., South, S. J., & McNulty, T. L. (1994). The Subculture of Violence and Delinquency: Individual vs. School Context Effects. *Social Forces*, 73(1), 155-173.
- Fernandes, C. M., Bouthillette, F., Raboud, J. M., Bullock, L., Moore, C. F., Christenson, J. M., ... & Way, M. (1999). Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *Cmaj*, 161(10), 1245-1248.
- Ferri, P., Stifani, S., Accoto, A., Bonetti, L., Rubbi, I., & Di Lorenzo, R. (2020). Violence against nurses in the triage area: a mixed-methods study. *Journal of emergency nursing*, 46(3), 384-397.
- Flarity, K., Gentry, J. E., & Mesnikoff, N. (2013). The effectiveness of an educational program on preventing and treating compassion fatigue in emergency nurses. *Advanced emergency nursing journal*, 35(3), 247-258.
- Fletcher, T.A., Brakel, S.J., & Cavanaugh, J.L.(2000). Violence in the Workplace: New Perspectives in Forensic Mental Health Services in the USA. *British Journal of Psychiatry*, 176, 339-344.
- Flinkman, M., Laine, M., Leino-Kilpi, H., Hasselhorn, H. M., & Salanterä, S. (2008). Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 45(5), 727-739.
- Flinkman, M., Leino-Kilpi, H., & Salanterä, S. (2010). Nurses' intention to leave the profession: integrative review. *Journal of advanced nursing*, 66(7), 1422-1434.
- Gale, C., Hannah, A., Swain, N., Gray, A., Coverdale, J. et Oud, N. (2009). Patient Aggression Perceived by Community Support Workers. *Australian Psychiatry*, 17(6), 497-501. doi:0.1080/10398560903287516
- Gallagher, D., Mclean Parks, J.(2001). Contingency Commitment and the Contingent Work Relationship. *Human Resource Management Review*, 11, 181-208.
- Gambino, K. M. (2010). Motivation for entry, occupational commitment and intent to remain: a survey regarding Registered Nurse retention. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2532-2541.
- García-Moyano, L., Altisent, R., Pellicer-García, B., Guerrero-Portillo, S., Arrazola-Alberdi, O., & Delgado-Marroquín, M. T. (2019). A concept analysis of professional commitment in nursing. *Nursing ethics*, 26(3), 778-797.
- Gardner, D.L. (1992). Nurses' Career Commitment in Nursing. *Journal of Professional Nursing*, 8(3), 155-160.

- Gates, D. M., Gillespie, G. L., & Succop, P. (2011). Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nurs Econ*, 29(2), 59-66.
- Geoffrion, S., Giguère, C. É., Fortin, M., Fortin, C., & Guay, S. (2017). Validation de la version française canadienne du Perception of Prevalence of Aggression Scale auprès d'un échantillon d'intervenants en protection de la jeunesse. *Revue de psychoéducation*, 46(1), 145-174.
- Gökçe, T., DüNDAR, C. (2008). Samsun ruh ve sinir hastalıkları hastanesi'nde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(1), 25-28.
- Gözüm, S., Aksayan, S.,(2003). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma. *Hemsirelik Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5, 3-14.
- Granados Gámez, G. (2009). The nurse-patient relationship as a caring relationship. *Nursing science quarterly*, 22(2), 126-127.
- Grange, J. T., & Corbett, S. W. (2002). Violence against emergency medical services personnel. *Prehospital Emergency Care*, 6(2), 186-190.
- Güler, A., Halıcıoğlu, M.B., Taşkın, S. (2015). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma. 2. Baskı. Seçkin Yayıncılık. s(127-129). Ankara.
- Gültekin, A., Tetik, B. K., Bağ, H. G., Sahil, S. A., Sharifi, Z., & Savaş, Z. (2018). Sağlık personeline yönelik şiddet nedenlerinin ve şiddet uygulamayı düşünen bireylerin sosyodemografik özelliklerinin değerlendirmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(1), 2-8.
- Güngör, D. (2016). Psikolojide ölçme araçlarının geliştirilmesi ve uyarlanması kılavuzu. *Türk psikoloji yazıları*, 19(38), 104-112.
- Günüşen, N. P., Üstün, B. (2010). An RCT of coping and support groups to reduce burnout among nurses. *International nursing review*, 57(4), 485-492.
- Gürbüz, S., Şahin, F.(2018). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. 5.Baskı. Seçkin Yayıncılık. s(155-400). Ankara.
- Hahn, S., Müller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G., & Halfens, R. J. (2010). Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *Journal of clinical nursing*, 19(23-24), 3535-3546.
- Haines, A., Brown, A., McCabe, R., Rogerson, M., & Whittington, R. (2017). Factors impacting perceived safety among staff working on mental health wards. *BJPpsych open*, 3(5), 204-211.
- Hamdan, M. (2015). Workplace Violence Towards Workers in the Emergency Departments of Palestinian Hospitals: A Cross-Sectional Study. *Human Resources for Health*, 13(1), 28.
- Hämmig, O. (2018). Explaining Burnout and the Intention to Leave the Profession Among Health Professionals—A cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland. *BMC Health Services Research*, 18(1), 785.
- Haskan, Ö., Yıldırım, İ. (2012). Şiddet Eğilimi Ölçeği'nin Geliştirilmesi. *Eğitim ve Bilim*, 37(163).
- Hatunoğlu, Z., Kılılı, M. (2014). Hastane İşletmelerinin İstihdam Ettikleri Muhasebe Elemanlarında Aradıkları Nitelikler ve Muhasebe Eğitiminden Beklentileri: Kahramanmaraş, Gaziantep ve Osmaniye İllerinde Bir Alan Çalışması. *Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi*, 7(1), 228-241.

- Hayta, Ö. (2019). Hemşirelerin örgütsel güven düzeylerinin işten ayrılma niyeti üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü . Hemşirelik Ana Bilim Dalı. İstanbul.
- Heinen, M. M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., ... & Schoonhoven, L. (2013). Nurses' intention to leave their profession: a cross sectional observational study in 10 European countries. *International journal of nursing studies*, 50(2), 174-184.
- Heitmeyer, M., Hagan, J. (2005). International Handbook Of Violence Research. USA: Kluwer Academic Publishers, USA.
- Henrich, N. J., Dodek, P. M., Alden, L., Keenan, S. P., Reynolds, S., & Rodney, P. (2016). Causes of moral distress in the intensive care unit: A qualitative study. *Journal of Critical Care*, 35, 57-62.
- Hogh, A., Viitasara, E. (2005). A systematic review of longitudinal studies of nonfatal workplace violence. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 14(3), 291-313.
- Horton, K., Tschudin, V., & Forget, A. (2007). The value of nursing: a literature review. *Nursing ethics*, 14(6), 716-740.
- ILO/ICN/WHO/PSI. (2002). Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector.
- ILO, I., WHO, P. (2014). Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector 2002. Geneva: *International Labour Office*.
- Imran, N., Pervez, M. H., Farooq, R., & Asghar, A. R. (2013). Aggression and violence towards medical doctors and nurses in a public health care facility in Lahore, Pakistan: A preliminary investigation. *Khyber medical university Journal*, 5(4), 179-184.
- International Council of Nurses [ICN]. (2007) Guidelines On Coping With Violence In The Workplace, 3, place JeanMarteau, 1201 Geneva, Switzerland. https://static1.squarespace.com/static/579770cd197aea84455d6908/t/57d86302d1758e16f4e0f072/1473798914990/guideline_violence.pdf
- Işiker, F. (2011). Televizyon Yayınlarında Şiddet. Uzmanlık Tezi. T.C. Radyo ve Televizyon Üst Kurulu, Ankara.
- İlhan, M. N., Çakır, M., Tunca, M. Z., Avcı, E., Çetin, E., Aydemir, Ö., ... & Bumin, M. A. (2013). Toplum gözüyle sağlık çalışanlarına şiddet: nedenler, tutumlar, davranışlar. *Gazi Medical Journal*, 24(1).
- Jafaragae, F., Parvizy, S., Mehrdad, N., & Rafii, F. (2012). Concept analysis of professional commitment in Iranian nurses. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 17(7), 472.
- Jafaraghaee, F., Mehrdad, N., & Parvizy, S. (2014). Influencing factors on professional commitment in Iranian nurses: A qualitative study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 19(3), 30
- James, B. O., Isa, E. W., & Oud, N. (2011). Patient aggression in psychiatric services: The experience of a sample of nurses at two psychiatric facilities in Nigeria. *African journal of psychiatry*, 14(2).
- Jones, J., & Lyneham, J. (2001). Violence: part of the job for Australian nurses?. *Australian Emergency Nursing Journal*, 4(1), 10-14.

