

**T.C. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
YÖNETİM VE ORGANİZASYON BİLİM DALI**

**SAĞLIK KURUMLARINDA ŞİDDET VAKALARINI ENGELLEME
YÖNÜNDE ÇATIŞMA YÖNETİMİ TARZLARI, ÖZ LİDERLİK VE
İLETİŞİM BECERİLERİNİN ROLÜ: HEKİMLER ÜZERİNE BİR
ARAŞTIRMA**

DOKTORA TEZİ

GAMZE KAĞAN

Kocaeli-2021

**T.C. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
YÖNETİM VE ORGANİZASYON BİLİM DALI**

**SAĞLIK KURUMLARINDA ŞİDDET VAKALARINI ENGELLEME
YÖNÜNDE ÇATIŞMA YÖNETİMİ TARZLARI, ÖZ LİDERLİK VE
İLETİŞİM BECERİLERİNİN ROLÜ: HEKİMLER ÜZERİNE BİR
ARAŞTIRMA**

DOKTORA TEZİ

GAMZE KAĞAN

DANIŞMAN: PROF. DR. AYŞE GÜNSEL

Tezin Kabul Edildiği Enstitü Yönetim Kurulu Karar ve No: 27/10/2021-22

KOCAELİ-2021

ÖNSÖZ

Sağlık kurumlarında yaşanan şiddet vakalarının hekimlerin bazı örgütsel davranışları (öz liderlik, çatışma yönetimi ve iletişim becerileri) ile ilişkisini inceleyen bu tez çalışması aslında neden “Şiddetsiz İletişim” kurulamadığının açıklamasını yapmaya çalışmıştır. Rosenberg’in (2021) geliştirdiği “Şiddetsiz İletişim”; özümüzü açık kalple tam ifade edebilme, karşımızdaki insanı merak ederek bağlantı kurmaya ve anlamaya çalışmak, bir nevi ilişki kurma sanatı olarak açıklanmaktadır.

Sevginin yoksunluğunda ortaya çıkan ve günümüzün en önemli sorunlarından olan şiddet konusuna değinmeden önce kalpten sevgiden bahsederek sözlerime başlamak isterim. Bugüne kadar bana kalpten yaşamayı öğreten, yaşatan ve böylelikle bu tez çalışmamı gerçekleştirebilmeme vesile olan kıymetli büyüklerime ve sevdiklerime kalpten teşekkür etmeyi bir borç bilirim.

En başta akademik pusulam olarak gördüğüm kıymetli Prof. Dr. Ayşe GÜNSEL hocama; doktora eğitimimin her aşamasında özellikle tez yazma sürecimde motive edici, geliştirici ve çözüm odaklı rehberliğinden ötürü sonsuz şükranlarımı sunarım.

Doktora eğitim sürecimde akademik anlamda ve tez çalışmamda engin bilgi ve görüşleri ile rehberlik eden Prof. Dr. Hülya GÜNDÜZ ÇEKMECELİOĞLU hocama, görüş ve önerileri ile bilimsel bir bakış açısı kazandıran ve çalışmama zenginlik katan Doç. Dr. Serdar BOZKURT hocama, doktora eğitim sürecimde ve tez çalışmamın tamamlanmasında engin bilgi ve deneyimleri ile katkıda bulunan Prof. Dr. Muhsin HALİS hocama, doktora eğitimimde bilgi ve tecrübelerinden ufkumu genişleten Doç. Dr. Esra ALNIAÇIK hocama ve tez savunma jürimde yer alarak çalışmamın tamamlanmasında çok kıymetli katkılarda bulunan Doç. Dr. Ali ACARAY hocama şükranlarımı sunarım.

Akademisyen olabilme yolumun başından beri engin bilgisi ve tecrübeleriyle her anlamda ufkumu açan yüksek lisans tez danışmanım Prof. Dr. Mehmet ZELKA hocam ve ilk akademik çalışmalarımı birlikte yaptığım, yüksek lisans eğitimimden bugüne

dek her daim motive eden ve destekleyen Dr. Öğretim Üyesi Mehmet Tolga TANER hocama da şükranlarımı sunarım.

Ayrıca tez çalışmamın ön araştırmasında görüş fikirlerinden yararlanarak tez çalışmamın ilerleyişinde çok büyük katkıları olan çok kıymetli hekim hocalarım Prof. Dr. Ömer IŞIK, Doç. Dr. Sezai ÇELİK, Uzm. Dr. Mehmet Lütfi HOCAOĞLU, Uzm. Dr. Sami İLHAN, Uzm. Dr. Banu TUFAN ve Uzm. Dr. Meryem KAYDER ve babam Uzm. Dr. Mehmet KAĞAN'a şükranlarımı sunmak isterim.

Ve tez çalışmamda akademik bilgileri ile yapıcı eleştirilerini sunarak destek olan dostlarım Dr. Öğretim Üyesi Abdulkadir ERTAŞ ve kardeşim Uzman Klinik Psikolog Gaye KAĞAN başta olmak üzere doktora eğitim süresince destek olan meslektaş dostlarıma sonsuz şükranlarımı sunarım.

Ve ilkokuldan bugüne kadar ki tüm eğitim hayatım boyunca bana değer katan değerli hocalarımın hepsine ve hayatıma renk katan tüm sevdiklerime sonsuz şükranlarımı sunarım.

Son sözlerimi de en değerlilerim ile bitirmek isterim. Hayatımdaki ilk ve en değerli öğretmenlerim annem ile akademiye ve sağlık sektörüne ilgi duymama vesile olan babama ve çok değerli kardeşlerime ve yeğenlerime sonsuz şükranlarımı iletmeyi bir borç bilirim.

Gamze KAĞAN

Kocaeli, 2021

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|------|
| ÖNSÖZ..... | i |
| İÇİNDEKİLER | iii |
| ÖZET..... | vii |
| ABSTRACT | viii |
| KISALTMALAR | ix |
| ŞEKİLLER | xi |
| TABLolar | xii |
| GİRİŞ | 1 |
| BİRİNCİ BÖLÜM..... | 7 |
| 1. KAVRAMSAL ÇERÇEVE | 7 |
| 1.1. SAĞLIK KURUMLARINDA ŞİDDET | 7 |
| 1.1.1. Şiddet Kavramı..... | 7 |
| 1.1.2. Şiddet Türleri..... | 8 |
| 1.1.2.1. Fiziksel Şiddet | 8 |
| 1.1.2.2. Psikolojik Şiddet..... | 8 |
| 1.1.2.3. Sözel Şiddet..... | 9 |
| 1.1.3. Şiddetin Nedenleri | 10 |
| 1.1.3.1. Biyolojik Nedenler | 11 |
| 1.1.3.2. Psikolojik Nedenler | 11 |
| 1.1.3.3. Toplumsal Nedenler | 12 |
| 1.1.3.4. Çevresel Nedenler | 13 |
| 1.1.4. Sağlık Kurumlarında Şiddet | 13 |
| 1.1.4.1. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Nedenleri | 14 |
| 1.1.4.2. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Sonuçları..... | 15 |
| 1.2. ÇATIŞMA YÖNETİMİ..... | 16 |
| 1.2.1. Çatışma Kavramı | 16 |
| 1.2.2. Çatışma Yaklaşımları | 17 |
| 1.2.2.1. Geleneksel Yaklaşım | 17 |
| 1.2.2.2. Davranışsal Yaklaşım..... | 18 |
| 1.2.2.3. Etkileşimci Yaklaşım | 18 |
| 1.2.3. Çatışma Türleri..... | 18 |

| | |
|--|-----------|
| 1.2.4.1. Kişiler Arası Çatışma | 20 |
| 1.2.3.2. Fonksiyonel Olmayan Çatışma | 20 |
| 1.2.3.3. Fonksiyonel Çatışma | 20 |
| 1.2.3.4. Algılanan Çatışma | 21 |
| 1.2.3.5. Hissedilen Çatışma | 21 |
| 1.2.4. Çatışma Nedenleri | 21 |
| 1.2.4.1. İletişim Sorunları | 21 |
| 1.2.4.2. Kişilik Farklılıkları | 22 |
| 1.2.4.3. Algılama Farklılıkları | 22 |
| 1.2.4.4. Amaç Farklılıkları | 22 |
| 1.2.4.5. Çıkar Farklılıkları | 23 |
| 1.2.4.6. Statü Farklılıkları | 23 |
| 1.2.4.7. İşler Arası Fonksiyonel Karşılıklı Bağlılık | 23 |
| 1.2.4.8. Belirli (Ortak) Kaynakların Paylaşılması | 23 |
| 1.2.4.9. Yönetim Alanında Belirsizlik | 24 |
| 1.2.4.10. Değişen Koşulların Öngördüğü Yeni Nitelikler | 24 |
| 1.2.5. Çatışma Yönetim Tarzları | 24 |
| 1.2.5.1. Rekabet | 26 |
| 1.2.5.2. Kaçınma | 26 |
| 1.2.5.3. Uyma | 27 |
| 1.2.5.4. Uzlaşma | 27 |
| 1.2.5.5. İş Birliği | 28 |
| 1.3. ÖZ LİDERLİK | 29 |
| 1.3.1. Öz Liderlik Kavramı | 29 |
| 1.1.3.2. Öz Liderlik Boyutları | 30 |
| 1.3.2.1. Davranış Odaklı Stratejiler | 31 |
| 1.3.2.2. Doğal Ödül Stratejileri | 33 |
| 1.3.2.3. Yapıcı Düşünce Kalıbı Stratejileri | 33 |
| 1.3.3. Sağlık Kurumlarında Öz Liderlik | 35 |
| 1.4. İLETİŞİM BECERİLERİ | 37 |
| 1.4.1. İletişim Kavramı | 37 |
| 1.4.2. İletişim Sürecinin Temel Öğeleri | 39 |
| 1.4.2.1. Kaynak (Gönderici) | 39 |
| 1.4.2.2. Mesaj | 39 |
| 1.4.2.3. Kanal | 40 |

| | |
|---|-----------|
| 1.4.2.4. Alıcı | 40 |
| 1.4.2.5. Geri Bildirim | 40 |
| 1.4.2.6. Gürültü..... | 40 |
| 1.4.3. İletişim Becerileri | 41 |
| 1.4.4. Sağlık Kurumlarında İletişim Becerileri | 42 |
| İKİNCİ BÖLÜM | 44 |
| 2. KURAMSAL ÇERÇEVE (HİPOTEZ GELİŞTİRME) | 44 |
| 2.1. Sağlık Kurumlarında Öz Liderlik ile Şiddet İlişkisi..... | 44 |
| 2.2. Sağlık Kurumlarında Çatışma Yönetim Tarzları ile Şiddet İlişkisi | 47 |
| 2.3. Sağlık Kurumlarında Öz Liderlik Becerileri ile Çatışma Yönetim Tarzları İlişkisi | 52 |
| 2.4. Sağlık Kurumlarında Öz Liderlik ile Şiddet İlişkisinde İletişim Becerilerinin Düzenleyici Rolü | 56 |
| ÜÇÜNCÜ BÖLÜM | 60 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | 60 |
| 3.1. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ | 60 |
| 3.1.1. Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri..... | 60 |
| 3.1.2. Araştırma Modeli | 60 |
| 3.1.3. Veri Toplama Tekniği ve Kullanılan Ölçekler..... | 61 |
| 3.1.3.1. Anket Genel Bilgi Formu | 62 |
| 3.1.3.2. Sağlıkta Şiddet Ölçeği | 63 |
| 3.1.3.3. Çatışma Yönetimi Ölçeği | 63 |
| 3.1.3.4. Öz Liderlik Ölçeği..... | 64 |
| 3.1.3.5. İletişim Becerileri Ölçeği | 64 |
| 3.1.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi | 64 |
| 3.1.5. Araştırmanın Etik Boyutu | 65 |
| 3.1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları | 65 |
| 3.1.7. Nitel Araştırma Çalışması | 66 |
| 3.1.8. Nicel Araştırma Çalışması..... | 68 |
| DÖRDÜNCÜ BÖLÜM | 69 |
| 4. BULGULAR | 69 |
| 4.1. Nitel Araştırma Bulguları | 69 |
| 4.2. Nicel Araştırma Bulguları | 77 |
| 4.2.1. Pilot Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi | 77 |
| 4.2.1.1. Güvenilirlik Analizi..... | 77 |
| 4.2.1.2. Faktör Analizi..... | 78 |

| | |
|---|------------|
| 4.2.2. Hedef Grup (Örneklem) Uygulama Bulguları..... | 80 |
| 4.2.2.1. Demografik Bulgular..... | 80 |
| 4.2.2.2. Geçerlilik ve Güvenilirlik..... | 83 |
| 4.2.2.3. Faktör Analizi..... | 84 |
| 4.2.2.4. Fornell ve Larcker Ayrışma (Diskriminant) Analizi..... | 91 |
| 4.2.2.5. İkinci Düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi..... | 91 |
| 4.2.2.6. Hipotez Testleri..... | 92 |
| 4.2.2.7. Yapısal Model Uyum İndisleri..... | 96 |
| BEŞİNCİ BÖLÜM..... | 98 |
| 5. TARTIŞMA..... | 98 |
| SONUÇ ve ÖNERİLER..... | 102 |
| KAYNAKÇA..... | 107 |
| EK 1 –ANKET FORMU..... | 121 |
| EK 2 –ETİK İZİN FORMU..... | 126 |
| ÖZGEÇMİŞ..... | 127 |

ÖZET

Son yıllarda sağlık kurumlarında şiddet vakalarının arttığı ve şiddete dönüşebilme potansiyeline sahip çatışmalarda izlenen çatışma yönetimi tarzlarının ise şiddet vakalarında etkili bir faktör olduğu görülmektedir. Sağlık kurumlarında kaçınılmaz olan çatışmaları irrasyonel davranışlar gösteren hastalardan daha çok, hekimlerin yönetebilmeleri söz konusudur. Bu noktada da öz liderlik ve iletişim becerilerine sahip çalışanların şiddet vakalarını azaltabileceği öngörülmektedir. Bu tez çalışması kapsamında hekimlerin öz liderlik becerilerinin ve çatışma yönetimi tarzlarının sağlık kurumlarındaki şiddet vakalarını engelleme yönündeki potansiyelini ve hekimlerin öz liderlik becerileri ile şiddet vakaları arasındaki ilişkide iletişim becerilerinin düzenleyici rolünü açıklayan bir model sunularak literatüre katkıda bulunulması hedeflenmektedir. Bu amaçla önce nitel araştırma kapsamında hekimlerle yarı yapılandırılmış mülakat gerçekleştirilmiştir. MAXQDA nitel analiz programı ile değerlendirilen araştırma sonuçları, hem araştırma modelini şekillendirmede hem de sonrasında yapılan nicel araştırmanın bulgularını açıklamada kullanılmıştır. Nicel araştırma kapsamında 285 adet hekimden toplanan veri SmartPLS yapısal eşitlik modellemesi programı ile istatistiksel analize tabi tutulmuştur. Böylece araştırma problemlerine hem nitel hem de nicel araştırma yöntemiyle kapsamlı bir şekilde cevap aranmıştır. Araştırma bulguları; öz liderlik becerileri yüksek olan hekimlerin çatışma yönetim tarzlarından uzlaşma ve iş birliği tarzlarını daha fazla kullandığını ve hekimlerin çatışmalarda iş birliği çatışma yönetim tarzını tercih ettiklerinde şiddet vakalarının azaltılabileceğini, ancak kaçınma ve rekabet çatışma yönetim tarzlarını tercih ettiklerinde şiddet vakalarını daha da artabileceğini göstermektedir. Bu sonuçlardan yola çıkarak sağlık kurumlarında şiddet vakalarının azaltılıp, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması için hekimlerin çatışma yönetimi, öz liderlik ve iletişim becerileri gibi sosyal becerilerini geliştirebilecekleri eğitim programları almaları hatta bu konuların tıp eğitimi içerisine dâhil edilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Sağlıkta Şiddet, Çatışma Yönetimi Tarzları, Öz Liderlik, İletişim Becerileri, Sağlık Hizmetleri Yönetimi

ABSTRACT

In recent years, it has been observed that the incidence of violence in health institutions has increased and the conflict management styles followed in managing conflicts, that can turn into violence, are influential factors in violent cases. Healthcare professionals are more likely to manage conflicts, that are inevitable in healthcare institutions, rather than patients who display irrational behaviors. We predicts that employees with self-leadership and communication skills can reduce the incidence of violence by effectively managing the conflict. Within the scope of this thesis, we aim to contribute to the literature by presenting a model that explains the potential of physicians' self-leadership skills and conflict management styles to reduce or prevent violence in health institutions and the regulatory role of physicians' communication skills in the relationship between physicians' self-leadership skills and violence cases. For this purpose, firstly we conducted semi-structured interviews on physicians about conflict management and violence. We used the results semi-structured interview, by the MAXQDA qualitative analysis program, both to shape the research model and to explain the quantitative findings of the quantitative research conducted afterwards. The data collected from 285 physicians within the scope of the quantitative research were subjected to statistical analysis with the SmartPLS structural equation modeling program. Thus, a comprehensive answer to the research problems seek with qualitative and quantitative research methods. Research findings; physicians with high self-leadership skills use the conflict management styles of compromise and cooperation more and cases of violence can be reduced when physicians prefer cooperative conflict management style in conflicts, but cases of violence may increase further when they prefer avoidance and competitive conflict management styles. Based on these results, we recommend physicians to take training programs to improve their social skills such as conflict management self-leadership and communication skills, and even include these subjects in medical education in order to both reduce the incidence of violence in health institutions and increase the quality of health services.

Key words: Violence in Health, Conflict Management Styles, Self-Leadership, Communication Skills, Health Services Management

KISALTMALAR

AVE: Hesaplanan Ortalama Varyans (Average Variance Extracted)

CR: Bileşik Güvenilirlik (Composite Reliability)

DAVO: Davranış Odaklı Öz Liderlik Becerisi

DÖDÜL: Doğal Ödül Öz Liderlik Becerisi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

FŞ: Fiziksel Şiddet Türü

ILO: Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Organization)

İSB: İş birliği Çatışma Yönetim Tarzı

KÇNM: Kaçınma Çatışma Yönetim Tarzı

NICE: Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü

OSHA: İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetimi (Occupational Safety and Health Administration)

OZL: Öz Liderlik

PŞ: Psikolojik Şiddet Türü

RKBT: Rekabet Çatışma Yönetim Tarzı

SŞ: Sözel Şiddet Türü

TDK: Türk Dil Kurumu

TKI: Thomas-Kilmann Çatışma Modu Aracı

UYMA: Uyma atışma Yönetim Tarzı

UZLş: Uzlaşma atışma Yönetim Tarzı

YDM: Yapıcı Düşünce Modeli Öz Liderlik Becerisi



ŞEKİLLER

| | |
|---|----|
| Şekil 1. Ekolojik Modelde Şiddeti Etkileyen Faktörler | 10 |
| Şekil 2. Araştırma Modeli | 61 |
| Şekil 3. Öz Liderliğin İkinci Düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi..... | 92 |
| Şekil 4. Yapısal Yol (Path) Model | 93 |



TABLULAR

| | |
|---|----|
| Tablo 1. Esaslarına Göre Çatışma Türleri..... | 19 |
| Tablo 2. Yarı Yapılandırılmış Mülakatta Oluşturulan Kategoriler ve Kodları..... | 67 |
| Tablo 3. Yarı Yapılandırılmış Mülakatın Ana Kategorilerinin Bulguları..... | 70 |
| Tablo 4. Mülakat Kategorilerinin Alt Kod İstatistiği..... | 70 |
| Tablo 5. Nitel Araştırma Birinci Soru Cevapları..... | 72 |
| Tablo 6. Pilot Çalışma Cronbach's Alpha Test Analiz Sonuçları..... | 78 |
| Tablo 7. Sağlık Sektöründe Şiddet Ölçeği – KMO..... | 78 |
| Tablo 8. Çatışma Yönetimi Ölçeği – KMO..... | 79 |
| Tablo 9. Öz Liderlik Ölçeği – KMO..... | 79 |
| Tablo 10. İletişim Becerileri Ölçeği – KMO..... | 79 |
| Tablo 11. Katılımcıların Demografik Özellikleri..... | 80 |
| Tablo 12. Cronbach Alfa, Bileşik Güvenilirlik ve Hesaplanan Ortalama Varyans Değerleri..... | 83 |
| Tablo 13. Öz Liderlik Ölçeği Faktör Analizi..... | 84 |
| Tablo 14. Çatışma Yönetimi Ölçeği Faktör Analizi..... | 85 |
| Tablo 15. İletişim Becerileri Ölçeği Faktör Analizi..... | 88 |
| Tablo 16. Şiddet Ölçeği Faktör Analizi..... | 89 |
| Tablo 17. Fornell ve Larcker Ayırma (Diskriminant) Analizi..... | 91 |
| Tablo 18. Yol Analizi (β ve P Değerleri)..... | 94 |
| Tablo 19. Yapısal Model Uyum İndisleri..... | 97 |

GİRİŞ

Günümüzde şiddet olayları başta medyada olmak üzere gündelik hayatta çeşitli şekillerde çok fazla görünür olmuştur. Şiddet olaylarının bu kadar fazla görünür olması ise şiddetin yanlış bir davranış olarak görülmemesine ve gerekli tepkilerin verilmemesine neden olmaktadır. Özellikle sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin gerek medyada, gerekse sağlık hizmeti alınan zamanlarda alışılacelmiş olaylar haline gelmiştir. Hem dünyada hem de Türkiye’de yaşanan şiddet olaylarındaki bu artışın en fazla sağlık sektöründe görülmesi sebebiyle sağlık kurumlarında şiddet uluslararası düzeyde önem verilen bir sorun haline gelmiştir. Sağlık kurumlarında şiddetle ilgili dünyada ve Türkiye’de pek çok bilimsel çalışmalar yapılmaktadır. Yapılan literatür çalışmalarının sonucunda sağlık kurumlarında şiddetin, şiddete en çok maruz kalan sağlık çalışanlarının davranışlarıyla ilişkili olduğu sonuçları ortaya çıkmaktadır. Gerek günlük hayatta sık sık karşılaşılan ve giderek artmakta olan şiddet olaylarının normal karşılanmaya başlanması, gerekse sağlık hizmetleri ile ilgili literatür çalışmalarında en büyük sorunlardan biri olarak görülmesi ve sorunun çözümleri arasında sağlık çalışanlarının tutum ve davranışlarının gösterilmesi sebepleriyle bu çalışmada sağlık kurumlarında yaşanan şiddet vakalarını engellenebilmesinde sağlık çalışanlarının çatışma yönetimi tarzları, öz liderlik becerileri ve iletişim becerileri ile olan ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır (Akyön, 2018; Arslan vd. 2018; Ashbury vd. 2001; Barbuto ve Xu, 2006; Flores vd. 2018; Gillespie vd. 2010; Haraway ve Haraway, 2005; Kim ve Sim, 2020; McKibben, 2017; Nørgaard vd. 2012; Papa ve Venella, 2013; Stewart vd. 2011).

İşyerinde şiddet; verimliliğin ve etkinliğin düşmesi, maliyetlerin yükselmesi ve çalışanların performansının azalması gibi olumsuz sonuçları beraberinde getirmektedir. Örgütsel anlamda olumsuz sonuçlara neden olan işyerinde şiddet olgusu; özellikle son yıllarda yöneticilerin çok sık

karşılaştıkları, bilim insanlarının da araştırmalarında yer vermeye başladıkları sorunlardan biridir (Akyön, 2018: 1). İşyerinde şiddet vakalarının en sık görüldüğü sektörlerden biri de sağlık sektörüdür. Sağlık kurumlarında son yıllarda şiddet olaylarının giderek artmakta olduğu ve bu durumun sağlık sektöründe ciddi sorunlara neden olduğu gözlenmektedir. Sağlık kurumlarında şiddet; sağlık personeli, hasta ve/veya hasta yakını tarafından sağlık personeline sözel şiddet (hakaret etme, tehdit etme), psikolojik şiddet (aşağılama, küçümseme) ve fiziksel şiddet (tekme, tokat atma, üzerine yürümek) gibi çeşitli davranışlarla gerçekleştirilmektedir. Bu şiddet davranışları ise sağlık personeli açısından riskli durumlar olarak belirtilmektedir (Kuruöz, 2016: 1). Uluslararası örgütlerin hazırladıkları raporlara göre şiddet olaylarının pek çoğunun sağlık kurumlarında ve sağlık çalışanlarına yönelik olduğu ifade edilmektedir (Arslan vd. 2018: 68). Nitekim işyerinde şiddet, özellikle hekimler açısından önemli bir endişe konusu olarak kabul edilmektedir (Saltman vd. 2006: 9). Dünyadaki bu durumun Türkiye’de de farklı olmayıp, sağlık sektöründeki en büyük sorunlardan bir tanesinin iş yerinde şiddet olayları olduğu görülmektedir (Akyön, 2018: 67).

Sağlık hizmetlerinin en büyük sorunlarından biri olan şiddet olayları, çatışma yönetimi ile yakından ilintilidir. Çatışma kendi içinde veya zarar veren veya zarar verme potansiyeline sahip kişiler arasında bir anlaşmazlık olarak da tanımlanabilir (Saltman vd. 2006: 9). İş yerinde şiddet ise kavga, ihtilaf veya anlaşmazlıkların yani çatışmaların sonucu olarak ortaya çıkmakta olup; bu çatışmaların etkin yönetilememesi şiddet olaylarını kaçınılmaz kılmaktadır. Son yıllarda özellikle sağlık kurumlarında çatışmaların giderek artan bir şekilde şiddete dönüşmekte olduğu görülmektedir. Şiddet vakalarındaki bu artışta, sağlık çalışanlarının ve sağlık hizmeti alan hasta ve hasta yakınlarının içinde buldukları olumsuz psikolojik ortamın da rolü mevcuttur (Akyön, 2008: 67).

Sağlık hizmetleri gerek dış çevreden hızla etkilenen, gerekse farklı disiplinleri bünyesinde barındıran dinamik ve karmaşık yapısı itibariyle pek

çok sorunları bir arada bulunduran bir sektördür. Böyle bir sistemde kaçınılmaz olarak ortaya çıkan çatışmayı tamamen ortadan kaldırmak mümkün olmamakla birlikte, en azından çatışmanın etkin bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir. Aksi takdirde sağlık hizmeti sunumu, hem hastalar hem sağlık personeli hem de sağlık kurumları açısından riskli hale gelebilecektir. Bu sebeple çatışma yönetimi üzerinde hassasiyetle durulması gerekmektedir. Bu noktada şiddete dönüşebilme potansiyeline sahip çatışmaların yönetiminde izlenen çatışma yönetimi tarzları etkili bir faktör olabilmektedir (Akyön, 2008: 84). Konu üzerine gerçekleştirilen araştırmalarda, hem hekimlerin hem de hemşirelerin çatışma yönetimi tarzlarından ağırlıklı olarak rekabet veya kaçınma tarzlarını kullanma eğiliminde oldukları ve tıbbi durumları yönetirken önleme ve erteleme tavırlarının ise hastanın durumunun kötüleşmesine hatta ölmesine neden olabilecek olumsuz sonuçlara yol açabildiği belirtilmektedir (Haraway ve Haraway, 2005: 12).

Sağlık kurumlarında kaçınılmaz olan çatışmaları yönetebilmek adına, rasyonel olmayan davranışlar göstermesi normal karşılanan hasta/hasta yakınlarından daha çok, sağlık çalışanlarının duygu ve davranışlarını yönetebilmeleri önem arz etmektedir. Duygu ve davranışların yönetiminde ise kişinin kendi kendini yönetmesi ile ilgili olarak öz liderlik becerisi göze çarpmaktadır. Öz liderlik; kişinin iç kontrolünü sağlama, endişe ve stresini azaltma ve öz-yeterliliğini artırma gibi olumlu etkileri olan bir beceridir (Stewart vd. 2011: 193). Öz liderlik becerilerine sahip bireylerin, diğerleriyle daha sağlıklı ve etkili iletişim kurabilecekleri öngörülmektedir.

İletişim, özellikle son yıllarda sağlık hizmetlerinde temel bir konu haline gelmiştir. Sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınları arasında yaşanan iletişim sorunları bu konuyu daha da önemli hale getirmektedir. İdeal bakım, tedavi ve meslekler arası iş birliği için etkin bir iletişimin önemi artık kabul görmektedir. Bu kabule rağmen, sağlık çalışanları ile hastalar ve ayrıca sağlık çalışanlarının kendi aralarındaki etkileşimlerde ciddi iletişim sorunları devam etmektedir. Hastalar tarafından bildirilen iletişim sorunları arasında; bilgi

eksikliği veya yanlış bilgi, bakım eksikliği, sağlık uzmanlarının hastaların ihtiyaçlarını ve beklentilerini karşılayamamaları, saygı ve katılım eksikliği örnek verilmektedir. Klinisyenler ise genellikle hastalarla iletişimde; hastaların güven eksikliği nedeniyle iletişimden kaçındıkları, hastaların endişeleri ve yaşadıkları sorunlar hakkında yeterli bilgi sağlayamadıklarını belirtmektedirler (Nørgaard vd. 2012: 90).

Sağlık kurumlarında şiddet ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde; bu araştırmaların çoğunluğunun psikolojik şiddet (mobbing) üzerine gerçekleştirildiği ve genellikle araştırma verisinin hemşirelerden toplandığı görülmektedir (Örn. Goris vd. 2016; Bedük ve Yıldız, 2016; Bardakçı ve Partlak Günüşen, 2014; Barbosa vd. 2011; Yıldırım ve Yıldırım, 2010; Çarıkcı ve Yavuz, 2009). Sağlık kurumlarında şiddet ile ilgili diğer çalışmalarda ise işyerinde şiddetin risk faktörleri, koruyucu stratejileri ve savunma stratejileri, hastaya göre şiddet, şiddet tecrübeleri, şiddetle ilgili tutum ve davranışlar, sağlıkta şiddet ile defansif tıp uygulamaları, sağlık çalışanlarının şiddet ile karşılaşma sıklığı ve sağlıkta şiddet ve medya gibi sağlıkta şiddet ile ilgili genel konular ele alındığı görülmektedir (Gillespie vd. 2010; Papa ve Venella, 2013; Kuruöz, 2016; Özcan vd. 2014; Sarıbyık, 2012; Şahin ve Dişsiz, 2009, Kaya vd. 2004; Yeşiltaş ve Erdem, 2018; Akça vd. 2014; Duğan, 2015; Serin vd. 2015; Yeşilbaş, 2016; Özcan ve Bilgin, 2011; Wand ve Coulson, 2006; McPhaul ve Lipscomb, 2004; Krug vd. 2002). Dolayısıyla sağlık yönetimi yazınında, özellikle hekimler noktasında, fiziksel şiddetin öncüllerine dair bir boşluk olduğu ortaya çıkmaktadır.

Sağlık kurumlarında çatışma ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde ise; araştırmaların çatışma yönetim tarzlarının stres, kişilerarası duyarlılık, kişilik özellikleri, liderlik, çatışma türleri, yönetsel etkileri, duygusal zekâ ve benlik, iş performansı gibi konularla ele alındığı görülmektedir (Haraway ve Haraway, 2005; Aydın, 2013; Erkuş ve Tabak, 2009; Hendel, 2005; Karcıoğlu ve Kahya, 2011; Khalid ve Fatima, 2016; Koç, 2017; Pavlakis vd. 2011; Shin, 2009; Sportsman ve Hamilton, 2007; Saltman vd. 2006; Sart, 2011;

Şahin, 2016). Yine bu çalışmanın bir diğer temel değişkeni olan öz liderlik becerilerine ilişkin olarak sağlık yönetimi literatürü araştırıldığında ise öz liderliğin örgütsel bağlılık, iş tatmini, iş performansı, iş özerkliği, kişisel faktörler, benlik imajı, örgütsel vatandaşlık, yenilikçilik gibi kavramlarla ilişkisinin incelendiği ortaya çıkmaktadır (Ergöz, 2018; Kayral, 2015; Kutanis, 2018; Uğurluoğlu vd. 2015; Min vd. 2009; Min vd. 2013). Bu çalışmanın düzenleyici değişkeni olan iletişim becerileri ile ilgili sağlık kurumlarında gerçekleştirilen az sayı çalışmanın çoğunlukla hemşireler üzerinde gerçekleştirildiği görülmektedir (Akcan, 2018; Ceylan, 2019; Duran, 2019; Albayrak, 2019; Çoraklı, 2019; Kök, 2016; Ökten, 2019). Tüm bu bahsedilenler ışığında sağlık yönetimi kapsamında özellikle hekimler üzerinde öz liderlik, çatışma yönetimi ve iletişim becerilerinin iş yerinde şiddet vakalarıyla ilişkileri bütünsel bir perspektiften inceleyen bir çalışmanın olmadığı gerçeği ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla bu tez çalışması kapsamında sağlık sektöründe öz liderlik becerisinin çatışma yönetimi tarzları üzerindeki etkileri ile; öz liderlik becerisi ve çatışma yönetiminin sağlık kurumlarında şiddet vakalarını engelleyebilmedeki potansiyellerinin hekimler kapsamında teorik ve ampirik olarak incelenmesi hedeflenmektedir. İlaveten hekimlerin iletişim becerilerinin, hekimlerin öz liderlik becerileri ile hekimlerin maruz kaldığı şiddet vakalarının sıklığı arasındaki ilişkideki düzenleyici rolünün ortaya konulması da araştırmanın bir diğer hedefini oluşturmaktadır. Bu amaçla kapsamlı bir literatür taramasının ardından önce nitel ardından da nicel araştırma metodolojisinden faydalanılmıştır. Nitel araştırma kapsamında sağlık kurumlarında çatışma yönetimi ve şiddet ile ilgili olarak hekimlerle yarı yapılandırılmış mülakat gerçekleştirilmiş; bu mülakatların sonuçları MAXQDA nitel analiz programı ile değerlendirilmeye tabi tutulmuştur. Nitel analiz bulguları, hem araştırma modelini şekillendirmede hem de nicel bulguları açıklamada kullanılmıştır. Bunu takiben ise 285 hekim üstünde gerçekleştirilen nicel araştırma yer almaktadır. 285 adet hekim üstünden toplanan veriler, SmartPLS yapısal eşitlik modellemesi programı ile istatistiksel analize tabi tutulmuş; böylece araştırma problemlerine hem nitel hem de nicel araştırma yöntemiyle kapsamlı bir şekilde cevap aranmıştır.

