

Sağlık çalışanlarında şiddet önleme iklimi ile işe angaje olma arasındaki ilişki: Düzce il örneği

The relationship between violence prevention climate and work engagement in health workers: The case of düzce province

Gizem Özargun¹, Betül Akalın²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul/Türkiye, gizemozargunn@gmail.com, 0000-0002-0777-2770

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul/Türkiye, betul.akalin@sbu.edu.tr, 0000-0003-0402-2461

Öz

Amaç: Bu araştırma, sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurumlarda oluşturulan şiddet önleme iklimine olan algıları ile işe angaje olma düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamaktadır. **Gereç ve Yöntem:** Çalışmada nicel araştırma yöntemlerinden kesitsel tarama deseni kullanılmıştır. Veri toplama aracı olarak sosyo-demografik veri formu, şiddet önleme iklimi ölçeği ve işe angaje olma ölçeğinin yer aldığı anket kullanılmıştır. Anket Düzce ilinde kamu, özel ve üniversite hastanelerinde hizmet veren 333 sağlık çalışanıyla gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizinde SPSS programı kullanılmıştır. **Bulgular:** Sağlık çalışanlarının yaşı, cinsiyeti, medeni durumları, meslekte çalışma yılları ve kurumda çalışma yılları ile işe angaje olma düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunamamış; çalıştıkları kurum tipine, eğitim düzeylerine, mesleklerine, tıbbi hata yapma ve şiddet görme durumlarına göre anlamlı farklılık görülmüştür. Sağlık çalışanlarının medeni durumu ve mesleği ile şiddet önleme iklimi algıları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış; çalıştıkları kurum tipine, yaşına, cinsiyetine, eğitim düzeylerine, meslekte çalışma yıllarına, kurumda çalışma yıllarına, tıbbi hata yapma ve şiddet görme durumlarına göre anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür. Sağlık çalışanlarının şiddet önleme iklimini daha olumlu algılamasının işe angaje olma düzeylerini arttığı görülmüştür. **Sonuç:** Sağlık çalışanlarının şiddet görme miktarlarının artması işe angaje olma düzeylerini ve şiddet önleme iklimi algılarını olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. İşe angaje olma düzeyi düşük olan ve olumsuz şiddet önleme iklimi algısı olan sağlık çalışanlarının işe tıbbi hata yapma miktarı daha fazladır. Bu durum toplum sağlığını tehdit etmektedir. Kurumlarda olumlu bir şiddet önleme ikliminin sağlanması ve sağlık çalışanlarının işe angaje olma düzeylerinin yükseltilmesi hedeflenmelidir.

Anahtar Kelimeler:
Şiddet Önleme İklimi, İşe Angaje Olma, Şiddet, Sağlık Çalışanı, Hastane

Key Words:
Conversion, Cholecystitis, Cholelithiasis, Laparoscopic Cholecystectomy, Risk Factors

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:
Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul,
gizemozargunn@gmail.com, 0000-0002-0777-2770

DOI:
10.52880/sagakaderg.1316423

Gönderme Tarihi/Received Date:
18.06.2023

Kabul Tarihi/Accepted Date:
04.03.2024

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
31.03.2024

ABSTRACT

Aim: This study aims to examine the relationship between healthcare workers' perceptions of the violence prevention climate created in the organizations where they work and their level of work engagement. **Materials and Methods:** Cross-sectional survey design, one of the quantitative research methods, was used in the study. A questionnaire including socio-demographic data form, violence prevention climate scale and work engagement scale were used as data collection tools. The survey was conducted with 333 health care workers serving in public, private and university hospitals in Düzce province. SPSS program was used to analyze the data. **Results:** No significant difference was found between the age, gender, marital status, years of employment and years of working in the institution and the level of work engagement; a significant difference was found according to the type of institution they work in, their level of education, their occupation, making medical mistakes and experiencing violence. No significant relationship was found between the marital status and occupation of healthcare workers and their perceptions of violence prevention climate; significant differences were found according to the type of institution they work in, age, gender, education level, years of working in the profession, years of working in the institution, making medical mistakes and experiencing violence. It was observed that health care workers' more positive perception of violence prevention climate increased their level of work engagement. **Conclusion:** It was observed that the increase in the amount of violence experienced by healthcare workers negatively affected their level of work engagement and their perception of violence prevention climate. Healthcare workers with low level of work engagement and negative perception of violence prevention climate are more likely to make medical errors. This situation threatens public health. It should be aimed to provide a positive violence prevention climate in institutions and to increase the level of engagement of healthcare workers.

GİRİŞ

Hastaneler, çalışma ortamlarında şiddet açısından en riskli alanlardan biri olarak akla gelmektedir. Yapılan çalışmalarda, sağlık sektöründe çalışanların diğer sektörlere oranla 16 kat daha fazla şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir (Hoşgör ve Türkmen, 2021). Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının yaşamış olduğu şiddet olaylarında büyük bir azalma olsa da pandeminin azalışıyla şiddet olaylarında tekrar artış meydana gelmiştir (Güvener ve ark., 2023). Şiddetin bu alana istila etmesiyle “Sağlıkta Şiddet” kavramı literatürde daha çok araştırılan bir konu haline gelmiştir. Sağlıkta şiddet; sağlık çalışanlarını risk içerisine sokan bir hasta veya toplumdan biri aracılığıyla sözlü taciz, tehdit etmeye yönelik davranışlar veya saldırganlık içeren eylemler olarak tanımlanmaktadır (Saines, 1999). Bu durum ise sağlık çalışanlarının psikolojik ve ruhsal durumları üzerinde çeşitli olumsuz etkilere neden olabilmektedir (Mento ve ark., 2020). Sağlıkta şiddetin nedenlerine bakıldığında; tıbbi gereklilik durumunda çatışan istekler, çalışanlara karşı güven kaybı, eğitim düzeylerinin yetersizliği, uzun bekleme süreleri, iletişim sorunları, çalışanların kişisel sorunları ve yorgunluğu gibi faktörler görülmektedir. Hastane yönetiminin yetersizlikleri ve destekçi tutum içinde olmamaları da sebepler arasında gösterilmiştir (Yıldız, 2019).

Sağlıkta şiddetin artmakta olduğu çağımızda, hastane yönetimine büyük sorumluluklar düşmektedir. Şiddet olayı yaşayan çalışanlarına motivasyonlarını geri kazandırmalı, panik ortamını kontrol altında almalı, şiddetin çalışan üzerinde bıraktığı etkileri azaltmalıdır. Ancak ilk amacı şiddetin yaşanmasını önleyebilmek adına olumlu bir şiddet önleme iklimi oluşturmak olmalıdır. Şiddet önleme iklimi, işyerindeki çalışanların sözlü veya fiziksel şiddetle ilgili kontrol ve önlemesine ilişkin kurumsal politika, uygulama ve prosedürlere yönelik algılarını ifade etmektedir (Spector ve ark., 2007).