- Jonker, E., Goossens, P., Steenhuis, I. et Oud, N. (2008). Patient Aggression in Clinical Psychiatry: Perceptions of Mental Health Nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(6), 492-499. doi: 10.1111/j.1365- 2850.2008.01261.x
- Joreskog, K. G.,& Sorbom, D. (1993). LISREL 8: Structural Equation Modeling with the SIMPLIS Command Language. Chicago, IL, US; Hillsdale, NJ, England: Scientific Software International.
- Kalaycı, Ş.(2010). SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri. 5.Baskı, Ankara, Asil Yayın Dağıtım. 179-211.
- Karagöz, Y.(2017). Spss ve Amos Uygulamalı Nitel- Nicel Karma Bilimsel Araştırma Yöntemleri ve Yayın Etiği. 1.Baskı. Nobel Tıp Kitapevleri. s(24-39). İstanbul.
- Karakoç, F.Y., Dönmez, L.(2014). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 40, 39- 49.
- Karasar, N. (2018). Bilimsel İrade Algı Çerçevesi İle Bilimsel Araştırma Yöntemi Kavramlar İlkeler Teknikler İkinci Yazım. 33. Baskı. Nobel Akademik Yayıncılık. s(189-193). Ankara.
- Karataş,N. (2012). Hemşirelikte araştırma ilke, süreç ve yöntemleri. Erefe, İ. (Editör). 1. Baskı.Odak Ofset. s(124-125).Ankara.
- Kaya, Ş. D . (2012). Psikolojik Sermaye ve Mesleki Bağlılık İlişisine Kariyer Planlamasının Etkilerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Model Önerisi. Doktora Tezi. Konya Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.İşletme Anabilim Dalı. Konya.
- Kuhn, W. (1999). Violence in the emergency department: Managing aggressive patients in a high-stress environment. *Postgraduate medicine*, 105(1), 143-154.
- Kıymaz, D. Mıdık, Ö. (2020).Acil serviste çalışan hemşirelerin iletişim becerileri ile agresyon algıları ve şiddete maruz kalma durumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi.*Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(101),419-437.
- Kızmaz, Z. (2006). Şiddetin Sosyo Kültürel Kaynakları Üzerine Sosyolojik Bir Yaklaşım. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16, 247-67.
- Kingma,M.(2001).Workplace Violence in The Health Sector:A Problem of Epidemic Proportion. *International Nursing Review*, 48, 129-130.
- Kitaneh, M., Hamdan, M. (2012). Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. *BMC health services research*, 12(1), 469.
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R. ve Kenny, E. D. (2003). Child Witnesses To Domestic Violence: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 339- 352.
- Köse, A., Beşer, A. (2007). Kadının Değiştirilebilir Yazgısı “Şiddet”. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (4), 114 -121.
- Kramer, A. (2002). Domestic violence: How to ask and how to listen. *Nursing Clinics*, 37(1), 189-210.
- Krausz, M., Koslowsky, M., Shalom, N., & Elyakim, N. (1995). Predictors of intentions to leave the ward, the hospital, and the nursing profession: A longitudinal study. *Journal of Organizational Behavior*, 16(3), 277-288.
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The lancet*, 360(9339), 1083-1088.

- Kwok, K., Lav, Y.K., Li, K.E., Ng, Y.C., Cheung, M.H., Fung, V.K.P., Tong, J.M.K., Yen, P.F. (2006). Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Med J*, 12(1), 6-9.
- Ladika, S. (2018). Violence Against Nurses: Casualties of Caring. *Managed care (Langhorne, Pa.)*, 27(5), 32-34.
- Lanctôt, N. et Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 492-501. doi:10.1016/j.avb.2014.07.010
- Lau, J. B. C., Magarey, J., & Wiechula, R. (2012). Violence in the emergency department: an ethnographic study (part I). *International emergency nursing*, 20(2), 69-75.
- Lee, T. W. (1988). How job dissatisfaction leads to employee turnover. *Journal of business and psychology*, 2(3), 263-271.
- Lee DTF. (2006). Violence in the Health Care Workplace, *Hong Kong Med J*, 12 (1), 4-5.
- Leineweber, C., Chungkham, H. S., Lindqvist, R., Westerlund, H., Runesdotter, S., Alenius, L. S., & Tishelman, C. (2016). Nurses' practice environment and satisfaction with schedule flexibility is related to intention to leave due to dissatisfaction: A multi-country, multilevel study. *International Journal of Nursing Studies*, 58, 47-58.
- Li, P., Xing, K., Qiao, H., Fang, H., Ma, H., Jiao, M., ... & Liu, M. (2018). Psychological violence against general practitioners and nurses in Chinese township hospitals: incidence and implications. *Health and quality of life outcomes*, 16(1), 1-10.
- Littlechild, B. (1995). Violence against social workers. *Journal of Interpersonal Violence*, 10(1), 123-130.
- Loughland, C. M., Lawrence, G., Allen, J., Hunter, M., Lewin, T. J., Oud, N. E., & Carr, V. J. (2009). Aggression and trauma experiences among carer-relatives of people with psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(12), 1031-1040.
- Lu, K. Y., Lin, P. L., Wu, C. M., Hsieh, Y. L., & Chang, Y. Y. (2002). The relationships among turnover intentions, professional commitment, and job satisfaction of hospital nurses. *Journal of Professional Nursing*, 18(4), 214-219.
- Magnavita, N., & Heponiemi, T. (2012). Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC health services research*, 12(1), 1-9.
- Maguire, J., Ryan, D. (2007). Aggression and violence in mental health services: categorizing the experiences of Irish nurses. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 14(2), 120-127.
- Martinez, A. J. S. (2016). Managing workplace violence with evidence-based interventions: a literature review. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 54(9), 31-36.
- Masters, K. (2015). *Nursing Theories: A Framework for Professional Practice*, (2nd. Ed.) Burlington M.A: Jones & Bartlett Learning, s(49-59).
- McDonald, R. P., & Ho, M. H. R. (2002). Principles and practice in reporting structural equation analyses. *Psychological methods*, 7(1), 64.
- McKenna, B. G., Smith, N. A., Poole, S. J., & Coverdale, J. H. (2003). Horizontal violence: Experiences of registered nurses in their first year of practice. *Journal of advanced nursing*, 42(1), 90-96.
- McNeese-Smith, D. K., & Crook, M. (2003). Nursing values and a changing nurse workforce: Values, age, and job stages. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 33(5), 260-270.