Tezin giriş bölümünde tezin konusu, amacı, hipotezleri ve önemi hakkında bilgi verilmiştir. İkinci bölümde ise teorik altyapı yer almakta olup; tezin kavramsal çerçevesini oluşturan şiddet, çatışma yönetimi, öz liderlik ve iletişim becerileri kavramları genel olarak açıklanmıştır. Üçüncü bölüm, hipotez geliştirme bölümüdür. Bu bölümde kuramsal çerçeve de kavramların birbirleri ile ilişkisi üzerine hipotez geliştirmeleri ele alınmıştır. Dördüncü bölüm, araştırma bölümüdür. Bu bölümde araştırma modeli, veri toplama tekniği, araştırma hipotezleri gibi araştırma yöntemi açıklanmaktadır. Beşinci bölüm, bulgular bölümüdür. Bu bölümde araştırma analizi sonucunda elde edilen bulguların sonuçları açıklanmıştır. Altıncı bölüm, tartışma bölümüdür. Bu bölümde araştırma sonuçları, geçmiş çalışmalar ve nitel görüşmeler de dikkate alınarak tartışılmaktadır. Son bölüm ise sonuç ve öneriler bölümüdür. Bu bölümde araştırmanın teorik ve araştırma sonuçlarından elde edilen bilgiler doğrultusunda bir değerlendirme yapılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. SAĞLIK KURUMLARINDA ŞİDDET

1.1.1. Şiddet Kavramı

Şiddetin geçmişine bakıldığında bu kavramın insanlık tarihi kadar eski olduğu görülmektedir. Şiddet gerek bireysel, gerekse toplumsal açıdan çok çeşitli bileşenleri olan karmaşık bir kavramdır (Serin vd., 2015: 110). Türk Dil Kurumu (TDK) şiddet kavramını; “Bir hareketin, bir gücün derecesi, sertlik”, “karşıt görüşte olanlara kaba kuvvet kullanma”, “kaba güç”, “duygu veya davranışta aşırılık” gibi farklı şekillerde açıklamaktadır (TDK, 2020). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün tanımına göre şiddet; kişinin kendisine, bir başkasına veya bir gruba karşı ölüm, yaralama, psikolojik zarar, gelişme geriliği ya da ihmal ile sonuçlanan kasıtlı güç kullanımı tehdididir (Krug vd. 2002: 1083).

İnsanlık tarihi kadar eski olan şiddet, hayatın her aşamasında çeşitli şekillerde karşılaşılan toplumsal ve evrensel bir olgudur. Bu sebeple şiddet kavramı psikoloji, sosyoloji, hukuk, siyaset gibi çeşitli bilim dallarında araştırılan ve açıklanmaya çalışılan bir olgu haline gelmiştir (Young, 2019: 1). DSÖ’nün çalışma grubu tarafından 1996 yılında hazırlanan raporda ise şiddet: “Yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişim bozukluğu veya yoksunluk ile sonuçlanan veya sonuçlanma olasılığı yüksek olan, kişinin kendisine, başka bir kişiye, bir gruba veya topluluğa yönelik tehdit ya da fiili fiziksel güç veya gücün kasıtlı kullanımı” olarak tanımlanmaktadır (Krug vd. 2002: 1083).

Şiddetin soyut bir kavram olması ve toplumsal durumlara göre farklılaşması sebebiyle üzerinde uzlaşılmış tek bir tanımı bulunmamaktadır (Sahip-Karakaş, 2020: 2). Genel itibariyle şiddet; kaba davranışı, aşırı duygu durumunu, fiziksel gücün kötüye kullanımı, son raddede bir varlığa ve topluma zarar veren durumları içermektedir. Sonuç itibariyle “bir varlığın fiziksel ve/veya psikolojik acı çekmesine

sebeup olan her türlü davranış” şiddet olarak kabul edilmektedir (Akyön, 2018: 3).

1.1.2. Şiddet Türleri

Şiddet çok taraflı bir olgu olması ve çoğu zaman ayrıştırılması zor olması itibariyle farklı şekillerde sınıflandırılmaktadır. Oluş şekillerine göre şiddetin sınıflandırılması yapıldığından fiziksel, psikolojik, sözel, cinsel, ekonomik ve siber şiddet olmak üzere çeşitli şekilde sınıflandırıldığı görülmektedir (Kara, 2020: 10; Sönmez, 2021: 68; Uçar, 2020: 5; Şahin, 2020: 10; Sahip-Karakaş, 2020: 2). Bu çalışmada ise şiddet olgusu fiziksel, psikolojik ve sözel şiddet olmak üzere üç kategoride ele alınmakta; bunu takip eden bölümde bu türler açıklanmaktadır.

1.1.2.1. Fiziksel Şiddet

Fiziksel şiddet genellikle ilk akla gelen şiddet türüdür. Kişinin kendisine veya bir varlığa karşı zarar verecek şekilde bilerek fiziksel gücünü kullandığı tüm davranışlardır. Fiziksel şiddete örnek olarak; ısırma, çimdikleme, tekmeleme, tokat atma, yumruk atma, boğazını sıkma, bıçaklama, ateş etme gibi davranışlar gösterilmektedir. Taciz ve saldırı da fiziksel şiddet türüne girmektedir (Yılmaz, 2020: 3; Sahip-Karakaş, 2020: 3).

Fiziksel şiddet, canlıların bedenine yönelik acı verici bir davranışı içerir ve ölçülebilir olması sebebiyle diğer şiddet türlerinden farklılaşmaktadır (Şahin, 2020: 10). Fiziksel şiddet davranışları basit veya çok ciddi yararlanmalarla sonuçlanabilmektedir. Türkiye’de sağlık kurumlarında karşılaşılan şiddet olaylarında fiziksel şiddetin diğer şiddet türlerine göre daha az görüldüğü belirtilmektedir (Uçar, 2020: 5).

1.1.2.2. Psikolojik Şiddet

Psikolojik şiddet; bir kişiye ya da gruba yönelik düzenli olarak kişinin ruhsal bütünlüğünü, benliğini, psikolojisini ve sosyal gelişimini kötü şekilde etkileyen yargı ve davranışlar olarak açıklanmaktadır (Sağlık Sen, 2013: 26). Psikolojik şiddet iş

yerinde yaşandığı zaman mobbing olarak adlandırılmaktadır. Mobbing ise; iş yerinde çaresiz ve savunmasız bir konuma itilen bir kişiye karşı düşmanca ve etik olmayan iletişim olarak açıklanmaktadır. Burada düşmanca davranışların sıklığı ve uzun sürmesi nedeniyle, bu kötü muamelenin önemli ölçüde psikolojik, psikosomatik ve sosyal ıstırapla sonuçlandığı belirtilmektedir. (Leymann ve Gustafsson, 1996: 252). Aşağılamak, bağırarak hakaret etmek, tehdit etmek, reddetmek, suçlamak, yıldırma, yoksun bırakma, görmezden gelme, yok sayma, ayrımcılık yapma gibi davranış biçimleri psikolojik şiddete örnek olarak gösterilmektedir (Sağlık Sen, 2013: 27; Yılmaz, 2020: 3; Uçar, 2020: 6).

Psikolojik şiddet davranışlarının sonucunda kişide fiziksel bir yaralanma olmadığı için bu tür davranışlar genellikle kötüye kullanım olarak değerlendirilmemektedir. Bu yanlış kanaatin sebebi belki de psikolojik şiddetin fiziksel şiddet gibi ölçülebilir olamamasından kaynaklanabilir. Hâlbuki psikolojik şiddetin diğer şiddet türlerinden daha çok zarar verici olduğu belirtilmektedir. Bu sebeplerle psikolojik şiddet, diğer şiddet türlerine göre daha yaygın olarak görülmektedir (Westhues, 2002: 30; Şahin, 2020: 12).

1.1.2.3. Sözel Şiddet

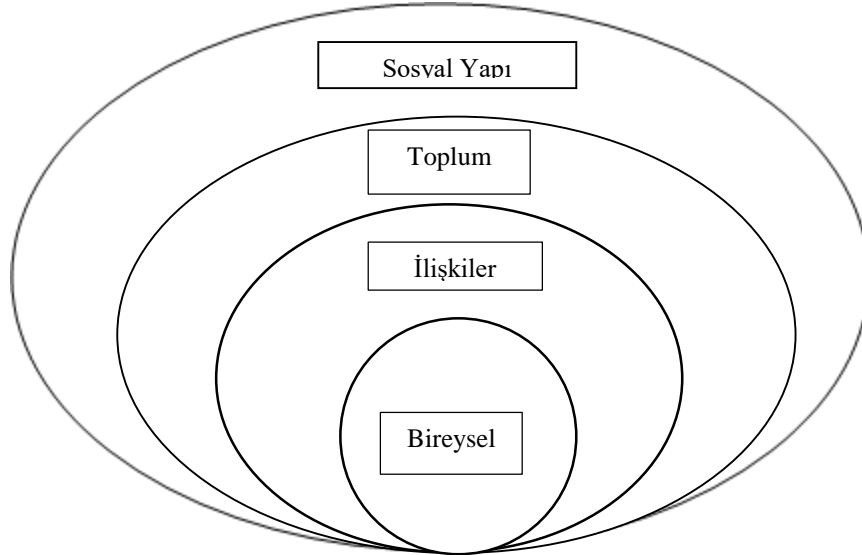
Şiddet ile ilgili çalışmalarda sözel şiddet, psikolojik şiddet türlerinden biri olarak da görülmektedir. Psikolojik şiddet kavramında kabul edilen kişiyi aşağılama, hakaret etme, tehdit etme, ayrımcılık yapma gibi davranışlar sözlü olarak ifade edildiğinde sözel şiddet sayılmaktadır. Sözel şiddet; kişinin cinsiyeti, yaşı, mesleği gibi çeşitli özelliklerine, itibarına, yönelik rahatsız edici söylemlerle yapılan tacizler olarak açıklanmaktadır. Bir başka ifadeyle kişiyi korkutma, sindirme, cezalandırma veya kontrol etme amaçlı sözlü ifadeler sözel şiddet olarak tanımlanmaktadır (Cooper ve Swanson, 2002: 39; Sönmez, 2021: 71).

Sözel şiddet davranışlarının sonuçları kolay kolay fark edilmediği gibi kişinin öz saygınlığına zarar verebilmekte olup, kişide duygusal ve fizyolojik hasara sebep olmaktadır (Sönmez, 2021: 71).

1.1.3. Şiddetin Nedenleri

Şiddetin insanlık tarihi kadar eski olması ve halen süregelmesi, şiddeti oluşturan saldırgan davranışların nedenleri de bilimin eski zamanlardan beri cevaplamaya çalıştığı bir konu olmuştur. Şiddete neden olan faktörler ise zamanla değişmekle beraber artmaktadır (Şahin, 2020: 14). Şiddetin ortaya çıkışı ile ilgili mevcut birçok teori arasında DSÖ'nün Bronfenbrenner'in Ekolojik Gelişim Kuramından yararlanarak geliştirdiği Ekolojik Model (bakınız Şekil 1) en yaygın kullanılan modeldir (Krug vd. 2002). Şekil 1'de gösterilen modele göre şiddet, çok sayıda faktörün birleşmesiyle meydana geldiği karmaşık bir kavramdır. Teori, biyolojik yapısı ve çevreyle etkileşimi olan insanı sosyal bir varlık olarak görmektedir. Dolayısıyla şiddet insanın biyolojik geçmişinden, yaşadığı çevredeki insanlardan, sosyal ve ekonomik çevresinden ve kültürel kurallarından birlikte etkilenmektedir (Tedeschi ve Felson, 1994; Şahin, 2020: 14). Tüm bu sebeplerle şiddete neden olan faktörler biyolojik, psikolojik, toplumsal ve çevresel olmak üzere dört başlık altında ele alınmakta; bunu takip eden bölümde bu türler açıklanmaktadır.

Şekil 1. Ekolojik Modelde Şiddeti Etkileyen Faktörler



Kaynak: Şahin, 2020: 14

1.1.3.1. Biyolojik Nedenler

Kişinin organizmasından kaynaklı nedenlerdir. İnsan davranışlarının yönetildiği organ olarak kabul edilen beyindeki limbik sistemin duygu ve davranışları yöneten bölge olarak şiddet ile ilgili olabileceği öne sürülmektedir. Buna göre saldırganlığın kaynağı olarak limbik sistemdeki, temporal ve frontal lobdaki farklı etkinlikler faktör olarak açıklanmaktadır. Nitekim beynin frontal korteksiyle şiddet arasında ilişki olduğu belirtilmektedir (Sahip-Karakaş, 2020: 5; Yılmaz, 2020: 5).

Ayrıca biyolojik nedenler arasında en çok cinsiyet ve hormon farklılıkları gösterilmektedir. Cinsiyetin şiddetle ilişkisi incelendiğinde erkeklerin kadınlardan daha fazla saldırgan davranış gösterdiği belirtilmektedir. Hormonlar ile şiddetin ilişkisi incelendiğinde ise, kandaki testosteron düzeyi yüksek olan bireyler ile erkeklerin saldırgan davranışları arasında ilişkili olduğu saptanmıştır (Şahin, 2020: 16). Ayrıca şiddet eğilimi ile kandaki glikoz-insülin seviyeleri arasında da ilişki olduğu tespit edilmiştir. Uzun süreli açlık ile kanda insülin yükselmesinin kişinin akıl yürütmesinin azalmasına ve davranışlarının sonuçlarını uzun vadede değerlendirememesine sebep olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte hipergliseminin de saldırganlıkla ilişkili olduğu belirtilmektedir. Buna göre Amerika'da aşırı şekerli gıda tüketiminin suç ile bağlantılı olduğu görülerek ceza indirimi yapılmaktadır (Schmalleger, 2011; Sahip-Karakaş, 2020: 5).

Sonuç olarak saldırganlıkla ilgili yapılan çalışmalarda; fiziksel şiddet davranışının genetik yapı ile ilişkisinin, psikolojik şiddet davranışlarına göre daha fazla olduğu açıklanmaktadır (Şahin, 2020: 16).

1.1.3.2. Psikolojik Nedenler

Şiddetin psikolojik nedenleri arasında en güçlü faktörün bastırılmışlık olduğu belirtilmektedir. Şiddeti psikolojik açıdan ilk değerlendiren Freud, şiddetin bastırılmış ve içgüdüsel bir eylem olduğunu savunmaktadır. Freud engellemenin

devam etmesinin saldırganlığa neden olduğunu ve birbiriyle etkileşim içinde olan yaşam ve ölüm içgüdülerinin de saldırganlığın altında olduğunu ileri sürmektedir. Kendisine zarar vereceği dürtüleri başkasına yansıtmanın da şiddetin bir diğer nedeni olduğunu açıklamaktadır (Sahip-Karakaş, 2020: 6). Lorenz ise Freud'un aksine insanların türünün devamı ve çevresiyle uyum sağlamak için saldırganlık davranışları gösterdiğini ileri sürmektedir. Buna göre de saldırganlığı hayatta kalmak için gerekli bir eylem olarak açıklamaktadır (Yılmaz, 2020: 6). Saldırgan davranışların ise genetik faktörlerle ilişkili olabileceği öne sürülmektedir (Haberstick vd. 2006: 8).

Dollard; şiddetin bireyin biyolojik yapısı yüzünden veya toplumsal ve çevresel etmenler nedeniyle ihtiyaç ve dürtülerine ulaşamayınca ortaya çıktığını ileri sürmektedir. Çevresel etkenlerden aile içinde şiddete maruz kalmanın, bireyin gelişim, değişim ve olgunlaşma dönemlerinde kişilik bozukluklarına neden olduğu belirtilmektedir. Özellikle çocukluk döneminde cinsel şiddete maruz kalma, travma, depresyon, stres gibi durumların şiddeti oluşturan psikolojik nedenleri olarak gösterilmektedir. Bunun sebebinin de psikolojik faktörlerin bireyin davranışlarını olumsuz yönde etkilemesinden kaynaklandığı belirtilmektedir (Ferns, 2007; Şahin, 2020: 7).

1.1.3.3. Toplumsal Nedenler

Toplumun yapısı ve toplumsal değişimlerin de şiddetin oluşumunda etkileyici rolü olduğu belirtilmektedir. Mesela göç olaylarında bireylerin yeni ortama uyum sağlayamamalarının şiddete sebep olduğu, ekonomik gelişmelerin/iyileşmelerin, refah düzeyinin artmasının ise şiddeti azalttığı açıklanmaktadır (Usluoğulları, 2019: 11). Sosyal kontrolün bozulduğu işsizlik, madde veya alkol kullanım sorunu, aile içi sorunlar, yalnız yaşamak, düşük sosyo-ekonomik koşullar, temel ihtiyaçların karşılanamaması gibi durumların şiddet dürtüsünü arttırdığı belirtilmektedir. Bununla birlikte şiddetin öğrenilebilir bir davranış biçimi olmasından dolayı öğrenme aşamasında sosyal çevre, eğitim ve kişilik gibi birçok unsur etkili olmaktadır. Bu durum da şiddeti nesilden nesle aktarılabilir kılmaktadır (Sahip-Karakaş, 2020: 7).

Bireyin öğrenme aşamasında sosyal faktörlerden etkilenmesi Bandura'nın (1977) sosyal öğrenme teorisinde açıklanmaktadır. Bu teoriye göre, bireyin saldırgan davranışları gözlemleyerek çevresinden öğrenebileceği savunulmaktadır. Bandura'nın yapmış olduğu araştırmalarda çocukların ilişki kurdukları kişilerin veya rol model aldıkları televizyon karakterlerinin davranışlarını gözlemleyerek kendi davranışları ile şekillendirdikleri ifade edilmektedir. Ayrıca Bandura benzer bir çalışmada sosyal öğrenme sonucunda öğrenilen saldırgan davranışlarda, erkek rol modelin daha etkili olduğu sonucuna varmıştır. Bu sonuç ise aile içindeki şiddetin sosyal öğrenme yoluyla aktarımı ile ilişkisini desteklemektedir (Yılmaz, 2020: 7).

Sosyal öğrenmede en etkili faktörün ise medya programları olduğu görülmektedir. Özellikle günümüzde çocukların televizyon veya bilgisayarla çok fazla vakit geçirmesi ve tüm medya programlarında şiddet ve suç içeren görüntüler sunması bu faktörün olumsuz etkisini arttırmaktadır (Sahip-Karakaş, 2020: 7).

1.1.3.4. Çevresel Nedenler

Sanayileşme ile beraber ortaya çıkan endüstriyel atıklar ve kötü kokuların şiddeti tetiklediği ileri sürülmektedir. Bunun yanı sıra çarpık kentleşme, yoğun trafik, kalabalık nüfus gibi çevresel etmenlerin saldırganlığın ortaya çıkmasını tetiklediği belirtilmektedir. Gürültü ve hava kirliliği, aşırı sıcaklar gibi çevresel etmenlerin de şiddet olaylarının meydana gelmesini kolaylaştırdığı ifade edilmektedir. Ayrıca kalabalık ve gürültülü ortamlardan biri olan alışveriş merkezlerinin insanlara negatif enerji yüklediği ve insan davranışlarını olumsuz etkilediği ileri sürülmektedir (Arslan, 2019: 47; Sönmez, 2021: 77).

1.1.4. Sağlık Kurumlarında Şiddet

İş yerinde şiddet; çalışanlara karşı fiziksel veya psikolojik saldırıda bulunulması, çalışanların saygınlığına zarar verilmesi veya çalışanların cinsel taciz görmesi gibi yaşanan olumsuz olaylar olarak tanımlanmaktadır (Akyön, 2008: 41). Sağlık kurumlarında şiddet ise hasta, hasta yakını veya herhangi bir kişinin sağlık personelinin tehdit eden, onu istismar eden, cinsel veya fiziksel saldırı durumu

oluşturan riskli durumlar olarak belirtilmektedir (Serin vd., 2015: 110).

2002 yılında yapılan “Sağlık Sektöründe İş Yeri Şiddeti” isimli uluslararası bir araştırma kapsamında sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının mesleklerini icra ederken şiddete maruz kaldığı belirtilmektedir (Serin vd., 2015: 110-111). 2015 yılında İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetimi (OSHA) raporuna göre; iş yerinde şiddetin yaklaşık %70'inin sağlık kurumlarında ortaya çıktığı açıklanmıştır (OSHA, 2015). Şiddet ile ilgili yapılan araştırmalarda, iş yerlerinde şiddet vakalarının en fazla sağlık kurumlarında görülmesi, sağlık çalışanlarının şiddete uğrama riskinin çok daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır. Dünyada ve Türkiye’de sağlık personeline yönelik şiddet olaylarının arttığı görülmekte olup, bu konunun çok ciddi mesleki bir tehlike olduğu belirtilmektedir (Büyükbayram ve Okçay, 2013: 47).

1.1.4.1. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Nedenleri

İş yerinde şiddetin en fazla görüldüğü sağlık kurumlarındaki şiddet olayları ise çok fazla faktörden etkilenmektedir. Sağlık kurumlarında şiddete neden olan faktörler bireysel, örgütsel ve toplumsal olmak üzere üç grupta açıklanabilmektedir (Sönmez, 2021: 84).

Bireysel faktörler, şiddet olayının tarafları olan sağlık çalışanı, hasta, hasta yakınına göre değişmektedir. Sağlık çalışanının mesleki unvanı, tecrübesi, yorgunluk düzeyi, çalışma süresi gibi özellikleri şiddete maruz kalma düzeyini etkilerken; hasta veya hasta yakınının psikolojik durumu, geçmişte şiddet eylemi gerçekleştirme düzeyi, kişilik özellikleri ve bağımlı olma düzeyi şiddet olaylarını etkileyen faktörler olarak gösterilmektedir. Hem sağlık çalışanı hem de hasta veya hasta yakını açısından ise kişinin yaşı, cinsiyeti, sergilediği davranışları, konuşma biçimi, kullandığı kelimeler ve fiziksel özellikleri şiddet olaylarına neden olan bireysel faktörlerdir (Sarıkaya, 2018: 8; Sönmez, 2021: 84).

Örgütsel faktörler ise iş yeri ortamının şiddete kolaylık sağlayan özelliklerine göre değişmektedir. İş ortamının şiddetin gerçekleşmesine fırsat vermemesi gerekir.

Yönetim desteğinin eksikliği, rol çatışmasının, iş yükünün ve işle ilgili stres faktörlerinin fazla olması, gece geç saatlerde az sayıda ya da tek başına çalışılması, çalışma yerinin aydınlatmasının az olması ve korunaksız mekânlar; şiddet olaylarına neden olan örgütsel faktörler olarak gösterilmektedir (Öner, 2018: 10).

Toplumsal faktörler de, sağlık kurumlarının bulunduğu toplumun kültürel seviyesi, sosyoekonomik durumu, nüfus yapısı, eğitim seviyesi, yaşam tarzı, bölgenin suç düzeyi gibi etmenleri içermektedir. Eğitim seviyesi düşük olan toplumlarda hasta ve hasta yakınlarının sağlık sistemi ve mevzuatıyla ilgili yeterli bilgisi olmamasından ötürü şiddetin öne çıktığı belirtilmektedir. Ayrıca gelişmekte olan ülkelerin yönetiminde sağlık sistemindeki sorunların halktan gizlenmesi, bu sorunların sağlık çalışanların hedef gösterilmesine neden olmakta, bu durumda sağlıkta şiddetin oluşmasına katkı sunmaktadır (Sönmez, 2021: 89).

1.1.4.2. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Sonuçları

Sağlık kurumlarının en ciddi ve zor sorunlarından birinin işyeri şiddet vakaları olması küresel bir gerçektir. Sağlık kurumlarında iş yeri şiddetinin ülkeler bazındaki oranları tüm dünya genelinde incelendiğinde; bu oranın Ürdün'de %91,4, Türkiye'de %85,2, Suudi Arabistan'da %67,4, Çin'de %66,8, Japonya'da %36,4, ABD'de %30 ve İngiltere'de %9,5 olduğu görülmektedir (Hassankhani vd. 2017: 20). Küçük çatışma olarak başlayan, kişisel saldırıya dönüşebilen davranışlar, aslında tüm işletmelerde görülmektedir (Gözüm ve Karaçor, 2017: 499). Ancak sağlık kurumlarında karşılaşılan şiddet vakaları diğer iş yerlerine göre 16 kat daha fazladır (Kaplan vd. 2013: 4).

Sağlık kurumlarında meydana gelen şiddet vakaları başta sağlık çalışanları olmak üzere hasta ve hasta yakınları, sağlık kuruluşları dolayısıyla en çok da toplumu olumsuz yönde etkilemektedir.

Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarında işi umursamama, işe yabancılaşma, motivasyon kaybı, tükenmişlik sendromu ve stres düzeyinin artması gibi olumsuz

etkilerin görüldüğü belirtilmektedir (Yılmaz, 2020: 16). İşinde duyarsızlaşan, işini umursamayan sağlık çalışanlarının da hasta ve hasta yakınlarına daha kaba davrandığı, işinde başarılı ve yeterli hissetmediği için hata yapma olasılığının arttığı belirtilmektedir (Yılmaz, 2020: 19). Bu sebeple, şiddete maruz kalan çalışanların sunduğu hizmet kalitesini düşerek sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürdüğü bu durumda sağlık kurumlarını ve toplumu olumsuz yönde etkilediği açıklanmaktadır (Sahip-Karakaş, 2020: 13).

Ayrıca sağlık kurumlarında şiddetin verimlilik kaybı, maddi hasar, yasal gider ve kamuoyunda bozulan imajın düzeltilmesi için harcanan giderler olmak üzere çok fazla maliyete neden olduğu ileri sürülmektedir (Şahin, 2020: 32). DSÖ'ne (Krug vd. 2002: 1084) göre sağlık kurumlarında yaşanan şiddet olaylarının sağlık kurumları ve topluma olan maliyetinin milyarlarca dolar olduğu tahmin edilmektedir.

1.2. ÇATIŞMA YÖNETİMİ

1.2.1. Çatışma Kavramı

Çatışma, yaşamın her alanında çeşitli ilişkilerde karşılaşılan bir olgudur. Uluslararası boyutta ya da örgütler içinde veya arasında, kişiler ve çeşitli gruplar arasında görülebilmektedir. Çatışma farklı bilim dallarınca ele alındığından çok çeşitli açılardan açıklanmaya çalışılmış bir olgudur (Kılıç, 2019: 3).

Örgütler açısından ele alınan çatışma “birbirine bağımlı kişi veya grupların aralarındaki durumu uyuşmazlık olarak algılamaları sonucu meydana gelen bir etkileşim” olarak açıklanmaktadır. Bu etkileşim de tarafların aralarında sorun olan bir konudan kaynaklanmaktadır (Folger vd. 2013: 14). Bir başka ifadeyle çatışma, birbiriyle bağlantısı olan insanlar arasında çıkar uyuşmazlıklarından kaynaklı bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Bu sürecin ise tarafların değerlerinin, inançlarının, tutumlarının veya amaçlarının uyuşmamasından meydana geldiği belirtilmektedir (Gökoğlan, 2020: 6). Literatürde açıklanan tüm tanımlar incelendiğinde çatışma kavramı ile ilgili ortak görüşün “ortak paydada buluşan tarafların belli bir etkileşim

karşısında anlaşmazlık yaşadıkları süreçler” olduğu görülmektedir (Kılıç, 2019: 4).

Çatışmaya sebep olan durumlara örnek vermek gerekirse; örgütler, gruplar veya kişiler arasında yaşanan rekabet ve uyuşmazlıklar, kişiler arasındaki negatif veya pozitif duygularla ilgili yaşanan anlaşmazlıklar gösterilmektedir. Çatışma ortamını hazırlayan durumlar ise; ortak karar verilemediği, birden çok alternatif arasından tek bir tercih yapma zorunluluğunun olduğu, farklı alternatifler üzerinde ısrarcı olduğu durumlar olarak gösterilmektedir (Demiralp, 2018).

1.2.2. Çatışma Yaklaşımları

İlgili literatür incelendiğinde örgütlerde meydana gelen çatışmalara dair yönetsel algı, tutum ve yaklaşımların geleneksel, davranışsal ve etkileşimci olmak üzere üç başlık altında incelendiği görülmektedir (Demiralp, 2018: 39). Bunu takip eden bölümde bu üç başlık detaylı bir şekilde incelenmektedir.

1.2.2.1. Geleneksel Yaklaşım

Geleneksel yaklaşım, Henri Fayol, Frederick Taylor ve Max Weber gibi yönetim alanının ilk düşünürlerinin örgütlerde yaşanan çatışmaların gereksiz ve zararlı olduğu yönündeki yaklaşımlarıdır. Bu yaklaşıma göre iş hayatında çatışma, yönetimin etkili olmadığı veya çalışanlar arasında başarılı bir iletişim işlevinin olmadığı durumlarda ortaya çıkmaktadır. Bunun aksine başarısızlıkların üstesinden gelebilen yönetimlerin olduğu örgütlerde ise uyumlu bir çalışma alanının ortaya çıkacağı ileri sürülmektedir (Demiralp, 2018: 39). Geleneksel yaklaşımda, çalışanlarının taleplerine cevap veremeyen yönetim, güven eksikliği ve zayıf iletişim durumlarının çatışmaya neden olduğu, çatışmanın da örgütlerde verimliliğin düşmesine neden olduğundan çatışmanın yok edilmesi veya en aza düşürülmesi vurgulanmaktadır (Kılıç, 2019: 4). Bu yaklaşıma göre çalışanların çatışmacı davranışlarının cezalandırılarak engellenmesi ve çalışanların iş birliği doğrultusunda ödüllendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Akman, 2018: 19).

1.2.2.2. Davranışsal Yaklaşım

Davranışsal yaklaşımda çatışmanın iş hayatının kaçınılmaz ve doğal bir parçası olduğu kabul edilmiştir. Bu yaklaşıma göre çatışma geleneksel yaklaşımdaki gibi kötü bir olgu olmaktan ziyade, iyi yönetildiğinde olumlu bir olgu olarak görülmektedir. Buna göre başarılı bir şekilde yönetildiği takdirde çatışmanın örgüte faydası olacağı da öne sürülmektedir. Bir başka ifadeyle, bu yaklaşıma göre çatışma her zaman örgüte zarar vermeyebilir, bilakis örgüte ve topluma yardımcı bir unsur da olabilir (Akman, 2018: 20).

1.2.2.3. Etkileşimci Yaklaşım

Etkileşimci yaklaşım, aynı davranışçı yaklaşımda olduğu gibi çatışmayı iş hayatının kaçınılmaz ve doğal bir parçası olarak kabul etmektedir. Bu yaklaşımı davranışçı yaklaşımdan ayıran fark ise etkileşimci yaklaşımın, çatışmanın örgütün varlığını devam ettirebilmesi için gerekli ve teşvik edilmesi gereken bir olgu olarak görmesidir. Bu yaklaşıma göre örgütlerde değişime ve yeniliklere kapalı kişiler ve gruplar mevcut olup; çatışmayla beraber bu kapalılığın olumlu yönde yönlendirilebileceği görüşü vurgulanmaktadır. Böylelikle belirli seviyedeki çatışmaların, kişi ve grupların eleştirel ve yaratıcı düşünebilmesine katkıda bulunacağı ileri sürülmüştür. Buna göre de çatışmanın olmadığı örgütlerde yenilik veya değişim gibi durumların olamayacağı, bunun da işletmelerin sürdürülebilirliğine engel olacağı ve bu sebeple çatışmaların kaçınılmaz ve gerekli olduğu açıklanmaktadır (Kılıç, 2019: 5; Akman, 2018: 23).

1.2.3. Çatışma Türleri

Çatışma ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde çatışma türlerinin çeşitli şekillerde gruplandırıldığı görülmektedir (Gökoğlan, 2020: 6; Kılıç, 2019: 7; Akman, 2018: 23). Bu gruplandırmalar çatışmanın çıkış şekillerine, açıklık durumuna, taraflarına, niteliğine ve örgüt içindeki yerine göre olmak üzere beş grup altında

toplanmaktadır (bakınız Tablo 1.). Bu çalışmada tabloda belirtilen tüm çatışma türlerinden sadece konu ile ilişkili olanları açıklanmıştır. Tabloda bahsi geçen çok sayıdaki çatışma türü arasından kişiler arası çatışma, fonksiyonel olan çatışma, fonksiyonel olmayan çatışma, algılanan çatışma ve hissedilen çatışma olmak üzere beş çatışma türü bu çalışmanın konusu olan hekim hasta arasındaki çatışma yönetimi ile ilişkilendirilmiştir.