Örgüt ikliminde sağlıklı ve güvenli bir ortam sağlanmış ise çalışanların verimliliği, performansı ve üretkenliği üzerinde olumlu etkiler bırakmaktadır ancak yaratılan iklim olumsuz ise motivasyon koşullarında azalışlar meydana gelebileceği belirtilmiştir (Gök, 2009). Motivasyon ise sağlık çalışanlarında daha kaliteli sağlık hizmeti sunma, performans düzeyinde artış gibi olumlu davranışları meydana getiren önemli bir faktördür (Küçüközkan, 2015). Çalışanların performans düzeylerinin artış göstermesinin, işe angaje olmaları ile pozitif yönde ilişkili olduğu da bilinmektedir (Myrvang ve ark., 2021). İşe angaje olma bir diğer adıyla işe kendini verme kavramına bakıldığında; çalışanın işini yaparken duymuş olduğu memnuniyetini, coşkusunu ve işine bağlılığını göstermektedir (Arslan

ve Demir, 2017). Sağlık çalışanlarının performans gösterdikleri alan sağlık hizmeti olmasından kaynaklı toplumsal sağlığı riske atma ihtimali doğmaktadır. Sağlık çalışanları kurumunun şiddeti önlemede yetersiz olduğunu düşünmesi sonucunda işlerine yeterince angaje olamayacakları ve tıbbi hata yapma riskinin daha fazla olacağı düşünülmektedir. Literatürde benzer konuda çalışmaya rastlanmaması üzerine, çalıştıkları kurumlarda yaratılan şiddet önleme ikliminin sağlık çalışanlarının işe angaje olmaları ile ilişkisinin incelenmesi çalışma amacı olarak belirlenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Evren ve Örneklem

Araştırma Düzce ilindeki kamu, özel ve üniversite hastanelerinde görev alan sağlık çalışanları ile yapılmıştır. İlgili çalışma 2022 yılında yapıldığı için en güncel olan 2020 Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerinden yararlanılmıştır. Verilere göre Düzce’de toplam sağlık çalışanı sayısı 2382 olarak ele alınmıştır. 0.5 hata payı düşünüldüğünde en az 331 kişilik örneklem grubu çalışma için yeterli görülmüştür (Karagöz, 2021).

Veri Toplama Aracı

Kesitsel araştırma olarak tarama (survey) deseni ile hazırlanmış çalışmada; sosyo-demografik veri formu (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, meslek, meslekte çalışma yılı, mevcut kurumda çalışma yılı, tıbbi hata yapma durumu, tıbbi hata yaptıysa nedeni ve bulunduğu kurumda şiddet görme durumu), şiddet önleme iklimi ölçeği ve işe angaje olma ölçeği olmak üzere üç bölümün yer aldığı bir anket veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Şiddet önleme iklimi ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dursun ve arkadaşları (2020) tarafından yapılmıştır. Ölçek “Politikalar”, “Uygulamalar ve Tepki” ve “Güvensiz Uygulamalara Yönelik Baskı” olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır. İşe angaje olma ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları ise Köse (2015) tarafından yapılmıştır. Ölçek “İşe Bakış” ve “İşe Devam” şeklinde 2 alt boyuttan oluşmaktadır.

Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 25 yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik (Kolmogorov Smirnov ve ShapiroWilk testleri) kullanılarak incelenmiştir. Normal dağılıma uyan iki örneklem grubun arasındaki istatistiksel değerlendirmelerde student T testi; ikiden fazla grup arasındaki istatistiksel değerlendirmelerde ise tek yönlü Anova testi kullanılmıştır. Farklılığa

neden olan grubun tespiti amacıyla PostHoc testleri kullanılmıştır. Normal dağılıma uymayan iki örneklem grubun arasındaki istatistiksel değerlendirmelerde Mann-Whitney U testi; ikiden fazla grup arasındaki istatistiksel değerlendirmelerde ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Değişkenlerin birbirleriyle ilişkisi Pearson Korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Son olarak Basit Doğrusal Regresyon analizi yapılmıştır.

BULGULAR

Çalışmamız; %25,2'si özel hastaneden, %35,1'i devlet hastanesinden ve en fazla katılımı ile %39,6'sı üniversite hastanesinden olmak üzere toplamda 333 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılarımızın çoğunluğu %35,4'lük bir oranla 25 yaş ve altı bireylerden oluşmaktadır. Bu çoğunluğu takiben katılımcıların %30,9'u 26-35 yaş, %26,1'i 36-35 yaş, %6'sı 46-55 yaş ve %1,5'i 56 yaş ve üzeridir. Cinsiyet değişkenine göre çoğunluk %70,3'lük bir oranla kadın sağlık çalışanıdır. %29,7'si ise erkek sağlık çalışanıdır. Medeni durum değişkeni için verilen cevaplar sayısal olarak birbirine yakın çıkmıştır. %51,4'ünün bekar, %48,6'sının ise evli olduğu görülmüştür. Eğitim durumlarına, çoğunluktan aza doğru bakıldığında; %41,7'si lisans, %25,2'si ön lisans, %15,3'ü lise, %9,9'u doktora ve %7,8'i yüksek lisans mezunu olduğu görülmektedir. Sağlık meslek grupları arasında çalışmamıza en fazla katılım %43,5 ile hemşirelerden olmuştur. Ardından %20,4'si diğer sağlık çalışanları (tıbbi sekreter, hasta bakıcı, psikolog), %13,2'si hekim, %8,1'i laboratuvar çalışanı, %6,3'ü acil tıp teknisyeni, %5,1'i röntgen teknisyeni, %2,7'si fizyoterapist ve %0,6'sı diyetisyen olarak devam etmiştir. Katılımcıların çoğunluğu %48,3 oranıyla 1-5 yıldır mesleklerinde çalıştıklarını belirtmişlerdir. Mevcut kurumda çalışma yılları değişkenine göre ise çoğunluk %63,6'lık bir oranla 1-5 yıldır çalıştıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %69,7'si daha önce hiç tıbbi hata yapmadıklarını söylemişlerdir. %18'i bir kez, %12'si birkaç kez ve %0,3'ü ise sık sık tıbbi hata yaptığını belirtmişlerdir. Toplamda tıbbi hata yaptığını söyleyen 101 kişiye tıbbi hata yapma nedeni sorulmuştur. Bu soruya katılımcılar birden fazla cevap verebilmektedir. Buna istinaden; 51 tane yorgunluk, 27 tane odaklanamama, 18 tane gerginlik, 3 tane karşıdaki kişiden korkma, 3 tane hastayı sevmeme, 1 tane işi sevmeme ve 13 tane ise diğer seçeneğinin işaretlendiği görülmüştür. Sağlık çalışanlarının daha önce sözel, fiziksel ya da psikolojik şiddet türlerinden herhangi birini maruz kalma durumuna bakılmıştır. %45,5'i birkaç kez, %16,6'sı sık sık ve %12,3'ü bir kez şiddet gördüğünü belirtmiştir. Katılımcılarımızın %25,6'sı ise hiç şiddet görmediğini söylemiştir (Tablo 1).

Elde edilen verilerin normal dağılım gösterip göstermediği hesaplanmıştır. Test sonuçları Tablo 2'de sunulmuştur.

Kolmogorov-Smirnov analizi sonucunda verilerin normal dağılım göstermediği görülmektedir. Ancak Tabachnick ve Fidell (2013) verilerin normal dağılım gösterdiğini belirlemek için basıklık ve çarpıklık değerlerinin -1,5 ve +1,5 arasında olması gerektiğini belirtmiştir. Bu bilgiler doğrultusunda; medeni durum ve kurumda çalışma yılı dışındaki demografik veriler, ölçekler ve alt boyutlarına ait verilerin normal dağıldığı belirlenmiştir.

Kurum değişkeni normal dağıldığından farklılıkları belirlemek adına Anova testi kullanılmıştır. Şiddet önleme iklimi ölçeği genel ortalaması (F=8,325, P<0,05), politika ve prosedürler alt boyutu (F=4,319, P<0,05), uygulamalar ve tepki alt boyutunda (F=5,876, P<0,05) ve güvensiz uygulamalara yönelik baskı alt boyutunda (F=4,970, P<0,05) anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Şiddet önleme iklimi ölçeğinin genel ortalaması ve uygulamalar ve tepki boyutuna göre; özel hastanedeki ve devlet hastanesindeki sağlık çalışanlarının şiddet önleme iklimi algısı üniversite hastanesindeki sağlık çalışanlarına göre daha olumlu olduğu görülmüştür. Politika ve prosedürler ile güvensiz uygulamalara yönelik baskı alt boyutlarında ise sadece devlet hastanesindeki sağlık çalışanlarının üniversite hastanesindeki sağlık çalışanlarına göre şiddet önleme iklimi algılarının daha olumlu olduğu görülmüştür. İşe angaje olma ölçeği genel ortalaması (F=11,314, P<0,05), işe bakış alt boyutu (F=10,016, P<0,05) ve işe devam alt boyutunda (F=11,478, P<0,05) da anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Özel ve devlet hastanesindeki sağlık çalışanlarının üniversite hastanesindekilere göre daha yüksek düzeyde işe angaje olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3).