- Mert Haydari, S. (2014). Farklı Kuşaklardaki Hemşirelerin Meslekten ve İşten Ayrılma Niyetleri ile Örgütsel ve Mesleki Bağlılıklarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.
- Merriam, S. B. (2015). Nitel araştırma desen ve uygulama için bir rehber 3. basımdan çeviri. Turan S, Çeviri Editörü. 3. Basım, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık..3-55.
- Metin, Ö., Özer, F.G. (2007). Hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 58-66.
- Meydan, C. H., Şeşen, H., & BASIM, H. N. (2011). Adalet Algısı ve Tükenmişliğin Örgütsel Vatandaşlık Davranışları Üzerindeki Öncüllük Rolü. *ISGUC The Journal of Industrial Relations and Human Resources*, 13(2).
- Meyer, J.P, Allen, N.J. & Smith, C.A. (1993). Commitment to Organizations and Occupations: Extension and Test of a Three-Component Conceptualization. *Journal of Applied Psychology*, 78, 538-551.
- Meyer, J. P., Becker, T. E., & Vandenberghe, C. (2004). Employee commitment and motivation: a conceptual analysis and integrative model. *Journal of applied psychology*, 89(6), 991.
- Morphet, J., Griffiths, D., Beattie, J., Reyes, D. V., & Innes, K. (2018). Prevention and management of occupational violence and aggression in healthcare: a scoping review. *Collegian*, 25(6), 621-632
- Murrells, T., Robinson, S., & Griffiths, P. (2008). Job satisfaction trends during nurses' early career. *BMC nursing*, 7(1), 1-13.
- Nantsupawat, A., Kunaviktikul, W., Nantsupawat, R., Wichaikhum, O. A., Thienthong, H., & Poghosyan, L. (2017). Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. *International nursing review*, 64(1), 91-98.
- Needham, I., Abderhalden, C., Zeller, A., Dassen, T., Haug, H. J., Fischer, J. E., & Halfens, R. J. (2005). The effect of a training course on nursing students' attitudes toward, perceptions of, and confidence in managing patient aggression. *Journal of Nursing Education*, 44(9), 415-420.
- Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R. J., Fischer, J. E., & Dassen, T. (2005). Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *Journal of advanced nursing*, 49(3), 283-296.
- Nemcek, M. A., & James, G. D. (2007). Relationships among the nurse work environment, self-nurturance and life satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 59(3), 240-247.
- Ng, K., Yeung, J., Cheung, I., Chung, A., & White, P. (2009). Workplace violence-a survey of diagnostic radiographers working in public hospitals in Hong Kong. *Journal of occupational health*, 51,355-363.
- Nijman, H., Bowers, L., Oud, N. et Jansen, G. (2005). Psychiatric nurses' experiences with inpatient aggression. *Aggressive Behavior*, 31(3), 217-227. doi:10.1002/ ab.20038
- Nistelberger, L. (2013). Prävalenzerhebung zur Erfassung von Gewalt und Aggression gegenüber Pflegeschülerinnen und -schülern im Rahmen der praktischen Ausbildung zur Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege. Masterarbeit. Medizinischen Universität Graz. Institut für Pflegewissenschaft. Österreich.
- Oud, N. (2001). Internal report. POPAS Ervaringen van psychiatrische hulpverleners met agressief gedrag. 1-15.
- Oud, N. (2010). Results of the Perception of Prevalence of Aggression Scale (POPAS) tested in a Vienna General Psychiatric Hospital (2004-2005).

https://www.researchgate.net/publication/287217629_Results_of_the_Perception_of_Prevalence_of_Aggression_Scale_POPAS_tested_in_a_Vienna_General_Psychiatric_Hospital_2004-2005.

- Özcan, N. K., & Bilgin, H. (2011). Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistematik Derleme. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 31(6), 1442-1456.
- Özdamar, K. (2016). Eğitim, Sağlık ve Davranış Bilimlerinde Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi. 1. Baskı. Nisan Kitabevi. s(71-88). Eskişehir.
- Özdevecioğlu, M. (2004). Algılanan Örgütsel Desteğin İşten Ayrılma Niyeti Üzerindeki Etkileri. *Amme İdaresi Dergisi*, 37(4), 97-115.
- Özgürsoy Uran, B. N., Özer, S., & Yıldırım, Y. (2015). Watson İnsan Bakım Modeli Uygulamasına Bir Örnek: Kalp Yetersizliği Olgusu. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 6(11), 183-198.
- Öztaş, İ. (2018). Acil servis hemşirelerinin şiddete maruz kalma durumları ve baş etme yöntemlerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. İstanbul.
- Öztunç G. (2001). Adana İlindeki Çeşitli Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Saatlerinde Karşılaştıkları Sözel Ve Fiziksel Taciz Olaylarının İncelenmesi, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(1), 1-9.
- Öztunç, G. (2006). Examination of incidents of workplace verbal abuse against nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), 360-365.
- Öztürk, A. E. (2020). Hemşirelerin resüsitasyon sırasında ailenin varlığında risk ve faydalarına ilişkin algı ve kendilerine güvenlerini etkileyen faktörler. Doktora Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Acil Hemşireliği Anabilim Dalı. Samsun.
- Palma, A., Ansoleaga, E., & Ahumada, M. (2018). Workplace violence among health care workers. *Revista medica de Chile*, 146(2), 213-222.
- Parent-Thirion, A., Macías, E., Hurley, J. and Vermeylen, G.G. (2007) Fourth European Working Conditions Survey. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg. https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/pubdocs/2006/98/en/2/ef0698en.pdf
- Parker, R. N., Auerhahn, K. (1998). Alcohol, drugs, and violence. *Annual review of sociology*, 24(1), 291-311.
- Patton, M. Q. (2014). Nitel Araştırma ve Değerlendirme Yöntemleri 3. Baskıdan Çeviri. Bütün, M., Demir, B. Çeviri Editörleri. 1. Baskı. Pegem Akademi. s(259-339). Ankara.
- Phillips, J.P. (2016). Workplace violence against health care workers in the United States. *New England Journal of Medicine*, 374, 1661-1669. doi:10.1056/NEJMra1501998
- Pınar, T., Pınar, G. (2013). Sağlık çalışanları ve işyerinde şiddet. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(3), 3.
- Pınar, T., Acikel, C., Pınar, G., Karabulut, E., Saygun, M., Bariskin, E., ... & Egri, M. (2017). Workplace violence in the health sector in Turkey: a national study. *Journal of interpersonal violence*, 32(15), 2345-2365.
- Pourshaikhian, M., Gorji, H. A., Aryankhesal, A., Khorasani-Zavareh, D., & Barati, A. (2016). A systematic literature review: workplace violence against emergency medical services personnel. *Archives of trauma research*, 5(1).