Tablo 1. Esaslarına Göre Çatışma Türleri

| Gruplandırma Esasları | Çatışma Türleri |
|-------------------------------|--|
| 1. Taraflarına Göre | 1.1. Kişinin Kendi İçindeki Çatışma |
| | 1.2. Kişiler Arası Çatışma |
| | 1.3. Birey Grup Çatışması |
| | 1.4. Grup İçi ve Gruplar Arası Çatışma |
| | 1.5. Örgütler Arası Çatışma |
| 2. Niteliğine Göre | 2.1. Fonksiyonel Çatışma |
| | 2.2. Fonksiyonel Olmayan Çatışma |
| 3. Örgüt İçindeki Yerine Göre | 3.1. Yatay Çatışma |
| | 3.2. Dikey Çatışma |
| | 3.3. Emir Komuta Kurmay Çatışması |
| 4. Çıkış Şekillerine Göre | 4.1. Potansiyel Çatışma |
| | 4.2. Algılanan Çatışma |
| | 4.3. Hissedilen Çatışma |
| 5. Açıklık Durumuna Göre | 5.1. Açık Çatışma |
| | 5.2. Kapalı Çatışma |

Kaynak: Akman (2018: 24)

1.2.4.1. Kişiler Arası Çatışma

Birden fazla kişinin çeşitli nedenlerle karşılıklı anlaşmazlığa düştüğü durumlar olarak açıklanan bir çatışma türüdür. Bu çatışma türüne neden olan faktörlerin kişilerin değer yargıları, fikirleri, tercihleri ve bilgileri olduğu açıklanmaktadır (Kılıç, 2019: 15; Akman, 2018: 27). Bununla birlikte hemşirelerin yaşadığı kişilerarası çatışma ile ilgili bir çalışmada; görüşler, algılar, değerler üzerindeki anlaşmazlıklar ve zayıf iletişimin kişilerarası çatışma türüne örnek oluşturduğu belirtilmektedir (Wright vd. 2014: 27). Bu çatışma türüne en çok örgütlerde karşılaşıldığı ve çatışmaya bilgi, değer ve yöntemlerin sebep olmasının yanı sıra tarafların kişilik, tutum ve farklı mizaçlarının da neden olabileceği belirtilmektedir (Akman, 2018: 27).

1.2.3.2. Fonksiyonel Olmayan Çatışma

Örgütün hedeflerini engelleyen veya hedeflere ulaşırken yapılan çalışmalarda sorun olan çatışma türü olarak açıklanmaktadır. İşlevsiz çatışma olarak da belirtilen bu çatışma türüne neden olan faktörlerin genellikle duygusal ve kişisel uyumsuzluklar olduğu ifade edilmektedir (Kılıç, 2019: 10). Bu çatışma türünün nedeni olan duygusal ve kişisel uyumsuzluklar ise hasta ve yakınları ile hekimler arasında görülebilecek muhtemel çatışma kaynakları arasında görülmektedir.

1.2.3.3. Fonksiyonel Çatışma

Fonksiyonel olmayan çatışma türünün tersine örgütlerin hedeflerine ulaşırken yapılan çalışmalarda katkı sağlayan veya hedeflere ulaşmasını sağlayan çatışma türü olarak ifade edilmektedir. Yapıcı çatışma olarak da adlandırılan bu çatışmanın, mühim meseleleri görünür kılarak değerlendirilmesine olanak sağladığı belirtilmektedir. Böylelikle örgüt kararlarının düzeltilmesine, doğru hareket edilmesine ve örgüt ortamında yaratıcılığın gelişmesine katkı sağlamaktadır (Kılıç, 2019: 11). Sağlık kurumlarında hekim ile hasta veya yakını arasında yaşanan çatışmalar bazen hekim ve hastanın birbirini daha iyi anlamasına da vesile olarak doğru hareket yönteminin geliştirilmesine ve izlenmesine de katkı sağlayabilmektedir.

1.2.3.4. Algılanan Çatışma

Bu çatışma türünde bir çatışmanın olup olmamasından daha çok çatışmaya konu olan tarafların içinde buldukları olayları ve durumu çatışma olarak algılayıp algılamaması ile ilgili bir çatışma türüdür (Koçel, 2018). Yani bu tür çatışma, tarafların farklılıklarının olduğunu algıladığı durumlarda ortaya çıkar (Gökoğlan, 2020: 8). Sağlık kurumlarında hekim ile hasta veya yakını arasındaki farklılıkların da buna benzer çatışmalara neden olabilmesi muhtemeldir.

1.2.3.5. Hissedilen Çatışma

Hissedilen çatışma türü ise çatışma halindeki tarafların olaylar ve durum ile ilgili hislerine göre ortaya çıkan bir çatışmadır (Koçel, 2018). Kişilerin karşı tarafın davranışlarından kızgın, gergin veya sinirli gibi hisler içinde olduğunu ve çatışmanın var olduğunu düşündüğü durumlarda tutum ve davranışlarını etkilediği ifade edilmektedir (Gökoğlan, 2020: 10). Sağlık kurumlarında hekim ile hasta veya yakını arasında bu bağlamda çatışmalar görülebilmektedir.

1.2.4. Çatışma Nedenleri

Çatışmanın meydana gelmesine neden olabilecek çok fazla faktör bulunmaktadır. Örgütlerde rastlanan çatışmalar ise gerek kişilerarası etkileşimden gerekse örgütün yapısından kaynaklanabilmektedir. Çatışmaların kaynaklarını ve nedenlerini belirlemek, çatışmalara çözüm sunabilmek adına önem arz etmektedir. Örgüt içinde kişileri çatışma durumuna getiren ve çatışmaya neden olan faktörler; iletişim sorunları, kişilik, algılama, amaç ve çıkar farklılıkları, güç ve statü mücadeleleri, işler arası bağlılık, örgüt kaynaklarının paylaşımı başlıklarında açıklanmaktadır (Demiralp, 2018: 36; Kılıç, 2019: 7).

1.2.4.1. İletişim Sorunları

Toplum içinde insani ilişkilerin sağlıklı bir şekilde sürdürülebilirliği için ilk koşul iletişimdir (Akman, 2018: 26). İletişim esnasında yanlış anlaşılma, mesajın açık

olmaması, mesaj akışındaki gecikmeler, mesajın filtrelenmesi, mesaja ilişkin geriye yönelik bilgi akışı olmaması gibi iletişim sorunu oluşturan durumlar çatışmaya neden olabilir (Koçel, 2018).

1.2.4.2. Kişilik Farklılıkları

Kişilerin tutum, beceri ve özelliklerindeki farklılıklar kişilik çekişmelerini meydana getirerek çatışmaların sık rastlanılan bir nedeni olmaktadır (Koçel, 2018). Örneğin; bazı kişilikler olaylar karşısında akılcı davranış gösterebilirken, bazı kişiliklerin ise duygusal davranış göstermesi ya da bazı kişiliklerin olaylar karşısında sakin bir davranış gösterirken, aynı olaylar karşısında bazı kişiliklerin ise heyecanlı davranış göstermesi gibi farklı davranışlar zaman zaman çatışmalara sebep olabilmektedir (Akman, 2018: 27).

1.2.4.3. Algılama Farklılıkları

Çatışma türlerinden biri olan algılanan çatışmanın esas nedeni olan algılama farklılıklarıdır. Algılanan farklılıklar; kişilerin olayları farklı algılamaları ve yanılmalarından dolayı zıtlaşmalarına ve çatışma çıkmasına neden olabilmektedir (Koçel, 2018). Kişilerin algılamalarının farklı olması ise, farklı kültür, fikir ve duygulara sahip olmalarından kaynaklanmaktadır (Demiralp, 2018: 37).

1.2.4.4. Amaç Farklılıkları

Örgütlerde çatışmaya taraf olan kişiler arasındaki amaç farklılıkları doğal bir durumdur. Kişilerin farklı kültüre, duyguya ve zevke sahip olması bireysel istek ve ihtiyaçlarında da farklılıklar ortaya çıkarmaktadır. Kişiler arasında ulaşılmak istenen amaçlardaki farklılıklar ihtilaflar oluşturarak çatışmaya ortam hazırlamaktadır (Akman, 2018: 27; Kılıç, 2019: 15).

1.2.4.5. Çıkar Farklılıkları

Örgütlerde çatışmaya taraf olan kişiler arasında, kişilerin sahip oldukları veya olacakları imkânlardan yararlanma konusunda farklılıkları olabilmektedir. Kişilerin menfaatleri arasında oluşan farklılıklar da çatışmaya davetiye çıkarmaktadır (Akman, 2018: 27).

1.2.4.6. Statü Farklılıkları

Statü, bireyin toplum içindeki sınıfsal yerinin toplum tarafından farklı algılanması olarak ifade edilmektedir. Sosyal statü olarak da ifade edilen bu algı toplum içinde bireyler arası ilişkilerde sosyal güç anlamını taşır. Bireyin belirli bir meslek sahibi olması, belirli bir eğitim alması, taşıdığı unvan, iş tecrübesi, işi gereği sahip olduğu lüks imkânları statüye sahip olduğunu gösteren sembollerdir. Bu sembollere sahip olanlar ile olmayanlar arasında birinin diğerini daha üstün veya daha aşağı görebilmesi çatışmaya ortam oluşturmaktadır (Koçel, 2018).

1.2.4.7. İşler Arası Fonksiyonel Karşılıklı Bağlılık

Örgüt faaliyetlerinde faaliyeti yürüten tarafların birbirleriyle karşılıklı olarak bağımlı olduğu durumlar genellikle çatışmalara neden olmaktadır. Yani bir kişi ya da grubun hedeflerine ulaşmak için birisinden veya bir gruptan destek almak durumunda kalması çatışma potansiyelini arttırmaktadır. Örgütlerde karşılıklı bağlılık, çok yönlü bağlılık ya da sıralı karşılıklı bağlılığın olduğu birimlerde faaliyetlerin çok etkileşimsel olması sebebiyle bağımlılığı ve çatışma ihtimalini arttırırken, toplu bağlılık gibi az etkileşimli birimlerde çatışma ihtimalini azaltmaktadır (Kılıç, 2019: 17; Koçel, 2018).

1.2.4.8. Belirli (Ortak) Kaynakların Paylaşılması

Örgütlerde gerçekleştirilen faaliyetler esnasında ihtiyaç duyulan kaynakların başka kişi ve gruplar ile paylaşımı söz konusu olduğunda tarafların bütçe, personel ve malzeme gibi paylarını arttırmak için birbirleri ile rekabet etmeleri çatışmaya neden

olmaktadır. Uzlaşma ve paylaşma kültürünün eksik olduğu toplumlarda bu tür çatışmanın olma olasılığı yüksektir (Koçel, 2018).

1.2.4.9. Yönetim Alanında Belirsizlik

Bazı örgütlerde ya da örgütlerin içerisinde bazı birimlerde zaman zaman kimin hangi alanda, hangi konularda ve hangi işlerde ne kadar sorumluluğu olduğu belirsiz kalmaktadır. Bu gibi belirsizliklerin olduğu durumlarda birden fazla kişi veya grup aynı iş ile ilgilenebilir ve bu durum da çatışmaya neden oluşturabilir (Koçel, 2018).

1.2.4.10. Değişen Koşulların Öngördüğü Yeni Nitelikler

Örgütlerde bazı koşulların değişmesiyle yeni niteliklerin ortaya çıkması çatışmaya neden olabilmektedir. Örgütlerde yeniden yapılanma, işletmenin el değiştirmesi veya başka bir işletme ile birleşmeler çatışmaya neden olabilmektedir.

Sonuç olarak örgütlerde meydana gelen veya gelebilecek çatışmaları iyi yönetebilmek, çatışmalarla ortaya çıkan sorunları çözebilmek için ilk yapılması gereken çatışma nedenlerinin iyi anlaşılmasıdır (Koçel, 2018).

1.2.5. Çatışma Yönetim Tarzları

Çatışmaya taraf olan kişilerin çatışma esnasında sergiledikleri davranış ve tutumları çatışma yönetiminde kişilerin yaklaşımına yol göstermektedir. Kişinin kullandığı çatışma yönetim tarzı aynı zamanda kullanacağı stratejiyi de etkilemektedir. Çatışmaya taraf olan tarafın çatışma davranışı ise, karşı tarafın geri çekilmesi, savunmaya geçmesi ya da saldırgan davranış sergilemesine sebep olabilmektedir (Gökoğlan, 2020: 17).

Yönetim literatüründe örgütlerdeki çatışmaların çözümlenmesinde çeşitli stratejiler geliştirilmiştir. İlk defa klasik yönetim teorisyenlerinden Mary Parker Follett (1940), çatışma yönetiminde baskınlık (domination), uzlaşma (compromise) ve bütünleştirme (integration) olmak üzere üç yaklaşım uygulanması gerektiğini ileri

sürmüştür. Follett, çatışma yönetiminin yapıcı bir şekilde çözümlenmesi için bütünleştirme stratejisinin uygulanması gerektiğini belirtmiştir. Morton Deutsch (1949), çatışma yönetiminde rekabet (competition) ve iş birliği (cooperation) olmak üzere iki boyutlu bir yaklaşım modeli önermiştir. Bu modele göre, iş birliği yaklaşımının rekabetçi yaklaşıma göre çatışma yönetiminde daha etkili olduğu belirtilmektedir. Blake ve Mouton (1964) geliştirdikleri çatışma yönetimi modelinde beş farklı yönetsel davranış tipi açıklamışlardır. Bunlar; rekabet etme (forcing), uzlaşma (compromising), problem çözme (problem-solving), çekilme (withdrawing) ve yumuşatma (smoothing) davranışlarıdır. Rahim & Bonoma (1979)'da çatışma yönetim tarzlarını kendi çıkarlarına ilgi ve başkalarının çıkarlarına ilgi düzeyi olmak üzere iki boyutta açıklamışlardır. Buna göre, çatışma yönetimi tarzlarını baskınlık (dominating), kaçınma (avoiding), uyma (obliging), uzlaşma (compromising) ve bütünleştirme (integrating) olmak üzere beş farklı şekilde açıklamaktadır. Pruitt ve Rubin (1986) ise çatışma yönetiminde rekabet (contending), problem çözme (problem-solving), eylemsizlik (inaction) ve uyum sağlama (yielding) olmak üzere dört farklı bireysel yaklaşımının olduğunu belirtmiştir. Bu modele göre de, problem çözme yaklaşımının çatışma yönetiminde en etkin yaklaşım olduğu açıklanmaktadır (Kılıç, 2019: 22).

Thomas ve Kilmann'ın (1974) yönetim teorisi ise, beş farklı yönetim tarzını tanımlayan alternatif bir çatışma yönetimi metodu sağlar. Teori belirli çatışma yönetimi tarzların belirli koşullarda daha faydalı veya uygun olacağı görüşünü savunmaktadır. Thomas-Kilmann Çatışma Modu Aracı (TKI), çatışma tarzını belirlemek için geliştirilmiştir. Buna göre beş çatışma yönetimi tarzı vardır. Bunlar: iş birliği (bütünleştirme), uyma (itaat etme), kaçınma (ödün verme), rekabet (hükmetme) ve uzlaşmadır (McKibben, 2017: 100). Bu çalışma, çatışma yönetimi tarzlarını iş birliği, uyma, kaçınma, rekabet ve uzlaşma olmak üzere beş kategoride ele almakta olup, bunu takip eden bölümde bu tarzlar açıklanmaktadır.

1.2.5.1. Rekabet

Bu çatışma yönetim tarzında kişi kendi istek ve ihtiyaçlarını öncelikli tutar, karşı tarafın amaçlarını ise önemsiz görür. Bu yönetim tarzı aynı zamanda hükmetme olarak da adlandırılmaktadır. Çatışma esnasında bu yönetim tarzını gösteren tarafta kazanma güdüsü hâkim olup, bu tarafın karşı tarafa baskı kurma ve üstünlük sağlama davranışları gösterdiği görülmektedir. Aynı zamanda bu tarzı benimseyen tarafta girişkenlik davranışı fazla, iş birliği davranışı ise çok azdır. Ayrıca bu yönetim tarzını benimseyen taraf kazançlı olmak adına her yolu mubah da görebilmektedir. Bu anlayış çatışmanın içeriğine çok önem verilmeyen veya hızlı karar alma durumlarında daha uygun görülmektedir. İlaveten çatışmada bu yönetim tarzının gösterilmesinin çatışmanın daha şiddetli olmasına katkı sağladığı belirtilmektedir (Gökoğlan, 2020: 17; Demiralp, 2018: 46; Kuşku Özdemir, 2019: 82).

Kısacası rekabet tarzı; bireylerin kendileri için yüksek, başkaları için düşük endişe gösterdikleri doğrudan bir çatışma yönetimi yaklaşımıdır. Bu tarzı kullanan bireyler, ne pahasına olursa olsun çıkarlarını elde etmeye başkalarını zorlayarak kazanmaya çalışacaklardır (McKibben, 2017: 100).

1.2.5.2. Kaçınma

Kaçınma çatışma yönetimi tarzını gösteren taraf çatışmaya girmekten kaçındığı için geri çekilme, görmezden gelme veya belirgin bir tepkide bulunmama gibi davranışlar sergilemektedir. Bu yönetim tarzı aynı zamanda “ödün verme” olarak da adlandırılmaktadır. Bu davranış tarzını benimseyen kişi çatışmaya neden olan konuyu önemli görmediği veya vereceği tepkinin fayda sağlamayacağını düşündüğü için bu davranışı tercih etmektedir. Ayrıca bu çatışma yönetim tarzını sergileyen kişi ne kendi ne de karşı tarafın istek ve ihtiyaçlarını önemsemektedir. Bunun da temelinde kaybetme korkusu, sorunu açığa vurmaktan hoşlanmama gibi nedenler olduğu öngörülmektedir. Ancak bu durum kişinin pasif kalması sebebiyle stresi arttırmakta ve çatışmanın tekrar etmesine ya da artmasına da neden olabilmektedir (Gökoğlan, 2020:18; Demiralp, 2018: 46; Kuşku Özdemir, 2019: 83). Çatışma yönetimi ile ilgili

Gross ve Guerro (2000) tarafından yapılan bir çalışmada, çatışmada kaçınma yönetim tarzının kişiler tarafından yanlış ve etkisiz olarak algılandığı ifade edilmiştir.

Kısacası kaçınma tarzı; bireylerin hem kendilerine hem de başkalarına karşı düşük ilgi gösterdiği dolaylı bir çatışma yönetimi yaklaşımıdır. Kaçınma tarzlarını benimseyen bireyler, sözde veya geçici bir çatışma çözümüyle sonuçlanan çatışmaları erteleme eğilimindedir (McKibben, 2017: 100).

1.2.5.3. Uyma

Bu çatışma yönetimi tarzı rekabet tarzının tersine kişinin kendi ihtiyaçlarını arka plana atıp, karşı tarafın istek ve ihtiyaçlarını önemli gördüğü bir yaklaşımdır. Bu yönetim tarzı aynı zamanda itaat etme olarak da adlandırılmaktadır. Bu tarz, bireyin anlaşmazlığa sebep olan sorunun karşı taraf için daha önemli olduğunu ya da kendisinin haklı olmadığını düşündüğü durumlarda faydalı bir tercih olmaktadır. Bu durumda kişinin kendi ihtiyaçlarını öne çıkarmaması veya kabul etmemesi açık bir şekilde iş birliği yaptığını gösterir.

Çatışma yönetim tarzlarından kaçınmada kişi hem kendi hem karşı tarafın istek ve ihtiyaçlarını önemsiz görürken, uymada kişi kendi istek ve ihtiyaçlarını önemsiz görüp karşı tarafın istek ve ihtiyaçlarını koruma eğilimi göstermek suretiyle daha fazla önemli görmektedir (Gökoğlan, 2020: 18; Demiralp, 2018: 47; Kuşku Özdemir, 2019: 82).

Kısacası uyma tarzı; bireylerin kendileri için düşük, başkaları için yüksek endişe gösterdikleri dolaylı bir çatışma yönetimi yaklaşımıdır. Kendilerine yönelik zorlayıcı bir üslup kullanan bireyler, özünde başkalarının isteklerine boyun eğmekte, kendi çıkarlarını göz ardı etmektedirler (McKibben, 2017: 100).

1.2.5.4. Uzlaşma

Uzlaşma tarzında çatışma halinde olan tarafların her birinin kendi amaç, istek ve ihtiyaçlarından ödün vererek tüm taraflar için kabul edilebilir bir çözüme ulaşılması

benimsenir. Yani çatışma durumunda her iki tarafın bazı şeylerden vazgeçerek ortak fayda sağlama temeline dayanmaktadır.

Çatışma yönetim tarzlarından rekabette kişi kendini kazanan karşı tarafı kaybeden görür, uymada kişi karşı tarafı kazançlı kendi kaybeden görür, kaçınmada her iki taraf kaybeden görülürken, uzlaşmada ise her iki taraf hem kazanan hem kaybeden olarak görülmektedir. Diğer bir ifadeyle burada çatışmanın kazananı veya kaybedeni bulunmamaktadır (Gökoğlan, 2020: 19; Demiralp, 2018: 46; Kuşku Özdemir, 2019: 83).

Kısaca uzlaşma tarzı; yolun ortası olarak tanımlanmıştır. Bu tarzı kullanan kişiler, en fazla sayıda insanı tatmin eden bir çözüm bulmak için problem çözmeye çalışır, herkesin biraz taviz vermesiyle pozisyon pazarlığı yapar (Barbuto ve Xu, 2006: 6; McKibben, 2017: 100).

1.2.5.5. İş Birliği

İş birliği çatışma yönetimi tarzlarından en olumlu olanıdır. Bu yönetim tarzı aynı zamanda bütünleştirme olarak da adlandırılmaktadır. Burada kişi hem kendi hem de karşı tarafın istek ve ihtiyaçlarını önemseyerek, her iki taraf içinde uygun olan çözümleri benimser. Bu sebeple iş birliği çatışma yönetimi tarzı sorunların çözümünde ve uygulamada en başarılı yaklaşım olarak görülmektedir (Demiralp, 2018: 47; Kuşku Özdemir, 2019: 82). Nitekim çatışma yönetim tarzları ile ilgili yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre iş birliğinin en çok benimsenen ve en etkili çatışma yönetim tarzı olduğu belirtilmektedir (Gross ve Guerro, 2000: 203).

Bu çatışma yönetimi tarzı daha çok kişinin hem kendi hem de karşı taraf için endişe duyduğu çatışma durumlarında tercih edilmektedir. Bu tarzı uygulamada kullanırken ilk aşama çatışmayı açık seçik bir şekilde belirlemek ve anlamaktır. Son aşama ise çatışmayı yok edecek orta yolun ve çözümün bulunmasıdır. Bu çatışma yönetimi tarzı diğerlerine nazaran kazan-kazan ilkesine bağlı bir anlayıştır (Demiralp, 2018: 47; Kuşku Özdemir, 2019: 82).

Kısaca iş birliği tarzı; bireylerin hem kendileri hem de başkaları için yüksek endişe duyma eğiliminde oldukları, çatışmaya yönelik bir problem çözme yaklaşımıdır. Bu çatışma yönetimi tarzının amacı, örgütsel çatışmaları en aza indirmek değil, iş birliğini kullanarak onları azaltmaktır (McKibben, 2017: 100).

1.3. ÖZ LİDERLİK

1.3.1. Öz Liderlik Kavramı

Örgütsel davranış alanının daha önce ihmal edilmiş bir yönü olarak örgüt üyelerinin kendi üzerlerinde yarattıkları etki konusu yaklaşık otuz beş yıl önce popülerlik kazanmaya başlamıştır. Bu "yeni" yönetsel odak, öncelikle sosyal öğrenme teorisi literatüründen ve öz denetimle ilgili çalışmalardan ortaya çıkmıştır. Yönetim ve organizasyon literatüründe bu süreç genellikle kendi kendini yönetme / öz yönetim olarak adlandırılmıştır (Manz, 1986: 586).

Kendi kendine yönetim kavramının genişletilmesiyle 1980'lerin ortalarında (Manz, 1983, 1986) öz liderlik kavramı ortaya çıkmıştır. Son yıllarda öz liderlik kavramı, konuyla ilgili çok sayıda araştırmalar ile hatırı sayılır bir artış göstermektedir (Neck ve Houghton, 2006: 271).

Öz liderlik kavramı “bireylerin kendi davranışlarını belirli davranışsal ve bilişsel stratejiler kullanarak kontrol ettikleri, etkiledikleri ve yönlendirdikleri bir süreç” olarak açıklanmıştır (Cristofaro ve Giardino, 2020: 1). Başka bir ifade ile öz liderlik, bireylerin görevlerini ve işlerini yerine getirirken kendilerine ihtiyaç duydukları liderlik ve motivasyonu sağladıkları bir süreçtir (Manz, 1986: 586). Diğer liderlik türlerinde lider takipçileri üzerinde etkinken, öz liderlikte birey kendisi üzerinde etkin olur ve kendisine ilham verir (Maykrantz ve Houghton, 2020: 89). Yani öz liderlik, bireyin davranış ve eylemlerinin dış kontrolden ziyade iç kontrol tarafından şekillendiğini öne sürmektedir (Manz, 1986: 586).

Öz liderlikteki bu iç kontrol faktörü öz liderliği; çeşitli örgütlerde etkili potansiyeli olan “kendine etki stratejisi” veya “kendini etkileme süreci” olarak nitelendirmektedir (Long vd. 2015: 16). İnsanların kendi bilişlerini, motivasyonlarını ve davranışlarını nasıl etkileyebileceğini açıklayan sosyal öğrenme teorisi ile insanların çevreleriyle sürekli etkileşiminin ve davranışsal sonuçlarının bilgi ve motivasyon kaynağı olduğunu açıklayan sosyal bilişsel teori; öz liderliğin temelini oluşturmaktadır (Norris, 2008: 44). Bu teorilerden yola çıkarak liderlik teorisyenleri, bireylerin kendi standartlarını belirleyerek kendi davranışlarını yönlendirebilecekleri, yani kendi kendilerini yönetebileceklerini ve öz değerlendirmelerine dayanarak öz performanslarını takdir edebileceklerini ifade etmektedir (Abid vd. 2020: 300).

Liderlik teorisyenlerinin tavsiye ettiği öz liderlik becerisi gösteren bireylerin çalışma hayatlarında daha verimli olduğu, kariyer gelişimi, işlerinde sorumluluk alma ve iş hayatında çeşitli olumlu tutumlar gösterme eğilimlerinin de diğerlerine nazaran daha yüksek olduğu görülmektedir (Ergöz, 2018: 9). Ayrıca öz liderliğin örgütsel bağlamda etkin liderlik, istikrar ve gelişmiş üretkenliğe olanak sağladığı belirtilmektedir (Long vd. 2015: 16).

Eskiden sadece geleneksel lider tarafından gerçekleştirilen liderlik rollerinin günümüzde çalışanlar tarafından paylaşılması teşvik edilmektedir (Houghton, 2012: 217). Aynı zamanda, günümüzde, çalışanların değeri anlaşıldıkça bireylerin oto kontrol ve sorumluluk duyguları daha fazla önem kazanmaktadır (Demiröz, 2015: 5). Öz liderliğin temelinde bireylerin eylemlerini fark edip, eylemleri ile ilgili fikir yürütebilecekleri ve istemedikleri eylemlerini değiştirebilecekleri düşüncesi bulunmaktadır (Sarı, 2021: 42). Bu sebeplerle öz liderliğin günümüz örgütlerinde tüm yönetim kademelerinde kullanılabilecek en uygun yönetim şekli olduğu belirtilmektedir (Çakarel, 2019: 3).

1.1.3.2. Öz Liderlik Boyutları

Literatürde öz liderlik kavramı çeşitli stratejilerle açıklanmaktadır. Bu stratejiler davranışsal odaklı, doğal ödül ve yapıcı düşünce kalıbı olmak üzere üç ana boyuttan oluşmaktadır. Bunu takip eden bölümde bu üç boyut açıklanmaktadır.

1.3.2.1. Davranış Odaklı Stratejiler

Davranış odaklı stratejiler, hem avantajlı sonuçlar elde etmeyi amaçlayan olumlu ve faydalı performansları teşvik etmek, hem de olabilecek olumsuz tutumların etkisini hafifletmek amacıyla tasarlanan stratejilerdir. Özellikle insanlar istemedikleri görevleri yerine getirmek zorunda kaldığında, davranışsal yönetim stratejisine yardımcı olmak amacıyla kişisel öz farkındalığı geliştirmeyi amaçlamaktadır (Cristofaro ve Giardino, 2020: 5). Genel olarak bu stratejiler, etkisiz davranışları azaltırken, olumlu arzu edilen davranışları teşvik etme eğilimindedir (Abid vd. 2020: 300). Böylelikle, kişinin davranış ve tutumlarındaki farkındalığını artırır ve davranışlarını yönetebilmesinde kişiye yardım eder (Karakulluğu, 2019: 38).

Literatürde bu strateji kendini gözleme, hedef belirleme, kendini ödüllendirme, kendini cezalandırma ve kendine hatırlatıcılar belirleme olmak üzere beş alt stratejiden oluşmaktadır. Bunu takip eden bölümde bu beş alt stratejiler açıklanmaktadır.

a) Kendini Gözleme:

Kendini gözleme alt stratejisinin amacı, kişinin davranışlarının mantığını fark edebilmesini sağlamaktır. Yani kişinin kendisi için faydalı ve devam ettirmesi gereken davranışları ile kendisi için zararlı ve yok etmesi gereken davranışlarını anlamasını sağlamayı amaçlamaktadır. Böylelikle, kişinin pekiştireceği davranışları için uygulayacağı yöntemleri geliştirmesine yardımcı olur. Bu durumda kişinin amaçlarına ulaşmasında daha verimli ve etkin stratejiler planlamasını sağlar (Manz, 1986: 589; Karakulluğu, 2019: 39; Sarı, 2021: 43).

b) Hedef Belirleme:

Hedef belirleme alt stratejisi, bireyin amaçlarını profesyonel ve kişisel açıdan değerlendirerek, bu amaçların gerçekçi ve uygun olup olmadığına bakar. Araştırmalar gerçekleştirilebilir özel amacı olan kişilerin, amacı olmayanlara göre

performanslarının daha iyi olduğunu açıklamaktadır. Hedef belirleme stratejisi de bireylerin amaç yönelimli olmasını sağlayarak, başarılı olma yolunda yüksek motivasyona sahip olmalarını sağladığı belirtilmektedir (Karakullukçu, 2019: 39; Sarı, 2021: 43).

c) Kendini Ödüllendirme:

Kendini ödüllendirme alt stratejisi, kişinin hem fiziksel hem de zihinsel açıdan amacına ulaşması için kendisi için motive edici unsurlar oluşturmasıdır. Kişinin kendisine yönelik bir övgü veya tebrik oluşturması zihinsel motive edici unsura örnek olabilirken, zorlu bir iş sonunda kendine bir tatil veya sevdiği bir yiyecek ısmarlaması fiziksel motive edici unsura örnek gösterilmektedir. Bu stratejinin istenilen bir davranışı pekiştirmek için aracı olduğu belirtilmektedir (Karakullukçu, 2019: 39; Sarı, 2021: 44).

d) Kendini Cezalandırma:

Kendini cezalandırma alt stratejisi ise yine davranış odaklı stratejinin alt stratejisi olan kendini ödüllendirmenin tam tersi bir stratejidir. Burada birey istenmeyen veya yanlış bir davranışını düzeltmek için birtakım önlemler alır. Yani birey yanlış veya istemediği bir davranışta bulunduğu bir daha böyle bir davranış tekrar etmemek için kendini cezalandırmaktadır. Ancak burada yapılan öz eleştirinin dengeli bir şekilde gerçekleştiğinde performansı arttırdığı, aşırıya gidildiğinde dengeyi bozarak performansı düşürdüğü belirtilmektedir (Karakullukçu, 2019: 39; Sarı, 2021: 44).

e) Kendine Hatırlatıcılar Belirleme:

Bu alt strateji ise kişinin amacını sürekli devam ettirebilmek amacıyla hatırlatıcı bir sistem kurmayı hedefler. Bu sistem kişinin tarzını etkileyecek şekilde olmalıdır. Yani hatırlatıcıların kişinin ilgisini çekecek şekilde görsel, örneklendirme veya çevresel içerikli olması gerekir. Görsel hatırlatıcı olarak notlar, takvimler ve işaretler,

örneklendirme hatırlatıcısı olarak da bireyin ilişkilendirdiği doğru davranış veya tavrın hatırlatması gösterilebilir. Bu strateji ile kişi bir obje veya bir kişiyi gördüğü zaman yapması gereken görevi aklına gelmesiyle harekete geçer (Karakullukçu, 2019: 40; Sarı, 2021: 45).

1.3.2.2. Doğal Ödül Stratejileri

Doğal ödül stratejileri, kişinin göreviyle ilgili performansını güçlendirmeye hizmet eden duygularını teşvik etmeyi amaçlamaktadır (Cristofaro ve Giardino, 2020: 6). Bu amaçla, bu stratejiler, görevlerin ödüllendirici hale gelmesi için etkinliklerde daha hoş ve keyifli özellikler oluşturmaya odaklanır. Doğal ödül stratejileri, aynı zamanda görevlerin ödüllendirici yönlerine odaklanmak için bireyin algısını şekillendirmeyi içerir. Örneğin, bir hemşire ölümcül hastalığı olan hastasıyla ilgili görevinde hastanın rahatını nasıl artırdığına odaklanarak kendini motive edebilir (Abid vd. 2020: 300). Bir başka örnek olarak; kişi yapacağı görevi içerisinde yolculuk imkânı varsa ve seyahat etmekten hoşlanıyorsa görevini bunun üzerine odaklayıp, bu açıdan kendini motive edebilir.