Yaş değişkeninde de farklılıkları belirlemek için Anova testi kullanılmıştır. Şiddet önleme iklimi ölçeği genel ortalaması (F=6,439, P<0,05), politika ve prosedürler alt boyutu (F=4,206, P<0,05) ve uygulamalar ve tepki alt boyutunda (F=7,841, P<0,05) anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Şiddet önleme iklimi ölçeğinin genel ortalaması ve uygulamalar ve tepki boyutuna göre; 25 yaş ve altı sağlık çalışanlarının 26-35 yaş arası sağlık çalışanlarına göre, 46 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarının ise 26-35 yaş ve 36-45 yaş arası sağlık çalışanlarına göre şiddet önleme iklimi algılarının daha olumlu olduğu görülmüştür. Politika ve prosedürler alt boyutunda ise yalnızca 46 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarının 26-35 yaş arası sağlık çalışanlarına göre şiddet önleme iklimi algılarının daha olumlu yönde olduğu görülmüştür. İşe angaje olma ölçeğinin genel ortalaması, işe bakış alt boyutu ve işe devam alt boyutlarında ise anlamlı farklılık bulunmamıştır (P>0,05) (Tablo 3).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Frekans ve Yüzde Değerleri

		Frekans (N)	Yüzde (%)
Kurum	Özel Hastane	84	25,2
	Devlet Hastanesi	117	35,1
	Üniversite Hastanesi	132	39,6
Yaş	25 yaş ve altı	118	35,4
	26-35 yaş	103	30,9
	36-45 yaş	87	26,1
	46-55 yaş	20	6,0
	56 yaş ve üzeri	5	1,5
Cinsiyet	Kadın	234	70,3
	Erkek	99	29,7
Medeni Durum	Evli	162	48,6
	Bekar	171	51,4
Eğitim Durumu	Lise	51	15,3
	Ön Lisans	84	25,2
	Lisans	139	41,7
	Yüksek Lisans	26	7,8
	Doktora	33	9,9
Meslek	Hekim	44	13,2
	Hemşire	145	43,5
	Fizyoterapist	9	2,7
	Diyetisyen	2	0,6
	Laboratuvar Çalışanı	27	8,1
	Acil Tıp Teknisyeni	21	6,3
	Röntgen Teknisyenleri	17	5,1
	Diğer	68	20,4
Meslekte çalışma yılı	1-5 yıl	161	48,3
	6-10 yıl	60	18,0
	11-15 yıl	46	13,8
	16-20 yıl	33	9,9
	21-25 yıl	21	6,3
	26-30 yıl	8	2,4
	31 ve üzeri yıl	4	1,2
Kurumda çalışma yılı	1-5 yıl	211	63,4
	6-10 yıl	51	15,3
	11-15 yıl	41	12,3
	16-20 yıl	18	5,4
	21-25 yıl	9	2,7
	26-30 yıl	2	0,6
	31 ve üzeri yıl	1	0,3
	Toplam	333	100,0

Tablo 1. (Devam) Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Frekans ve Yüzde Değerleri

Tıbbi hata yapma miktarı	Frekans (N)	Yüzde (%)
Bir kez yaptım	60	18,0
Birkaç kez yaptım	40	12,0
Sık sık yapıyorum	1	0,3
Hiç yapmadım	232	69,7
Tıbbi hata yapanların tıbbi hata yapma nedenleri (Birden fazla cevap işaretlenebilmektedir)		
Yorgundum	51	50,4
Odaklanamadım, farklı bir şey düşünüyordum	27	26,7
Gergindim	18	17,8
Karşımdaki kişiden korkuyordum	3	2,9
Hastayı sevmediğim için yaptım	3	2,9
Yaptığım işi sevmiyordum	1	0,9
Diğer	13	12,8
Sözel, fiziksel ya da psikolojik şiddet görme		
Bir kez gördüm	41	12,3
Birkaç kez gördüm	151	45,3
Sık sık görüyorum	56	16,8
Hiç görmedim	85	25,5
Toplam	333	100,0

Tablo 2. Normallik Sınamasına Ait Bulgular

	Çarpıklık Değeri	Basıklık Değeri	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
			Statistic	p	Statistic	p
Kurum	-,263	-1,366	,256	,000	,791	,000
Yaş	,595	-,316	,214	,000	,852	,000
Cinsiyet	,891	-1,213	,445	,000	,574	,000
Medeni Durum	-,054	-2,009	,348	,000	,636	,000
Eğitim Durumu	,343	-,274	,224	,000	,889	,000
Meslek	,565	-1,382	,329	,000	,783	,000
Meslek Yılı	1,162	,519	,272	,000	,789	,000
Kurum Yılı	1,707	2,590	,368	,000	,679	,000
Tıbbi Hata Yapma	-1,008	-,821	,436	,000	,618	,000
Şiddet Görme	,243	-1,131	,287	,000	,837	,000
Politika ve Prosedürler	-,386	-,050	,113	,000	,973	,000
Uygulamalar ve Tepki	-,242	-,472	,091	,000	,977	,000
Güvensiz Uygulamalara Baskı	,000	,018	,124	,000	,979	,000
Şiddet Önleme İklimi Toplam	-,157	,251	,061	,005	,989	,011
İşe Bakış	-,381	-,013	,062	,004	,985	,001
İşe Devam	-,395	-,118	,135	,000	,965	,000
İşe Angaje Olma Toplam	-,358	-,065	,057	,012	,987	,004