- Polat, M., Meydan, C. H. (2010). Örgütsel Özdeşleşmenin Sinizm ve İşten Ayrılma Niyeti İle İlişkisi Üzerine Bir Araştırma. *Savunma Bilimleri Dergisi*, 9(1), 145-172.
- Raižiene, S., & Endriulaitiene, A. (2007). The relations among empathy, occupational commitment, and emotional exhaustion of nurses. *Medicina*, 43(5), 425.
- Rahimaghaee, F., Nayeri, D., & Mohammadi, E. (2011). Iranian nurses perceptions of their professional growth and development. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), 10.
- Rippon, T. J. (2000). Aggression and violence in health care professions. *Journal of advanced nursing*, 31(2), 452-460.
- Rogers, K. A., Kelloway, E. K. (1997). Violence at work: Personal and organizational outcomes. *Journal of occupational health psychology*, 2(1), 63.
- Rosenman, K. D., Kalush, A., Reilly, M. J., Gardiner, J. C., Reeves, M., & Luo, Z. (2006). How much work-related injury and illness is missed by the current national surveillance system?. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 48(4), 357-365.
- Ryan, D., & Maguire, J. (2006). Aggression and violence—a problem in Irish Accident and Emergency departments?. *Journal of nursing management*, 14(2), 106-115.
- Sabuncuoglu, E. T. (2007). Eğitim, Örgütsel Bağlılık ve İşten Ayrılma Niyeti Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *Ege Academic Review*, 7(2), 613-628.
- Sachdeva, S., Jamshed, N., Aggarwal, P., & Kashyap, S. R. (2019). Perception of workplace violence in the emergency department. *Journal of emergencies, trauma, and shock*, 12(3), 179.
- Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. (2012). T.C. Resmi Gazete, 28277, 28 Nisan 2012. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/04/20120428-3.htm>
- Saines, J. C. (1999). Violence and aggression in A&E: recommendations for action. *Accident and Emergency Nursing*, 7(1), 8-12.
- Salminen, S. (1997). Violence in the workplaces in Finland. *Journal of Safety Research*, 28(3), 123-131.
- Sarıbıyık, M. (2012). Malatya merkez sağlık ocaklarında çalışan hekim, hemşire ve ebelerin şiddet deneyimleri ve kadına yönelik şiddetle ilgili tutum ve davranış düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü . Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Malatya.
- Sasso, L., Bagnasco, A., Catania, G., Zanini, M., Aleo, G., Watson, R., & RN4CAST@ IT Working Group. (2019). Push and pull factors of nurses' intention to leave. *Journal of Nursing Management*, 27(5), 946-954.
- Savgat, S. (2019). Hemşirelerin İşten Ayrılma Niyeti ile Sorumlu Hemşirelerin Algılanan ve Beklenen Güç Tarzlarının İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Antalya.
- Schat, A. C., & Kelloway, E. K. (2003). Reducing the adverse consequences of workplace aggression and violence: the buffering effects of organizational support. *Journal of occupational health psychology*, 8(2), 110.
- Schrenk, W. (2010). *Aggression und Gewalt gegen Pflegende* (Doctoral dissertation, uni-wien). http://othes.univie.ac.at/17257/1/2011-11-16_8904267.pdf
- Seçer, İ. (2015). Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarılma Süreci: SPSS Ve LISREL Uygulamaları. 1. Baskı. Anı Yayıncılık. s(65-104). Ankara.

- Seçer, İ., (2018). Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarılama Süreci. 2. Baskı. Anı Yayıncılık. s(1-104). Ankara.
- Sevinik, H., Ceylan, B. (2016). Sağlık kurumlarında şiddet ve şiddeti önlemede hemşirenin rolü. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 4 (37), 675-686.
- Seyhan, F. (2020). Sağlık Çalışanlarının Yaşadığı Örgütsel Çatışma, Örgütsel Stres, İş Yaşam Kalitesi, İş Tatmini ve İşten Ayrılma Niyeti Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Hacıbayram Veli Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Ankara.
- Seyran, F., Gözlü, M., & Ready, F. N. (2018). İş Yerinde Fiziksel Şiddete Maruz Kalmış Sağlık Personelinin Şiddet Algısı ve Boyutu Üzerine Nitel Bir Araştırma. *Sağlık ve Sosyal Politikalara Bakış*, 2(1), 8-29.
- Shi, L., Li, G., Hao, J., Wang, W., Chen, W., Liu, S., ... & Han, X. (2020). Psychological depletion in physicians and nurses exposed to workplace violence: a cross-sectional study using propensity score analysis. *International journal of nursing studies*, 103, 103493.
- Shoghi, M., Sanjari, M., Shirazi, F., Heidari, S., Salemi, S., & Mirzabeigi, G. (2008). Workplace violence and abuse against nurses in hospitals in Iran. *Asian Nursing Research*, 2(3), 184-193.
- Shoorideh, F. A., Ashktorab, T., Yaghmaei, F., & Alavi Majd, H. (2015). Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nursing ethics*, 22(1), 64-76.
- Siraneh, Y., Ololo, S., Tsega, G., Yitbarek, K., Adamu, A., Erchafo, B., ... & Woldie, M. (2018). Level and Factors Associated with Professional Commitment of Health Professionals Providing Institutional Delivery Services in Public Health Facilities, Southwest Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 28(4).
- Sjögren, K., Fochsen, G., Josephson, M., & Lagerström, M. (2005). Reasons for leaving nursing care and improvements needed for considering a return: a study among Swedish nursing personnel. *International journal of nursing studies*, 42(7), 751-758.
- Sönmez, M., Karaoğlu, L., Mücahit, E. G. R. İ., Genç, M. F., Güneş, G., & Pehlivan, E. (2013). Prevalence of workplace violence against health staff in Malatya. *Bitlis Eren University Journal of Science and Technology*, 3(1), 26-31.
- Sönmez, V., Alacapınar, F.G. (2016). Sosyal Bilimlerde Ölçme Aracı Hazırlama. 1. Baskı. Anı Yayıncılık. s(39-72). Ankara.
- Spence Laschinger, H. K., & Nosko, A. (2015). Exposure to workplace bullying and post-traumatic stress disorder symptomology: the role of protective psychological resources. *Journal of nursing management*, 23(2), 252-262.
- Speroni, K. G., Fitch, T., Dawson, E., Dugan, L., & Atherton, M. (2014). Incidence and cost of nurse workplace violence perpetrated by hospital patients or patient visitors. *Journal of emergency nursing*, 40(3), 218-228.
- Stathopoulou, H.G. (2007). Violence and aggression towards health care professionals. *Health Sciences Journal*, 2, 29-30.
- Stolzenberg, L., & D'alessio, S. J. (2000). Gun availability and violent crime: New evidence from the national incident-based reporting system. *Social Forces*, 78(4), 1461-1482.
- Swain, N., Gale, C. (2014). A communication skills intervention for community healthcare workers reduces perceived patient aggression: A pretest-posttest study. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 1245-1251.