İki temel doğal ödül stratejisi vardır. Birincisi, belirli bir aktivitede daha hoş ve eğlenceli özellikler oluşturmayı içerir, böylece görevin kendisi doğal olarak ödüllendirici hale gelir. İkinci strateji, dikkati görevin hoş olmayan yönlerinden uzaklaşıp, ödüllendirici yönlerine yeniden odaklayarak algıları şekillendirir. Her iki stratejinin de içsel motivasyonun iki ana mekanizması olan yeterlilik ve kendi kaderini tayin etme duyguları yaratması muhtemeldir. Özetlemek gerekirse, doğal ödül stratejileri, yetkinlik ve kendi kaderini tayin etme duyguları yaratmaya yardımcı olmak için tasarlanmıştır. Bu durumda performans artırıcı görevle ilgili davranışları harekete geçirmektedir (Neck ve Houghton, 2006: 272).

1.3.2.3. Yapıcı Düşünce Kalıbı Stratejileri

Bu görüş, "pozitif düşünme" gibi popülerleşmiş kavramlarla benzerlikler taşımaktadır (Manz, 1986: 594). Yapıcı düşünce kalıbı stratejileri, kusurlu bilgi, zihinsel sembolizm ve kendi kendine olumlu telkin ile ilgilidir. Aslında, bu stratejide

bir görevin yerine getirilmesinden elde edilecek avantajı öngörerek, göreve olumlu ve başarılı bir zihniyetle yaklaşmaya meyilli olmak vardır (Cristofaro ve Giardino, 2020: 6). Buna göre kişiler sahip oldukları fikirleriyle yüzleşmeli ve işlevsiz olan düşünce ve inançlarını yapıcı düşüncelerle değiştirmelidir. Bu stratejiler işlevsel olmayan düşünce ve varsayımların tanımlanması ve değiştirilmesi, kendi kendine konuşma / olumlu yönde kendini telkin etme ve zihinsel betimleme / başarılı performans hayal etme olmak üzere üç alt stratejiden oluşmaktadır (Karakullukçu, 2019: 40). Bunu takip eden bölümde bu üç alt stratejiler açıklanmaktadır.

a) İşlevsel Olmayan Düşünce ve Varsayımların Tanımlanması ve Değiştirilmesi:

Yapıcı düşünce kalıbının bu alt stratejisi kişilerin karşılaştıkları sorunlarda işlevsel olmayan düşüncelerini performanslarını pozitif etkileyecek şekilde değiştirmesiyle ilgilidir. Bu strateji ile bireyler işlevsiz olan düşünce ve inançlarıyla yüzleşmektedir (Karakullukçu, 2019: 41). İşlevsiz düşünce ve inançlar ise kişide strese sebep olarak kişinin performansına engel oluşturmaktadır. Stresi yok edip, performansın artmasını sağlaması sebebiyle en umut verici strateji olarak görülmektedir (Sarı, 2021: 47).

b) Kendi Kendine Konuşma/ Olumlu Yönde Kendini Telkin Etme:

İnsanların ruhsal âlemlerinde oluşturdukları inanç ve tecrübelerine göre kendi kendileriyle üstü kapalı bir şekilde konuşması bilinen bir durumdur. Çeşitli kültürlerde sesli bir şekilde bu eylemi yapan kimseler ruhsal açıdan rahatsız olarak görülse de, sessiz bir şekilde bu eylemin yapılması insanların pek çoğunda karşılaşılan bir durumdur (Karakullukçu, 2019: 42). Kişinin kendisiyle iletişim halinde bulunması kendi kendini etkileyebilmesi açısından geçerli bir metottur. Bu metotta önemli olan, kişinin hangi amaçla böyle bir iletişime geçtiği ve bu iletişim sonucunda ne yönde bir etkileşim olduğudur. Eğer olumsuz tesirinden kaçınıyor ve olumlu cümleler kurarak motivasyonunu ve performansını arttırıyorsa bu strateji işliyor demektir. Bu strateji ile kişi kendisiyle sessiz bir diyalog kurarak, özel düşünce ve tutumlarını değerlendirerek kendine göre bir plan hazırlamaktadır. Bu metodu geçerli bir şekilde gerçekleştirebilen

kişilerin sorunlarını çözme konusunda muhteşem bir başarı elde edebileceği ifade edilmektedir (Sarı, 2021: 47-48).

c) Zihinsel Betimleme / Başarılı Performans Hayal Etme:

Bu alt strateji, bireyin gelecekte gerçekleştirdiğinde kendini başarılı olarak gördüğü bir eylemi gerçekleştirmiş gibi zihninde hayal etmesi, hayali provalar yapmasıdır. Kişi bir görevi gerçekleştirmeden önce görevi gerçekleştirmiş ve başarılı olmuş gibi zihninde canlandığında, performansını iyi bir şekilde hayal ettiğinde bu stratejiyi uygulamış olmaktadır. Nitekim kişi görevi gerçekleştirmeden önce onu başardığını hayal ettiğinde, o görevde büyük ihtimalle başarılı olduğu ileri sürülmektedir (Karakullukçu, 2019: 41-42). Bu önermeyi test etmek amacıyla Driskell ve arkadaşlarının (1994) yaptığı bir araştırmada, zihinsel betimlemenin performansı arttırdığı ortaya çıkmıştır.

1.3.3. Sağlık Kurumlarında Öz Liderlik

Son zamanlarda sağlık sektöründe rekabetin yoğunlaşması, sağlık sigorta sistemindeki değişiklikler, iş bölümü uygulamaları ve büyüyen sağlık kurumlarıyla birlikte sağlık tüketici haklarına yönelik talepler de artmaktadır. Böyle bir ortamda sağlık kurumları ise bu çevresel değişikliklere uyum sağlamak zorunda kalmaktadır (Min vd. 2009: 355).

Bu değişiklikler nedeniyle, sağlık kurumları yüksek kaliteli tıbbi hizmet vermek ve tıbbi tüketicilerin ihtiyaçlarını karşılamak için büyük çaba sarf etmektedir. Tıbbi hizmetlerde yapılan bu değişiklikler nedeniyle hastaların ihtiyaçları çok çeşitli ve karmaşık hale geldiğinden, hastaneler yönetim metotlarını yenilemek durumunda kalmaktadır. Sağlık hizmeti tüketici memnuniyeti üzerinde doğrudan etkisi olan sağlık çalışanları ise, sağlık hizmetlerinin merkezinde yer almaktadır. Sağlık çalışanları, hastanın sorunlarını anlamak, ihtiyaçlarını gidermek ve karşılamak için en önemli kişilerdir. Bu nedenle de onların yetkinliklerinin geliştirilmesi ve güçlendirilmesi ve uzmanlıklarının niteliksel ve niceliksel olarak genişletilmesine özen gösterilmesi önem teşkil etmektedir. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının iletişim becerileri, öz liderlik

ve öz yeterlilik, problem çözme becerileri gibi yetkinliklere sahip olmaları gerekli görülmektedir (Kim ve Sim, 2020: 2).

Sağlık kurumlarının çoğunun hasta memnuniyetini merkeze almasıyla, sağlık kurumlarının vizyon ve hedeflerine sadece birkaç yönetici ve liderle ulaşmasının zorlaştığı bir dönem başlamıştır. Bu bağlamda, liderlik için yeni bir paradigmaya ihtiyaç duyulduğundan, öz liderliğe olan ilgi de artmaktadır. Öz liderlik, davranışsal ve bilişsel stratejiler yoluyla kişinin kendi başına yüksek performansa yol açan, başkalarına liderlik etmeden önce kendi kendine liderliğin özerkliğini vurgulayan özerk bir güçtür (Song ve Lee, 2016: 221). Öz liderlik, arzu edilen bir şekilde hareket etmek için gerekli olan kendiliğindenlik ve öz-yönelime sahip olma çabalarını etkilemektedir. Öz liderlik becerileri, iş performansını olumlu yönde etkileyen sorumluluk ve kontrolü teşvik eder (Manz, 1983: 289).

Öz liderlik becerisi sergileyebilmek için karşı tarafı sabır ve özenle dinleyebilme, karşı tarafla diyalogu ilerletebilme ve nazik bir şekilde karşı tarafı ikna edebilme becerilerinin kullanmanın gerekli olduğu belirtilmektedir. Öte yandan, bazı araştırmalar öz liderliğin iyi bir şekilde gösterilebilmesi için öz saygının sağlam bir şekilde tesis edilmesi gerektiğini öne sürmektedir. Rosenberg (1965), özgüveni yüksek olan kişilerin kendini iyi ifade edebildiklerini, sabırlı olduklarını ve sosyal becerilerinin yüksek, liderlik özelliklerinin ise daha belirgin olduğunu savunmaktadır. Bu bağlamda sağlık çalışanlarının öz saygılarının, öz liderliklerinin, iş tatmininin ve kişisel performanslarının birbiriyle ilişkili olduğu belirtilmektedir (Song ve Lee, 2016: 222).

Sağlık hizmetleri, hastalara günde 24 saat bakım sağlamayı ve hasta, hasta yakını ve diğer sağlık personeli ile iletişim kurmayı içerir. Diğer bir deyişle sağlık hizmetleri, karşılıklı iş birliği gerektiren kişiler arası ilişkilere dayanan teknik bir meslektir. Aslında, kişilerarası yeterlik, sağlık çalışanlarının etkililiğini ve verimliliğini artırmak için belirleyici bir unsurdur. Kişisel bir faktör olan öz liderlik, örgütsel performansı etkileyen bir başka önemli faktördür. Öz liderlik, kendi kendini etkilemek için toplu olarak kullanılan düşünme ve davranış stratejilerine atıfta bulunur

ve özerkliğin insanların içsel bir temel eğilimi olduğunu vurgular. Daha spesifik olarak, öz liderlik, özerklik ve sorumluluk verildiğinde kişinin kendisine liderlik etme ve sorumlu davranışta bulunma sürecini ifade eder. Sağlık kurumlarında hekimler ve hemşireler özerkliği sağlamayı amaçlayan liderlik gerektiren mesleklerdir. Bu tür bir liderlik, lider odaklı olmaktan çok takipçi odaklı olmalıdır. Yani örgüt üyelerinin özerkliğini, eşitliğini ve katılımını sağlamaya dayanmalıdır (Yu ve Ko, 2017: 422).

Sağlık kurumlarının dinamik yapısı ve çevre koşullarına uyum sağlamak zorunda kalması ise çalışanların nicelik ve nitelik bakımından başarılı olmalarını zorlaştırmaktadır. Ancak bir taraftan da iletişim olanaklarının artması, bilgiye erişimin kolaylaşması iş birliği ve ekip çalışması gibi durumları teşvik edici olmuştur. Böylelikle sağlık kurumlarındaki küçük birimlerin ve bireylerin hem liderlik potansiyellerini hem de güçlerini arttırmıştır. Bu durumda sağlık kurumlarının mikro birimlerde çalışanların kendilerine liderlik etmeleri sağlık hizmetlerinin etkililiğine ve etkinliğine katkı sağlayacaktır (Kayral, 2015: 148).

Özetle; karmaşık ve dinamik yapıdaki sağlık kurumlarının merkezinde yer alan başta hekimler ve hemşireler olmak üzere sağlık çalışanlarının öz liderlik becerilerine sahip olması sağlık hizmetlerini nicelik ve nitelik açısından olumlu etkileyen önemli bir faktör olarak görülmektedir.

1.4. İLETİŞİM BECERİLERİ

1.4.1. İletişim Kavramı

Her ne kadar iletişim önemi göz ardı edilen bir alan olsa da; iletişim becerisi insanları diğer canlılardan ayırdığı gibi, bir kişiyi de diğerinden ayıran önemli bir faktördür. Genellikle konuşabilmenin otomatik olarak iletişimi ima ettiği varsayılmaktadır, ancak her zaman böyle değildir (Polat, 2009: 19). İletişim konuşmadan da kurulabildiği ve kişilerin birbirinin farkına varmasıyla iletişimin başladığı açıklanmaktadır. İletişim sırasında kişilerin sözlü veya sözsüz dolaylı olarak birbirine gönderdiği mesajlar vardır. Sözlü iletişimde, söylediğiniz şeyin etkili olmasını istediğiniz şekilde anlaşılması gerekir. Buna göre mesajın anlaşılması ve

karşı tarafın işitmesi için doğru zamanda, doğru şekilde, doğru şeyin söylenebilmesi gereklidir (Cüceloğlu, 2020).

İletişim, iki veya daha fazla kişinin kendi bakış açılarıyla değerleri, inançları, varsayımları, ihtiyaçları, kültürel, manevi ve aile seviyeleri, geçmişleri, beklentileri, yorumları, deneyimleri, hem geçmiş hem de şimdiki düşüncelerini temsil eden, duygular ve davranışlarının dâhil olduğu karmaşık bir süreçtir (Polat, 2009: 19). Dört bin beş yüzün üzerinde tanımı yapılmış olan iletişim kavramı özetle; insanların birbirleriyle etkileşime girerek ilişki kurduğu, bilginin sözlü ve sözsüz mesaj alışverişi yoluyla paylaşıldığı bir süreçtir (Akcan, 2018: 3; Bramhall, 2014: 54). Bu süreçte bireyler düşünceleri, bilgileri ve duygularını karşılıklı paylaşır, birbirlerini anlatabildikleri, anlayabildiklerinde tam manasıyla gerçekleşmiş olur. Bireyler düşünce ve duygularını anlatabilmek, başkalarınınkini anlayabilmek için çeşitli simgeler (vücut hareketleri, yüz ifadeleri ve fiziksel görünüş) ve teknolojik iletişim araçları (radyo, televizyon, telefon, bilgisayar) kullanır. Teknolojinin gelişmesiyle iletişim araçları gelişmiş ve artmış olduğundan bu çağ “iletişim çağı” olarak belirtilmektedir. İletişim çağı olarak anılan bu çağda da iletişim için temel unsur anlatmak, temel gaye ise anlaşılmasıdır. Ünlü psikolog Carl Rogers anlayarak dinlenildiği zaman sağlıklı iletişimin gerçekleştiğini belirtmiştir. Burada anlamadaki maksat iletişim kurulan kişilerin açısından bakabilmek, onların ne hissettiklerini ve sahip oldukları bilgilerini öğrenerek düşüncelerini anlamaktır (Ceylan, 2019: 3; Barut, 2019: 31).

İnsanların kendini anlatma ihtiyacıyla iletişim kurması doğuştan itibaren başlar. Ancak iletişim doğuştan kazanılan değil, zamanla geliştirilebilen bir beceri olarak görülmektedir. Toplumsal yaşamda ise bu beceri hayati bir öneme sahiptir çünkü insanlar başka insanlarla etkileşimde bulunmadan yaşamlarını sürdüremezler, bu etkileşimi de ancak iletişim ile gerçekleştirebilirler (Akcan, 2018: 3; Ceylan, 2019: 3).

1.4.2. İletişim Sürecinin Temel Öğeleri

Araştırmacıların geleneksel olarak gördükleri iletişim yolu; mesaj gönderme ve alma şeklindedir. Bu iletişim yolu adımlarla analiz edilmektedir. Bu yolun adımları sırasıyla mesaj kaynağı, mesaj, kanal, kod çözme ve alıcı olmak üzere beş ögeden oluşmaktadır. Bu süreçteki öğelerden kaynak; mesajı oluşturan kişi, mesaj; mesajı bir anlayışa göre yapılandırmak, kanal; mesajın gönderildiği ortam, kod çözme; alıcının mesajı yorumlaması ve anlaması, alıcı da mesajın gönderildiği kişidir. Ek olarak bu sürece iki adım daha gereklidir. Bunlardan biri iletişimin gerçekleştiğinden emin olunmasını sağlayan “geri bildirim”, diğeri de kanalda istenmeyen bir durum oluşturan “gürültü” olarak adlandırılan adımdır (Polat, 2009: 20).

İletişim sürecinin iyi anlaşılması için bu altı temel öge (kaynak, mesaj, kanal, alıcı, geri bildirim, gürültü) bunu takip eden bölümde açıklanmaktadır.

1.4.2.1. Kaynak (Gönderici)

İletişim sürecinin başlangıcındaki temel öge kaynaktır. Diğer bir ifadeyle gönderici olarak adlandırılan bu öge anlatmak istediği mesajı bir takım kodlarla iletişim kurulan tarafa ileten faktördür. Kısacası kaynak (gönderici) mesajı bir takım simgelerle gönderen kişi, grup veya kuruluştur (Barut, 2015: 33).

1.4.2.2. Mesaj

İletişim sürecinin ikinci temel ögesi olan mesaj ise, kaynak aracılığıyla bir takım semboller kullanılarak yapılan bir kodlamadır. Bu öge kaynak ve alıcı için benzer anlam ifade eden çeşitli sembol veya işaretleri, anlatılan düşünce ve duyguları içerir. Söz, yazı, vücut dili, mimik, ses, kitap, sembol gibi çeşitli etmenler tek başına ya da bir arada mesaj olarak gösterilebilir. Bu mesajlar alıcının duyularına ne kadar çok hitap ederse o kadar çok güçlü bir iletişim kurulmuş olur (Barut, 2015: 34; Albayrak, 2019: 14).

1.4.2.3. Kanal

İletişim sürecinin bir diğer ögesi kanal, kaynak tarafından düzenlenen mesajların alıcı tarafa iletmek için kullandığı araçlardır. Günümüzde çokça kullanılan telekomünikasyon ve elektronik kitle iletişim araçları yapay iletişim kanallarını, insan sesi, vücut hareketleri, mimikleri de doğal iletişim kanallarını oluşturur (Barut, 2015: 34; Albayrak, 2019: 15). Başarılı bir iletişim için kullanılan kanalın alıcıya göre olması önemlidir (Albayrak, 2019: 15).

1.4.2.4. Alıcı

İletişim sürecinin son aşaması olan alıcı; kaynak tarafından iletilen mesajı alan, değerlendiren ve tepki veren kişi veya gruplardır. İletişimin başarılı olabilmesi için kaynak tarafından iletilen mesajın alıcı tarafından kaynağın istediği gibi anlaşılmasıdır. Alıcının mesajı doğru anlayabilmesi için de iletişim sürecinde kullanılan mesaj ve kanalların alıcının bilgi, beceri ve özelliklerine uygun olması önem arz eder (Albayrak, 2019: 15).

1.4.2.5. Geri Bildirim

İletişim sürecinin ek aşamalarındandır. Bu aşama mesajın alıcı tarafından nasıl anlaşıldığını gösterir. Kaynak ilettiği mesajın alıcısına ulaşmış, ulaşmadığını, ulaştıysa mesajın doğru anlaşılıp anlaşılmadığını bu aşamada anlar. Geri bildirim olumlu ve olumsuz olmak üzere iki çeşittir. Alıcı kaynağın ilettiği mesajı anlamamış veya yanlış anladıysa olumsuz geri bildirim, alıcı kaynağın ilettiği mesajı doğru ve istenildiği gibi anladıysa olumlu geri bildirim olarak ifade edilmektedir (Albayrak, 2019: 15). Olumsuz geri bildirim, mesajın doğru anlaşılması için iletişim sürecinin alıcıya göre yeniden şekillendirilmesini sağlayan önemli bir aşamadır.

1.4.2.6. Gürültü

İletişim sürecinin ek aşamalarından bir diğeridir. Gürültü; süreç içerisinde mesajın iletildiği sırada, kanallarda bir engel veya karışıklık oluşturan istenmeyen

durumların tümüdür. İletişimin güvenilirliğini düşüren tüm karışıklık unsurları ve dış müdahaleler gürültü sayılmaktadır (Barut, 2015: 35).

1.4.3. İletişim Becerileri

İletişim becerileri, kişilerin birbirlerini anlamaları ve anlatmaları için başlattıkları iletişim sürecini etkin ve etkili olarak yapabilme kabiliyetidir. Bu kabiliyet daha çok düşünme, dinleme, konuşma, yazma ve okuma eylemleriyle ilişkilidir. İletişim becerileri öğrenilebilir ve öğretilir özellikte görüldüğü gibi, sezgiyle doğuştan gelen bir beceri olarak da görülmektedir. Bu beceride önemli olan başkalarının duygu ve düşüncelerini anlama, onlarla aynı duyarlılığı kazanabilmektir. Çünkü bir kişi başkalarını anlayabildiği, başkalarına karşı duyarlı olabildiğinde iletmek istediği mesajı doğru bir şekilde kodlayabilir ve kendisine gönderilen mesajı doğru anlayabilir. Bu da etkin iletişim kurabilmesini sağlar. Böylelikle kişi iletişim süreci içerisinde etkin bir şekilde dinler ve etkili tepki verebilir. İşte iletişim esnasında etkin ve etkili olabilme kabiliyetine de iletişim becerisi denilmektedir (Barut, 2015: 36).

Etkili iletişim, örgütlere önemli bir katma değer sağlamaktadır (Thamhain, 1992). Hersey ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları bir araştırmaya göre, örgütlerde etkili olmak ile iletişim arasında anlamlı bir ilişkinin olduğundan bahsedilmektedir. Sosyal beceriler içerisinde ele alınan iletişim becerilerinin kişilerarası ilişkilerde kişinin başarılı olmasında destekleyici bir faktör olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle iletişim becerilerinin tüm mesleklerde gerekli bir beceri olduğu, özellikle insan ilişkilerinin ön planda olduğu mesleklerde çok daha gerekli ve önemli olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle insan ilişkilerinin ön planda olduğu, emeğin yoğun olduğu ve hastalık nedeniyle bağımlılık ilişkisinin olduğu sağlık hizmetleri iletişim becerilerinin en gerekli olduğu sektörlerden biridir. Nitekim sağlık hizmetlerinde iletişim ile ilgili yapılan çalışmalar kaliteli sağlık hizmetlerinde iletişimin etkisini ortaya çıkarmaktadır (Barut, 2015: 37).

1.4.4. Sağlık Kurumlarında İletişim Becerileri

Artan sayıda araştırmalar göstermektedir ki; eğitim ile etkili iletişim becerilerinin geliştirilmesi mümkündür. Etkili iletişim de, savunmasız hastaların hastalıkları ile başa çıkmalarına, bakımları ve tedavileri hakkında daha iyi kararlar almalarına yardımcı olur. Bununla birlikte, stresin üst düzeyde olduğu sağlık hizmetlerinde sağlık çalışanlarının etkili iletişimi sürdürebilmesi için iletişim becerilerine sahip olmalarını gerekir (Bramhall, 2014). Ayrıca iletişim becerileri hem sağlık kurumlarının kalitesini, üretkenliğini ve rekabet gücünü belirleyen stratejik bir faktör, hem de sağlık hizmeti tüketicilerinin muhakemesini etkileyen önemli bir faktördür (Song ve Lee, 2016: 221).

İngiltere'nin Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (NICE) sınıf, rol veya uzmanlık durumuna bakmaksızın tüm sağlık profesyonellerinin, hastaların ve yakınlarının sıkıntılarını belirleme ve bunlara cevap verme konusunda bir rolü olduğunu belirtmiştir (NICE, 2004). Ancak sağlık personelinin çoğu bu temel sorumlulukta; sıkıntı çeken hastaların ihtiyaçlarını anlama ve bunlara cevap vermek konusunda başarısız olmaktadır (Francis, 2013). Bu başarısızlıklar kısmen iletişim becerileri eğitimlerinin yetersiz olmasından kaynaklanabilir. Sağlık personeli klinik uygulamaları esnasında çok az iletişim becerileri eğitimi almış veya hiç eğitim görmemiş olan kıdemli meslektaşlarından işlerini öğrenirler. Bu durum ise geri bildirim ve gelişme için kişiye çok az bir tutarlılık veya fırsat sunabilir. Sağlık profesyonelleri kötü haber vermek, zor sorulara cevap vermek ve güçlü duygulara yardımcı olmak gibi iletişim durumlarını yönetmek konusunda iletişim becerilerine ihtiyaç duyarlar. Yapılan çalışmalar göstermektedir ki, sağlık çalışanlarının iletişim becerileri yetersiz olduğunda görevleri gerçekleştirirken olumsuz etkilerle karşılaşabilmektedirler (Bramhall, 2014: 55).

Sağlık kurumlarında etkili iletişimin sağlık çıktılarına olumlu etkilediği, bu etkinin başrolünde de hekim hasta arasındaki iletişim olduğu belirtilmektedir. Fizik muayene, anamnez konuları gibi iletişim becerileri de öğrenilebilen bir beceridir. Son zamanlarda ise profesyonel hekimlik uygulamalarında vazgeçilmez koşul olarak

varsayılmaktadır. Bu nedenle son yıllarda müfredatlarına iletişim becerileri eğitimi dâhil eden tıp fakültesi sayısı artmaktadır (Yamaç vd. 2020: 42).

Özetle; sağlık çalışanlarının görevlerini yerine getirme sürecinde çeşitli mesleki konularda yeterli iletişim becerilerine sahip olması sağlık hizmetlerinin kalitesini etkileyen önemli bir faktördür (Song ve Lee, 2016: 221).



İKİNCİ BÖLÜM

2. KURAMSAL ÇERÇEVE (HİPOTEZ GELİŞTİRME)

Bu bölümde, sağlık kurumlarında hekimler özelinde iş yerinde şiddet, öz liderlik becerileri, çatışma yönetimi tarzları ve iletişim becerileri değişkenlerinin arasındaki ilişkilere dair kapsamlı bir literatür taraması yapılarak ilgili hipotezler oluşturulmuştur.

2.1. Sağlık Kurumlarında Öz Liderlik ile Şiddet İlişkisi

Sağlık kurumlarında şiddet vakalarının gerçekleşme olasılığı diğer iş yerlerine göre 16 kat daha fazladır (Kaplan vd. 2013: 5). Bu durumun sağlık kurumlarında şiddete sebebiyet verecek risk faktörlerinin fazla olmasından kaynaklandığı belirtilmektedir. Sağlık kurumlarında risk faktörleri olarak da; hastaların bekleme tahammül oranlarının düşük olması, her hastanın kendi hastalığının daha acil olduğunu düşünmesi, sağlık hizmetlerindeki bekleme yerlerinin kalabalık ve düzensiz olması, hasta ve yakınlarının kendilerine adil veya gerekli özenle davranılmadığını düşünmeleri gibi unsurlar öne çıkmaktadır. Bu unsurlar hasta ve yakınlarının saldırgan tutum göstermelerine neden olmaktadır (Akça vd. 2014: 3).

Bu risk faktörlerinin yanı sıra sağlık kurumlarında şiddet vakalarının fazla olması sağlık hizmetlerinin diğer işyerlerine göre daha stresli olmasından da kaynaklanıyor olabilmektedir. Sağlık kurumlarındaki işlerin birçoğunun önceden öngörülememesi, her gün yıpratıcı vakalarla karşılaşılması, sağlık personelinin iş tanımlarındaki belirsizlikler gibi bu sektöre has özellikler, çalışanları strese karşı savunmasız hale getirmektedir (Kagan vd. 1995: 71). Kagan ve arkadaşları (1995) sağlık kurumlarında gerçekleştirdikleri çalışmalarında insanlarla başa çıkma ve kişilerarası farkındalık yöntemleri ile duygusal tükenme ve mesleki gerilimin azaltılabildiği sonucunu bulmuşlardır. Ayrıca kişilerarası farkındalık programlarının uzun vadede önemli fayda yarattığı da belirtmektedir (Kagan vd. 1995: 72). Bunun yanı sıra şiddetle baş edebilmek amacıyla hastaya yaklaşımda stres yönetimi ve etkin

iletişim gibi yöntemler de önerilmektedir (Akça vd. 2014: 3). İlâveten sağlık kurumlarında şiddet sorunu ile baş etmenin temel unsurları arasında şiddet eylemlerine sebep olan sorunu anlama ve çalışanları bu konuda geliştirme de gösterilmektedir (Papa ve Venella, 2013: 6). Bahsedilenlerin ışığında mesleki gerilime de sebep olan şiddet vakalarında çalışanların kişisel gelişimi ile ilgili kişilerarası farkındalık eğitimi, etkin iletişim, stres yönetimi ve sorunu anlama gibi yöntemlerin faydalı olması beklenmektedir.

Sağlık kurumlarının yapısı itibariyle şiddet olaylarına meyilli olması ve bu olayların çalışanlarda stres oluşturmaları; sağlık çalışanları kapsamında stres yönetimi, öz farkındalık ve çeşitli sosyal becerileri geliştirme gibi konuların önemini daha da arttırmaktadır (Akça vd. 2014: 3; Kagan vd. 1995: 71; Papa ve Venella, 2013: 6). Gillespie ve arkadaşları (2010) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada sağlık çalışanlarının şiddet içeren bir olayın olumsuz etkilerine karşı genellikle bireysel mekanizmalarla kendilerini korudukları sonucuna varılmıştır. Örneğin şiddet içeren olumsuz bir olayın ardından soğuk bir içecek içmenin veya kısa bir mola vermenin stresi azaltmaya yardımcı olduğu ifade edilmiştir. Mola ve kendine içecek ısmarlama gibi davranışlar ise öz liderliğin davranış odaklı boyutunda kendini ödüllendirme stratejisine bir örnek oluşturmaktadır. Bunun yanısıra, kişilerarası olaylar karşısında bireylerin bilişsel ve duygusal tepkilerinde öz anlama ve öz farkındalık artmasıyla stresin azaldığı varsayılmaktadır (Kagan, 1995: 71). Buna göre öz farkındalık ve öz anlama gerektiren öz liderlik becerilerinin de stresi azaltabileceği öngörülmektedir. Bu bilgiler ışığında; öz farkındalık ve bireysel gelişimde etkili olan öz liderlik becerilerinin şiddet olaylarını engelleme yahut azaltma noktasında etkili bir yöntem olabileceği öngörülmektedir. Kişisel bir beceri olan öz liderlik; kendi kendini etkilemede kullanılan düşünme ve davranış stratejilerine atıfta bulunur.

Sağlık kurumlarında çalışanların maruz kaldığı şiddet vakalarında sık karşılaşılan bir örnek; kaza sonucunda ağır yaralı olarak getirilen bir hastaya gerekli tüm müdahaleleri yaptığı halde hastayı kaybeden hekimin, hasta yakınları tarafından gereğini yapmadığı ile suçlanarak psikolojik şiddete maruz kalması durumundan bahsedilmektedir. Böyle bir şiddet içerikli vakada hekim hastaya gerekli tüm

müdahaleleri yaptığını ve hastanın hayatını kaybetmesinde bir kusuru olmadığını; hasta yakınlarının da üzüntülerinden kendisini suçladıklarını sakinleştiklerinde kendisini anlayabileceklerini düşünerek; onlarla empati kurarak yapıcı bir düşünce geliştirebilir. Böylece maruz kaldığı sözel ve psikolojik şiddete karşı kendini koruyabilir. Böyle bir durumda hekim yapıcı düşünce kalıbı öz liderlik stratejisini uygulayarak psikolojik bir şiddeti engellemiş veya azaltmış olabilmektedir.

Bir başka sağlık kurumlarında sık karşılaşılan şiddet içerikli vaka örneği olarak, ciddi bir hastalık teşhisi konan bir hastanın, hastalığı ile ilgili sorduğu sorusunu hekimin tebessümle yanıtlaması sonucunda hekimin kendisini küçümsemediğini düşünen hastanın hekime hakaret etmesidir. Böyle bir durum karşısında hekim hastaya karşı olan davranışını gözden geçirerek, gülümseme davranışının yanlış anlaşıldığını fark edebilir. Hastalığını ciddiye alıp korkan hastalara ciddi bir şekilde cevap vermesi gerektiğini düşünerek bundan sonra benzer durumlarda buna göre davranışını düzeltmesi ise, hekimin davranış odaklı öz liderlik stratejisinden kendi kendini gözleme becerisini gösterebileceği görülmektedir. Böylece bundan sonraki benzer olaylarda olası şiddet olaylarını engellemiş veya azaltmış olabilecektir.

Sağlık kurumlarında şiddet, fiziksel yaralanmalara hatta daha ileri vakalarda bir çalışanın ölümüne kadar neden olabilmektedir. Sağlık çalışanları ise temel bir insan hakkı olan iş güvenliği hakkına sahiptir. Bu güvenli çalışma ortamı oluşturması gereken ise işverenlerdir. Çalışanların ise bu güvenli ortamın oluşması ve devam etmesi için işverenleriyle iş birliği halinde olmaları gerekir. İş birliği halinde olan çalışan proaktif davranış sergilemelidir (Gillespie vd. 2010: 181). Yani bilinçli veya bilinçsiz bir biçimde ortaya çıkan olumsuz durumlarda inisiyatif almalıdır. Sağlık çalışanı, inisiyatif alarak olumsuz durumu yönetebilir. Bu duruma örnek olarak; hastane sistemi nedeniyle randevu alamayan ve bağırıp çağırarak randevu almak isteyen saldırgan bir hastaya, hekimin sakin ve saygılı yaklaşması; sistemin imkân vermemesine rağmen sırada bekleyen hastaları ile ilgilendikten sonra kendisiyle ilgilenebileceğini ifade etmesi gösterilebilir. Burada hekim olumsuz bir durumu inisiyatif alarak olumluya çevirmiştir. Buradan da anlaşılacağı gibi sağlık kurumlarında şiddete karşı güvenli alan oluşmasında sağlık çalışanlarının etkisi büyük

olabilmektedir. Bu örnekten anlaşılacağı üzere; hekim öz yönetim becerisine sahip olduğunda görevi esnasında karşılaştığı zorlu durumun üstesinden gelebilir. Bu durum ise kişinin öz yönetim, öz denetim ve içsel motivasyon gibi öz etki teorileri ile ilişkilidir (Houghton vd. 2012: 220; Sarı, 2021: 41; Ergöz, 2018: 12). Öz liderlik stratejileri ise öz etki teorilerini kapsamaktadır (Houghton vd. 2012). Bu bilgilerden yola çıkarak bireyin çalışma şartlarına göre kendi davranış ve düşüncelerini etkileme becerisi olarak kavramsallaştırılan öz liderlik teorisinin şiddet vakaları ile ilişkili olabileceği öngörülmektedir.