Tablo 3. Normal Dağılım Gösteren Değişkenlerin İlişki Testleri

		POLİTİKA VE PROSEDÜRLER	UYGULAMALAR VE TEPKİ	GÜVENSİZ UYGULAMALARA YÖNELİK BASKI	ŞİDDET ÖNLEME İKLİMİ	İŞE BAKIŞ	İŞE DEVAM	İŞE ANGAJE OLMA
		X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS
Kurum Tipi	Özel (a)	4,13 ± 1,099	3,86±1,164	3,92±1,123	3,97 ± ,900	3,59±,667	3,87±,678	3,64 ±,638
	Devlet (b)	4,15 ± 1,121	3,89±1,296	4,06±,962	4,04 ± ,902	3,38±,790	3,66±,774	3,43 ±,744
	Üniversite (c)	3,78 ± 1,105	3,41±1,209	3,65±1,050	3,61 ± ,827	3,11±,858	3,38±,790	3,15 ±,809
Test ve Anlamlılık		F=4,319 p=.014* b>c	F=5,876 p=.003* a,b>c	F=4,970 p=.007* b>c	F=8,325 p=.000* a,b>c	F=10,016 p=.000* a,b>c	F=11,478 p=.000* a,b>c	F=11,314 p=.000* a,b>c
Yaş	25 yaş ve altı (a)	4,12±1,038	3,86±1,108	3,94±1,045	3,97±,759	3,31±,823	3,61±,806	3,36±,778
	26-35 yaş (b)	3,76±1,158	3,34±1,287	3,73±1,055	3,61±,976	3,27±,796	3,60±,716	3,33±,752
	36-45 yaş (c)	3,95±1,169	3,64±1,306	3,88±1,062	3,82±,902	3,35±,795	3,52±,785	3,38±,771
	46 yaş ve üzeri (d)	4,56±,935	4,54±,975	4,03±1,036	4,37±,773	3,54±,872	3,85±,616	3,60±,797
Test ve Anlamlılık		F=4,206 p=.006* d>b	F=7,841 p=.000* a>b, d>b,c	F=.952 p=.416	F=6,439 p=.000* a>b, d>b,c	F=.804 p=.492	F=1,180 p=.317	F=.828 p=.479
Cinsiyet	Kadın	4,08±1,031	3,80±1,227	3,96±1,012	3,94±,849	3,34±,784	3,62±,768	3,39±,739
	Erkek	3,82±1,301	3,45±1,274	3,64±1,119	3,64±,958	3,30±,875	3,55±,813	3,35±,839
Test ve Anlamlılık		T=1,794 p=.075	T=2,328 p=.021*	T=2,547 p=.011*	T=2,925 p=.004*	T=.349 p=.0727	T=.693 p=.489	T=.427 p=.669
Eğitim Durumu	Lise (a)	4,21±,893	4,25±1,030	3,90±,991	4,12±,692	3,41±,654	3,65±,730	3,45±,612
	Ön Lisans(b)	3,92±1,099	3,61±1,242	3,83±1,038	3,78±,926	3,45±,731	3,75±,736	3,50±,701
	Lisans (c)	3,94±1,192	3,65±1,267	3,96±1,027	3,85±,877	3,18±,821	3,43±,793	3,22±,776
	Yüksek Lisans (d)	3,75±,803	3,21±1,217	3,46±,962	3,47±,754	3,18±,879	3,44±,679	3,23±,810
	Doktora (e)	4,33±1,319	3,58±1,297	3,85±1,302	3,92±1,120	3,61±1,00	3,98±,805	3,68±,951
Test ve Anlamlılık		F=1,739 p=.141	F=3,854 p=.004* a>b,c,d	F=1,293 p=.273	F=2,554 p=.039* a>d	F=3,028 p=.018* e>c	F=5,062 p=.001* b,e>c	F=3,659 p=.006* e>c
Meslek	Hekim	4,14±1,339	3,57±1,312	3,62±1,335	3,78±1,112	3,50±1,010	3,81±,785	3,55±,949
	Hemşire	3,99±1,083	3,75±1,263	3,92±1,001	3,89±,862	3,26±,775	3,50±,776	3,30±,736
	Fizyoterapist	3,64±1,407	3,24±1,369	3,92±1,354	3,60±1,199	3,47±,563	3,70±,715	3,51±,549
	Laboratuvar Çalışanı	3,95±1,213	3,69±1,253	4,29±,867	3,97±,750	3,13±,769	3,39±,852	3,18±,768
	Acil tıp teknisyeni	3,73±,873	3,39±1,368	3,57±,648	3,56±,784	3,40±,679	4,00±,623	3,51±,643
	Röntgen teknisyeni	3,99±1,186	3,64±1,393	4,02±1,194	3,88±1,084	3,25±,767	3,33±,772	3,26±,721
	Diğer	4,09±1,042	3,81±1,095	3,78±1,007	3,89±,787	3,41±,828	3,70±,751	3,46±,770
Test ve Anlamlılık		F=.545 p=.774	F=.637 p=.701	F=1,643 p=.135	F=.692 p=.656	F=.985 p=.436	F=2,821 p=.011* a,e>b,d,f	F=1,279 p=.266
Meslekte Çalışma Yılı	1-5 yıl (a)	4,02±1,098	3,71±1,203	3,84±1,059	3,86±,852	3,28±,838	3,61±,807	3,34±,794
	6-10 yıl (b)	3,87±1,161	3,41±1,239	3,79±1,125	3,69±,958	3,35±,754	3,60±,719	3,40±,717
	11-15 yıl (c)	3,93±1,093	3,52±1,252	3,97±,887	3,81±,866	3,43±,819	3,70±,780	3,48±,778
	16-20 yıl (d)	3,79±1,253	3,60±1,302	3,69±1,045	3,69±,815	3,32±,609	3,45±,711	3,34±,594
	21-25 yıl (e)	4,52±1,086	4,42±1,366	4,40±1,164	4,44±1,060	3,45±1,014	3,52±,969	3,46±,966
	26 yıl ve üzeri (f)	4,25±,845	4,51±,805	3,75±,814	4,17±,662	3,22±,879	3,61±,616	3,29±,800
Test ve Anlamlılık		F=1,445 p=.208	F=3,366 p=.006* e>b	F=1,496 p=.191	F=2,847 p=.016* e>a,b,d	F=.394 p=.853	F=.438 p=.822	F=.328 p=.896
Tıbbi Hata Yapma	Bir kez (a)	3,77±1,033	3,29±1,223	3,80±,914	3,62±,869	3,15±,799	3,52±,844	3,22±,778
	Birkaç kez (b)	3,55±1,122	3,18±1,275	3,58±,814	3,44±,890	3,12±,670	3,47±,738	3,19±,639
	Hayır (c)	4,14±1,116	3,89±1,202	3,93±1,114	3,99±,865	3,41±,826	3,64±,771	3,45±,779
Test ve Anlamlılık		F=6,446 p=.002* c>b	F=10,045 p=.000* c>a,b	F=2,201 p=.112	F=9,670 p=.000* c>a,b	F=3,787 p=.024* c>a,b	F=1,217 p=.298	F=3,556 p=.030* c>a,b
Şiddet Görme Durumu	Bir kez (a)	4,07±,867	3,84±1,033	3,98±,919	3,97±,645	3,41±,865	3,68±,702	3,45±,804
	Birkaç kez (b)	3,88±1,219	3,61±1,352	3,80±1,075	3,76±,970	3,25±,820	3,50±,778	3,29±,770
	Sık sık (c)	3,55±,973	3,13±1,099	3,56±,979	3,41±,771	3,12±,685	3,60±,744	3,21±,657
	Hayır (d)	4,46±,973	4,14±1,070	4,13±1,062	4,25±,752	3,56±,800	3,74±,831	3,59±,780
Test ve Anlamlılık		F=9,121 p=.000* d>c,b	F=8,460 p=.000* d>c,b	F=3,851 p=.010* d>c	F=11,857 p=.000* d>c,b	F=4,127 p=.007* d>b,c	F=1,915 p=.127	F=3,860 p=.010* d>b,c

*p<0,05, F=Tek Yönlü Varyans Analizi, T= Bağımsız Gruplarda T Testi

Cinsiyet değişkeninde farklılık belirlemek için T testi uygulanmıştır. Şiddet önleme iklimi ölçeği genel ortalaması (T=2,925, P<0,05), uygulamalar ve tepki alt boyutunda (T=2,328, P<0,05) ve güvensiz uygulamalara yönelik baskı alt boyutunda (T=2,547, P<0,05) anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Farklılığın nasıl bir yönde olduğunu belirlemek için ortalamalar karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırma; şiddet önleme iklimi ölçeği genel ortalamasında, uygulamalar ve tepki alt boyutunda ve güvensiz uygulamalara yönelik baskı alt boyutunda kadın sağlık çalışanlarının erkek sağlık çalışanlarına göre daha olumlu şiddet önleme iklimi algıları olduğunu göstermiştir. İşe angaje olma ölçeğinin genel ortalaması, işe bakış alt boyutu ve işe devam alt boyutlarında ise anlamlı farklılık bulunmamıştır (P>0,05) (Tablo 3).

Eğitim durumu değişkeninde farklılıkları belirlemek için Anova testi uygulanmıştır. Şiddet önleme iklimi ölçeği genel ortalaması (F=2,554, P<0,05) ve uygulamalar ve tepki alt boyutunda (F=3,854, P<0,05) anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Şiddet önleme iklimi ölçeğinin genel ortalamasına göre; eğitim durumu lise düzeyinde olan sağlık çalışanlarının eğitim durumu yüksek lisans düzeyinde olan sağlık çalışanlarına göre şiddet önleme iklimi algılarının daha olumlu yönde olduğu görülmüştür. Uygulamalar ve tepki alt boyutunda ise; eğitim durumu lise düzeyinde olan sağlık çalışanlarının şiddet önleme iklimi algılarının eğitim durumu ön lisans, lisans ve yüksek lisans düzeyinde olan sağlık çalışanlarına göre daha olumlu yönde olduğu tespit edilmiştir. İşe angaje olma ölçeği genel ortalaması (F=3,659, P<0,05), işe bakış alt boyutu (F=3,028, P<0,05) ve işe devam alt boyutunda (F=5,062, P<0,05) da anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Ölçek ve alt boyutlarının hepsinde doktora mezunu olan sağlık çalışanlarının lisans mezunu olan sağlık çalışanlarından daha yüksek düzeyde işe angaje olduğu görülmüştür. Ayrıca işe devam alt boyutunda ön lisans mezunu sağlık çalışanlarının lisans mezunu olan sağlık çalışanlarından daha yüksek düzeyde işe angaje olduğu görülmüştür (Tablo 3).