- Şahin, B., Gaygısız, Ş., Balcı, F. M., Öztürk, D., Sönmez, M. B., & Kavalcı, C. (2011). Yardımcı Acil Sağlık Personeline Yönelik Şiddet. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 11(3), 110-114.
- Şahsuvaroğlu, T., Ekşi, H.(2008). Odak Grup Görüşmeleri ve Sosyal Temsiller Kuramı. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 28(28), 127-139.
- Şencan, H.(2005). Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik. 1.Baskı. Seçkin Yayıncılık. s(51-180). Ankara.
- Şimşek, M. Ş., & Aslan, Ş. (2007). Mesleki ve Örgütsel Bağlılığın, Temel İş Özellikleri, Rol Stresi, Örgüte İlişkin Davranışsal Sonuçlar, İş ve Yaşam Doyumuyla İlişkilerinin Araştırılması. *Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, Sakarya Üniversitesi*, 724-733.
- Tak, B., Özçakır, A., Çiftçioğlu, B. A., & Divleli, A. (2009). Mesleki Bağlılığın Bireylerin Mesleklerine ve Çalıştıkları Örgüte İlişkin Tutumlarını Nasıl Etkilediğini Anlamaya Yönelik Bir Alan Araştırması. *İş Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 11(4), 91-102.
- Tak, B., & Aydemir Çiftçioğlu, B. A. (2009). Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeğinin Türkçe'de Güvenilirlik ve Geçerliliğinin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması. *İşletme Fakültesi Dergisi*, 10(1), 35-54.
- Talas, M. S., Kocaöz, S., & Akgüç, S. (2011). A survey of violence against staff working in the emergency department in Ankara, Turkey. *Asian nursing research*. 5(4), 197-203.
- Tambağ, H., Can, R., Erenoğlu, R., & Özbay, R. (2018). Hemşirelerin iş yerinde karşılaştıkları psikolojik şiddet davranışlarının incelenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*. (14), 24-30.
- Tarhan, M., Dalar, L., Hançer, F., Hançer, Ö. (2015). Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Şiddete Maruz Kalma Sıklığı Ve Sebepleri. *Sağlık ve Toplum Dergisi*. 25(3), 59-70.
- Tavşanlı, N. G., Türkmen, S. N., & Es, B. (2017). Hemşirelerin İşyeri Zorbalığına Maruz Kalma Durumları ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 26(6), 231-236.
- Tekingündüz, S., Mehmet, T. O. P., & Seçkin, M. (2015). İş Tatmini, Performans, İş Stresi ve İşten Ayrılma Niyeti Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi: Hastane Örneği. *Verimlilik Dergisi*, (4), 39-64.
- Tokgöz, H. (2019). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Tekirdağ İl sağlık Müdürlüğü kurumlarında sağlıkta şiddet vakaları. Yüksek Lisans Tezi. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Tekirdağ.
- Tjia, J., Mazor, K. M., Field, T., Meterko, V., Spenard, A., & Gurwitz, J. H. (2009). Nurse-physician communication in the long-term care setting: perceived barriers and impact on patient safety. *Journal of patient safety*, 5(3), 145.
- Tuna, R., & Kahraman, B. (2019). Workplace bullying: A qualitative study on experiences of Turkish nurse managers. *Journal of nursing management*, 27(6), 1159-1166.
- Türkmenoğlu, B. (2014). Sivas İl Merkezi Sağlık Çalışanlarında Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Şiddetin Tükenmişlik Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Sivas.
- Ünlüsoy Dinçer, N. (2010). Hemşirelerin İşyeri Şiddetine Maruz Kalma Durumları İle İş Doyumları ve İşten Ayrılma Eğilimleri. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Ankara.

- Ünsal Atan, S., & Dönmez, S. (2011). Hemşirelere Karşı İşyeri Şiddeti. *Adli Tıp Dergisi*, 25(1), 71-80.
- Varol, F. (2010). Örgütsel Bağlılık ve İş Tatmininin İşten Ayrılma Niyetine Olan Etkisi: Konya İli İlaç Sektörü Çalışanları Üzerine Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi .Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Ana Bilim Dalı. Konya.
- Wang, L., Tao, H., Ellenbecker, C. H., & Liu, X. (2012). Job satisfaction, occupational commitment and intent to stay among Chinese nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 539-549.
- Watson, J. (2003). Love and caring: Ethics of face and hand—An invitation to return to the heart and soul of nursing and our deep humanity. *Nursing administration quarterly*, 27(3), 197-202.
- Watson, J. (2007). Watson s theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 16(1), 129-135.
- Watson, J. (2009). Caring science and human caring theory: Transforming personal and professional practices of nursing and health care. *Journal of health and human services administration*, 466-482.
- Weinberger, R. (2016). Aggression und Gewalt durch PatientInnen gegen Pflegepersonal in der Gesundheits-und Krankenpflege (Doctoral dissertation, Karl-Franzens-Universität Graz).
- Winstanley, S., & Whittington, R. (2004). Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *Journal of clinical nursing*, 13(1), 3-10.
- Wu, S., Zhu, W., Li, H., Lin, S., Chai, W., & Wang, X. (2012). Workplace violence and influencing factors among medical professionals in China. *American Journal of Industrial Medicine*, 55(11), 1000-1008.
- Yagil, D. (2008). When the customer is wrong: A review of research on aggression and sexual harassment in service encounters. *Aggression and Violent Behavior*, 13(2), 141–152, <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2008.03.002>.
- Yalçın, Ö., Erdoğan, A. (2013). Şiddet ve agresyonun nörobiyolojik, psikososyal ve çevresel nedenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 388-419.
- Yapıcı, N. (2008). İşyerinde Sistematik Yıldırma (Mobbing), Algılanan Nedenleri ve İş Tatmini ile İşten Ayrılma Niyeti Üzerine Etkisi: Antalya İli Tarım Sektöründe Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
- Yavuz, A.İ. (2014). Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Kapsamında Çalışanlara Yönelik Şiddet (Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği). Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı. İstanbul.
- Yeşil, R. (2014). Nitel ve Nicel Araştırma Yöntemleri. Kıncal, R.Y. Editör, Bilimsel Araştırma Yöntemleri'nde 3. Basım. Nobel Yayınevi. s(51-80). Ankara.
- Yeşilbaş, H. (2016). Sağlıkta şiddete genel bakış. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(3), 44-54.
- Yıldırım, D. (2009). Bullying among nurses and its effects. *International nursing review*, 56(4), 504-511.
- Yıldırım, Ş., Şimşek, H. (2016). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. 10. Baskı. Seçkin Yayıncılık. S(37-64). Ankara.

Zhang, L. F., You, L. M., Liu, K., Zheng, J., Fang, J. B., Lu, M. M., ... & Wu, X. (2014). The association of Chinese hospital work environment with nurse burnout, job satisfaction, and intention to leave. *Nursing outlook*, 62(2), 128-137.

Zampieron, A., Galeazzo, M., Turra, S., & Buja, A. (2010). Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *Journal of clinical nursing*, 19(15-16), 2329-2341.



EKLER

Ek 1:Veri Toplama Formları

ACIL HEMŞİRELERİNİN ÇALIŞMA ORTAMINDA MARUZ KALDIKLARI ŞİDDET İLE MESLEĞE BAĞLILIK VE İŞTEN AYRILMA DÜŞÜNCESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu araştırma acil hemşirelerinin çalışma ortamında maruz kaldıkları şiddet ile mesleğe bağlılık ve işten ayrılma düşüncesi arasındaki ilişki belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırmaya ait bilgiler başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu nedenle ankette yer alan soruları eksiksiz cevaplamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Bu araştırmaya katılmak istemiyorsanız soruları yanıtlamayabilirsiniz. Araştırmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Uzm. Hem. Dilek KIYMAZ

OMÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Doktora Öğrencisi

HEMŞİRE ANKET FORMU

1.Yaşınız:

2.Cinsiyet: ()Kadın ()Erkek

3.Medeni durumunuz: ()Evli ()Bekar

4.Eğitim durumunuz:()Sağlık Meslek Lisesi ()Ön lisans ()Lisans
()Lisansüstü

5.Aile Tipi: ()Geniş aile ()Çekirdek aile

6.Çocuk sayınız.....