Bu bilgiler ışığında hekimlerin maruz kaldığı şiddet vakalarının hekimlerin öz liderlik becerileri ile engellenebileceği yahut en azından azaltılabileceği öngörülmektedir. Bu varsayımdan yola çıkarak bu çalışmada aşağıda belirtilen birinci hipotez ve alt hipotezleri geliştirilmiştir:

H₁: Hekimlerin sergilemekte olduğu öz liderlik becerilerinin hekimlerin maruz kaldığı şiddet vakaları üzerinde negatif ve anlamlı etkisi vardır.

H_{1a}: Hekimlerin sergilemekte olduğu öz liderlik becerilerinin hekimlerin maruz kaldığı *fiziksel şiddet* vakaları üzerinde negatif ve anlamlı etkisi vardır.

H_{1b}: Hekimlerin sergilemekte olduğu öz liderlik becerilerinin hekimlerin maruz kaldığı *psikolojik şiddet* vakaları üzerinde negatif ve anlamlı etkisi vardır.

H_{1c}: Hekimlerin sergilemekte olduğu öz liderlik becerilerinin hekimlerin maruz kaldığı işyerinde *sözel şiddet* vakaları üzerinde negatif ve anlamlı etkisi vardır.

2.2. Sağlık Kurumlarında Çatışma Yönetim Tarzları ile Şiddet İlişkisi

Şiddet ve çatışma kavramları birbirleriyle oldukça ilintili kavramlardır. Yapılan araştırmalara göre psikolojik şiddetin, çatışmanın abartılı bir şekli olduğu belirtilmektedir. Çatışma kavramının ise çok farklı şekillerde tanımlandığı görülmektedir. En genel tanımı itibarıyla çatışma; bir grup insan arasında yaşanan uyuşmazlık ve anlaşmazlık sonucunda ortaya çıkan ve gerçekleşen müdahaleler olarak

tanımlanmaktadır. Yapılan tanımlara göre çatışma, temelde uyumsuzluk, ters düşme veya zıtlık gibi anlamları içermektedir. Ters düşme, zıtlık gibi durumlarda kişilerin kendi isteklerini, çıkarlarını kabul ettirme peşinde olmaları söz konusudur. Şiddet ise, zıtlık, mücadele ve tartışmaların bir sonucudur. Çatışma yönetiminin ise şiddetin yaşanmasına, azaltılmasına yahut ortadan kaldırılmasına yönelik bir strateji olarak kullanıldığı belirtilmektedir (Arslan, 2019: 8).

Şiddete dönüşme potansiyeli olan çatışmayı tamamen ortadan kaldırmak ne yazık ki mümkün olmadığından, bu çatışmaların etkin bir şekilde yönetilmesi önem arz etmektedir. Yönetilmeyen çatışma; personel devir hızı, devamsızlık, verimlilik kaybı ve bazı durumlarda hayat kaybı ile sonuçlanır. Bu bakımdan sağlık kuruluşları, çatışmalar yönetilemediğinde ciddi zorluklar ve yüksek riskler ile karşı karşıya kalacaktır (Haraway ve Haraway, 2005: 12).

Haraway ve Haraway'e (2005) göre, hekimler ve hemşireler arasında en sık tercih edilen çatışma yönetimi tarzları rekabet ve kaçınmadır. Weber (1999) tarafından gerçekleştirilen sağlık kuruluşlarında çatışma ile ilgili bir araştırma da hekimlerin, sıklıkla, "kararların alındığı, sorunların çözüldüğü ve tartışarak başkalarıyla müzakere edildiği" anlaşmazlıkların çözümüne tam tersi bir yaklaşım gösterdiklerini ortaya koymaktadır. Ancak, bu yolla verilen kararlar, tarafların çatışma konusuna dair bilgiyi kendi çıkarlarına göre yorumlamaya çalışmasına neden olmaktadır. Bu durumda hekim hastasıyla müzakere ederek karar alsa da, verilen karar hastanın aleyhine sonuçlandığında hasta hekimi suçlayarak çatışmanın şiddete dönüşebilmesine neden olabilmektedir. Bir diğer çalışma (Andrew, 1999: 39), hekimlerin kendi ailelerinde yaşadıklarına benzer çatışma yönetimi tarzları modelleme ve sergileme eğiliminde olduklarını bildirmektedir. Eğer hekimin modellediği çatışma yönetim tarzı rekabet veya kaçınma tarzı olursa, bu durum olumsuz sonuçlara yol açarak şiddete dönüşebilmektedir. Başka bir çalışmada (Forte, 1997: 122) ise, hemşirelerin diğer tüm stratejilerden daha fazla kaçındıkları tespit edilmiştir. Tüm bu bilgiler ışığında sağlık kurumlarında çalışanların özellikle hekimlerin rekabet ve kaçınma çatışma yönetim tarzını daha çok tercih ettiği ve bu tarzların şiddeti artırıcı unsur olabildiği anlaşılmaktadır.

Çatışma yönetimi üzerine sağlık kurumları kapsamında gerçekleştirilen araştırmalar, hem hekimlerin hem de hemşirelerin rekabet veya kaçınma tarzlarını kullanma eğiliminde olduklarını gösterse de, tıbbi durumları yönetirken rekabet ve kaçınma davranışları oldukça olumsuz sonuçlara yol açabilir. Örneğin, bir hemşire çatışmadan kaçınmayı tercih ederek hastanın bakımı ile ilgili hekime veya çalışma arkadaşına bilgi vermekten kaçınırsa, hastanın tıbbi durumunun kötüleşmesine hatta ölmesine bile neden olabilir. Çatışma yönetiminde sergilenen bazı davranış tarzları olumsuz sonuca sebep olup, bu olumsuzluklar da hasta ve/veya yakınları tarafından şiddete neden olabilecek ortam oluşturabilmektedir. Çatışma yönetimi tarzlarının bazıları olumsuz durumlara neden olurken, diğerlerinin ise daha olumlu sonuçları beraberinde getirmesi daha muhtemeldir (Haraway ve Haraway, 2005: 12; Andrew 1999: 39; Forte 1997: 122).

Şiddete neden olabilecek çatışma davranışları ile birlikte bireylerde şiddet eylemleri gösterme olasılığını etkileyen; bireyin dürtü kontrol düzeyi, bireyin duygularını ifade etme becerisi, empati düzeyi ve etik anlayışı gibi birçok faktör mevcuttur. Aynı zamanda tedavi için uzatılmış bekleme süreleri, gürültülü bekleme alanları, bilinmeyen kişilerin veya çevrelerin korkusu ve aşırı acı verici durumlar şiddet olasılığını artırabilir. Sağlık kurumları ise sayılan bu durum ve faktörleri çok yoğun bir şekilde içerisinde barındırması sebebiyle şiddet olasılığının yaşanması yüksek olan iş yerleri olarak gösterilmektedir (Wand ve Coulson, 2006: 164).

Sağlık kurumları verdiği hizmetin yapısı gereği çeşitli olumsuzluklar barındıran kuruluşlardır. Bu olumsuzluklar arasında; tıbbi planla ilgili anlaşmazlıklar, bir hizmetin veya talebin reddedilmesi, aşırı bekleme süreleri, sağlık çalışanının kaba veya umursamaz olduğu algıları, hasta ölümü gibi değiştirilemeyen sonuçlar ve yas durumları gösterilebilir. Sağlık kurumlarında karşılaşılan bu gibi olumsuz durumlar ise, hastaların başa çıkamadıkları ve çatışma çıkardıkları bir kriz yaratabilir. Bu da şiddeti artırabilir (Gillespie vd. 2010: 178).

Örneğin, bir kriz esnasında hasta ile hekim arasında bir çatışma oluşup, bu çatışmada hekim tartışmadan uzak kalmak amacıyla kaçınma çatışma yönetimi tarzı sergilediğinde, bu yaklaşım hasta tarafından umursamaz bir tavır olarak algılanıp, hastanın hekime hakaret etmesi gibi sözel şiddete veya tekme, tokat atma gibi fiziksel şiddete dönüşebilmektedir.

Bu bilgiler ışığında sağlık kurumlarında şiddet vakalarının sıklığı üzerinde sağlık çalışanlarının çatışma yönetim tarzlarının önemli bir etkisinin olduğu; ancak bu genel kabulün varlığına karşın; buna yönelik kapsamlı ve yeterli ampirik araştırma olmadığı görülmektedir. Buna göre sağlık kurumlarında hekimlerin kullandığı çatışma yönetim tarzlarının hekimlerin maruz kaldığı şiddet vakalarını azaltabileceği, engelleyebileceği yahut tam tersi şiddetlendirebileceği öngörülmektedir. Buna göre hekimlerin sergilemekte olduğu çatışma yönetimi tarzlarından uyma, uzlaşma ve iş birliği yaklaşımlarının hekimlerin maruz kaldığı şiddet vakalarının yaşanma sıklığı üzerinde negatif etkisi, rekabet ve kaçınma yaklaşımlarının ise hekimlerin maruz kaldığı şiddet vakalarının yaşanma sıklığı üzerinde pozitif etkisi olduğu öngörülmektedir. Bu varsayımdan yola çıkarak bu çalışmada aşağıda belirtilen ikinci hipotez ve alt hipotezleri geliştirilmiştir:

H₂: Hekimlerin kullandığı çatışma yönetim tarzlarının hekimlerin maruz kaldığı şiddet vakalarının yaşanma sıklığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi vardır.

H_{2a}: Hekimlerin sergilemekte olduğu çatışma yönetimi tarzlarının hekimlerin maruz kaldığı *fiziksel şiddet* vakalarının yaşanma sıklığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi vardır.

H_{2a1}: Hekimlerin sergilemekte olduğu *uyma* çatışma yönetimi tarzının hekimlerin maruz kaldığı *fiziksel şiddet* vakalarının yaşanma sıklığı üzerinde *negatif* etkisi vardır.

H_{2a2}: Hekimlerin sergilemekte olduğu *uzlaşma* çatışma yönetimi tarzının hekimlerin maruz kaldığı *fiziksel şiddet* vakalarının yaşanma sıklığı üzerinde *negatif* etkisi vardır.

H_{2a3}: Hekimlerin sergilemekte olduğu *rekabet* çatışma yönetimi tarzının hekimlerin maruz kaldığı *fiziksel şiddet* vakalarının yaşanma sıklığı üzerinde *pozitif* etkisi vardır.

H_{2a4}: Hekimlerin sergilemekte olduğu *iş birliği* çatışma yönetimi tarzının hekimlerin maruz kaldığı *fiziksel şiddet* vakalarının yaşanma sıklığı üzerinde *negatif* etkisi vardır.

H_{2a5}: Hekimlerin sergilemekte olduğu *kaçınma* çatışma yönetimi tarzının hekimlerin maruz kaldığı *fiziksel şiddet* vakalarının yaşanma sıklığı üzerinde *pozitif* etkisi vardır.

H_{2b}: Hekimlerin sergilemekte olduğu çatışma yönetimi tarzlarının hekimlerin maruz kaldığı *psikolojik şiddet* vakalarının yaşanma sıklığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi vardır.

H_{2b1}: Hekimlerin sergilemekte olduğu *uyma* çatışma yönetimi tarzının hekimlerin maruz kaldığı *psikolojik şiddet* vakalarının yaşanma sıklığı üzerinde *negatif* etkisi vardır.

H_{2b2}: Hekimlerin sergilemekte olduğu *uzlaşma* çatışma yönetimi tarzının hekimlerin maruz kaldığı *psikolojik şiddet* vakalarının yaşanma sıklığı üzerinde *negatif* etkisi vardır.

H_{2b3}: Hekimlerin sergilemekte olduğu *rekabet* çatışma yönetimi tarzının hekimlerin maruz kaldığı *psikolojik şiddet* vakalarının yaşanma sıklığı üzerinde *pozitif* etkisi vardır.

H_{2b4}: Hekimlerin sergilemekte olduğu *iş birliği* çatışma yönetimi tarzının hekimlerin maruz kaldığı *psikolojik şiddet* vakalarının yaşanma sıklığı üzerinde *negatif* etkisi vardır.

H_{2b5}: Hekimlerin sergilemekte olduğu *kaçınma* çatışma yönetimi tarzının hekimlerin maruz kaldığı *psikolojik şiddet* vakalarının yaşanma sıklığı üzerinde *pozitif* etkisi vardır.

H_{2c}: Hekimlerin sergilemekte olduğu çatışma yönetimi tarzlarının hekimlerin maruz kaldığı *sözel şiddet* vakalarının yaşanma sıklığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi vardır.

H_{2c1}: Hekimlerin sergilemekte olduğu *uyma* çatışma yönetimi tarzının hekimlerin maruz kaldığı *sözel şiddet* vakalarının yaşanma sıklığı üzerinde *negatif* etkisi vardır.

H_{2c2}: Hekimlerin sergilemekte olduğu *uzlaşma* çatışma yönetimi tarzının hekimlerin maruz kaldığı *sözel şiddet* vakalarının yaşanma sıklığı üzerinde *negatif* etkisi vardır.

H_{2c3}: Hekimlerin sergilemekte olduğu *rekabet* çatışma yönetimi tarzının hekimlerin maruz kaldığı *sözel şiddet* vakalarının yaşanma sıklığı üzerinde *pozitif* etkisi vardır.

H_{2c4}: Hekimlerin sergilemekte olduğu *iş birliği* çatışma yönetimi tarzının hekimlerin maruz kaldığı *sözel şiddet* vakalarının yaşanma sıklığı üzerinde *negatif* etkisi vardır.

H_{2c5}: Hekimlerin sergilemekte olduğu *kaçınma* çatışma yönetimi tarzının hekimlerin maruz kaldığı *sözel şiddet* vakalarının yaşanma sıklığı üzerinde *pozitif* etkisi vardır.

2.3. Sağlık Kurumlarında Öz Liderlik Becerileri ile Çatışma Yönetim Tarzları İlişkisi

Son yıllarda çatışma yönetimi konusunda kapsamlı çalışmalar yapılmıştır. Bazı bilim adamları, çatışma yönetimi tarzlarının liderlik ile ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Ancak, sağlık kurumlarında çatışma yönetim tarzları literatürde çok daha az ilgi görmüştür. Sağlık kurumlarında çatışma yönetim tarzları ile ilgili çalışmalarda bireylerin davranış kalıplarının fikir verebileceği belirtilmektedir (Barbuto ve Xu, 2006: 6).

Çatışmanın insanlığın doğasında var olduğu kabul edilir. Bu nedenle, çatışmanın tüm kurumlarda görülmesi muhtemeldir. Karmaşık ve dinamik yapıdaki sağlık kurumlarında ise çatışma kaçınılmazdır. Sağlık kurumlarında kaçınılmaz olan çatışmanın etkin bir şekilde yönetilememesi ise, hastalara verilen bakımın düzeyi ve kalitesini doğrudan olumsuz etkileyecektir. Bu durum ise sağlık hizmetinin bütünlüğünü tehdit eden bir unsur olacaktır. Sağlık çalışanlarının çatışma çözme alanlarında eğitim almalarının, personel ilişkileri, stres, hastalık ve işe devamlılıkla

ilgili sorunların yok edemediği belirtilmektedir. Bununla birlikte çatışmaların genellikle yapılan işlerde değişim, kişilerarası ilişkiler ve zayıf liderlikten kaynaklandığı açıklanmaktadır. Çatışmayı en aza indirmek veya etkin bir şekilde yönetmek için de, çatışmanın merkezindeki kişiyi veya kişileri anlamının faydalı olabileceği belirtilmektedir (McKibben, 2017: 101).

Çatışma yönetimiyle ilgili önceki araştırmalar kişiliği, duygusal eğilimleri, bireysel farklılıkları ve motivasyonel ihtiyaçları incelemiştir. Bu çalışmalar, duygusal eğilimleri, durumlar arasında davranışları tahmin etmek için potansiyel göstermiştir (Barbuto ve Xu, 2006: 6). Araştırmalar herhangi bir çatışma türü sırasındaki duyguların, yapıcı bir şekilde düzenlenmediği ve yönlendirilmediği takdirde, çatışmanın olumlu etkilerini azalttığını ve çatışmanın performans ve yaratıcılık üzerinde olumsuz etkilere neden olduğunu göstermektedir. Ayrıca araştırmalar, çatışma süreçlerinin etkisinin, çatışmayı tırmandırmaya veya azaltmaya yardımcı olma potansiyelleri nedeniyle dikkate alınması gerektiğini öne sürmektedir (Flores vd. 2018: 426).

Duygusal olaylar teorisi (Weiss ve Cropanzano, 1996), iş olaylarına karşı duygusal tepkilerin, bireylerin işyerindeki davranışlarını ve tutumlarını etkilediğini savunur. Olumlu duygulara sahip ekip üyelerinin, bütünleşme ve uzlaşma gibi daha iş birlikçi yaklaşımları kullanması muhtemeldir. Buna karşılık, olumsuz duygulara sahip ekip üyeleri, çatışmayı yönetmek için tahakküm gibi çatışmacı yaklaşımları veya kaçınma gibi çatışmacı olmayan yaklaşımları kullanırlar (Flores vd. 2018: 426).

Bununla birlikte, kişinin kendi duygularının bilincinde olması ve başkalarının duygularına odaklanması, bireyleri çatışmacı davranışlardan ziyade çatışma çözümü için uzlaştırıcı, iş birlikçi ve bütünleştirici davranışlara sevk eder. İşbirlikçi çatışma yönetimi tarzlarının ise hem organizasyonlar hem de bireyler için kısa ve uzun vadeli faydalar sağlayabileceği öne sürülmektedir. Buna karşılık, rekabetçi ve kaçınma yaklaşımlarının ise, çatışmayı tırmandıracağı ve kişilerarası ilişkileri ve takım performansını zayıflatabileceği belirtilmektedir (Flores vd. 2018: 427).

Flores ve arkadaşları (2018), çatışma dönüşümünün doğasına bakarak, çatışmanın gelişimini ve işlevselliğini belirleyen anahtar bir yapı olarak duygunun, olumlu öz liderlik becerileri yoluyla yapıcı ve özgün bir şekilde öngörülebileceğini, kontrol edilebileceğini ve yönetilebileceğini belirtmektedir. Demiröz (2015) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmanın bulguları, genç çalışanların öz liderlik becerileri ile çatışma yönetimi tarzları arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Öz liderlik, kişinin kendisini içsel olarak motive eden görevlere yönlendirmesi, kişinin tutum ve davranışlarını, doğal olarak motive edici olmasalar bile görevleri tamamlamak için yapılması gerekenleri yapmaya yönlendiren baskın ve güçlü bir öz-etki perspektifidir (Manz, 1986: 594). Öz liderlik, davranışsal ve bilişsel stratejiler yoluyla kişinin kendi başına yüksek performansa yol açan, başkalarına liderlik etmeden önce kendi kendine liderliğin özerkliğini vurgulayan bir güçtür (Song ve Lee, 2016: 221).

Çalışanların motivasyonlarını ve performanslarını kendi kendilerine yükseltmelerine olanak veren öz liderlik becerilerinin çalışanlar üzerinde geliştirme ve içselleştirme yönünde örgütlerde eğitim programları sağlanabilir. Böylelikle öz liderlik stratejileri kapsamında yer alan davranışsal odaklı, doğal ödül odaklı ve yapıcı düşünce kalıbı stratejileri kullanmayı öğrenen çalışanlar, çatışmaları yönetebilme noktasında bir uzmanlık kazanabilir. Öz liderlik stratejilerinin örnekleri arasında kendi kendine olumlu yönde konuşma, işlevsiz düşünceleri tanımlayıp değiştirme, işin nahoş yönlerinden ziyade hoş olan yönlerine odaklanma, kendini ödüllendirme, kendini gözlemlenme ve kendine hatırlatıcılar belirleme gibi davranışlar yer alır. (Flores vd. 2018: 426; Cristofaro ve Giardino, 2020: 6). Bu gibi öz liderlik becerileri gösteren çalışanların çatışma veya çatışmaya dönüşebilecek durumlarda iş birlikçi ve uzlaşmacı yaklaşımlar ile çatışmayı olumlu yönde yönetebileceği öngörülmektedir. Nitekim Demiröz (2015)'ün bu konu üzerine gerçekleştirdiği araştırmanın sonucunda, genç çalışanların düşünce ve fikir değerlendirme, kendini gözlemlenme, hatırlatıcılar belirleme gibi öz liderlik becerilerinin uzlaşma çatışma yönetim tarzı ile anlamlı ilişkisi olduğu ortaya çıkmıştır. Buna göre öz liderlik becerileri yüksek olan çalışanların çatışmalarda uzlaşmacı ve iş birliği odaklı davranışlar sergileyerek çatışmaları daha usta bir şekilde yönetebilmeleri beklenmektedir. Ancak ilgili literatür

incelendiğinde çalışanların öz liderlik becerileri ile çatışma yönetimi tarzları arasındaki ilişkiye dair sağlık sektörü kapsamında hekimler özelinde yapılmış kapsamlı bir araştırmanın varlığına rastlanılmamıştır. Tüm bu bilgiler ışığında, sağlık kurumlarında hekimlerin sergilemekte olduğu öz liderlik becerilerinin onların çatışma yönetim tarzlarından iş birlikçi ve uzlaşmacı tarzlar üzerinde pozitif, diğer çatışma yönetimi tarzları üzerinde ise negatif etkisi olabileceği öngörülmektedir.

Bu varsayımdan yola çıkarak bu çalışmada aşağıda belirtilen üçüncü hipotez ve alt hipotezleri geliştirilmiştir:

H₃: Hekimlerin sergilemekte olduğu öz liderlik becerilerinin onların çatışma yönetim tarzları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi vardır.

H_{3a}: Hekimlerin sergilemekte olduğu öz liderlik becerilerinin hekimlerin sergilemekte olduğu *uyum* çatışma yönetimi tarzının üzerinde *negatif* etkisi vardır.

H_{3b}: Hekimlerin sergilemekte olduğu öz liderlik becerilerinin hekimlerin sergilemekte olduğu *uzlaşma* çatışma yönetimi tarzının üzerinde *pozitif* etkisi vardır.

H_{3c}: Hekimlerin sergilemekte olduğu öz liderlik becerilerinin hekimlerin sergilemekte olduğu *rekabet* çatışma yönetimi tarzının üzerinde *negatif* etkisi vardır.

H_{3d}: Hekimlerin sergilemekte olduğu öz liderlik becerilerinin hekimlerin sergilemekte olduğu *iş birliği* çatışma yönetimi tarzının üzerinde *pozitif* etkisi vardır.

H_{3e}: Hekimlerin sergilemekte olduğu öz liderlik becerilerinin hekimlerin sergilemekte olduğu *kaçınma* çatışma yönetimi tarzının üzerinde *negatif* etkisi vardır.

2.4. Sağlık Kurumlarında Öz Liderlik ile Şiddet İlişkisinde İletişim Becerilerinin Düzenleyici Rolü

Toplum içinde insani ilişkilerin sağlıklı bir şekilde sürdürülebilirliği için ilk koşul iletişimdir (Akman, 2018: 7). İletişim esnasında yanlış anlaşılma, mesajın açık olmaması, mesaj akışındaki gecikmeler, mesajın filtrelenmesi, mesaja ilişkin geriye yönelik bilgi akışı olmaması gibi iletişim sorunu oluşturan durumlar ise çatışmaya, çatışma da şiddete neden olabilmektedir (Koçel, 2018).

Usluoğulları (2019) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmaya göre hekimlerin en önemli mesleki sorunları arasında mesleklerini icra ederken maruz kaldıkları şiddet vakaları olduğu belirtilmektedir. Aynı araştırmada şiddete maruz kalan hekimlerin başarı seviyelerinin azaldığı, hastalarla iletişimlerinin zayıfladığı belirtilmektedir (Usluoğulları, 2019: 99). Bununla birlikte sağlık kurumlarındaki şiddet vakalarının temel kaynağının, sağlık çalışanı ile hasta ve yakınları arasındaki yetersiz iletişim olduğu da belirtilmektedir (Akça vd. 2014: 3). Bu yetersiz iletişim ile ilgili olarak hastalar tarafından bildirilen iletişim sorunları arasında; bilgi eksikliği veya yanlış bilgi, sağlık uzmanlarının hastaların ihtiyaçlarını ve beklentilerini karşılayamamaları, saygı gösterilmemesi örnek verilmektedir (Nørgaard vd. 2012: 91). Sağlık hizmetlerinde iletişim ise, sağlık çalışanlarının kendi rolleri kadar hasta ve yakınlarının davranışlarını anlamalarına yardımcı olması sebebiyle bu yetersiz iletişimi yok eden ve sağlık hizmetlerinin kaliteli bir şekilde devam edebilmesinde önemli bir unsur olarak görülmektedir (Yu ve Ko, 2017: 422).

Bunlarla birlikte klinisyen ve hasta arasındaki iletişimin şiddet gibi risklerin yönetiminde çok önemli olduğu belirtilmektedir. Klinisyen ile hasta ilişkisi iyi olduğunda; hastalığın değerlendirilmesi daha kolay ve doğru hale gelerek şiddet riskini azaltabilmekte, klinisyen ile hasta ilişkisi kötüleştiğinde saldırganlık ve şiddet riski artabilmektedir. Şiddete maruz kalan çalışan karşı tarafa olumsuz aktarımlarda bulunabilir. Klinisyen tarafından taşınan olumsuz aktarım ise, güçsüzlük veya moral bozukluğu hissi yaratma potansiyeline sahip olduğu belirtilmektedir. Olumsuz his yaratma potansiyeline sahip bu gibi durumlar ile karşı karşıya kalan hasta veya yakını ise kendini güçlendirmek için saldırganlık gösterebilmektedir. Tüm bunların tersine

yüksek moralli, deneyimli, eğitilmiş ve liderlik vasıflarına sahip sağlık personelinin şiddete maruz kalma ihtimalinin azaldığı belirtilmektedir (Wand ve Coulson, 2006: 164). Bu nedenlerle şiddetin olmadığı, sorunsuz bir sağlık hizmetinin sağlanabilmesinde sağlık çalışanlarının tutum ve davranışları önemli bir unsur olarak ortaya çıkabilmektedir.

Dolayısıyla sağlık çalışanın şiddeti etkin bir şekilde yönetirken ki tutum ve yetenekleri potansiyel şiddet vakalarının sonucunun belirlenmesinde önemli bir faktör olarak gösterilmektedir (Wand ve Coulson, 2006: 165). Bununla birlikte, son zamanlarda sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin ön plana çıkarılmasıyla, çalışanların tutum ve davranışlarını şekillendiren yeni liderlik paradigmalarından öz liderliğe ilgi de artmaktadır. Öz liderlik, davranışsal ve bilişsel stratejiler yoluyla kişinin bireysel olarak yüksek performans gösterebilmesini sağlayan, başkalarına liderlik etmeden önce kendi kendine liderliğin önemini vurgulayan özerk bir güçtür. Ayrıca sağlık kurumlarında şiddet sorunu ile baş etmenin temel unsurları arasında sorunu anlama ve çalışanların konuyla ilgili kendilerini geliştirmesi ve kişisel farkındalık yöntemlerinin etkili olduğu belirtilmektedir (Papa ve Venella, 2013: 6; Kagan vd. 1995: 71). Kişisel farkındalık, sorunu anlama ve kendini geliştirme de öz liderlik becerileri arasında yer almaktadır. Bununla birlikte sağlık çalışanlarının şiddet içeren bir olayın olumsuz etkilerine karşı mola ve kendine içecek ısmarlama gibi öz liderlik becerileri ile kendilerini koruyabildikleri belirtilmektedir (Gillespie vd. 2010: 181). Buna göre sağlık çalışanlarının öz liderlik becerileri ile hekimlerin maruz kaldığı şiddet vakaları arasında ilişki olabileceği öngörülmektedir.

Çalışanların öz liderlik sergileyebilmeleri için, karşı tarafı sabır ve özenle dinlemesi; diyalogu ilerletmesi ve karşı tarafı ikna etmek için incelikli ve düşünceli bir dil kullanması gerekmektedir (Song ve Lee, 2016: 221). Bu gereklilikler aynı zamanda sağlıklı bir iletişimin öncülleridir. Bununla birlikte Kim ve Sim (2020) klinik hemşireleri ile yaptıkları araştırmalarında iletişim yeteneği ile öz liderlik arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir etki olduğu sonucunu tespit etmişlerdir.

Özetle sağlık kurumlarında şiddet vakalarının çoğunda iletişim sorunlarının önemli bir yer tuttuğu, sağlık kurumlarındaki şiddet vakaları ile iletişim arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin başarılı bir şekilde sürdürülebilirliği için iletişimin önemli bir faktör olduğu anlaşılmaktadır. İletişimin öncülleri olan karşı tarafı özenle dinleme, düşünceli bir dil kullanabilme, diyalogu ilerletmenin de öz liderlik becerileri ile mümkün olabildiği belirtilmektedir (Song ve Lee, 2016: 221). Bununla birlikte sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ve öz liderlik becerileri arasında anlamlı bir ilişki olduğu da belirtilmektedir (Kim ve Sim, 2020: 2).

Tüm bu bilgiler ışığında hekimlerin maruz kaldığı şiddet vakalarının azaltılmasında hekimlerin tutum ve davranışlarının olumlu yönde düzeltilmesinin yani öz liderlik becerilerinin önemli olduğu, bu noktada da hekimlerin iletişim becerilerinin ise öz liderlik ve şiddet vakalarının azaltılması arasındaki ilişkiyi destekleyici bir faktör olabileceği öngörülmektedir. Buna göre öz liderlik becerisi sergileyen hekimlerin iletişim becerileri de yüksek ise, bu hekimler öz liderlik becerilerini maruz kaldıkları şiddet vakalarını engelleyebilmede daha etkin bir şekilde kullanabileceklerdir. Bu varsayımdan yola çıkarak da hekimlerin sergilemekte olduğu öz liderlik becerileri arttıkça maruz kaldıkları şiddet vakalarının yaşanma sıklığı azalacağı yönünde varsayımının, hekimlerin iletişim becerileri ile daha da güçlenebileceği öngörülmüştür. Bu varsayımdan yola çıkarak bu çalışmada aşağıda belirtilen dördüncü hipotez ve alt hipotezleri geliştirilmiştir:

H₄: Hekimlerin iletişim becerileri arttıkça, sergilemekte oldukları öz liderlik becerileri ile maruz kaldıkları şiddet vakalarının sıklığı arasındaki negatif ilişkinin de şiddeti azaltmaktadır.

H_{4a}: Hekimlerin iletişim becerileri arttıkça, sergilemekte oldukları öz liderlik becerileri ile maruz kaldıkları *sözel şiddet* vakalarının sıklığı arasındaki negatif ilişkinin de şiddeti azaltmaktadır.

H4b: Hekimlerin iletişim becerileri arttıkça, sergilemekte oldukları öz liderlik becerileri ile maruz kaldıkları *fiziksel şiddet* vakalarının sıklığı arasındaki negatif ilişkinin de şiddeti azaltmaktadır.

H4c: Hekimlerin iletişim becerileri arttıkça, sergilemekte oldukları öz liderlik becerileri ile maruz kaldıkları *psikolojik şiddet* vakalarının sıklığı arasındaki negatif ilişkinin de şiddeti azaltmaktadır.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Nicel araştırmada, bir araştırmacının tipik olarak oldukça özelliğli bir araştırma sorusu veya hipotezi ile başladığı, nitel araştırma ise tipik olarak çeşitli faktörleri dikkate alarak bütünsel olarak incelenmesi gerektiği varsayımları ile başladığı açıklanır. Nicel araştırma sayısal verilerin analizini iğerirken, nitel araştırma kelimeler (örn. Görüşmelerden), resimler (örn. Video) veya nesnelere (örn. Bir yapay nesne) gibi verilerin analizini içerir (Polat, 2009: 69).

Bu iki tür araştırma modeli göz önüne alındığında, bu çalışma çoğunlukla nicel araştırmaya dayanmakta olup; araştırmanın kapsamını belirleyebilmek adına nicel araştırma teknikleriyle açıklanamayan bazı eksik noktaları anlamak için nitel araştırma teknikleri kullanılarak karma bir araştırma türü kullanılmıştır.