Meslek değişkeninde farklılıkları belirlemek için Anova testi uygulanmıştır. Şiddet önleme iklimi ölçeği genel ortalaması, politika ve prosedürler alt boyutu, uygulamalar ve tepki alt boyutu ve güvensiz uygulamalara yönelik baskı alt boyutunda anlamlı fark bulunmamıştır (P>0,05). İşe angaje olma ölçeği genel ortalaması ve işe bakış alt boyutunda da anlamlı farklılık bulunmamıştır (P>0,05). İşe devam alt boyutunda ise (F=2,821, P<0,05) anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Hekimler ve acil tıp teknisyenlerinin hemşire, laboratuvar çalışanı ve röntgen teknisyenlerine göre işe angaje olma düzeylerinin işe devam boyutunda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3).

Meslekte çalışma yılı değişkeni için farklılıkları belirlemede Anova testi kullanılmıştır. Şiddet önleme

iklimi ölçeği genel ortalaması (F=2,847, P<0,05) ve uygulamalar ve tepki alt boyutunda (F=3,366, P<0,05) anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Şiddet önleme iklimi ölçeğinin genel ortalamasına göre; 21-25 yıldır meslekte çalışan sağlık çalışanlarının 1-5, 6-10 ve 16-20 yıldır meslekte çalışan sağlık çalışanlarına göre şiddet önleme iklimi algılarının daha olumlu yönde olduğu görülmüştür. Uygulamalar ve tepki alt boyutunda ise; 21-25 yıldır meslekte çalışan sağlık çalışanlarının 6-10 yıldır meslekte çalışan sağlık çalışanlarına göre şiddet önleme iklimi algılarının daha olumlu olduğu görülmüştür. İşe angaje olma ölçeğinin genel ortalaması, işe bakış alt boyutu ve işe devam alt boyutlarında ise anlamlı farklılık bulunmamıştır (P>0,05) (Tablo 3).

Tıbbi hata miktarı değişkeninde farklılıkları belirlemek için Anova testi kullanılmıştır. Şiddet önleme iklimi ölçeği genel ortalaması (F=9,670, P<0,05), politika ve prosedürler alt boyutu (F=6,446, P<0,05) ve uygulamalar ve tepki alt boyutunda (F=10,045, P<0,05) anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Şiddet önleme iklimi ölçeğinin genel ortalaması ve uygulamalar ve tepki boyutuna göre; tıbbi hata yapma durumu sorusuna “Hayır hiç yapmadım” cevabını veren sağlık çalışanlarının “Evet bir kez yaptım” ve “Evet birkaç kez yaptım” cevabını veren sağlık çalışanlarına göre daha olumlu şiddet önleme iklimi algılarına sahip oldukları görülmüştür. Politika ve prosedürler alt boyutunda ise yalnızca “Hayır hiç yapmadım” cevabını veren sağlık çalışanlarının “Evet birkaç kez yaptım” cevabını veren sağlık çalışanlarına göre daha olumlu şiddet önleme iklimi algıları olduğu görülmüştür. İşe angaje olma ölçeğinin genel ortalaması (F=3,556 P<0,05) ve işe bakış alt boyutunda (F=3,787 P<0,05) da anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Ancak işe devam alt boyutunda herhangi bir anlamlı farklılık bulunmamıştır (P>0,05). Hem işe angaje olma ölçeğinin genel ortalaması hem de işe bakış alt boyutunda; daha önce hiç tıbbi hata yapmadığını belirten sağlık çalışanlarının, bir kez ve birkaç kez tıbbi hata yaptığını belirten sağlık çalışanlarından daha yüksek düzeyde işe angaje oldukları görülmüştür (Tablo 3).

Şiddet görme değişkenine göre farklılıkları belirlemek için Anova testi kullanılmıştır. Şiddet önleme iklimi ölçeği genel ortalaması (F=11,857, P<0,05), politika ve prosedürler alt boyutu (F=9,121, P<0,05), uygulamalar ve tepki alt boyutunda (F=8,460, P<0,05) ve güvensiz uygulamalara yönelik baskı alt boyutunda (F=3,851, P<0,05) anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Şiddet önleme iklimi ölçeğinin genel ortalamasına göre; şiddet görme durumu sorusuna “Evet bir kez gördüm” ve “Evet birkaç kez gördüm” cevabını veren sağlık çalışanlarının “Evet sık sık görüyorum” cevabını veren sağlık çalışanlarına göre, “Hayır hiç görmedim” cevabını veren sağlık çalışanlarının “Evet sık sık görüyorum”

ve “Evet birkaç kez gördüm” cevabını veren sağlık çalışanlarına göre daha olumlu şiddet önleme iklimi algıları olduğu görülmüştür. Politika ve prosedürler alt boyutuna göre; şiddet görme durumu sorusuna “Hayır hiç görmedim” cevabını veren sağlık çalışanlarının “Evet sık sık görüyorum” ve “Evet birkaç kez gördüm” cevabını veren sağlık çalışanlarına göre daha olumlu şiddet önleme iklimi algıları olduğu görülmüştür. Uygulamalar ve tepki alt boyutuna göre; şiddet görme durumu sorusuna “Evet bir kez gördüm” cevabını veren sağlık çalışanlarının “Evet sık sık görüyorum” cevabını veren sağlık çalışanlarına göre, “Hayır hiç görmedim” cevabını veren sağlık çalışanlarının “Evet sık sık görüyorum” ve “Evet birkaç kez gördüm” cevabını veren sağlık çalışanlarına göre daha olumlu şiddet önleme iklimi algıları olduğu görülmüştür. Güvensiz uygulamalara yönelik baskı alt boyutuna göre ise; şiddet görme durumu sorusuna “Hayır hiç görmedim” cevabını veren sağlık çalışanlarının “Evet sık sık görüyorum” cevabını veren sağlık çalışanlarına göre daha olumlu şiddet önleme iklimi algıları olduğu görülmüştür. İşe angaje olma ölçeği genel ortalaması ($F=3,860$, $P<0,05$) ve işe bakış alt boyutunda ($F=4,127$, $P<0,05$) da anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Şiddet görme sorusuna “Hayır hiç görmedim” cevabını veren sağlık çalışanlarının, “Evet birkaç kez gördüm” ve “Evet sık sık görüyorum” cevabını veren sağlık çalışanlarına göre daha yüksek düzeyde işe angaje olduğu görülmüştür (Tablo 3).

Medeni durum değişkeni için farklılık belirlemek adına Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Şiddet önleme iklimi ölçeğinin genel ortalaması, politika ve prosedürler alt boyutu, uygulamalar ve tepki alt boyutu ve güvensiz uygulamalara yönelik baskı alt boyutu olmak üzere

hiçbirinde anlamlı farklılık bulunamamıştır ($P>0,05$). Ayrıca işe angaje olma ölçeğinin genel ortalaması, işe bakış alt boyutu ve işe devam alt boyutlarında da anlamlı farklılık bulunamamıştır ($P>0,05$) (Tablo 4).