7.Servisteki göreviniz:()Servis hemşiresi ()Servis sorumlu hemşiresi

8.Kaç yıldır hemşire olarak çalışmaktasınız?.....

9.Bulduğunuz hastanede kaç yıldır hemşire olarak çalışmaktasınız?.....

10.Halen görev yaptığınız acil serviste kaç yıldır çalışmaktasınız ?.....

11.Servisinizde çalışan toplam hemşire sayısı:.....

12.Hastanedeki çalışma statünüz: ()Kadro ()Sözleşmeli

13.Çalışma şekliniz: ()Sürekli gündüz ()Vardiya ()Diğer(belirtiniz):

14.Mesleğinizi isteyerek tercih etme durumunuz? () Evet () Hayır

15.Mesleğinizi sevme durumunuz:()Seviyorum ()Sevmiyorum ()Kararsızım

16.Çalıştığınız servisten memnun olma durumunuz:

() Memnunum () Kısmen memnunum () Memnun değilim

17.Çalıştığınız bölümü isteyerek mi tercih ettiniz? () Evet () Hayır

18.Haftada toplam kaç saat çalışıyorsunuz?.....

19. Günlük ortalama bakım verdiğiniz hasta sayısı:.....

20. Saldırganlık ve şiddetle baş etme konusunda eğitim almak ister misiniz?

Evet () Hayır ()

21-Son bir yılda görev yaptığınız kurumda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarında bir artış olduğunu düşünüyor musunuz?

()Evet ()Hayır

22- En son yaşadığınız şiddet olayı hangi saat diliminde gerçekleşti?

()07-12 ()13-17 ()18-23 ()24-06 ()Hatırlamıyorum

23- Şiddete başvuran kişi ya da kişiler kimlerdi? (birden fazla seçenek işaretlenebilir):

()Hasta ()Hasta yakını/yakınları ()Sağlık çalışanı ()Yönetici ()Diğer (belirtiniz:)

24- En son yaşadığınız şiddet olayı sırasında ne yaptınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):

- ()Hiçbir şey yapmadım
()Kendimi fiziksel olarak savunmaya çalıştım
() Fiziksel şiddet kullanan kişiye/kişilere durmasını söyledim
()Fiziksel şiddet kullanan kişiye/kişilere fiziksel olarak karşılık verdim
() Diğer (Belirtiniz)...

25-Maruz kaldığınız şiddet sonrası neler yaptınız?(Birden fazla seçenek işaretlenebilir):

- ()Yönetime rapor ettim
()Meslek odasından yardım istedim
()1111 kullanarak yardım istedim
()Çalışan hakları ve güvenliği birimine bildirdim
()Yasal işlem başlattım
() Hiç bir şey yapmadım

Saldırganlık Sıklığını Algılama Ölçeği (SSAÖ)

1. Sözel Saldırganlık

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

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

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

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

2. Tehditkar Sözel Saldırganlık

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

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

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

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

3. Aşağılayıcı Saldırgan Davranış

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

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

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

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

4. Kışkırtıcı Saldırgan Davranış

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

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

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

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

5. Pasif Saldırgan Davranış

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

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

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

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

6. Ayrıştırıcı Saldırgan Davranış

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

Son bir yıl içerisinde çalışırken **Ayrıştırıcı Saldırgan Davranış** ilene sıklıkta karşılaştınız?

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

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

7. Tehditkar Fiziksel Saldırıcılık

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

Son bir yıl içerisinde çalışırken **Tehditkar Fiziksel Saldırıcılık**ilene sıklıkta karşılaştınız?

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

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

8. Yıkıcı Saldırıcılık Davranış

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

Son bir yıl içerisinde çalışırken **Yıkıcı Saldırıcılık Davranış** ilene sıklıkta karşılaştınız?

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

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

9. Hafif Fiziksel Şiddet

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

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

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

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

10. Ağır Fiziksel Şiddet

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

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

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

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

11. Kendine Karşı Hafif Şiddet

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

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

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

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

12. Kendine Karşı Ağır Şiddet

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

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

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

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

13. İntihar Girişimi

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

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

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

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

14. Ölümle Sonuçlanan İntiharlar

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

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

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

15. Cinsel Tehdit/Taciz

Müstehcen hareketler yapan, izinsiz davranış ya da teşhici davranışlar sergileyen, cinsel temas talebinde bulunan, çıkma teklif eden, cinsel yorumlarda bulunan, kovalayan, arayan, yazan, saldırı ve tecavüz ile tehdit eden, cinsiyetçi davranışlar sergileyen, sizi pornografik materyal ile karşı karşıya bırakan, duvara cinsel betimlemeler çizen hastalar.

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

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

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

16. Cinsel Saldırı /Tecavüz

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

Son bir yıl içerisinde çalışırken **Cinsel Saldırı /Tecavüz**ilene sıklıkta karşılaştınız?

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

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

17. Hastalık İzni

Son bir yıl içerisinde **Hastalık İzni**niz oldu mu?

- Evet
- Hayır

Son bir yıl içerisinde bu olayların tahmini sayısı nedir ?

.....

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

The Perception of Prevalence of Aggression Scale (POPAS) questionnaire

1. Verbal aggression

For example: patients making loud noises, shouting, cursing, yelling personal insults, however not being perceived as a clear threat by you.

To what extent have you been confronted with **ordinary verbal aggression** during the last year in the course of your work?

- never
- occasionally
- sometimes
- often
- frequently

What will be the estimated number of times in the past year ?

..... times

2. Threatening verbal aggression

For example: patients cursing viciously, using foul language in anger, making clear verbal threats of violence towards you, having angry outbursts, threatening health and home in the future (I will visit you later at home, I will get to your children-family, etc.), and which is perceived by you as frightening and threatening with emotional distress as a result.

To what extent have you been confronted with **threatening verbal aggression** during the last year in the course of your work ?

- never
- occasionally
- sometimes
- often
- frequently

What will be the estimated number of times in the past year ?

..... times

3. Humiliating aggressive behaviour

For example: patients expressing clear personal insults, abusive cursing, calling names, making discriminating remarks/gestures, spitting, which is all perceived as making an impression on you and brings down your pride and self-esteem, in other words you feel humiliated..(if perceived as sexual intimidation or harassment, see question 17)

To what extent have you been confronted with **humiliating aggressive behaviour** during the last year in the course of your work ?

- never
- occasionally
- sometimes
- often
- frequently

What will be the estimated number of times in the past year ?

..... times

4. **Provocative aggressive behaviour**

Provocative behaviour is used if you perceive that the patient has the intention to fasten a quarrel upon you or a person in order to bring forth a social negative response. In other words you feel provoked by the behaviour of the patient(s) to response with actions or remarks which in principle are not being experienced as socially acceptable for you.

To what extent have you been confronted with **provocative aggressive behaviour** during the last year in the course of your work?

- never
- occasionally
- sometimes
- often
- frequently

What will be the estimated number of times in the past year ?

..... times

5. **Passive aggressive behaviour**

Passive aggressive behaviour is behaviour that is being perceived by you as irritant, annoying, resistive, and counteractive, without at one moment being openly aggressive. Superficially and apparently the patient seems to show cooperative behaviour, however the underlying behaviour is perceived as being the total opposite. The patient is trying to be a saint, but.....

To what extent have you been confronted with **passive aggressive behaviour** during the last year in the course of your work?

- never
- occasionally
- sometimes
- often
- frequently

What will be the estimated number of times in the past year ?