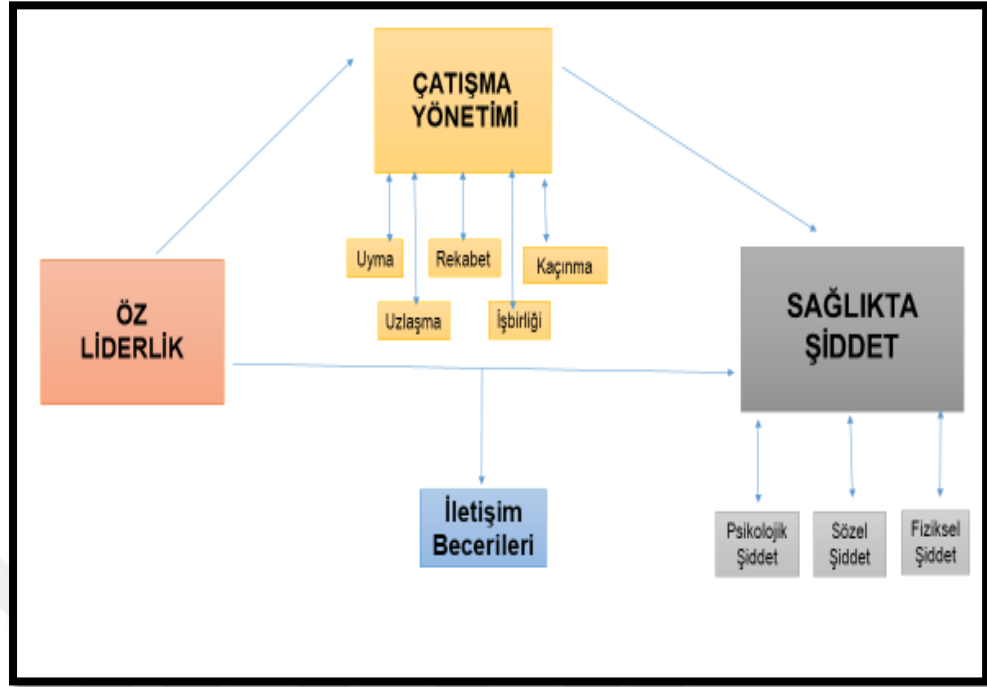
3.1.1. Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri

Bu çalışma kapsamında hekimlerin öz liderlik becerilerinin ve çatışma yönetimi tarzlarının hekimlerin maruz kaldıkları şiddet vakalarını azaltma veya engelleme yönünde etkileyip etkilemediği, hekimlerin öz liderlik becerilerinin hekimlerin çatışma yönetimi tarzlarını etkileyip etkilemediği ve hekimlerin öz liderlik becerileri ile maruz kaldıkları şiddet vakaları arasındaki ilişkide hekimlerin iletişim becerilerinin düzenleyici rolünün incelenmesi amaçlanmaktadır.

3.1.2. Araştırma Modeli

Bu araştırma modeli kapsamında yapılan anketlerin analizi yapısal eşitlik modeli ile yapılmıştır. Araştırma modeli şekil 2'de gösterilmiştir.

Şekil 2. Araştırma Modeli



3.1.3. Veri Toplama Tekniği ve Kullanılan Ölçekler

Nitel araştırmalarda veri toplama tekniği olarak mülakat, gözlem, açık uçlu sorular gibi yöntemler mevcuttur (Padem vd. 2012: 57). Nitel araştırmalarda en çok kullanılan veri toplama yöntemleri ise gözlem, doküman ve mülakattır. Mülakat, araştırma hedef kitlesindeki bireylerin araştırma konusu ile ilgili düşünce ve duygularını anlatma yöntemi olarak açıklanmaktadır. Odak grup, yapılandırılmamış ve yarı yapılandırılmış olmak üzere çeşitli mülakat yöntemleri vardır (Karataş, 2015).

Bu araştırmanın nitel araştırma bölümünde mülakat yöntemleri arasından yarı yapılandırılmış mülakat yöntemi tercih edilmiştir. Yapılan mülakat yönteminde araştırma evreni İstanbul Anadolu Yakasında yer alan tüm hastaneleri kapsayacak şekilde planlanmıştır. Ancak büyük bir örnekleme çalışmak için yeterli zaman ve finansman kaynağı olmadığı için çalışma örneklemini İstanbul İli Anadolu Yakası Kuzey Kamu Hastaneler Birliğinde yer alan yedi hastaneden üç kamu hastanesinde çalışan hekimlerden, yine aynı bölgedeki üç de farklı özel hastane çalışan hekimler ile

sınırlandırılmıştır. Buna göre de 6 hekim ile yarı yapılandırılmış mülakat gerçekleştirilmiştir.

Bu tez çalışmasının ön araştırma niteliğinde olan nitel araştırma tekniklerinden mülakat araştırmasının sonuçlandırılmasından sonra nicel araştırma gerçekleştirilmiştir. Bir problemin teorilerle test edilip, sayısal olarak ölçülmesi ve istatistiksel yöntemlerle analiz edilmesi nicel araştırma olarak açıklanmaktadır. Bu çalışmada nicel araştırma yöntemlerinde başlıca veri toplama yöntemlerinden biri olan anket tekniği kullanılmıştır. Anket, belli bir amaç doğrultusunda bir sistem içerisinde veri toplamak üzere araştırmacılar tarafından geliştirilen bir tekniktir (Padem vd. 2012: 68).

Mevcut salgın kısıtlamaları nedeniyle, veri toplama sadece dijital araçlar kullanılarak internet üzerinden çevrimiçi (online) anket olarak yapılmıştır. Bu yüzden, araştırmanın verileri Google formlarda oluşturulan bir anket aracılığıyla elde edilmiştir. Ankete katılım için sosyal medyada duyurular ve anket linki paylaşımları yapılmıştır. Araştırmacıların dijital ortamda katılımcıları belirlenmesi mümkün olmadığından, veri toplamada tesadüfi olmayan örnekleme yöntemlerinden kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem veri toplama sürecini diğer örnekleme tekniklerine kıyasla daha kolay, daha az maliyetli ve daha hızlı hale getirmektedir.

Araştırma anketinde genel bilgiler formu, Sağlıkta Şiddet Ölçeği, Çatışma Yönetimi Ölçeği, Öz Liderlik Ölçeği ve İletişim Becerileri Ölçeği kullanılmıştır. Ankette kullanılan form ve ölçekler ile ilgili bilgiler bunu takip eden bölümde detaylı olarak açıklanmıştır. Anketin örneği ektedir (Ek 1).

3.1.3.1. Anket Genel Bilgi Formu

Genel Bilgi Formu; hekimin demografik bilgilerini içeren 10 sorudan oluşmaktadır. Bu sorular sırasıyla cinsiyet, medeni durum, yaş, mesleki unvan, çalıştığı kurum tipi, tecrübe, uzmanlık alanı, nöbet tutması bilgileri almaya yönelik sorulardan oluşmaktadır.

3.1.3.2. Sağlıkta Şiddet Ölçeği

Bu çalışmada bağımlı değişken olan “sağlıkta şiddet” ölçeği için; Akyön’ün 2008 yılında “*İşyerinde Şiddete Karşı Çalışanların Bireysel Çatışma Yönetimi Yaklaşımları; Sağlık Sektöründe Bir Araştırma*” isimli doktora tezinde kullandığı hasta ve yakını kaynaklı fiziksel ve sözel şiddet faktöründeki ölçeğin, on beş (15) maddesi kullanılmıştır. Psikolojik şiddet boyutunu ölçmek için de Steffgen ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı “*The Luxembourg Workplace Mobbing Scale: Psychometric properties of a short instrument in three different languages (Lüksemburg İşyeri Mobbing Ölçeği: Kısa bir ölçeğin üç farklı dilde psikometrik özellikleri)*” isimli çalışmasındaki ölçek, Türkçe’ye çevrilerek ve hekime yönelik sorulacak şekilde altı (6) maddeli ölçek olarak uyarlanmıştır. Bu iki anket birleştirilerek sağlık kurumlarında şiddet vakalarının sıklığını ölçmek üzere toplamda yirmi bir (21) maddelik bir ölçek oluşturulmuştur. Şiddetin sıklıklarını ölçen ankette 1: Hiçbir zaman, 2: Nadiren, 3: Ara sıra, 4: Sıklıkla, 5: Her Zaman şeklinde değerlendirme yapılmıştır.

3.1.3.3. Çatışma Yönetimi Ölçeği

Çatışma Yönetimi ölçeği için Beitler ve arkadaşları (2016) yaptıkları “*Conflict Management and Age in Service Professions (Hizmet Mesleklerinde Yaş ve Çatışma Yönetimi)*” isimli çalışmalarında kullandıkları ölçekten yararlanılmıştır. Ölçek, müşteri çatışmalarına uyarlanmış yirmi (20) maddeden oluşmaktadır. Bu yirmi (20) madde beş farklı çatışma yönetimi tarzından (rekabet, uzlaşma, iş birliği, kaçınma ve uyum) her tarz ile ilgili dörder maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan maddelerde “*müşteri*” kelimesi yerine sağlık kurumları alanında yapılması sebebiyle “*hasta/hasta yakınları*” kavramı kullanılmıştır. Ayrıca ölçekte; (1) Hiç Katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Pek Katılıyorum, (4) Biraz Katılıyorum, (5) Katılıyorum, (6) Tamamen Katılıyorum şeklinde değerlendirilen likert türü bir ölçek ile değerlendirilmesi yapılmıştır.

3.1.3.4. Öz Liderlik Ölçeği

Öz liderlik ölçeği için Houghton ve arkadaşlarının (2012) geliştirdiği 9 maddelik Kısaltılmış Öz-Liderlik Anketi (ASLQ) kullanılmıştır. Houghton ve arkadaşları (2012) çalışmalarında yaygın olarak kullanılan otuz beş (35) maddelik RSLQ ölçeğini dokuz (9) maddelik kısaltılmış versiyonunu (ASLQ) geliştirerek test etmiştir. Ölçek Davranışsal Odaklı Stratejiler, Doğal Ödül Stratejileri ve Yapıcı Düşünce Kalıbı Stratejileri olmak üzere her üç boyut için üçer maddeden oluşmaktadır. Ölçekte kullanılan bu üç boyut klasik öz liderlik stratejisi boyutlarının esas kısmını kapsamakta olup, aynı zamanda daha yakın zamanda önerilen ek öz liderlik stratejilerinin bazılarını da yansıttığı belirtilmektedir (Houghton vd. 2012). Ölçek; (1) Hiç Katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Pek Katılıyorum, (4) Biraz Katılıyorum, (5) Katılıyorum, (6) Tamamen Katılıyorum şeklinde değerlendirilen likert türü bir ölçek ile değerlendirilmesi yapılmıştır.

3.1.3.5. İletişim Becerileri Ölçeği

İletişim Becerileri Ölçeği için Ashbury ve arkadaşlarının (2001) hekimlerin hastalarla olan iletişim becerilerine yönelik geliştirmiş oldukları ölçekten yararlanılmıştır. Ölçeğin “*iletişim stratejilerini kullanma konusunda güven*” isimli bölümündeki ölçeğin on iki (12) maddesi çalışmaya göre uyarlanarak yararlanılmıştır (Ashbury vd. 2001). Ölçek; (1) Hiç Katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Pek Katılıyorum, (4) Biraz Katılıyorum, (5) Katılıyorum, (6) Tamamen Katılıyorum şeklinde değerlendirilen likert türü bir ölçek ile değerlendirilmesi yapılmıştır.

3.1.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Tezin araştırma modelini oluşturmak üzere yapılan ön araştırma mahiyetindeki nitel araştırmanın evrenini İstanbul Anadolu Yakası bölgesinde çalışan hekimleri kapsamaktadır.

Araştırmanın temelini oluşturan nicel araştırmanın evreni ise İstanbul ve Kocaeli illerinde çalışan hekimlerden oluşmaktadır. TÜİK’in en son yıl veri istatistiği 2019 yılı olup, 2019 yılı verilerine göre İstanbul ilinde toplam hekim sayısı 43.228, Kocaeli

ilinde ise toplam hekim sayısı 3819 olduğu belirtilmektedir (TUİK, <https://biruni.tuik.gov.tr/bolgeselistatistik/tabloOlustur.do#>). Buna göre araştırmanın evreni 47.047 hekim oluşturmaktadır. Bu örnekleme temsil etmek üzere İstanbul ve Kocaeli illerinde çalışan hekimlerden kolayda örnekleme esasıyla 300 örneklem olarak seçilmiştir. Veri toplama süreci, COVID-19 salgınının olduğu olağanüstü bir zaman dilimine denk geldiği için dijital araçlar kullanılarak internet üzerinden çevrimiçi (online) anket ile 15 Eylül ile 20 Aralık 2020 tarihleri arasında ancak 285 hekime ulaşılarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın pilot çalışmasının örnekleminde ise; evreni oluşturan ilde görevli hekimlerin maksimum çeşitliliği sağlayacak şekilde dijital araçlar kullanılarak internet üzerinden çevrimiçi (online) anket ile 1 ile 10 Eylül 2020 tarihleri arasında 36 hekime ulaşılabilmektedir.

3.1.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan araştırmanın uygulanabilmesi için 31 Ağustos 2020 tarihli 61351342/2020-420 sayılı karar ile etik kurul izni alınmıştır, ilgili yazı ektedir (Ek 2).

3.1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma kapsamına alınan illerde çalışan hekim sayıları kurum çeşitleri ve unvanları arasında farklılık göstermektedir. Dolayısıyla her bir kurum türünün her bir unvanında eşit sayıda hekime ulaşılamamıştır. Bu durum araştırma için bir sınırlılık oluşturmaktadır.

Bununla birlikte çalışmanın ampirik araştırmaları kesitsel bir tipte mülakat ve anket çalışmasına dayanmaktadır. Dolayısıyla araştırma, sadece belli bir zaman kesitinde yapılmış olup, genellenebilirlik düzeyini etkilemede metodolojik kısıtları bulunmaktadır.

Ayrıca anket çalışmasının verileri COVID-19 salgınının görüldüğü dönemde toplanmıştır. COVID-19 salgını sebebiyle anket çalışması yüz yüze yerine çevrimiçi olarak yapılabilmektedir. Çevrimiçi anketlere geri dönüş yüz yüze anketlere kıyasla daha az olabilmekte, hatalı veya eksik yanıt ihtimali daha fazla olabilmektedir. Bu durum, çalışmanın bir başka kısıtlılığını göstermektedir.

3.1.7. Nitel Araştırma Çalışması

Tezin ön araştırması mahiyetinde yapılan nitel araştırmada yarı yapılandırılmış mülakatlar 23 Şubat ve 28 Mart 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın içeriği ve amacı açıklandığında araştırmaya katılmayı kabul eden dört erkek, iki kadın olmak üzere toplam altı hekim ile yarı yapılandırılmış mülakat gerçekleştirilmiştir.

Yarı yapılandırılmış mülakat formu altı (6) adet açık uçlu sorudan oluşturulmuştur. Oluşturulan mülakat formu örgütsel davranış alanında uzman akademisyen ve uzman klinik psikoloğa kontrol ettirilerek düzenlenmiştir. Düzenleme yapılan mülakat formu farklı zamanlarda araştırmaya katılan tüm adaylarla ayrı ayrı yürütülmüştür. Adaylarla yürütülen her bir mülakat teyp (band) kaydına alınarak 100 ile 20 dakika arası değişen bir zaman sürecinde tek oturumda bitirilmiştir. Adayların düşüncelerini tam olarak belirleyebilmek için mülakat formunda sorulan sorulara ek olarak neden, nasıl, tam olarak ne demek istediniz, açıklayınız şeklinde sorular yöneltilmiştir. Yarı yapılandırılmış mülakat kayıtları birebir yazıma dökülmüştür. Ardından yazılar betimsel analiz yöntemi ile kategorilere ayrılmıştır. Verilerden belirlenen kategorilerin içerik analiz yöntemiyle benzer veriler belirli temalar çerçevesinde bir araya getirilmiş ve kategorilerin alt kodları oluşturulmuştur. Oluşturulan kodlar ve kategorileri katılımcıların ifadelerinde hiçbir değişiklik yapılmadan ele alınmıştır. Buna göre oluşturulan altı ana kategori ve on dokuz alt kod Tablo 2’de gösterilmektedir.

Tablo 2. Yarı Yapılandırılmış Mülakatta Oluşturulan Kategoriler ve Kodları

| KATEGORİLER | Şiddet | Çatışma | İletişim | Eğitim | Sağlık Sistemi | Medya |
|-------------|-------------------|------------|--------------------|----------------------------|------------------------------|-------|
| KODLAR | Fiziksel Şiddet | Uzlaşma | İletişim Sorunları | Hasta Sosyo-Ekonomik Düzey | İş Yoğunluğu | |
| | Sözlü Şiddet | Kaçınma | Empati | Hasta ve yakını Eğitimi | Fiziksel Ortam/Ergonomi | |
| | Psikolojik Şiddet | Rekabet | | Tıp Eğitimi | Performans Sistemi | |
| | | Uyma | | | Kar Baskısı | |
| | | İş birliği | | | Mevzuat/Yönetmelik Eksikliği | |
| | | | | | Aile Hekimliği | |

Mülakat kapsamında adaylara yöneltilen sorular aşağıdaki şekildedir:

Soru- 1: Kendinizi tanıtabilir misiniz? (Alanınız, Meslek süreniz, kamu, özel tecrübesi)

Soru- 2: Çatışma ve şiddet kavramları sizin için neyi ifade etmektedir?

Soru- 3: Profesyonel hayatınızda çatışma ve/veya şiddete maruz kalıyor musunuz? Kalıyorsanız ne sıklıkla maruz kalıyorsunuz? Maruz kaldığınız çatışma ve/veya şiddetin kaynağı ne oluyor?

Soru- 4: Çatışma ve/veya şiddete maruz kaldığınızda nasıl bir tutum sergiliyorsunuz? Karşı tarafa (hasta ve hasta yakınlarına) bakış açınız nasıl oluyor? Kendinizi onun yerine koyabiliyor musunuz?

Soru- 5: Kendinizi bir çatışma içerisinde bulduğunuzda durumu nasıl yönetirsiniz? Çatışmayı yönetmek için ne tarz davranış sergiliyorsunuz? Belirli yöntemleriniz var mı?

3.1.8. Nicel Araştırma Çalışması

Ölçeklerin güvenilirliğini test etmek amacı ile Google form üzerinden çevrimiçi olarak gelişigüzel örnekleme yöntemi ile seçilen otuz altı (36) hekime 01.09.2020-10.09.2020 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Bu otuz altı adet hekim üstünden toplanan veriler SPSS 24.0 programı ile istatistiksel analize tabi tutulmuştur. Ön uygulama sonrası soruların anlaşılır olduğu belirlendiği için sorularda değişiklik yapılmamıştır.

Güvenilirlikle ilgili ön uygulama çalışmasından sonra hedef gruba yönelik örneklem uygulamasında ise yine dijital araçlar kullanılarak internet üzerinden çevrimiçi (online) anket ile 15 Eylül-20 Aralık 2020 tarihleri arasında iki yüz seksen beş (285) hekime ulaşılabilmıştır. Elde edilen verilerin analizinde; örneklem grubunun küçüklüğü ve verilerin normal dağılmaması gibi durumlarda iyi sonuçlar sağlaması nedeniyle PLS-SEM yöntemi tercih edilmiştir (Sarstedt vd. 2017).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. BULGULAR

4.1. Nitel Araştırma Bulguları

Nitel araştırmada yapılan yarı yapılandırılmış mülakatlar dijital ortamda sesli kaydedilmiş olup, sesli kayıtlar daha sonra yazılı hale dönüştürülmüştür. Veriler yazıya dönüştürülürken her bir katılımcı hekime Katılımcı-1, Katılımcı-2, ... şeklinde kodlar verilmiştir. Yazıya dönüştürülen veriler betimsel analiz uygulanarak kategoriler belirlenmiştir. Ayrıca benzer verilerin belirli konular ve kavramlar çerçevesinde bir arada toplanarak, okuyucunun anlayacağı şekilde düzenlemesi olan içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Bu analiz yöntemi ile de belirli kodlar oluşturulmuştur. Bu şekilde oluşturulan kodlar ve kategoriler ise katılımcıların ifadelerinde değişiklikler yapılmadan derlenmiştir (Günsel vd. 2015).

Uygulanan bu yöntemlerle medya, sağlık sistemi, eğitim, iletişim, çatışma ve şiddet olmak üzere altı ana kategori oluşturulmuştur. Bu altı kategori ile ilgili katılımcıların söz etme sıklığı Tablo 3'de gösterilmektedir. Buna göre mülakat sorularının çatışma ve şiddet kategorileri ile ilgili olması sebebiyle, katılımcıların hepsi bu iki kategoriden söz etmiştir. Buna rağmen bu altı kategori arasında en çok sağlık sistemi kategorisinden söz edildiği, daha sonra da ağırlıklı olarak şiddet ve eğitim kategorilerinden söz ettikleri görülmektedir. Medya kategorisi ise sadece 3 hekim tarafından söz edildiği görülmektedir. Bununla birlikte katılımcılardan ikisinin çatışma ve şiddet ile sağlık sistemini arasındaki ilişkiyi çoğunlukla vurguladığı, diğer katılımcıların ise bu ilişkiden kısıtlı bir şekilde bahsettikleri görülmektedir.

Tablo 3. Yarı Yapılandırılmış Mülakatın Ana Kategorilerinin Bulguları

| | Medya | Sağlık Sistemi | Eğitim | İletişim | Çatışma | Şiddet |
|--------------------|-----------|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Katılımcı 1 | 5 | 16 | 10 | 2 | 5 | 10 |
| Katılımcı 2 | 2 | 15 | 1 | 4 | 4 | 7 |
| Katılımcı 3 | 0 | 5 | 5 | 1 | 3 | 4 |
| Katılımcı 4 | 0 | 3 | 4 | 0 | 1 | 4 |
| Katılımcı 5 | 0 | 4 | 3 | 1 | 2 | 6 |
| Katılımcı 6 | 3 | 2 | 4 | 2 | 3 | 5 |
| TOPLAM | 10 | 45 | 27 | 10 | 18 | 36 |

Mülakat bulgularına göre katılımcıların kategorilerin alt kodlarına yüzde oranla ne kadar değindiği Tablo 4’de gösterilmektedir. Tablo 4’e göre; çatışma kategorisinin alt kodlarından en çok (%83,33) rekabet kodundan, şiddet kategorisinin alt kodlarından da en çok (%50) psikolojik şiddet, iletişim kategorisinin alt kodlarının ikisinden de tüm katılımcıların (%100) bahsettiği, eğitim kategorisinin alt kodlarından da en çok (%83,33) hastaların sosyo-ekonomik düzeyleri ile hasta ve hasta yakınlarının eğitimi kodlarına, son olarak sağlık sistemi kategorisinin alt kodlarından en çok (%83,33) iş yoğunluğu alt koduna değinildiği görülmektedir.

Tablo 4. Mülakat Kategorilerinin Alt Kod İstatistiği

| KATEGORİ / ALT KODU | Bahseden Katılımcı Sayısı | Yüzde |
|----------------------|---------------------------|-------|
| ÇATIŞMA / Uzlaşma | 3 | 50,00 |
| ÇATIŞMA / Kaçınma | 4 | 66,67 |
| ÇATIŞMA / Rekabet | 5 | 83,33 |
| ÇATIŞMA / Uyma | 4 | 66,67 |
| ÇATIŞMA / İş birliği | 4 | 66,67 |

Tablo 4. Mülakat Kategorilerinin Alt Kod İstatistiği (devamı)

| KATEGORİ / ALT KODU | Bahseden Katılımcı Sayısı | Yüzde |
|---|----------------------------------|--------------|
| ŞİDDET / Sözlü Şiddet | 1 | 16,67 |
| ŞİDDET / Psikolojik Şiddet-Mobbing | 3 | 50,00 |
| ŞİDDET / Fiziksel Şiddet | 2 | 33,33 |
| İLETİŞİM / İletişim Sorunları | 6 | 100,00 |
| İLETİŞİM/ Empati | 6 | 100,00 |
| EĞİTİM/ Hasta Sosyo-Eko Düzey | 5 | 83,33 |
| EĞİTİM/ Hasta-Hasta Yakını Eğitimi | 5 | 83,33 |
| EĞİTİM/ Tıp Eğitimi | 2 | 33,33 |
| SAĞLIK SİSTEMİ/ İş Yoğunluğu | 5 | 83,33 |
| SAĞLIK SİSTEMİ/ Fiziksel Ortam-Ergonomi | 3 | 50,00 |
| SAĞLIK SİSTEMİ/ Performans Sistemi | 2 | 33,33 |
| SAĞLIK SİSTEMİ/ Kar Baskısı | 2 | 33,33 |
| SAĞLIK SİSTEMİ/ Yönetmelik Eksikliği | 1 | 16,67 |
| SAĞLIK SİSTEMİ/ Aile Hekimliği | 1 | 16,67 |

Nitel araştırmada kullanılan yarı yapılandırılmış mülakat yöntemiyle sorulan altı soruya altı katılımcı tarafından verilen cevapların derlemesi soru bazında aşağıda özetlenmiştir.

Birinci soruya (*Kendinizi tanıtabilir misiniz? (Alanınız, Meslek süreniz, kamu, özel tecrübesi)*) verilen cevaplar Tablo 5’de özetlenmiştir. Tablo 5’de görüldüğü gibi; katılımcı hekimlerin tecrübeleri 10 ile 39 yıl arasında değişmektedir. Katılımcıların kamu ve özel ayrımına göre tecrübelerine bakıldığında iki hekimin toplam mesleki tecrübesinin büyük bir bölümünün özel sektörde olup, üç hekimin sadece kamu tecrübesi olup, bir hekimin de hem kamu hem de özelde uzun süreli tecrübesinin olduğu görülmektedir. Katılımcıların idari görev, yöneticilik tecrübeleri

karşılaştığımızda ise altı hekimden dördünün yöneticilik tecrübesi olduğu görülmektedir.

Tablo 5. Nitel Araştırma Birinci Soru Cevapları

| | Katılımcı 1 | Katılımcı 2 | Katılımcı 3 | Katılımcı 4 | Katılımcı 5 | Katılımcı 6 |
|--------------------------|-------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|---------------------------|----------------|
| Cinsiyet | Erkek | Erkek | Kadın | Kadın | Erkek | Erkek |
| Yaş | 51 | 50 | 40 | 36 | 64 | 50 |
| Tecrübe | 26 yıl | 27 yıl | 16 Yıl | 10 Yıl | 39 Yıl | 25 Yıl |
| Kamu/Özel Tecrübesi | 16 yıl Kamu 10 yıl Özel | 4 yıl Kamu 23 yıl Özel | 16 yıl Kamu | 10 yıl Kamu | 5 Yıl Kamu 34 Yıl Özel | 25 Yıl Kamu |
| Yöneticilik Tecrübesi | Var | Var | Yok | Yok | Var | Var |

İkinci soruya (*Çatışma ve şiddet kavramları sizin için neyi ifade etmektedir?*) her bir katılımcının verdiği cevabın özeti aşağıda belirtilmiştir. Katılımcıların aşağıdaki ifadelerinde görüldüğü gibi hepsi çatışma ile şiddeti birbiriyle ilintili görmektedir. Ayrıca beş katılımcının (Katılımcı 6 hariç) şiddet ve çatışma kavramlarını benzer anlamda ifade ettiği görülmektedir.

Katılımcı 1: «Çatışma; iki kişinin arasındaki sözlü kavgadan başlar, fiili temas kadar giden bir süreçtir. Hepsi çatışmadır. Bunun içerisine psikolojik çatışmayı da koymak lazım. Ki kaldı ki sağlık kuruluşları ya da diğer bütün kurumlarda mobbing diye tarif edilen bir çeşit psikolojik şiddetin sağlık çalışanlarına yapılıyor.»

Katılımcı 2: «Genel anlamda çatışma kişiler arasında fiziki bir temas olmadan bir gerilimin olması ve birbirlerine gerilimlerini belli etmeleri ve buna dair fiiller gerçekleştirmeleridir. Şiddet kelime manasında aşırılık demektir. Yani şiddet sınırları aşmak demek, sınırları aştığında zaman şiddet oluyor.»

Katılımcı 3: «Çatışma deyince genelde silahlarla olan çatışma aklıma geliyor. Şiddet deyince genelde işimle ilgili şeyler aklıma geliyor. Sözlü şiddet de dâhil olmak üzere her türlü şiddet aklıma geliyor.»

Katılımcı 4: «Şiddet; kaba kuvvet, söz dalaşı, kendi erkek gücünü kullanarak erkeklerin kadınlara karşı kaba davranışları. Daha çok erkekler tarafından yapılan bir şey.»

Katılımcı 5: «Şiddet tabi ki her şeyden önce canlı bir olay, canlının bir takım etkiler sonucu gösterdiği tepki. Çatışma, kişinin veya toplumun o andaki stabil, rahat halini tehdit teşkil eden her türlü etkiye karşı organize veya organize olmayan ilkel tepkilerdir.»

Katılımcı 6: «Çatışma; anlaşmazlık neticesinde karşılıklı olarak anlaşmazlığı getirdiği bir takım karşıt görüşler ve karşıt görüşün dozunun artması ile birlikte şiddete kadar giden bir anlaşamama durumunun getirdiği gerilimdir. Şiddet; sözel ve duygusal anlaşmazlık neticesinde vücut diliyle fiziki olarak kendini ifade etme şekli, bu duygusal olarak da olabilir. En düşük dozunda duygusal, en yüksek boyutta fiziksel olarak şiddete dönebiliyor.»

Üçüncü soruya (*Profesyonel hayatınızda çatışma ve/veya şiddete maruz kalıyor musunuz? Kalıyorsanız ne sıklıkla maruz kalıyorsunuz? Maruz kaldığınız çatışma ve/veya şiddetin kaynağı ne oluyor?*) her bir katılımcının verdiği cevapların özet hali aşağıdaki belirtilmiştir. Katılımcıların aşağıdaki ifadelerinde görüldüğü gibi katılımcıların hepsi şiddete maruz kaldığını ve bunların hasta veya hasta yakınları tarafından olduğunu belirtmektedir. Bununla birlikte katılımcıların cevaplarına göre; maruz kalınan şiddetin genellikle sözel şiddet olduğu görülmektedir. Katılımcıların meslek hayatları boyunca şiddete maruz kalma sıklığına bakıldığında katılımcıların ikisi çok nadir olduğunu, bir katılımcı ise haftada üç, dört kez olduğunu belirtilerek çok sık olduğunu vurgulamıştır. Yaşanan çatışma ve şiddet olaylarının kaynağı olarak da katılımcıların yarısı toplum yapısındaki değişim ve toplumsal yozlaşma olduğunu

belirtirken, diğ er yarısı hasta veya hekimin tavrı, hasta yakınlarının psikolojik kötü hissetme durumu olduğunu belirtmişlerdir.

Katılımcı 1: «Devlette çalışırken, acil serviste bizzat şiddete maruz kalmadım ama çok defa sözlü saldırıya maruz kaldım. Bence burada karşılıklı bozulma var; eski hasta profili daha saygılı olduğu gibi, eski hekim profili de daha saygılıydı.»

Katılımcı 2: «Sağlık personellerinden kaynaklı bir çatışmaya maruz kalmadım. Hastalardan kaynaklı oldu. Hastanın tavrı ve doktorun tavrından kaynaklanıyor.»

Katılımcı 3: «Her zaman değil ama haftada 3,4 defa karşılaşıyoruzdur. Bunun sebebinin insanların çok sabırsız ve çok da saygısız olması olduğunu düşünüyorum.»

Katılımcı 4: «Çok nadir karşılaşıyordum. Asistanlık sürecimde daha çok oluyordu. Hasta yakınlarından çok ciddi bir şekilde maruz kalıyorduk. Hasta yakınlarının ailesine karşı yeterli zamanda yeterli ilgi göstermediği için yetersizliğini bize (doktorlara) yansıttığını düşünüyorum.»

Katılımcı 5: «Tabi ki kalıyorum. Daha en sonu 6,7 ay önce bu hastanede şiddete maruz kaldım. Bu tür şeyle karşılaşmam meslek hayatım boyunca 5,6'yı geçmez. Yani neo liberal politikaların getirdiği toplumdaki dejenarasyon çürümeye yönelik her şeyde kendini gösterdiği gibi burada da artık insanların tepkilerini medeni bir şekilde değil de, daha ilkel bir şekilde ifade etmelerine yol açtı.»

Katılımcı 6: «Meslek hayatımızda bu tür şeylere maruz kalmayan hekim yoktur diye düşünüyorum. Birazda toplumsal yönlendirmelerin de etkisi burada, hazır ortamların bırakılması, yasaların caydırıcı olmaması, hekime olan güvenin, saygılığının azaltılması nedeniyle böyle bir ortam oluşturuldu.»

Dördüncü soruya (Çatışma ve/veya şiddete maruz kaldığınızda nasıl bir tutum sergiliyorsunuz? Karşı tarafa (hasta ve hasta yakınlarına) bakış açınız nasıl oluyor?

Kendinizi onun yerine koyabiliyor musunuz?) her bir katılımcının verdiği cevapların özeti aşağıda belirtilmiştir. Katılımcıların aşağıdaki ifadelerinde görüldüğü gibi katılımcıların yarısı uzlaşmacı ve iş birliğine yakın bir tutum sergilerken, katılımcılardan ikisi hâkimiyet kurma yani rekabet, birinin ise görmezlikten gelme yani kaçınma tarzı bir tutum sergilemekte olduğu anlaşılmaktadır.

Katılımcı 1: *«Daima alttan alarak ve daima daha fazla bilgi vererek yaparım.»*

Katılımcı 2: *«Normalde sakin olurum. Durumu yumuşatarak problemi çözmeye çalışırım.»*

Katılımcı 3: *«Duruma göre değişiyor. Eğer çok ciddi bir şeye genelde bunu ilgili makamlara iletiyoruz. Ama böyle sözlü şiddet ise hastanın yaptığı davranışın yanlış olduğunu bende anlatmaya çalışıyorum. Anlamayacak bir hasta ise dışarı çıkmasını istiyorum veya güvenlik eşliğinde dışarı çıkarttırıyorum.»*

Katılımcı 4: *«Ben gayet net ve nötr, gayet duygudan bağımsız bir davranış sergiliyorum. Hiçbir şekilde söz dalaşına girmiyorum.»*

Katılımcı 5: *«Kendinizi korumak o fiziksel şiddete eşit düzeyde veya onu bertaraf edecek düzeyde olabilir. Mümkün olduğu kadar resmi yollardan ve de adli yollardan çözümlenmek lazım.»*

Katılımcı 6: *«Genelde kendimi, sabır yönü çok güçlü bir yönüm var. Karşı tarafı dinlerim.»*

Beşinci soruya (*Kendinizi bir çatışma içerisinde bulduğunuzda durumu nasıl yönetirsiniz? Çatışmayı yönetmek için ne tarz davranış sergiliyorsunuz? Belirli yöntemleriniz var mı?)* her bir katılımcının verdiği cevapların özet hali aşağıdaki belirtilmiştir. Katılımcıların aşağıdaki ifadelerinde görüldüğü gibi katılımcıların çoğunluğu (dördü) uzlaşmacı bir tavır, yarısının ise hâkimiyet kurarak yani rekabetçi

bir tavır sergiledikleri görülmektedir. Bununla birlikte katılımcılardan birinin hem uzlaşmacı hem de rekabetçi tavrı bir arada, bir diğerinin de rekabetçi ve kaçınma tarzlarını bir arada bir tutum sergilemeye çalıştığı anlaşılmaktadır.