Kurumda çalışma yılı değişkeninde farklılık belirlemek için Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Uygulamalar ve tepki alt boyutunda ($H=14,785$, $P<0,05$) anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Ancak şiddet önleme iklimi ölçeği genel ortalamasında, politika ve prosedürler ile güvensiz uygulamalara yönelik baskı alt boyutlarında anlamlı fark bulunamamıştır ($P>0,05$). Anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için tüm gruplar ikişerli olarak birbiri ile Mann Whitney U testinden yararlanılarak karşılaştırılmıştır. Uygulamalar ve tepki alt boyutuna göre; 1-5 ve 16-20 yıldır mevcut kurumda çalışan sağlık çalışanlarının, 6-10 yıldır mevcut kurumda çalışan sağlık çalışanlarına göre şiddet önleme iklimi algılarının daha olumlu olduğu görülmüştür. Ayrıca 21 ve üzeri yıldır mevcut kurumda çalışan sağlık çalışanlarının 1-5, 6-10 ve 11-15 yıldır mevcut kurumda çalışan sağlık çalışanlarına göre şiddet önleme iklimi algılarının daha olumlu olduğu görülmüştür. İşe angaje olma ölçeğinin genel ortalaması, işe bakış alt boyutu ve işe devam alt boyutlarında ise anlamlı farklılık bulunamamıştır ($P>0,05$) (Tablo 4).

Ölçekler ve alt boyutları arasındaki ilişki parametrik test yöntemlerinden olan “Pearson Korelasyon Analizi” ile Tablo 5’te incelenmiştir.

Tablo 5’te yer alan korelasyon analizi sonuçlarına göre; güvensiz uygulamalara baskı değişkeni ile işe devam değişkeni arasındaki ilişki dışında, tüm değişkenlerin birbiri ile pozitif yönde anlamlı ilişkide olduğunu

Tablo 4. Normal Dağılım Göstermeyen Değişkenlerin İlişki Testleri

		POLİTİKA VE PROSEDÜRLER	UYGULAMALAR VE TEPKİ	GÜVENSİZ UYGULAMALARA YÖNELİK BASKI	ŞİDDET ÖNLEME İKLİMİ	İŞE BAKIŞ	İŞE DEVAM	İŞE ANGAJE OLMA
		Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank
Medeni Durum	Evli	166,32	172,29	163,67	167,77	171,81	164,73	170,91
	Bekar	167,64	161,99	170,15	166,27	162,44	169,15	163,29
Test ve Anlamlılık		U=13741,000 p=,900	U=12994,500 p=,328	U=13312,000 p=,538	U=13726,00 p=,887	U=13071,00 p=,374	U=13484,00 p=0,673	U=13217,00 p=,470
Kurumda Çalışma Yılı	1-5 yıl	172,89	169,38	168,11	169,97	165,43	169,68	166,16
	6-10 yıl	147,75	136,48	152,98	143,08	167,45	154,92	165,31
	11-15 yıl	149,98	156,37	171,18	157,39	165,68	162,39	164,41
	16-20 yıl	174,19	202,50	165,14	187,17	194,36	185,83	194,00
	21 yıl ve üzeri	192,67	238,00	195,54	218,96	156,21	158,67	157,29
Test ve Anlamlılık		H=5,089 p=,278	H=14,785, p=,005* a,d>b, e>a,c,b	H=2,263 p=,688	H=8,049 p=,090	H=1,671 p=,796	H=1,877 p=,758	H=1,600 p=,809

*p<0,05 U= U=Mann-Whitney U Testi, H=Kruskal Wallis H Testi

Tablo 5. Pearson Korelasyon Analizi

Değişkenler		1	2	3	4	5	6
1. Politika ve Prosedürler	r	-					
	p						
2. Uygulamalar ve Tepki	r	,742**					
	p	,000					
3. Güvensiz Uygulamalara Baskı	r	,245**	,222**				
	p	,000	,000				
4. Şiddet Önleme İklimi	r	,861**	,865**	,599**			
	p	,000	,000	,000			
5. İşe Bakış	r	,290**	,330**	,177*	,345**		
	p	,000	,000	,001	,000		
6. İşe Devam	r	,225**	,234**	-,019	,196**	,690**	
	p	,000	,000	,727	,000	,000	
7. İşe Angaje Olma	r	,292**	,328**	,150**	,334**	,992**	,778**
	p	,000	,000	,006	,000	,000	,000

**p<0,001 *p<0,05

göstermiştir ($p<0,05$). Güvensiz uygulamalara baskı değişkeni ile işe devam değişkeni arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). En yüksek düzeyde anlamlı ilişki işe bakış ve işe angaje olma değişkenleri arasında ($r=0,992$) elde edilmiştir. En düşük düzeyde anlamlı ilişki ise güvensiz uygulamalara baskı ve işe angaje olma değişkenleri arasında ($r=0,150$) elde edilmiştir. Elde etmiş olduğumuz anlamlı ilişkiler regresyon analizi yapılabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının şiddet önleme iklimi (bağımsız değişken) algılarının işe angaje olma (bağımlı değişken) düzeylerine etkisini incelemek üzere basit doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır.

Regresyon analizi sonucunda, sağlık çalışanlarının şiddet önleme iklimine yönelik algılarının işe angaje olma düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu ($\beta=0,334$; $p<0,001$) ve şiddet önleme iklimi algısının işe angaje olma düzeyini yaklaşık %11,2 oranında açıkladığı tespit edilmiştir (Tablo 6). Ancak, modelin açıklama gücü ($R^2=0,112$) düşük olduğundan, işe angaje olma düzeyini etkileyen diğer faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Tablo 6. Regresyon Analizi Sonuçları

	Standardize Olmayan Katsayılar		Standardize Katsayılar			Analiz Değerleri
	B	Std. Hata	β	T	p	
Regresyon sabiti (a)	2,265	,177	--	12,798	,000	R=0,334 R ² =0,112 F=41,689 p<0,001
Şiddet Önleme İklimi	,289	,045	,334	6,457	,000	Durbin-Watson= 1,517 VIF=1,000

Bağımlı Değişken = İşe Angaje Olma

TARTIŞMA

Şiddet önleme iklimine olan algıların işe angaje olma düzeyine etkisini sağlık çalışanları açısından ele almak amacıyla başlatılan çalışmada elde edilen bulgular bu bölümde literatürden destek alınarak yorumlanmış ve diğer çalışmaların bulguları ile karşılaştırılmıştır.

Çalışmamızda özel hastane çalışanları üniversite hastanesinde çalışanlara göre daha yüksek düzeyde işe angaje olduğu görülmüştür. Bu durum, özel hastanelerdeki iş imkanlarının daha çekici ve rekabetçi olabileceğini düşündürmektedir. Ancak devlet hastanesi çalışanları üniversite hastanesi çalışanlarından daha yüksek düzeyde işe angaje olsa da özel hastane çalışanları ile arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Üniversite hastanelerindeki çalışanların diğer iki kuruma göre düşük düzeyde işe angaje olmalarının sebebi ise daha fazla kapasiteye sahip olması ve bu nedenle yoğunluk yaşadıklarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Kartal (2017) da çalışmasında, özel hastanedeki çalışanların işe cezbolma düzeyini üniversite hastanelerine göre daha yüksek bulmuştur.

Doktora mezunu olan sağlık çalışanlarının lisans mezunu olan sağlık çalışanlarından daha yüksek düzeyde işe angaje olduğu görülmüştür. Özer ve arkadaşları (2015) çalışmalarında lisans altı eğitim düzeyine sahip sağlık çalışanlarının işe cezbolma düzeylerinin lisansüstü eğitime sahip personele göre daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Bu sonuçlar eğitim düzeyi artan, işine daha fazla emek veren çalışanların daha fazla işine bağlanabileceklerini düşündürmüş olsa da bu çalışmada işe devam alt boyutunda tam tersi bir anlamlılık daha olduğu görülmüştür. İşe devam alt boyutuna göre ön lisans mezunu sağlık çalışanlarının lisans mezunu olan sağlık çalışanlarından daha yüksek düzeyde işe angaje olduğu görülmüştür. Çankaya (2020) çalışmasında lise mezunu eğitim düzeyine sahip sağlık çalışanlarının, lisans mezunu çalışanlara göre daha düşük düzeyde işten ayrılma niyetinde olduğunu iletmiştir. Çınar ve arkadaşları (2016) çalışmalarında ise farklı olarak işten ayrılma niyetinin lise mezunu sağlık çalışanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Daha önce hiç tıbbi hata yapmadığını belirten sağlık çalışanlarının, bir kez ve birkaç kez tıbbi hata yaptığını belirten sağlık çalışanlarından daha yüksek düzeyde işe angaje oldukları görülmüştür. Çünkü daha önce hiç tıbbi hata yapmamış sağlık çalışanları, genellikle daha tecrübeli, kendine güvenen ve iyi bir profesyonel itibara sahip bireyler olduğu düşünülmektedir. Bu tecrübe, özgüven ve itibarın ise sağlık çalışanlarının işe olan bağlılıklarını artırması ve daha yüksek düzeyde işe angaje olma eğilimlerini desteklemesi beklenmektedir.