..... times

6. **Aggressive splitting behaviour**

For example: patients who are dividing you, others or a group in two opposite poles (negative or positive) and playing you off against other staff and tending to influence other, more vulnerable clients to join their 'war' against staff, which created conflict or disharmony among staff members.

To what extent have you been confronted with **Aggressive splitting behaviour** during the last year in the course of your work ?

- never
- occasionally
- sometimes
- often
- frequently

What will be the estimated number of times last year ?

..... times

7. **Threatening physical aggression**

For example: patients throwing objects to you (without direction and no injury), slamming doors, scattering clothes, making a mess, marking the wall, urinating on the floor, making threatening gestures, grasping clothes, threatening approaches, threatening of violence with a knife, pistol or other dangerous weapon towards you, throwing objects down, kicking furniture without breaking it, swinging at people, and which is perceived by you as threatening.

To what extent have you been confronted with **threatening physical aggression (by means of objects or behaviour)** during the last year in the course of your work ?

- never
- occasionally
- sometimes
- often
- frequently

What will be the estimated number of times last year ?

..... times

8. **Destructive aggressive behaviour**

For example: patients breaking objects, smashing windows, setting fires, throwing objects dangerously, smashing the TV, kicking around, causing damage.

To what extent have you been confronted with **destructive aggressive behaviour** during the last year in the course of your work ?

- never
- occasionally
- sometimes
- often
- frequently

What will be the estimated number of times last year ?

..... times

9. Mild physical violence

For example: patients kicking, hitting, pushing, punching, scratching, pulling hair, biting, attacking you, etc..., however all with no real harm or injury as a result or only minor injuries as a result (bruises, sprains, welts).

To what extent have you been confronted with **mild physical violence** during the last year in the course of your work ?

- never
- occasionally
- sometimes
- often
- frequently

What will be the estimated number of times last year ?

..... times

10. Severe physical violence

For example: patients attacking you with severe injuries as a result (broken bones, deep lacerations, internal injuries, loss of teeth, loss of consciousness) and therefore in need of medical treatment or hospitalisation.

To what extent have you been confronted with **severe physical violence (with major injury as result)** during the last year in the course of your work ?

- never
- occasionally
- sometimes
- often
- frequently

What will be the estimated number of times last year ?

..... times

11. Mild violence against self

For example: patients picking or scratching their own skin, hitting themselves, pulling their own hair, banging their head, hitting fist into objects, throwing self onto floor or into objects, hurting them selves (with minor injury, small cuts or bruises, or minor burns as a result).

To what extent have you been confronted with **mild violence against self (no suicide attempt and with minor injury as a result)** during the last year in the course of your work ?

- never
- occasionally
- sometimes
- often
- frequently

What will be the estimated number of times last year ?

..... times

12. Severe violence againstself

For example: patients mutilating themselves, causing deep cuts, bites that bleed, cigarette burns, with serious injury as a result (cuts or major burns, internal injury, fracture, loss of consciousness, loss of teeth and therefore in need of medical treatment or hospitalisation).

To what extent have you been confronted with **severe violence against self (no suicide attempt and with major injury as a result)** during the last year in the course of your work ?

- never
- occasionally
- sometimes
- often
- frequently

What will be the estimated number of times last year ?

..... times

13. Suicideattempts

For example: patients taking tablets, cutting wrists, jumping from buildings, etc., however not leading to a successful suicide.

To what extent have you been confronted with **suicide attempts** during the last year in the course of your work?

- never
- occasionally
- sometimes
- often
- frequently

What will be the estimated number of times last year ?

..... times

14. Successfulsuicides

To what extent have you been confronted with **a successful suicide** during the last year in the course of your work ?

- never
- occasionally
- sometimes
- often
- frequently

What will be the estimated number of times last year ?

..... times

15. Sexual intimidation/harassment

For example: patients making obscene gestures, showing intrusive behaviour or exhibitionistic behaviour, asking for sexual contact, requesting to go out together, making sexual remarks, chasing, calling, writing, also privately, threatening with assault or rape, showing sexist behaviour, confronting you with pornographic material, drawing sexual representations on the wall.

To what extent have you been confronted with **sexual intimidation/harassment** during the last year in the course of your work ?

- never
- occasionally
- sometimes
- often
- frequently

What will be the estimated number of times last year ?

..... times

16. Sexual assault/rape

For example: patients assaulting you direct physically with the aim of having sex with you without consent or sexual raping you by penetrating a body hole.

To what extent have you been confronted with **sexual assault/rape** during the last year in the course of your work ?

- never
- occasionally
- sometimes
- often
- frequently

What will be the estimated number of times last year ?

..... times

17. Sickleave

Have you been **sick-leaved** during the last year in the course of your work?

- yes
- no

What will be the estimated number of times / days off due to sick-leave last year ?

..... times

18. What will be the estimated number of times / days off due to aggression or violence last year ?

..... times



Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Bir parça katılmıyorum	Tarafsızım	Bir parça katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Duygusal Mesleki Bağlılık							
1. Hemşirelik kişisel imajım açısından önem taşımaktadır.							
2. Hemşirelik mesleğine girdiğim için pişmanım.							
3. Hemşire olduğum için gurur duyuyorum.							
4. Bir hemşire olmaktan hoşlanmıyorum.							
5. Hemşirelik mesleği ile kendimi özdeşleştiremiyorum.							
6. Hemşireliği heyecan verici bir meslek olarak görüyorum.							
Mesleki Devamlılık Bağlılığı							
7. Bu mesleğe 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 değiştirmem bana çok pahalıya patlar.							
11. Beni hemşirelik mesleğini değiştirmekten alıkoyacak herhangi bir neden yok.							
12. Şu anda mesleğimi değiştirmem için kişisel olarak çok önemli fedakârlıklara katlanmam gerekir.							
Normatif Mesleki Bağlılık							
13. Belirli bir mesleğin eğitimini almış kişilerin o mesleği makul bir süre yapma sorumluluğu taşımaları gerektiğine inanıyorum.							
14. Hemşirelik mesleğinde kalmak için herhangi bir yükümlülük hissetmiyorum.							
15. Hemşirelik mesleğine devam etmeyi, yerine getirmem gereken bir sorumluluk olarak görüyorum.							
16. Bana avantaj sağlayacak olsa bile, hemşirelik mesleğini bırakmaya hakkım olmadığını düşünüyorum.							
17. Hemşireliği bırakırsam kendimi suçlu hissederim.							
18. Mesleğime duyduğum sadakatten dolayı hemşirelik yapmaya devam ediyorum.							

Hastanede Çalışmaya Devam Etme ya da Etmeme Niyetini Belirleyen Soru Formu

1. Bu hastanedeki görevinize devam etmeme konusunu ne kadar sıklıkta düşünüyorsunuz?

1. Hiç düşünmüyorum
2. Nadiren düşünüyorum
3. Ara sıra düşünüyorum
4. Çoğu zaman düşünüyorum
5. Sürekli olarak düşünüyorum

2. Başka bir kurumda, sizin kabul edebileceğiniz başka bir iş bulmanızın kolaylık derecesi nedir?

1. Hiç kolay değil
2. Kolay değil
3. Bilmiyorum
4. Kolay
5. Çok kolay

3. Bu hastanede ne kadar süre daha çalışmaya devam edebileceğinizi düşünüyorsunuz?

1. 6 aydan az
2. 6-12ay
3. 1-2 yıl
4. 2-5 yıl
5. 5 yıldan fazla
6. Emekli olana kadar
7. Yaş haddine kadar

4. Şu andaki duygularınıza göre, önümüzdeki altı ay içinde işinizden ayrılmanız söz konusu mudur?