Katılımcı 1: «10 dakikada etkisiz hale getirdim.»

Katılımcı 2: «Önce çatışmanın taraflarını sakinleştirip, ilk andaki o tepkinin durması gerekiyor. Yani orada bir dakika oturalım konuşalım.»

Katılımcı 3: «Genelde karşı tarafı ikna etmeye veya onu anlamaya çalışırım.»

Katılımcı 4: «Gayet nazik bir şekilde, ben sizinle böyle bir söz dalaşına hiçbir şekilde girmem bu benim terbiye sınırlarımı aşacak bir durum. Ondan sonra orayı terk ederim, ya da o kişiyi oradan uzaklaştırırım.»

Katılımcı 5: «Mümkün olduğu kadar olayı soğutmaya çalışırım, mümkün olduğu kadar taraf olmamaya çalışırım.»

Katılımcı 6: «İlk adımım olayı anlamak olur. Haricen de karşı tarafın tabii gerginlik oluşturulması esnasında mümkün merteye gerginliğin aynı dozda devam ettirildiği zaman büyük ihtimal daha büyük çatışmaları getirecek. Mümkün merteye gerginliği düşürme yolu izlerim.»

Bu nitel çalışma kapsamında; sağlık sektöründe son yıllarda giderek artış gösteren şiddet olaylarından yola çıkarak sağlık kurumlarında çalışanların çatışma yönetimi tarzları ile karşılaştıkları şiddet durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve çatışma yönetim tarzlarının çatışmanın şiddete dönüşmesi veya dönüşmemesi yönünde belirleyici bir unsur olabileceği görülmektedir. Bununla birlikte hekimlerin tutum ve davranışlarının şiddet vakaları ve çatışma yönetimi tarzları üzerinde etkili bir unsur olduğu görülmektedir. Ayrıca hekimlerin iletişim becerilerinin de şiddet vakaları üzerinde etkili bir unsur olabileceği görülmektedir.

4.2. Nicel Araştırma Bulguları

Bu bölümde nicel araştırma yönteminde kullanılan anket tekniğiyle yapılan pilot ve örneklem araştırmalarının bulguları paylaşılacaktır.

4.2.1. Pilot Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmada kullanılan anketin geliştirilmesi ve olası hataları yok edilmesi amacıyla esas pilot uygulama çalışması yapılmıştır. Pilot uygulama hedef gruba uygulamadan önce daha küçük bir gruba yapılan çalışma olarak açıklanmaktadır. Yapılan pilot çalışmada, ankette kullanılmak üzere uyarlanan ölçek sorularının katılımcılar tarafından tam anlaşılıp anlaşılmadığı, soruların sıralamasında hatalar olup olmadığı ve katılımcıların tepkisine neden olacak soruların tespit edilmesi amaçlanmıştır (Padem vd. 2012).

Pilot araştırmadan elde edilen verilerin istatistiki değerlendirmeleri SPSS 24.0 programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler için ortalama \pm standart sapma, sayı ve yüzdeler gösterimi kullanılmıştır.

4.2.1.1. Güvenilirlik Analizi

Anket çalışmasında kullanılan ölçeklerin güvenilirlikleri Cronbach Alpha ile test edilmiştir. Anketin tamamı, her bir ölçeği ve ölçeklerin her bir boyutu ayrı ayrı test edilmiştir. Yapılan güvenilirlik testinde 0,936 gibi yüksek güvenilirlik sonucuna ulaşılmıştır (Bakınız Tablo 6). Sağlık sektöründe şiddet bölümü güvenilirliği 0,954, çatışma yönetimi ölçeği güvenilirliği 0,781, öz liderlik ölçeği güvenilirliği 0,960 ve iletişim becerileri ölçeği güvenilirliği ise 0,980 olarak bulunmuştur (Bakınız Tablo 6). Tüm ölçümler için Cronbach's Alpha değerinin eşik değeri 0,50'yi aştığı görülmektedir.

Tablo 6. Pilot Çalışma Cronbach's Alpha Test Analiz Sonuçları

| | Reliability Statistics | | |
|---|------------------------|--|------------|
| | Cronbach's Alpha | Cronbach's Alpha Based on Standardized Items | N of Items |
| SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ŞİDDET | ,954 | ,957 | 21 |
| Fiziksel ve Sözel Şiddet | ,929 | ,934 | 15 |
| Psikolojik Şiddet | ,930 | ,934 | 6 |
| ÇATIŞMA YÖNETİMİ | ,781 | ,793 | 20 |
| Uzlaşma | ,786 | ,791 | 4 |
| Uyma | ,598 | ,654 | 4 |
| Rekabet | ,840 | ,852 | 4 |
| Kaçınma | ,771 | ,769 | 4 |
| İş birliği | ,942 | ,945 | 4 |
| ÖZ LİDERLİK | ,960 | ,961 | 8 |
| Davranış Odaklı Stratejiler | ,943 | ,944 | 3 |
| Doğal Ödül Stratejileri | ,897 | ,899 | 3 |
| Yapıcı Düşünce Modeli Stratejisi | ,971 | ,972 | 2 |
| İLETİŞİM BECERİLERİ | ,980 | ,981 | 12 |
| ANKETİN TÜMÜ | ,936 | ,934 | 61 |

4.2.1.2. Faktör Analizi

Anketin tamamı faktör analizine tabi tutulmuştur. Kaiser-Meyer-Olkin testi ile faktör analizinin güvenilirliği test edilmiştir. Sağlık sektöründe şiddet ölçeği (0,671>0,500) güvenilirliği sağlamaktadır (Tablo 7).

Tablo 7. Sağlık Sektöründe Şiddet Ölçeği – KMO

| KMO and Bartlett's Test | | |
|--|--------------------|---------|
| Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy. | | ,671 |
| Bartlett's Test of Sphericity | Approx. Chi-Square | 739,485 |
| | Df | 210 |
| | Sig. | ,000 |

Sağlık sektöründe çatışma yönetimi (0,502>0,500) ölçeği de güvenilirliği sağlamaktadır (Tablo 8).

Tablo 8. Çatışma Yönetimi Ölçeği – KMO

| KMO and Bartlett's Test^a | | |
|--|--------------------|---------|
| Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy. | | ,502 |
| Bartlett's Test of Sphericity | Approx. Chi-Square | 555,314 |
| | Df | 190 |
| | Sig. | ,000 |

KMO Testi sonucuna göre yapılan faktör analizi testinde öz liderlik (0,867>0,500) ölçeği yüksek güvenilirlik (Tablo 9) sağlamaktadır.

Tablo 9. Öz Liderlik Ölçeği – KMO

| KMO and Bartlett's Test^a | | |
|--|--------------------|---------|
| Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy. | | ,867 |
| Bartlett's Test of Sphericity | Approx. Chi-Square | 345,288 |
| | Df | 28 |
| | Sig. | ,000 |

KMO Testi sonucuna göre yapılan faktör analizi testinde iletişim becerileri (0,883>0,500) ölçeği de yüksek güvenilirlik (Tablo 10) sağlamaktadır.

Tablo 10. İletişim Becerileri Ölçeği – KMO

| KMO and Bartlett's Test^a | | |
|--|--------------------|---------|
| Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy. | | ,883 |
| Bartlett's Test of Sphericity | Approx. Chi-Square | 689,831 |
| | Df | 66 |
| | Sig. | ,000 |

4.2.2. Hedef Grup (Örneklem) Uygulama Bulguları

Güvenilirlikle ilgili pilot uygulama çalışmasından sonra hedef gruba yönelik örneklem uygulaması yine dijital araçlar kullanılarak internet üzerinden çevrimiçi (online) anket olarak gerçekleştirilmiştir.

4.2.2.1. Demografik Bulgular

Nicel araştırmaya katılan 285 hekimin yaş ortalaması 42 olup, katılımcıların diğer demografik bilgileri ile ilgili veriler Tablo 11’de özetlenmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların Demografik Özellikleri

| CİNSİYET | SAYI | ORAN |
|----------------------------------|-------------|-------------|
| Erkek | 174 | 61,1 |
| Kadın | 111 | 38,9 |
| MEDENİ DURUM | SAYI | ORAN |
| Evli | 198 | 69,5 |
| Bekar | 73 | 25,6 |
| Boşanmış | 14 | 4,9 |
| MESLEKİ UNVAN | SAYI | ORAN |
| Pratisyen Hekim | 105 | 36,8 |
| Asistan | 27 | 9,5 |
| Uzman | 102 | 35,8 |
| Dr. Öğretim Üyesi | 17 | 6,0 |
| Doçent | 8 | 2,8 |
| Profesör | 26 | 9,1 |
| KURUM TİPİ | SAYI | ORAN |
| Kamu/Devlet Üniversite Hastanesi | 51 | 17,9 |
| Vakıf Üniversite Hastanesi | 13 | 4,6 |
| Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 38 | 13,3 |
| Devlet Hastanesi | 41 | 14,4 |

Tablo 11. Katılımcıların Demografik Özellikleri (devamı)

| | | |
|-------------------------------|-------------|-------------|
| Özel Hastane | 68 | 23,9 |
| Muayenehane | 5 | 1,8 |
| Aile Sağlığı Merkezi | 38 | 13,3 |
| Özel Tıp Merkezi/Özel Klinik | 31 | 10,9 |
| MESLEKİ TECRÜBE | SAYI | ORAN |
| 6 aydan az | 20 | 7,0 |
| 6 ay – 1 yıl | 12 | 4,2 |
| 1-5 yıl arası | 37 | 13,0 |
| 6-10 yıl arası | 42 | 14,7 |
| 11-15 yıl arası | 39 | 13,7 |
| 16 yıl ve üzeri | 135 | 47,4 |
| KURUMDA ÇALIŞMA SÜRESİ | SAYI | ORAN |
| 6 aydan az | 39 | 13,7 |
| 6 ay – 1 yıl | 24 | 8,4 |
| 1-5 yıl arası | 116 | 40,7 |
| 6-10 yıl arası | 54 | 18,9 |
| 11-15 yıl arası | 26 | 9,1 |
| 16 yıl ve üzeri | 26 | 9,1 |
| UZMANLIK ALANI | SAYI | ORAN |
| Dahili Bilimler | 88 | 30,9 |
| Cerrahi Bilimler | 66 | 23,2 |
| Pratisyen | 29 | 10,2 |
| Aile Hekimliği | 13 | 4,6 |
| Diş Hekimi | 75 | 26,3 |
| İş Yeri Hekim | 14 | 4,9 |
| NÖBET TUTMA DURUMU | SAYI | ORAN |
| EVET | 119 | 41,8 |
| HAYIR | 166 | 58,2 |

Tablo 11'e göre araştırmaya katılan hekimlerin yarıdan fazlasının (%61,1) erkek olduğu görülmektedir. Katılımcıların medeni durumları incelediğinde büyük bir çoğunluğun (%69,5) evli, %25,6'sı bekr ve %4,9'unun dul/boşanmış olduğu görülmektedir. Yine araştırmaya katılan hekimlerin unvanlarına bakıldığında %36,8'i pratisyen hekim, %9,5'i asistan, %38,8'i uzman, %6'sı doktor ğretim yesi, %2,8'i doçent ve %9,1'inin profesör olduğu görülmektedir.

Katılımcı hekimlerin çalıştıkları kurum türlerine bakıldığında sırasıyla; %23,9 oranla en çok özel hastanede, ikinci sırada %17,9 oranla devlet niversite hastanesinde, üçüncü sırada %14,4 oranla devlet hastanesinde, dördüncü sırada aynı oranda (%13,3) hem eğitim ve araştırma hastanesinde hem de aile sağlığı merkezinde, beşinci sırada %10,9 oranla özel tıp merkezinde, altıncı sırada %4,6 oranla vakıf niversite hastanesinde ve son sırada %1,8 oranla muayenehane de çalışan hekimlerin olduğu görülmektedir.

Katılımcı hekimlerin mesleki tecrübe durumlarına bakıldığında; katılımcıların yarıya yakın bir kısmının (%47,4) on altı yıl ve üzerinde, oransal sıralama ile %14,7'si altı ile on yıl arası, %13,7'si on bir ile on beş yıl arası, %13' bir ile beş yıl arası, %7'si altı aydan az ve %4,2'si altı ay ile bir yıl arasında çalıştığı görülmektedir. Oransal olarak değerlendirildiğinde katılımcı kitlenin büyük bir kısmının kıdemli olduğu değerlendirilmektedir.

Katılımcıların çalışmış oldukları kurumlardaki çalışma sürelerine bakıldığında ise; katılımcıların büyük bir çoğunluğunun %40,7 oranla bir ile beş yıl arasında kurumlarında çalışmış oldukları, %18,9'u altı ile on yıl arası, %13,7'si altı aydan az, %9,1'i on bir ile on beş yıl arası ve %9,1'i on altı yıl ve üzerinde ve %8,4' altı ay ile bir yıl arasında kurumlarında tecrübelerinin olduğu görülmektedir.

Katılımcıların uzmanlık alanlarını bakıldığında ise; en fazla oranın (%30,9) dahili bilimler alanında, sonrasında %23,2 oranla cerrahi bilimler alanında, sonrasında da %26,3 oranla pratisyenlik alanında, devamında ise sıralı oranla %10,2'sinin diş

hekimliği alanında, %4,6'sının iş yeri hekimliği alanında ve %4,9'unun ise aile hekimliği alanında ihtisası olduğu görölmektedir.

Son olarak Tablo 11'de göröldüğu gibi araştırmaya katılan hekimlerin yarısından fazlasının (%58,2) nöbet tutmadığı, %41,8'inin ise nöbet tuttuğu görölmektedir.

4.2.2.2. Geçerlilik ve Güvenilirlik

Araştırmanın nicel bölümünde PLS-Smart 3.0 paket programı ile güvenilirliğin hesaplanmasında cronbach alfa, bileşik güvenilirlik (CR) ve hesaplanan ortalama varyans (AVE) kullanılmıştır. Çatışma yönetimi tarzları ölçeğinin uyma değişkeninden dördüncü sorunun, iletişim becerileri ölçeğinden onuncu ve on birinci soruların çıkartılmasının ardından tüm ölçümler için Cronbach Alfa ve PLS tabanlı CR değerinin eşik değerine olan 0,70'in üstünde seyrettiği ve AVE değerlerinin de eşik değerine olan 0,50'yi aştığı Tablo 12'de görölmektedir.

Tablo 12. Cronbach Alfa, Bileşik Güvenilirlik ve Hesaplanan Ortalama Varyans Değerleri

| DEĞİŞKENLER | Cronbach's Alpha | rho_A | Composite Reliability | Average Variance Extracted (AVE) |
|------------------------------------|-------------------------|--------------|------------------------------|---|
| Davranış Odaklı Stratejiler | 0,932 | 0,935 | 0,957 | 0,881 |
| Doğal Ödöl Stratejileri | 0,860 | 0,871 | 0,915 | 0,782 |
| Yapıcı Düşünce Kalıbı | 0,931 | 0,931 | 0,967 | 0,935 |
| Öz Liderlik | 0,937 | 0,940 | 0,948 | 0,696 |
| Fiziksel Şiddet | 0,870 | 0,884 | 0,903 | 0,610 |
| Sözel Şiddet | 0,885 | 0,898 | 0,909 | 0,557 |
| Psikolojik Şiddet | 0,931 | 0,937 | 0,945 | 0,743 |

Tablo 12. Cronbach Alfa, Bileşik Güvenilirlik ve Hesaplanan Ortalama Varyans Değerleri (devamı)

| DEĞİŞKENLER | Cronbach's Alpha | rho_A | Composite Reliability | Average Variance Extracted (AVE) |
|----------------------------|-------------------------|--------------|------------------------------|---|
| Rekabet | 0,813 | 0,845 | 0,874 | 0,636 |
| Kaçınma | 0,800 | 0,829 | 0,867 | 0,621 |
| Uyma | 0,888 | 1,095 | 0,925 | 0,805 |
| Uzlaşma | 0,858 | 0,881 | 0,903 | 0,700 |
| İş Birliği | 0,904 | 0,931 | 0,934 | 0,781 |
| İletişim Becerileri | 0,958 | 0,934 | 0,958 | 0,699 |

Bununla birlikte ölçümlerin ilgili kavramlar üzerindeki standardize edilmiş yüklemeleri hesaplanarak, diğer bir ifade ile veriler doğrulayıcı faktör analizine tabi tutularak yakınsak geçerlilik de test edilmiştir.

4.2.2.3. Faktör Analizi

Tablo 13`de görüleceği üzere Öz Liderlik ölçeğinin tüm ölçümlerin 0,50`yi aşan bir standardize yükleme gösterdiği bulunmuştur.

Tablo 13. Öz Liderlik Ölçeği Faktör Analizi

| SORU / DEĞİŞKEN BOYUTLARI | Davranış Odaklı Faktör Yüğü | Doğal Ödül Faktör Yüğü | Yapıcı Düşünce Kalıbı Faktör Yüğü |
|--|------------------------------------|-------------------------------|--|
| OL1 (Kendim için spesifik performans hedefleri belirlerim.) | 0,915 | | |
| OL2 (Kendi performansımı takip ederim.) | 0,954 | | |

Tablo 13. Öz Liderlik Ölçeği Faktör Analizi (devamı)

| SORU / DEĞİŞKEN BOYUTLARI | Davranış Odaklı Faktör Yüğü | Doğal Ödül Faktör Yüğü | Yapıcı Düşünce Kalıbı Faktör Yüğü |
|--|------------------------------------|-------------------------------|--|
| OL3 (Kendim için belirlediğim hedefleri gerçekleştirmeye odaklanırım.) | 0,945 | | |
| OL4 (Bir görevi yerine getirirmeden önce nasıl başaracağımı kafamda kurgularım.) | | 0,896 | |
| OL5 (Bazen bir görevi yerine getirirmeden önce zihnimde başardığımı hayal ederim.) | | 0,932 | |
| OL6 (Bir görevi başarıyla tamamladığımda, kendimi ufak şeylerle ödüllendiririm.) | | 0,819 | |
| OL7 (Bir sorunla karşılaştığımda düşüncelerimin ve varsayımlarımın doğruluğunu kendimce sorgularım.) | | | 0,967 |
| OL8 (Bir zorlukla karşılaştığımda, bu zorlukla ilgili düşünce ve varsayımlarımı tekrar gözden geçiririm.) | | | 0,967 |

Tablo 14`de görüleceği üzere Çatışma Yönetimi ölçeğinin uyma faktörüyle ilişkili olan dördüncü madde hariç tüm ölçümlerin 0,50`yi aşan bir standardize yükleme gösterdiği bulunmuştur.

Tablo 14. Çatışma Yönetimi Ölçeği Faktör Analizi

| SORU / DEĞİŞKEN BOYUTLARI | Uyma Faktör Yüğü | Uzlaşma Faktör Yüğü | Rekabet Faktör Yüğü | İş Birliği Faktör Yüğü | Kaçımma Faktör Yüğü |
|--|-------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| CY1 Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda onların isteklerini yerine getiririm. | 0,931 | | | | |

Tablo 14. Çatışma Yönetimi Ölçeği Faktör Analizi (devamı)

| SORU / DEĞİŞKEN BOYUTLARI | Uyma Faktör Yüğü | Uzlaşma Faktör Yüğü | Rekabet Faktör Yüğü | İş Birliğı Faktör Yüğü | Kaçınma Faktör Yüğü |
|---|-------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| CY2 Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda onlarla hemfikir olurum. | 0,883 | | | | |
| CY3 Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda onların taleplerine uymaya çalışırım. | 0,885 | | | | |
| CY4 Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda onların çıkarlarını korumaya çalışırım. | | | | | |
| CY5 Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda orta yol bulmaya çalışırım. | | 0,790 | | | |
| CY6 Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda uzlaşmamız gerektiğini belirtirim. | | 0,850 | | | |
| CY7 Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda her iki tarafın da biraz taviz vermesi gerektiğı konusunda ısrar ederim. | | 0,835 | | | |
| CY8 Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda mümkün olduğunca orta yolu bulmaya çalışırım. | | 0,869 | | | |
| CY9 Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda görüşümü benimsemeleri için onları zorlarım. | | | 0,701 | | |
| CY10 Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda önerdiğim görüşün kabul edilmesini beklerim. | | | 0,797 | | |

Tablo 14. Çatışma Yönetimi Ölçeği Faktör Analizi (devamı)

| SORU / DEĞİŞKEN BOYUTLARI | Uyma Faktör Yüğü | Uzlaşma Faktör Yüğü | Rekabet Faktör Yüğü | İş Birliğı Faktör Yüğü | Kaçınma Faktör Yüğü |
|--|-------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| CY11 Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda kendimi haklı çıkartmak için çabalarım. | | | 0,871 | | |
| CY12 Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda lafımı dinletmek için her şeyi yaparım. | | | 0,805 | | |
| CY13 Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda gerçekten doyurucu bir çözüm bulana kadar şikayetlerini dinlerim. | | | | 0,905 | |
| CY14 Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda ortak çözüm bulmak için çaba sarf ederim. | | | | 0,952 | |
| CY15 Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda ortak çözümü bulmak için onlardan gelen fikirleri dinlerim. | | | | 0,937 | |
| CY16 Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda mümkün olduğunca onları da memnun edecek bir çözüm geliştirmeye çalışırım. | | | | 0,723 | |
| CY17 Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda mümkün olduğunca çatışmaktan kaçınırım. | | | | | 0,836 |
| CY18 Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda mümkün olduğunca görüş ayrılıklarından kaçınırım. | | | | | 0,833 |

Tablo 14. Çatışma Yönetimi Ölçeği Faktör Analizi (devamı)

| SORU / DEĞİŞKEN BOYUTLARI | Uyma Faktör Yüğü | Uzlaşma Faktör Yüğü | Rekabet Faktör Yüğü | İş Birliğı Faktör Yüğü | Kaçınma Faktör Yüğü |
|--|-------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| CY19 Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda anlaşmazlıkları görmemezlikten gelirim. | | | | | 0,696 |
| CY20 Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda onlarla karşı karşıya gelmekten kaçınırım. | | | | | 0,768 |

Tablo 15`de görüleceğı üzere İletişim Becerileri ölçeğinin onuncu ve on birinci maddeler hariç tüm ölçümlerin 0,50`yi aşan bir standardize yükleme gösterdiği bulunmuştur.

Tablo 15. İletişim Becerileri Ölçeği Faktör Analizi

| SORU / DEĞİŞKEN BOYUTLARI | İletişim Becerileri Faktör Yüğü |
|---|--|
| İB1 Hastalarım için tedavi seçeneklerini, onlar tarafından rahatlıkla anlaşılabilir bir şekilde açıklarım. | 0,897 |
| İB 2 Hastalarımınla tıbbi sorunları ile başa çıkmalarını kolaylaştıracak şekilde konuşarak, onların endişelerinden kurtulmalarına yardımcı olurum. | 0,922 |
| İB 3 Hastalarımın önerilen testler, prosedürler ve tedavi seçeneklerinin (ilaçlar dahil) olası faydaları ve yan etkilerini açıklarım. | 0,861 |
| İB 4 Hastalarımın tıbbi sorunlarının tedavileri ile ilgili seçenekler hakkında tavsiyelerde bulurum. | 0,845 |
| İB 5 Hastalarımın tıbbi sorunları hakkında empati kurarım. | 0,755 |
| İB 6 Hastalarım tarafından verilen sözlü ipuçlarını yakalarım. | 0,896 |

Tablo 15. İletişim Becerileri Ölçeği Faktör Analizi (devamı)

| SORU / DEĞİŞKEN BOYUTLARI | İletişim Becerleri Faktör Yüğü |
|--|---------------------------------------|
| İB 7 Hastalarım tarafından verilen sözsüz ipuçlarını (beden dili, jest ve mimikler) yakalarım. | 0,894 |
| İB 8 Oldukça zor olduğunu düşünmeme rağmen, tüm hastalarım ile etkili iletişim kurmaya çalışırım. | 0,817 |
| İB 9 Hastalarımı, tedavileriyle ilgili karar verme sürecine aktif olarak dahil ederim. | 0,744 |
| İB 10 Hastalarımı alternatif veya tamamlayıcı tedaviler hakkında da bilgilendiririm. | |
| İB 11 Önerdiğim tedavi planını takip etmeleri için hastalarımı ikna etmeye çalışırım. | |
| İB 12 Hasta görüşmelerim sırasında ele alınan önemli konuları, görüşmenin son birkaç dakikasında özetlerim. | 0,692 |

Tablo 16`de görüleceği üzere şiddet ölçeğinin tüm ölçümlerin 0,50'yi aşan bir standardize yükleme gösterdiği bulunmuştur.

Tablo 16. Şiddet Ölçeği Faktör Analizi

| SORU / DEĞİŞKEN BOYUTLARI | Fiziksel Şiddet Faktör Yüğü | Psikolojik Şiddet Faktör Yüğü | Sözel Şiddet Faktör Yüğü |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| FŞ1 Hasta ve/veya yakınları tarafından ağır fiziksel saldırıya (örneğin; yaralama, bıçaklama, silah doğrultma) uğruyorum. | 0,753 | | |
| FŞ2 Hasta ve/veya yakınları tarafından hafif fiziksel saldırıya (örneğin; itekleme, tekme, tokat) uğruyorum. | 0,809 | | |
| FŞ3 Hasta ve/veya yakınları tarafından hırsızlık olaylarına maruz kalabiliyorum. | 0,702 | | |
| FŞ4 Hasta ve/veya yakınları tarafından hayatımı tehlikeye atabilecek olaylara maruz kalabiliyorum. | 0,885 | | |
| FŞ5 Hasta ve/veya yakınları üzerime yürüyorlar. | 0,824 | | |
| FŞ6 Hasta ve/veya yakınları tarafından istemediğim cinsel temasa maruz kalıyorum. | 0,694 | | |

Tablo 16. Şiddet Ölçeği Faktör Analizi (devamı)

| SORU / DEĞİŞKEN BOYUTLARI | Fiziksel Şiddet Faktör Yükü | Psikolojik Şiddet Faktör Yükü | Sözel Şiddet Faktör Yükü |
|---|--|--|---|
| PŞ1 Hasta ve/veya yakınları tarafından eleştiriye maruz kalıyorum. | | 0,840 | |
| PŞ2 Hasta ve/veya yakınları tarafından profesyonel bilgim sorgulanıyor. | | 0,885 | |
| PŞ3 Hasta ve/veya yakınları tarafından makul olmayan taleplere maruz kalıyorum. (örn. gereksiz ilaç ve rapor isteme) | | 0,819 | |
| PŞ4 Hasta ve/veya yakınları tarafından aşağılanıyorum. | | 0,855 | |
| PŞ5 Hasta ve/veya yakınları tarafından saygısızlığa uğruyorum. | | 0,886 | |
| PŞ6 Hasta ve/veya yakınlarıyla sorun yaşıyorum. (örn. tedavi yöntemine karşı çıkma gibi) | | 0,883 | |
| SŞ1 Hasta ve/veya yakınları tarafından dövüleceğime dair tehdit alıyorum. | | | 0,773 |
| SŞ2 Hasta ve/veya yakınları tarafından hakarete uğruyorum. | | | 0,826 |
| SŞ3 Hasta ve/veya yakınları tarafından iş yerimden uzaklaştırılacağıma dair tehditler alıyorum. | | | 0,723 |
| SŞ4 Hasta ve/veya yakınları tarafından cinsel içerikli sözlü taciz ediliyorum. | | | 0,680 |
| SŞ5 Hasta ve/veya yakınları tarafından alay ediliyorum. | | | 0,823 |
| SŞ6 Hasta ve/veya yakınları tarafından küçümsendiğimi hissediyorum. | | | 0,826 |
| SŞ7 Hasta ve/veya yakınları tarafından telefonla rahatsız ediliyorum | | | 0,633 |
| SŞ8 Hasta ve/veya yakınları tarafından ölümle tehdit ediliyorum. | | | 0,638 |

4.2.2.4. Fornell ve Larcker Ayrışma (Diskriminant) Analizi

Faktör Analizini takiben ölçümlerin ayrışma geçerliliği de test edilmiştir. Fornell ve Larcker'in (1981) ifade ettiği üzere, her bir değişken için hesaplanan AVE değeri, değişken çiftleri arasındaki latent faktör korelasyonlarının karesinden yüksektir. Böylece ölçümlerin geçerlik ve güvenilirlik kriterlerini karşıladığı Tablo 17'de görülmektedir.

Tablo 17. Fornell ve Larcker Ayrışma (Diskriminant) Analizi

| | Davranış Odaklı | Doğal Ödül | Fiziksel Şiddet | Kaçınma | Psikolojik Şiddet | Rekabet | Sözel Şiddet | Uyma | Uzlaşma | Yapısal Düşünce Kalıbı | Öz Liderlik | İletişim Becerileri | İş Birliği |
|------------------------|-----------------|------------|-----------------|---------|-------------------|---------|--------------|--------|---------|------------------------|-------------|---------------------|------------|
| Davranış Odaklı | 0,938 | | | | | | | | | | | | |
| Doğal Ödül | 0,722 | 0,884 | | | | | | | | | | | |
| Fiziksel Şiddet | 0,032 | 0,108 | 0,781 | | | | | | | | | | |
| Kaçınma | 0,007 | 0,155 | 0,196 | 0,788 | | | | | | | | | |
| Psikolojik Şiddet | 0,015 | 0,108 | 0,639 | 0,182 | 0,862 | | | | | | | | |
| Rekabet | 0,133 | 0,227 | 0,219 | 0,185 | 0,165 | 0,797 | | | | | | | |
| Sözel Şiddet | -0,001 | 0,076 | 0,753 | 0,181 | 0,770 | 0,182 | 0,747 | | | | | | |
| Uyma | -0,117 | -0,076 | 0,098 | 0,307 | 0,110 | 0,124 | 0,141 | 0,897 | | | | | |
| Uzlaşma | 0,196 | 0,183 | -0,001 | 0,250 | 0,074 | 0,362 | 0,075 | 0,295 | 0,836 | | | | |
| Yapısal Düşünce Kalıbı | 0,664 | 0,770 | 0,130 | 0,114 | 0,109 | 0,247 | 0,065 | -0,042 | 0,248 | 0,967 | | | |
| Öz Liderlik | 0,897 | 0,924 | 0,095 | 0,099 | 0,082 | 0,219 | 0,049 | -0,091 | 0,229 | 0,882 | 0,834 | | |
| İletişim Becerileri | 0,418 | 0,395 | 0,112 | 0,113 | 0,087 | 0,122 | 0,047 | -0,076 | 0,146 | 0,499 | 0,480 | 0,836 | |
| İş Birliği | 0,397 | 0,442 | -0,046 | 0,280 | -0,057 | 0,129 | -0,124 | 0,095 | 0,289 | 0,488 | 0,486 | 0,484 | 0,884 |

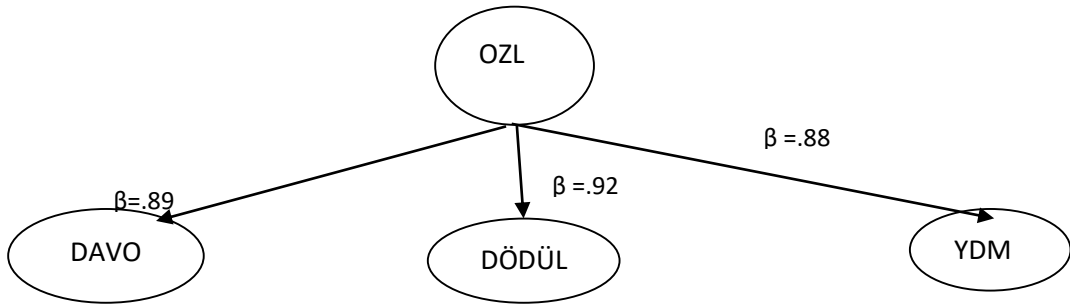
4.2.2.5. İkinci Düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi

Gizil değişkenlerin başka bir gizil değişkenin alt boyutu olarak kurgulandığı ölçüm modellerinde ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi kullanılır. Birinci düzey doğrulayıcı faktör analizinde gizil değişkenler arasında hesaplanan yüksek düzeydeki korelasyon, modelde yer alan gizil yapıların, başka bir yapının alt boyutu olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Bu durumda birinci düzey doğrulayıcı faktör analizine ek

olarak, gizil yapıların bir üst boyut için modellenmesi ve ortaya çıkan doğrusal ilişkilerin incelenmesi gerekir (Arı ve Yılmaz, 2019).