Şiddet görmediğini ileten sağlık çalışanlarının, birkaç kez ve sık sık şiddet gördüklerini ileten sağlık çalışanlarına göre daha yüksek düzeyde işe angaje oldukları görülmüştür. Çalışmadaki bu bulgu sağlık çalışanlarının şiddet görmelerinin işlerine karşı besledikleri duygu durumlarına etki ettiğini göstermektedir. Magnavita ve Heponiemi (2012) çalışmalarında sağlık çalışanlarında fiziksel ve fiziksel olmayan şiddetin öfke, hayal kırıklığı, kaygı, sıkıntı ve iş değiştirme gibi sonuçlara yol açtığından bahsetmiştir. Estryin-Behar ve arkadaşları (2008) da sağlık çalışanlarının şiddete karşı gösterdiği tepkilerin mesleği bırakma ve çalıştıkları kurumu değiştirme niyeti olduğundan söz etmiştir. Canton ve arkadaşları (2009) ise sağlık çalışanlarının şiddet görmeleri ile iş tatminlerinin düşük olması arasında ilişki olduğunu iletmişlerdir.

Üniversite hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının, devlet ve özel hastanelerinde görev yapan sağlık çalışanlarına göre şiddet önleme iklimine yönelik daha olumsuz algıları olduğu görülmüştür. Bu durumun üniversite hastanelerinin mevcut yapısından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Üniversite

hastaneleri sağlık hizmeti vermenin yanı sıra, eğitim ve öğretim faaliyetleri veren, teşhis ve tedavi yöntemlerini araştıran kompleks hastanelerdir. Bütün yasal yetkilerin tek elde de toplanmasıyla birlikte yönetsel olarak zorlayıcı bir hal almaktadır (Gülaçar, 2020).

Kadın sağlık çalışanlarının erkek sağlık çalışanlarına göre daha olumlu şiddet önleme iklimi algıları olduğunu göstermiştir. Ancak Malezya'da 162 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilen çalışmada bizim çalışmamızın aksine; kadın sağlık çalışanlarının erkek sağlık çalışanlarına kıyasla şiddet önleme iklimi algı puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür (Mohamad Yazid ve ark., 2023). Tuncer (2018) de Güvenlik İklimi Ölçeği kullanarak 1023 sağlık çalışanı ile gerçekleştirdiği çalışmada erkeklerin yönetim yaklaşımı ortalamalarının kadınlardan daha yüksek olduğunu görmüştür.

Çalışmamız tıbbi hata yapmamış sağlık çalışanlarının tıbbi hata yapan sağlık çalışanlarına göre kurumlarındaki şiddet önleme iklimine daha fazla güvendiğini ve etkili bulduğunu göstermiştir. Tıbbi hataların artışı ile sağlık çalışanlarının şiddet görmeleri ilişkilendirilen kavramlardır (Roche ve ark., 2010). Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının şiddet önleme iklimini daha dikkatli incelemesi ve hassas olmaları öngörülmektedir.

Sağlık çalışanlarının şiddet görme miktarı arttıkça şiddet önleme iklimine olan algı puanlarının düştüğü görülmüştür. Bu sonucun, şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının örgütsel güvenlerinin azalabileceği olasılığında kaynaklandığı düşünülmektedir. Nitekim literatürde de şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının örgütsel desteği yetersiz buldukları görülmüştür (Zhao ve ark., 2015) (Magnavita ve Heponiemi, 2012).

Son olarak sağlık çalışanlarının şiddet önleme iklimine yönelik algılarının işe angaje olma düzeylerine etki ettiği görülmüştür. Sağlık çalışanları, şiddet önleme iklimi algıları daha olumlu olduğunda, kendilerini daha güvende hissedeceklerdir. Bu güvenlik hissi, işe angaje olma düzeylerini artıracaktır. Çünkü çalışanlar güvende oldukları bir ortamda daha rahat ve daha motive olarak çalışacaklardır. Ayrıca şiddet önleme iklimi algısı olumlu olan sağlık çalışanları, yönetim ve meslektaşlarından daha fazla destek alabileceğini düşünebilirler. İyi bir iletişim ve destek ağı ise çalışanların işe angaje olma düzeylerini artıracaktır. Sağlık çalışanlarının işe angaje olamaması hem çalışanlar hem sağlık kuruluşları hem de toplum için ciddi sonuçlar doğurabilmektedir. En önemli sonuçlarından biri ise sağlık çalışanlarının performansını olumsuz anlamda etkilemesidir (Ersin, 2021). Bu nedenle sağlık çalışanlarının işe angaje olma düzeylerinin etkilenmesi toplum sağlığını da etkileme riski taşıdığı düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık çalışanlarının şiddet önleme iklimini olumlu algılamasının işe angaje olma düzeylerini arttırdığı görülmüştür. Ancak bu ilişkinin düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle işe angaje olma düzeyini etkileyen diğer faktörlerin de mutlaka göz önünde bulundurulması gereklidir. Çünkü işe angaje olmanın artışı çalışanların işlerine bağlı olmalarını, motivasyonlarını yüksek tutmalarını ve en önemlisi performanslarını artırmalarını sağlamaktadır. Sağlık çalışanlarının performansını gösterdiği alan sağlık hizmetidir. Söz konusu insan sağlığı olmasından dolayı sağlık çalışanının işe angaje olmasını sağlamak oldukça elzemdir. Şiddeti oldukça fazla yaşayan sağlık sektöründe şiddet önleme ikliminin titizlikle oluşturularak olumlu bir iklimin sağlanması ve sağlık çalışanlarının işe angaje olma düzeylerinin yükseltilmesi hedeflenmelidir. Bu hedefler doğrultusunda geliştirilen öneriler aşağıda sunulmuştur:

- Sağlık çalışanlarının iş yükü adil bir şekilde dağıtılmalı ve ilgili yerlere yeterli sayıda sağlık çalışanı görevlendirilmelidir.
- Sağlık çalışanlarının çalışma saatleri etkili ve verimli olacakları şekilde düzenlenmelidir. Çalışanların iş-yaşam dengesi desteklenmelidir.
- Çalışanların fikirlerine değer verilmesi, projelerde ve politika oluşturma süreçlerinde aktif olarak yer almaları teşvik edilmelidir.
- Sağlık çalışanlarına sürekli mesleki eğitim ve gelişim fırsatları sunularak, çalışanların bilgi ve becerilerini güncel tutmaları sağlanmalıdır.
- Eğitim düzeyi düşük olan sağlık çalışanlarına eğitim bursları ile eğitim seviyelerini yükseltme imkanı tanımlanabilir.
- Kurumlarda şiddete maruz kalan veya etkilenen sağlık çalışanları için psikolojik, danışmanlık, hukuki destek gibi destek hizmetleri sunulmalıdır.

-Sağlık çalışanlarına şiddetle başa çıkma becerileri, iletişim stratejileri ve sınırların belirlenmesi konularında sıklıkla eğitim desteği sunulmalıdır.