1. Kesinlikle evet
2. Evet
3. Bilmiyorum
4. Hayır
5. Kesinlikle hayır

Ek 2: The Perception of Prevalence of Aggression Scale Kullanım İzni

Dear Zeliha,

Thank you very much for your mail.

I feel honored by your request to use the POPAS for your research.

I hereby grant you permission to use the POPAS for that matter, however I would like to be kept updated about the research process itself if possible.

Further I would like to be involved at a later date with possible publications about the results of your project.

I copy this mail also to Prof. Henk Nijman who is my mentor for this matter here in the Netherlands.

I also will send you some material about the POPAS, of which I think might be a support for your research project.

Kind regards, and wishing you all the best

Drs. N.E. Oud (Nico Oud)

Ek 3: Three-Component Model Employee Commitment Survey Kullanım İzni

Hello,

You can get the commitment measures and permission to use them for academic research purposes from <http://employeecommitment.com>. When you register you will receive a User's Guide with information about the scales. I hope all goes well with your research.

Best regards,
John Meyer

Dear Meyer,

Within the scope of the Ph.D. thesis study of my thesis student Dilek KIYMAZ, who is doing her doctorate at Ondokuz Mayıs University, Institute of Health Sciences, Department of Emergency Nursing, titled "The Relationship Between The Violence Experienced By The Emergency Nurses and The Relationship Between The Commitment to The Profession and The Thought of Leaving The Profession", I would like to ask for your permission to use the "Three-component Conceptualization", developed with Dear Allen and Smith, in the doctoral dissertation. If you allow us to use the Three-component Conceptualization, I would be glad if you can provide us further information about the items of the scale, the scoring of the scale and evaluation of the scale.

Best regards.

Associate Professor Doctor Zeliha KOÇ
Ondokuz Mayıs University

Ek 4: Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeği Kullanım İzni

Memnuniyetle kullanabilirsiniz.
İyi çalışmalar dilerim.
Bilgin

Sayın hocam,

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Acil Hemşireliği Anabilim Dalında doktora yapan tez öğrencim Dilek KIYMAZ'ın "Acil Hemşirelerinin Çalışma Ortamında Maruz Kaldıkları Şiddet İle Mesleğe Bağlılık ve İşten Ayrılma Düşüncesi Arasındaki İlişki" başlıklı tez çalışması kapsamında 1991 yılında Meyer ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan, Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliliği 2009 yılında Çiftçiöğlü ile birlikte tarafımızdan yapılmış olan "Mesleki Bağlılık Ölçeğini" kullanabilmemiz için gerekli iznin verilebilmesini rica ediyorum. İlgili veri toplama aracının kullanımı tarafınızdan uygun görüldüğü takdirde, ölçeğin maddeleri ile ölçeğin puanlama ve değerlendirilmesine ilişkin olarak da bilgide verebilirseniz son derece memnun olurum.

Çok teşekkür eder iyi çalışmalar dilerim.

Saygılarımla.

Doç. Dr. Zeliha KOÇ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Samsun/Türkiye

Ek 5: Hastanede Çalışmaya Devam Etme ya da Etmeme Niyetini Belirleyen Soru Formu Kullanım İzni

Merhaba,

İlgili veri toplama aracını kullanmanızdan memnun olurum.

Kolaylıklar dilerim.

Prof. Dr. Gülsün Erigüç

Hacettepe Üniversitesi

İİBF Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanı

2019-02-10 21:15, Zeliha Koç yazmış:

- > Sayın hocam,
- >
- > Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Acil
- > Hemşireliği Anabilim Dalında doktora yapan tez öğrencim Dilek
- > KIYMAZ'ın "Acil Hemşirelerinin Çalışma Ortamında Maruz
- > Kaldıkları Şiddet İle Mesleğe Bağlılık ve İşten Aynılma
- > Düşüncesi Arasındaki İlişki" başlıklı tez çalışması
- > kapsamında tarafınızdan geliştirilmiş olan "Hastanede
- > Çalışmaya Devam Etme Yada Etmeme Niyeti" veri toplama aracını
- > kullanabilmemiz için gerekli iznin verilebilmesini rica ediyorum.
- > İlgili veri toplama aracının kullanımı tarafınızdan uygun
- > görüldüğü takdirde, ölçeğin maddeleri ile ölçeğin puanlama
- > ve değerlendirilmesine ilişkin olarak da bilgide verebilirseniz son
- > derece memnun olurum.
- >
- > Çok teşekkür eder iyi çalışmalar dilerim.
- >
- > Saygılarımla.
- >
- > Doç. Dr. Zeliha KOÇ
- >

Ek 8: Samsun İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni



T.C.
SAMSUN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAMSUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - SAMSUN TOPLUM
SAĞLIĞI BİRLİMİ



Sayı : 51363032-604.01.01
Konu : Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 02/09/2019 tarihli ve 93771576-302.08.-E.18992 sayılı yazı.

İlgi kayıtlı dilekçeye istinaden Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Acil Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi Dilek KIYMAZ'ın, Doç. Dr. Zeliha KOÇ'un danışmanlığında yürüteceği "Acil Hemşirelerinin Çalışma Ortamında Maruz Kaldıkları Şiddet ile Mesleğe Bağlılık ve İşten Ayrılma Düşüncesi Arasındaki ilişki" konulu doktora tez çalışması, Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırma Çalışmaları Değerlendirme Komisyonunda değerlendirilmiş olup, Müdürlüğümüz ve araştırmacı arasında imzalanan "Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü" ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Ali ORUÇ
İl Sağlık Müdürü

Ek: Dilek KIYMAZ Protokol

Dağıtım:

Gereği:
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlüğü

Bilgi:
Samsun Gazi Devlet Hastanesi
Samsun Sağlık Bilimleri Üniversitesi Eğitim
Ve Araştırma Hastanesi
Samsun Sağlık Bilimleri Üniversitesi Eğitim
Ve Araştırma Hastanesi Dr. Kamil Furtun
Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Ek
Binası
Samsun Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları
Hizmet Binası
Samsun Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları
Hastanesi

Adalet Mah.100.yıl Bulvarı No:232 55060 İlkadım/SAMSUN

Telefon: Faks No: 2308425

e-Posta:eda.comak@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Ebe Eda ÇOMAK

Bilgi için:Eda ÇOMAK

EBE

Telefon No:(0 362) 239 00 40

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c61a6d9a-59e6-4e7d-b0c2-4d96b6206ac8 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 9: Görüşlerine Başvurulan Uzman Listesi

Dr.Öğr. Gör. Selin Keskin KIZILTEPE Öğr. Gör. Esra DANACI	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
Uzm. Hem. Esmâ Ayşe ÖZTÜRK	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Doktora Öğrencisi
Öğr. Gör. Gülşah KAYA	Bozok Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
Öğr. Gör. Nida KIYICI	Bozok Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
Öğr. Gör. Fatma HAKYEMEZ	Selçuk Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
Öğr. Gör. Esra ÖZBUDAK	Gaziosmanpaşa Üniversitesi Reşadiye Meslek Yüksek Okulu
Öğr. Gör. Tuğba Düzcü	Kastamonu Üniversitesi Tosya Meslek Yüksek Okulu