- Kurumlar şiddet olaylarının en çok hangi birimde, neyden kaynaklı yaşandığı gibi detayları takip etmelidir. Şiddet olaylarının etkili bir şekilde raporlanması ve izlenmesi için bir sistem oluşturmalıdır. Elde edilen sonuçlara göre önlemler geliştirmelidir.

-Şiddet önleme politika ve prosedürleri düzenli olarak gözden geçirilmeli ve güncellenmelidir. Bu politikalar, şiddetin kabul edilemez olduğunu vurgulamalı, raporlama süreçlerini açıklayarak çalışanlara güvence

sağlamalı ve şiddeti önlemek için alınacak önlemleri belirlemelidir.

-Kurum içinde açık ve etkili iletişim kanalları kurulmalı ve çalışanlar arasında iş birliği teşvik edilmelidir.

-Üst düzey yöneticiler şiddetin kabul edilemez olduğunu vurgulayan bir liderlik yaklaşımı benimsemelidir.

-Çalışanların şiddet önleme iklimi hakkındaki görüşleri ve deneyimleri düzenli olarak toplanmalıdır. Mevcut politika ve uygulamaların etkinliğini değerlendirmek ve iyileştirmeler yapmak için kullanılmalıdır.

-Şiddetin önlenmesine katkıda bulunan, prosedürlere uygun hareket eden sağlık çalışanları ödüllendirilmelidir.

Bu öneriler, her kurumun özel ihtiyaçları ve koşulları göz önünde bulundurularak uyarlanmalıdır. Çalışmada, üniversite hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının işe angaje olma düzeylerinin ve şiddet önleme iklimi algılarının diğer kurumlara göre daha düşük olduğu bulgularına ulaşılmıştır. Bu nedenle, özellikle üniversite hastanesi yönetiminin ilgili konularda daha fazla çaba göstermesi gerekmektedir. Aynı zamanda, şiddetin önlenmesi ve işe angaje olma düzeyinin artırılması sürekli bir çabayı gerektirir ve tüm paydaşların katılımını içermelidir.

Literatür incelendiğinde bu konuda yeteri kadar çalışma yapılmadığı görülmüştür. İl bazında değil daha geniş örneklem grubu belirlenerek şiddet önleme iklimi ölçümünün yapılması ve çalışanlarına etkilerinin her yönüyle incelenmesine ihtiyaç vardır. Ayrıca sağlık çalışanlarının işe angaje olma durumlarını etkileyen diğer faktörlerinde tespit edilmesi gereklidir. Bu anlamda çalışmada elde edilen bulguların genellenmesi mümkün olmasa da sağlık yöneticilerine önemli çıkarımlar sunacağı ve literatüre katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Arslan, E. T., & Demir, H. (2017). İşe Angaje Olma ve İş Tatmini Arasındaki İlişki: Hekim ve Hemşireler Üzerine Nicel Bir Araştırma. *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 24(2), 371-389.
- Canton A.N., Sherman M.F., Magda L.A., Westra L.J., Pearson J.M., Raveis V.H. & Gershon R.R. (2009). Violence, job satisfaction, and employment intentions among home healthcare registered nurses. *Home Health Nurse*. 27 (6): 364-73.
- Çankaya, M. (2020). Hastane çalışanlarındaki iş stresinin işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisi. *Business and Management Studies: An International Journal*, 8(1), 121 – 143.
- Çınar, F., Şengül, H., & Genç Koyucu, R. (2016). Hastane çalışanlarının öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(44), 1039-1046.
- Dursun, S., Başol, O. & Aytaç, S. (2020). Şiddet Önleme İklimi Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Journal of Economy Culture and Society*.

- Ersin, F. (2021). Sağlık çalışanlarında işe angaje olmanın iş performansına etkisi: Darülaceze Başkanlığı örneği (Master's thesis, Biruni Üniversitesi).
- Estryn-Behar M., van der Heijden B., Camerino D., Fry C., Le Nezet O, Conway P.M. & Hasselhorn H.M. (2008). Violence risk in nursing-results from the European "NEXT" Occup Med., 58: 107-114.
- Gök, S. (2009). Örgüt İkliminin Çalışanların Motivasyonuna Etkisi Üzerine Bir Araştırma. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 6(2), 587-605.
- Gülaçar, İ. (2020). Sağlık Hizmetlerinde Üniversite Hastanelerinin Yönetim Şekilleri ve Yeni Bir Model Önerisi. ETÜ Sentez İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, (2), 61-86.
- Güvener D, Aytakin M, Bağcı E (2023). COVID-19 Pandemisi Sonrası Sağlık Çalışanlarının Şiddet Algısı. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 22(3), 912-931.
- Hoşgör H., & Türkmen İ. (2021). Bitmeyen Çile: Sağlıkta Şiddet (Medimagazin Haber Portalı Üzerinden Bir Araştırma). İzmir Democracy University Health Sciences, 4(2), 192-211.
- Karagöz, Y. (2021). SPSS-AMOS-META Uygulamalı Biyo İstatistiksel Analizler. 3. Basım.
- Kartal, N. (2017). Sağlık çalışanlarında işe cezbolma: Üniversite, Kamu ve Özel Hastanelerde Bir Uygulama. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 20(3), 329-345.
- Köse, A. (2015). İşe Angaje Olma ile Örgütsel Destek Algısı ve Örgüt İklimi Arasındaki İlişki, Zirve Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora tezi, Gaziantep.
- Küçüközkan, Y. (2015). Liderlik ve Motivasyon Teorileri: Kuramsal Bir Çerçeve. Uluslararası Akademik Yönetim Bilimleri Dergisi, 1 (2), 86-115
- 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.
- Mento, C., Silvestri, M. C., Bruno, A., Muscatello, M. R. A., Cedro, C., Pandolfo, G., & Zoccali, R. A. (2020). Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. Aggression and Violent Behavior, 51, 101381.
- Mohamad Yazid, M. N., Nik Husain, N. R., Daud, A., Osman, Y., Mustapa, N., & Abdul Hadi, A. (2023). Perception and Practice of Workplace Violence Prevention and Its Associated Factors among Employers at Healthcare Facilities in Melaka, Malaysia. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(4), 2900.
- Myrvang, N., Ersin, F. & Sarıtaş, T. (2021). The Effect Of Work Engaged In Healthcare Professionals On Work Performance: Example Of The Presidency Of Darulaceze. Eurasian Academy of Sciences Social Sciences Journal, 37(1), 131-146
- Özer, Ö., Saygılı, M., & Uğurluoğlu, Ö. (2015). Sağlık çalışanlarının işe cezbolma düzeylerinin belirlenmesine ilişkin bir araştırma. Business & Management Studies: An International Journal, 3(3), 261-272.
- Roche, M., Diers, D., Duffield, C., & Catling Paull, C. (2010). Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. Journal of Nursing Scholarship, 42(1), 13-22.
- Saines JC. (1999) Violence and aggression in A & E: recommendations for action. Accid Emerg Nurs. ;7(1):8-12.
- Spector, P. E., Coulter, M. L., Stockwell, H. G., & Matz, M. W. (2007). Perceived Violence Climate: A New Construct And Its Relationship To Workplace Physical Violence And Verbal Aggression, And Their Potential Consequences. Work & Stress, 21(2), 117-130.
- Tabachnick, B.G & Fidell, L.S, Using Multivariate Statistics(6th edition). Boston: Pearson. 2013.
- Tuncer, T. (2018). Sağlık çalışanlarında güvenlik iklimi ve kurumsal bağlılık arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- WHO. (2021, Mayıs 31). Definition and typology of violence. Dünya Sağlık Örgütü. <https://www.who.int/groups/violence-prevention-alliance/approach>
- Yıldız, M. S. (2019). Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Ankara İlinde Araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1): 135-156
- Zhao, S., Liu, H., Ma, H., Jiao, M., Li, Y., Hao, Y., ... & Qiao, H. (2015). Coping with workplace violence in healthcare settings: social support and strategies. International journal of environmental research and public health, 12(11), 14429-14444.