Bu araştırmanın analizinde ikinci düzey bir değişken olarak Öz Liderlik (OZL), üç gizli yapı sağlayan ikincil bir faktör analizi yoluyla tahmin edildi: Davranış Odaklı Öz Liderlik Stratejisi (DAVO), Doğal Ödül Öz Liderlik Stratejisi (DÖDÜL) ve Yapıcı Düşünce Modeli Öz Liderlik Stratejisi (YDM). Davranış Odaklı, Doğal Ödül ve Yapıcı Düşünce Modeli olmak üzere üç yapının her biri üç göstergeye sahipti. Şekil 3'te üç yapının standartlaştırılmış regresyon yüklemeleri gösterilmektedir. Şekil 3'de görüldüğü gibi, üç yapının tümü 0,60'ın üzerinde standart bir yüklemeyi aşmaktadır. Bu sonuç, üç yapılandırılmış ikinci düzey bir değişken olarak OZL'nin DAVO, DÖDÜL ve YDM tarafından önemli ölçüde anlamlı olduğunu göstermektedir. Buna göre OZL ikinci düzey bir değişken olarak kabul edilir. OZL, üç gizli yapı sağlayan ikincil bir faktör analizi yoluyla tahmin edildi: Davranış Odaklı Öz Liderlik Stratejisi (DAVO), Doğal Ödül Öz Liderlik Stratejisi (DÖDÜL) ve Yapıcı Düşünce Modeli Öz Liderlik Stratejisi (YDM).

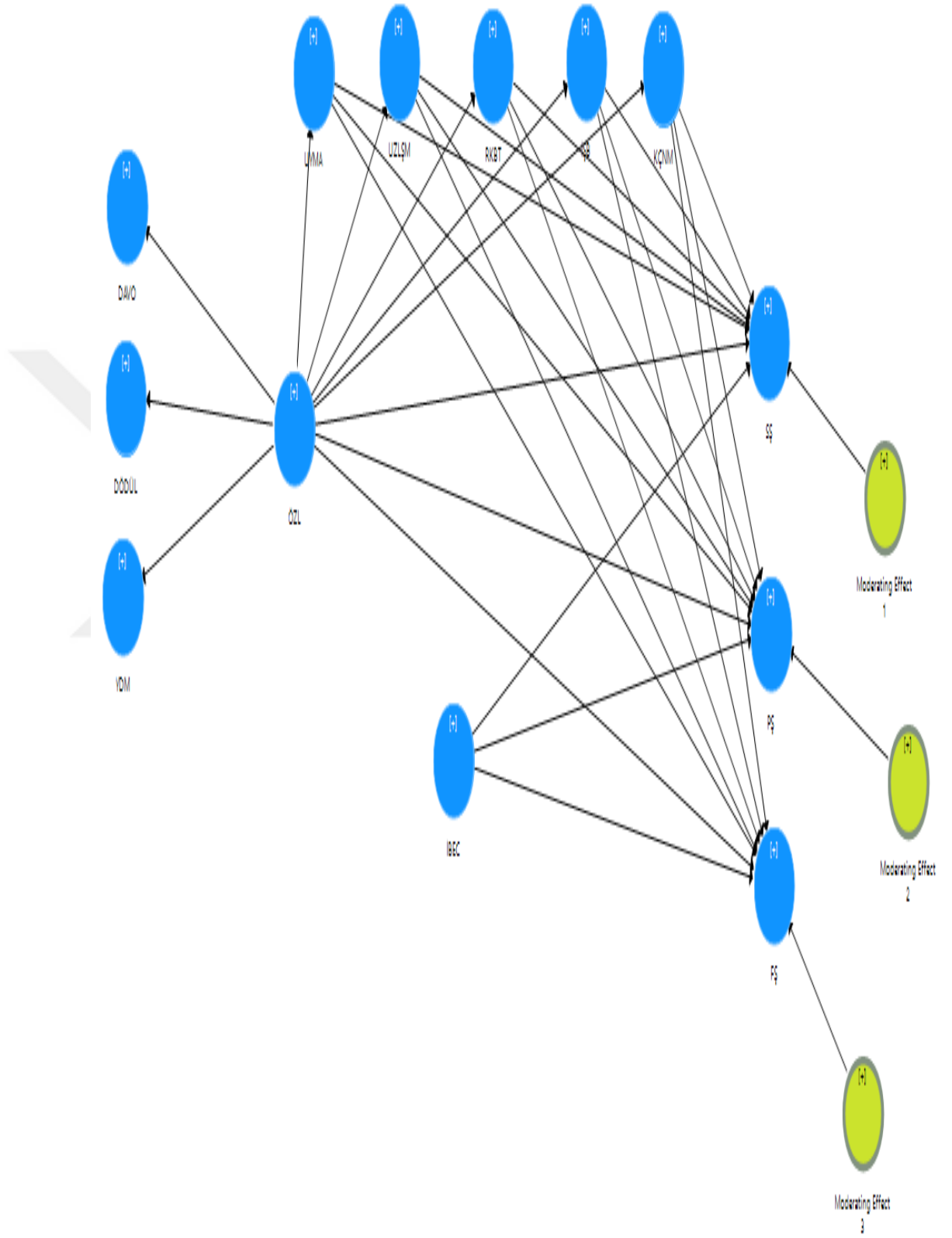
Şekil 3. Öz Liderliğin İkinci Düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi



4.2.2.6. Hipotez Testleri

Yapısal Eşitlik Modellemesi üzerinden yol analizlerini yaparak değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesi doğrultusunda hipotezlerin desteklenme durumunu inceleme şansı elde edilmiştir. Bu bağlamda öncelikle yol analizinde kullanılacak Yapısal Yol (Path) Modeli Şekil 4'de sunulmuştur.

Şekil 4. Yapısal Yol (Path) Model



Tablo 18. Yol Analizi (β ve P Değerleri)

| | Original Sample (O) | P Values | Hipotez No | Sonuç |
|-------------|---------------------|--------------|------------------|---------------------|
| ÖZL -> FŞ | 0,118 | 0,084 | H _{1a} | Desteklenmedi. |
| ÖZL -> PŞ | 0,103 | 0,206 | H _{1b} | Desteklenmedi. |
| ÖZL -> SŞ | 0,114 | 0,101 | H _{1c} | Desteklenmedi. |
| | Original Sample (O) | P Values | Hipotez No | Sonuç |
| UYMA -> FŞ | 0,109 | 0,129 | H _{2a1} | Desteklenmedi. |
| UZLŞ_ -> FŞ | -0,138 | 0,051 | H _{2a2} | Desteklenmedi. |
| RKBT -> FŞ | 0,239 | 0,000 | H _{2a3} | Desteklendi. |
| İSB -> FŞ | -0,230 | 0,002 | H _{2a4} | Desteklendi. |
| KÇNM -> FŞ | 0,210 | 0,001 | H _{2a5} | Desteklendi. |
| | Original Sample (O) | P Values | Hipotez No | Sonuç |
| UYMA -> PŞ | 0,084 | 0,267 | H _{2b1} | Desteklenmedi. |
| UZLŞ_ -> PŞ | -0,011 | 0,882 | H _{2b2} | Desteklenmedi. |
| RKBT -> PŞ | 0,115 | 0,096 | H _{2b3} | Desteklenmedi. |
| İSB -> PŞ | -0,237 | 0,003 | H _{2b4} | Desteklendi. |
| KÇNM -> PŞ | 0,178 | 0,024 | H _{2b5} | Desteklendi. |
| | Original Sample (O) | P Values | Hipotez No | Sonuç |
| UYMA -> SŞ | 0,126 | 0,084 | H _{2c1} | Desteklenmedi. |
| UZLŞ_ -> SŞ | -0,009 | 0,899 | H _{2c2} | Desteklenmedi. |
| RKBT -> SŞ | 0,154 | 0,013 | H _{2c3} | Desteklendi. |
| İSB -> SŞ | -0,318 | 0,000 | H _{2c4} | Desteklendi. |
| KÇNM -> SŞ | 0,191 | 0,020 | H _{2c5} | Desteklendi. |

Tablo 18. Yol Analizi (β ve P Değerleri) (devamı)

| | Original Sample (O) | P Values | Hipotez No | Sonuç |
|---------------|---------------------|--------------|-----------------|---------------------|
| ÖZL -> UYMA | -0,091 | 0,215 | H _{3a} | Desteklenmedi. |
| ÖZL -> UZLŞ_ | 0,229 | 0,000 | H _{3b} | Desteklendi. |
| ÖZL -> RKBT | 0,219 | 0,001 | H _{3c} | Desteklenmedi. |
| ÖZL -> İSB | 0,486 | 0,000 | H _{3d} | Desteklendi. |
| ÖZL -> KÇNM | 0,099 | 0,436 | H _{3e} | Desteklenmedi. |
| | Original Sample (O) | P Values | Hipotez No | Sonuç |
| ÖZL X İB → SŞ | 0,049 | 0,273 | H _{4a} | Desteklenmedi. |
| ÖZL X İB → FŞ | -0,009 | 0,856 | H _{4b} | Desteklenmedi. |
| ÖZL X İB → PŞ | 0,099 | 0,038 | H _{4c} | Desteklenmedi. |

Yol analizi ve hipotez testleri ele alındığında, Tablo 18’de görüldüğü gibi; hekimlerin çatışma yönetimi tarzı boyutlarından iş birliği ($\beta = -0,230$) boyutunun hekimlerin maruz kaldığı fiziksel şiddet vakalarının yaşanma sıklığı üzerinde negatif ve anlamlı ilişkisi olduğu görülmektedir. Hekimlerin çatışma yönetimi tarzı boyutlarından rekabet ($\beta = 0,239$, $p < 0,000$) ve kaçınma ($\beta = 0,210$, $p < 0,001$) boyutlarının ise hekimlerin maruz kaldığı fiziksel şiddet vakalarının yaşanma sıklığı üzerinde pozitif ve anlamlı etkisi olduğu görülmektedir. Böylelikle **H_{2a3}**, **H_{2a4}** ve **H_{2a5}** hipotezlerinin desteklendiği görülmektedir.

Yine Tablo 18’de görüldüğü gibi hekimlerin çatışma yönetimi tarzı boyutlarından iş birliği ($\beta = -0,237$, $p < 0,003$) boyutunun hekimlerin maruz kaldığı psikolojik şiddet vakalarının yaşanma sıklığı üzerinde negatif ve anlamlı etkisi olduğu görülmektedir. Hekimlerin çatışma yönetimi tarzı boyutlarından kaçınma ($\beta = 0,178$, $p < 0,024$) boyutunun ise hekimlerin maruz kaldığı psikolojik şiddet vakalarının yaşanma sıklığı üzerinde pozitif ve anlamlı etkisi olduğu görülmektedir. Böylelikle **H_{2b4}** ve **H_{2b5}** hipotezlerinin desteklendiği görülmektedir.

Tablo 18’de görüldüğü gibi hekimlerin çatışma yönetimi tarzı boyutlarından iş birliği ($\beta = -0,318$, $p < 0,000$) boyutunun hekimlerin maruz kaldığı sözel şiddet vakalarının yaşanma sıklığı üzerinde negatif ve anlamlı etkisi olduğu görülmektedir. Hekimlerin çatışma yönetimi tarzı boyutlarından rekabet ($\beta = 0,154$, $p < 0,013$) ve kaçınma ($\beta = 0,191$, $p < 0,020$) boyutlarının ise hekimlerin maruz kaldığı sözel şiddet vakalarının yaşanma sıklığı üzerinde pozitif ve anlamlı etkisi olduğu görülmektedir. Böylelikle **H_{2c3}**, **H_{2c4}** ve **H_{2c5}** hipotezlerinin desteklendiği görülmektedir.

Hekimlerin sergilemekte olduğu öz liderlik becerileri arttıkça hekimlerin sergilemekte olduğu çatışma yönetimi tarzı boyutlarından uzlaşma ($\beta = 0,229$, $p < 0,000$) ve iş birliği ($\beta = 0,486$, $p < 0,000$) boyutları üzerinde pozitif ve anlamlı etkisi olduğu görülmektedir. Böylelikle **H_{3b}** ve **H_{3a}** hipotezlerinin desteklendiği görülmektedir.

Moderatör testi bulgularında ise; hekimlerin iletişim becerileri arttıkça, sergilemekte olduğu öz liderlik becerileri ile hekimlerin maruz kaldığı psikolojik şiddet vakaları arasındaki negatif ilişkinin şiddetinin beklenenin aksine arttığı görülmektedir. Bu sebeple **H_{4c}** hipotezinin desteklenmediği görülmektedir.

4.2.2.7. Yapısal Model Uyum İndisleri

Elde edilen bulgulara göre, Tablo 19’da görüldüğü üzere modelin bir bütün olarak sağlık kurumlarında fiziksel şiddetin % 15’ini ($R^2=0,15$), psikolojik şiddetin % 9’unu ($R^2=0,09$), sözel şiddetin % 13’ünü ($R^2=0,13$) açıkladığı görülmektedir.

Ayrıca hekimlerin çatışma yönetimi tarzlarından uyma boyutunun % 0 ($R^2=0,00$), uzlaşma boyutunun % 5’ini ($R^2=0,05$), rekabet boyutunun % 4’ünü ($R^2=0,04$), iş birliği boyutunun % 23’ünü ($R^2=0,23$), kaçınma boyutunun ise % 1’ini ($R^2=0,01$) açıkladığı görülmektedir.

Bununla birlikte uyum indislerine bakıldığında SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) 0,071 ile 0,80'in altında bir değer almaktadır. Böylece bulgular, yapısal modelin gerekli kriterleri karşıladığını ortaya koymaktadır.

Tablo 19. Yapısal Model Uyum İndisleri

| Değişkenler | Uygunluk Göstergeleri | Sonuçlar |
|--------------------|------------------------------|-----------------|
| FŞ | R Square | 0,152 |
| PŞ | | 0,094 |
| SŞ | | 0,130 |
| UYMA | | 0,008 |
| UZLŞ_ | | 0,052 |
| RKBT | | 0,048 |
| İSB | | 0,236 |
| KÇNM | | 0,010 |
| | SRMR | 0,071 |

BEŞİNCİ BÖLÜM

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, hekimlerin öz liderlik becerilerinin ve çatışma yönetimi tarzlarının hekimlerin maruz kaldığı şiddet vakalarını azaltma veya engelleme yönündeki potansiyelini ve hekimlerin öz liderlik becerileri ile maruz kaldıkları şiddet vakaları arasındaki ilişkide iletişim becerilerinin düzenleyici rolünü açıklayan bir model sunulmuştur. Böylelikle hem araştırmacılar hem de hastane yöneticileri için literatüre katkıda bulunulması hedeflenmektedir. Bu çalışma özellikle hekimlerin öz liderlik becerilerinin hekimlerin maruz kaldığı şiddet vakaları üzerindeki etkisini hekimlerin çatışma yönetimi tarzları ve iletişim becerileri değişkenleri ile birlikte çok değişkenli bir model çerçevesinde inceleyen ilk çalışmadır. Bu çalışmanın gerek araştırma modeli ile ilk olması, gerekse ampirik araştırmasında nitel ve nicel yöntemlerin bir arada kullanılması çalışmaya özgünlük katmaktadır.

İlk olarak çatışma yönetimi tarzları ile hekimlerin maruz kaldığı şiddet vakalarının sıklığı arasındaki ilişkiye bakıldığında bulgular, hekimlerin çatışma yönetimi tarzlarının ekseriyetle hekimlerin maruz kaldığı şiddet vakalarının sıklığı ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir. Özellikle de çatışma yönetim tarzlarından iş birliğinin fiziksel, sözel ve psikolojik olmak üzere tüm şiddet vakalarının yaşanma sıklığı ile negatif bir ilişkisi olduğu görülmektedir. Dolayısıyla çatışmaları çözümlenmek üzere iş birliği tarzını sergileyen hekimlerin maruz kaldıkları şiddet vakalarını engelleyebileceği yahut azaltabileceği anlaşılmaktadır. Aynı zamanda bu sonuca göre çatışma yönetiminde iş birliği tarzını kullanan hekimlerin daha az şiddet vakası ile karşılaşabileceği gerçeği ortaya çıkmaktadır. Bu sonuç nitel araştırma kapsamında mülakatlara katılan hekimlerin ifadelerinde de yer almaktadır. Örneğin, mülakata katılan hekimlerden biri “*Hastalardan kaynaklı çatışma veya şiddete maruz kaldığım çok nadir olmuştur. Bu gibi olaylarda genellikle sakin olurum. Durumu yumuşatarak problemi çözmeye çalışırım. Çatışmanın taraflarını*

şakinleştiririm ki, ilk anlarda o tepkinin durması gerekir.” ifadesinde görüldüğü gibi genellikle çatışma olaylarına iş birliği yaklaşımıyla yaklaştığını ve şiddet olaylarına çok nadir maruz kaldığını belirtmektedir. Bununla birlikte çatışma yönetim tarzlarından kaçınma boyutunun da fiziksel, sözel ve psikolojik olmak üzere tüm şiddet vakalarının yaşanma sıklığı ile pozitif bir ilişkisi olduğu görülmektedir. Bu sonuç çatışma yönetiminde kaçınma tarzını kullanan hekimlerin şiddet vakalarını arttırabileceği gerçeğini ortaya çıkarmaktadır. Geçmiş çalışmalarda da hekimin kaçınma çatışma yönetim tarzını kullanması durumunun olumsuz sonuçlara yol açarak şiddetin meydana gelmesine sebep olabileceği belirtilmektedir. Böylelikle bu araştırmanın sonuçlarının geçmiş araştırmaların sonuçları ile tutarlı olduğu görülmektedir (Haraway ve Haraway, 2005).

İlaveten bulgular hekimlerin çatışma yönetim tarzlarından rekabetin, hekimlerin maruz kaldığı sözel ve fiziksel şiddet vakalarının yaşanma sıklığını arttırdığını göstermektedir. Buna göre çatışma yönetiminde rekabet tarzını kullanan hekimlerin maruz kaldıkları fiziksel ve sözel şiddet vakalarını arttırabileceği hipotezleri doğrulanmaktadır. Bu sonuç nitel araştırma kapsamında mülakatlara katılan hekimlerin ifadelerinde de yer almaktadır. Örneğin, mülakata katılan hekimlerden bir tanesinin *“Çatışma ve şiddet olayları ile haftada 3,4 defa karşılaşıyorumdur. Bu tür olaylar eğer çok ciddi ise genelde bunu ilgili makamlara iletiyorum. Sözlü şiddet ise yaptığı davranışın yanlış olduğunu anlamayacak bir hasta ise dışarı çıkmasını istiyorum veya güvenlik eşliğinde dışarı çıkarttırıyorum.”* ifadesinde görüldüğü gibi şiddet olaylarına çok sık maruz kaldığını belirtmekle birlikte, genellikle hâkimiyet kurmaya çalıştığını; yani rekabet davranışı sergilediğini belirtmektedir. Geçmiş çalışmalarda hekimlerin çatışma yönetim tarzlarından rekabet tarzını kullanma eğiliminde olduklarını ve tıbbi durumları yönetirken rekabet tarzının oldukça olumsuz sonuçlara yol açabildiğini belirtilmektedir. Bu da araştırmanın rekabet çatışma yönetim tarzının fiziksel ve sözel şiddet vakalarını arttırdığı yönündeki sonuçlarını desteklemektedir (Haraway ve Haraway, 2005).

İkinci olarak bu araştırma kapsamında hekimlerin öz liderlik becerileri ile çatışma yönetimi arasındaki ilişkiler incelenmiş; sonuçlar, öz liderlik becerileri ile

çatışma yönetim tarzlarından uzlaşma, iş birliği yaklaşımları arasında pozitif, uyma yaklaşımı arasında ise negatif bir ilişkinin olduğunu ortaya çıkartmıştır. Bu bulgulara göre öz liderlik becerilerini daha fazla sergileyen hekimlerin çatışma yönetim tarzlarından uzlaşma ve iş birliği yaklaşımlarını daha fazla kullandığı gerçeği ortaya çıkmaktadır. Geçmiş çalışmalarda da çatışmalarda olumlu öz liderlik becerilerinin uzlaşmacı ve iş birlikçi yaklaşımların gösterilmesiyle kontrol edilebileceğini ve yönetilebileceğini belirtmektedir (Flores vd. 2018). Bu da araştırmanın sonuçlarını desteklemektedir Bununla birlikte bu sonuç nitel araştırma kapsamında mülakatlara katılan hekimlerin ifadelerinde de yer almaktadır. Örneğin, mülakata katılan hekimlerden biri “*Meslek hayatımızda bu tür şeylere maruz kalmayan hekim yoktur diye düşünüyorum. Şiddet veya çatışma gibi olaylarla karşılaştığım durumlarda genelde karşı tarafı dinlerim, sabır yönüm çok güçlüdür. İlk adımım olayı anlamak olur. Çatışmanın az olmasının en önemli, olmazsa olmaz unsurunun empati ve iletişim olduğunu düşünüyorum. En azından karşı taraf ne istiyor o çok iyi düşünülürse ve çözüm odaklı olunursa daha az çalışan sorunu olur.*” demektedir. Hekimin ifadesinde görüldüğü üzere hekim genellikle hastayı anlamaya çalıştığını, bunun için sabırlı ve özenli davranışlar sergilediğini belirtmektedir. Buradan hekimin öz liderlik becerisi sergilemek için gerekli tutumları gösterdiği anlaşılmaktadır. Song ve Lee'nin (2016) de belirttiği gibi karşı tarafı sabır ve özenle dinlemek ve diyalogu ilerletmek ve karşı tarafı ikna etmek için incelikli ve düşünceli bir dil kullanmak; öz liderlik becerisi sergileyebilmek için gereklidir. Bununla birlikte hekimin çatışma durumlarında olayı anlamaya ve sorun çözmeye çalıştığı için iş birlikçi bir yaklaşım sergilediği ortaya çıkmaktadır. Yine, orta yol bulmaya çalıştığı ve karşı tarafın düşüncelerine önem verdiği için uzlaşmacı bir çatışma yönetimi yaklaşımı sergilediği anlaşılmaktadır.

Üçüncü olarak bu çalışmada, öz liderlik becerisi ile hekimlerin maruz kaldığı şiddet vakalarının sıklığı arasındaki ilişkide iletişim becerilerinin düzenleyici rolü incelenmektedir. Bulgular, hekimlerin yüksek düzeyde iletişim becerilerine sahip olmasının, hekimlerin öz liderlik becerileri ile hekimlerin maruz kaldığı psikolojik şiddet vakalarının sıklığı arasındaki ilişkide pozitif yönde düzenleyici bir etkisi olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, düzenleyici değişken yokken desteklenmeyen hekimlerin öz liderlik becerileri ile maruz kaldığı psikolojik şiddet vakaları arasındaki

ilişkinin düzenleyici değişken olduğunda pozitif yönde şiddetlendiğini göstermektedir. Buna göre, hekimlerin iletişim becerilerinin etkisi ile hekimlerin öz liderlik becerilerini karşı taraf bir tahrik unsuru olarak algıladığı için hekimlere daha çok psikolojik şiddet sergiliyor olabilir.

Dördüncü olarak bu çalışmada şaşırtıcı bir şekilde; hekimlerin öz liderlik becerilerinin hekimlerin maruz kaldıkları şiddet vakalarının sıklığı üzerindeki direk etkisini destekler nitelikte bir sonuç çıkmamıştır. Ancak öz liderlik becerileri ile modelde yer alan diğer değişkenler arasındaki kuvvetli korelasyonlar dikkate alındığında; öz liderlik becerilerinin hekimlerin maruz kaldıkları şiddet vakalarının sıklığını çatışma yönetimi tarzları üzerinden dolaylı olarak etkileyebiliyor olması mümkündür.

Sonuç olarak bu çalışma, hekimlerin maruz kaldıkları şiddet vakalarını örgütsel davranış literatüründe ele almaktadır. Dolayısıyla uygulama perspektifinden bakıldığında araştırma, öz liderlik becerileri, iletişim becerileri ve çatışma yönetimi tarzlarının hekimlerin maruz kaldığı şiddet vakalarının sıklığına nasıl yansıdığını göstermektedir. Çalışma bulguları ise, hekimlerin sosyal becerilerinin maruz kaldıkları şiddet vakalarını azaltma konusunda nasıl bir fonksiyon üstlendiğini ortaya koyarak sağlık kurumu yöneticilerine bir kılavuz rolü üstlenebilmektedir.

Bu araştırma sonuçlarına göre, sağlık kurumlarında yaşanan çatışmaların şiddete dönüşmeden etkin bir şekilde çözümlenebilmesi için çalışanların özellikle de hekimlerin sosyal becerilerinin geliştirilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu açıdan bakıldığında, sağlık kurumlarında şiddet sorununu yok edebilmek veya azaltabilmek için hekimlerin öz liderlik becerileri, çatışma yönetimi ve iletişim becerileri gibi sosyal becerilerini geliştirmeleri önemli bir gerekliliktir. Özellikle hekimlerin sergilemekte olduğu çatışma yönetimi tarzlarının hekimlerin maruz kaldıkları şiddet vakalarının azaltılabilmesi yönünde ciddi bir önem taşımakta olduğu görülmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Son zamanlarda tüm dünyada giderek artan bir sorun haline gelen sağlık kurumlarında şiddet olayları gerek sağlık kurumlarına gerekse topluma çok ciddi ve büyük zararlar vermektedir (Akyön, 2008; Serin vd., 2015; Büyükbayram ve Okçay, 2013). Gerçekleştirilen literatür taraması, küresel bazdaki bu büyük sorunla ilgili olarak, özellikle sağlık kurumlarında kilit rol oynayan hekimlerin davranış ve becerilerinin şiddet ile ilişkisini çok değişkenli model içerisinde bütünsel bir perspektiften inceleyen bir çalışmanın olmadığı gerçeğini ortaya çıkarmaktadır. Bu boşluğu doldurmak üzere bu çalışma kapsamında sağlık sektöründe hekimlerin öz liderlik becerileri, çatışma yönetimi tarzları ve iletişim becerilerinin sağlık kurumlarındaki şiddet vakalarını engelleyebilmedeki potansiyelleri teorik ve ampirik olarak incelenmiştir.

Bu araştırma sonucunda hekimlerin öz liderlik becerileri ile uzlaşma, iş birliği çatışma yönetim tarzları arasında güçlü bir ilişki olduğu ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte hekimlerin çatışma yönetiminde iş birliği tarzını sergilediklerinde maruz kaldıkları şiddet vakalarını engelleyebileceği yahut azaltabileceği gerçeği ortaya çıkmaktadır.

Bu sonuçlar ışığında hekimlerin maruz kaldığı şiddet vakalarının engellenebilmesi yahut azaltılabilmesinde hekimlerin becerilerinin önemi ortaya çıkmaktadır. Bu sebeple sağlık kurumlarında yaşanan çatışmaların ve şiddet vakalarının azalması ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması için hekimlerin iletişim becerileri, çatışma yönetimi tarzları ve öz liderlik becerileri gibi örgütsel davranışlarını geliştirmeye yönelik eğitim programları almaları önerilmektedir.

Hekimlerin sosyal becerilerini geliştirmelerine yönelik bu eğitim programlarının, aslında meslek hayatlarına başlamadan önce mesleki eğitimleri sırasında almalarının daha da faydalı olacağı öngörülmektedir. Nitekim son

zamanlarda tıp fakültelerinin müfredatlarında iletişim ile ilgili derslere daha fazla yer verilmeye başlandığı görülmektedir. Hatta bazı tıp fakültelerinde hekim-hasta iletişimi, modül olarak düzenlenerek verilmektedir (Ceylan, 2019, Yamaç vd. 2020). Mesleki eğitim dönemlerinde verilen bu eğitimlerin, hekimlerin mesleklerini icra ettikleri dönemlerde uygulamalı eğitimlerle desteklenerek devam ettirilmesi gerekmektedir. Hatta iletişimle ilgili bu eğitimler çatışma yönetimi, öz liderlik becerileri gibi eğitim programları ile de desteklenmelidir. Sağlık Bakanlığı veya ilgili sağlık kurumlarının organizasyonu ile verilebilecek bu eğitimlerde eğitimi alan hekimlerin eğitim öncesi ve sonrası becerilerinin gelişimi değerlendirilmeli, onların geri bildirimleri alınmalıdır. Katılımcı hekimlerin eğitimi ile ilgili bu sonuçlar ilgili kurumların yöneticileri ile paylaşarak yönetimin değerlendirmesine sunulmalıdır. Ayrıca hekimlerin kariyerlerinde sağlık, tıp eğitimlerinin yanı sıra burada önerilen örgütsel davranışlarını geliştirmeye yönelik eğitimlerin profesyonel kuruluşlar tarafından belgelendirilerek alınması yönünde destekleyici ve teşvik edici düzenlemeler yapılmalıdır. Bu gerekli görülen önerilerin ise tüm ülke çapında oluşturulması için bu gerekliliklerin en başta politika oluşturucu kurumlar tarafından kabul edilip, düzenlenmesi önem arz etmektedir.

Bununla birlikte sağlık kurumlarının daha az stresli olabilmesi için sağlık sisteminde bir takım düzenlemeler yapılması gerekmektedir. Çalışmanın ön araştırması olan yarı yapılandırılmış mülakat çalışmasında katılımcı hekimler, sağlık kurumlarında şiddet ve çatışma vakalarını sağlık sistemindeki bazı yapısal sorunlarla ilişkilendirmişlerdir. Buna göre sağlık sistemiyle ilgili mevzuat ve yönetmeliklerin uygulanabilirliği, aile hekimliği gibi koruyucu sağlık sistemimin doğru kullanılmaması, sağlık sisteminin yapısal uygulamaları sebebiyle işlerin yoğun olması, performans veya kâr baskısının olması gibi sorunlardan bahsedilmektedir. Sağlık sistemi ile ilgili bahsedilen bu sorunların analiz edilmesi ve yapılan analizlere göre öneri ve çözümlerin oluşturulması, oluşturulan çözüm politikalarının da sağlıkla ilgili politika oluşturucular tarafından kabul edilip, gerekli iyileştirilmelerin yapılması önerilmektedir.

Buna ek olarak sağlık sisteminde hekimler başta olmak üzere sağlık çalışanlarına psikolojik destek sağlanacak imkânlar tanınması gerekmektedir. Özellikle anket araştırmasının yapıldığı döneme denk gelen COVID-19 salgının şiddetli yaşandığı dönemlerde sağlık kurumlarının yoğun ve stresli iş yapısı daha da artmıştır. Bu süreçte sağlık çalışanlarının yoğun ve stresli işlerinde en büyük destek buldukları ailelerinden de uzak kalma durumunda olmaları, sağlık çalışanlarının psikolojik desteğe daha çok ihtiyaç duymasına neden olmuştur. Bununla ilgili Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere çeşitli üniversitelerin, sivil toplum örgütleri ve sağlık kuruluşlarının sağlık çalışanlarına özel ücretsiz psikolojik destek sağladığı çalışmalar olmuştur (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (T.C.S.B.), 2021; Türk Psikiyatri Derneği (TDP), 2021). Bu çalışmaların sağlık bakanlığının kontrolü ve koordinatörlüğünde ilgili kurum ve kuruluşlar ile iş birliği çerçevesinde arttırılarak devam ettirilmesi önerilmektedir.

Ayrıca bu çalışmada sağlık kurumlarında yaşanan şiddet vakalarının hekimlerin öz liderlik becerileri, çatışma yönetimi tarzları ve iletişim becerileri olmak üzere üç değişken ile ilişkisi incelenmiştir. Bundan sonraki çalışmalarda sağlık kurumlarında şiddet vakalarını etkileyebilecek başka değişkenlerle ilişkisinin incelemesinde fayda olacağı görülmektedir. Çalışmanın mülakat araştırmasında katılımcı hekimlerin görüşlerine göre sağlık kurumlarında şiddet ve çatışma vakaları hasta ve yakınlarının sosyo-ekonomik düzeyi, hasta ve yakınlarının eğitim düzeyi, empati, tıp eğitimi, iş yoğunluğu, iş performansı, işin ergonomik faktörleri, sağlık sisteminin mevzuat yapısı, sağlık sisteminde aile hekimliği gibi temalarla ilişkilendirilmiştir. Buna göre bundan sonraki çalışmalarda empati ile ilişkili olan duygusal zeka ve duygusal emek gibi değişkenler, iş yoğunluğu, iş performansı, iş etiği, işin anlamlılığı, hasta ve yakınlarının demografik özellikleri gibi değişkenlerle ilişkileri incelenebilir.

Bundan başka bu çalışma bulguları kesitsel bir tipte gerçekleştirilen mülakat ve anket çalışmasına dayanmaktadır. Oysa hekimlerin öz liderlik becerileri, çatışma yönetimi tarzları ve iletişim becerileri ile hekimlerin maruz kaldıkları şiddet vakalarının azaltılması arasındaki nedensellik ilişkilerini ortaya koymak üzere uzun süreli, diğer bir deyişle boylamsal araştırmalara da ihtiyaç vardır (Chant, 2002: 199).

Böylelikle hekimlerin maruz kaldıkları şiddet vakalarının sıklığının hekimlerin öz liderlik becerileri, çatışma yönetimi tarzları ve iletişim becerileri ile ilişkisi uzun bir zamana yayılarak incelenebilecek, hekimlerin davranışlarının zaman içerisindeki değişimleri ile beraber değerlendirilebilmesi söz konusu olacaktır.

Araştırmadaki diğer bir kısıt ise anket çalışmasının verilerinin COVID-19 salgınının görüldüğü dönemde toplanmış olmasıdır. COVID-19 salgını sebebiyle anket çalışması yüz yüze yapılamamış, çevrimiçi yapılmak durumunda kalmıştır. Yüz yüze anketlere kıyasla çevrimiçi anketlere geri dönüş az olabilmekte, hatalı veya eksik yanıt ihtimali daha fazla olabilmektedir. Bu durumda çalışmanın bir başka kısıtlılığını göstermektedir.

Tüm bunlarla birlikte COVID-19 salgınının oluşturduğu olağanüstü dönemde sağlık çalışanlarının; mesleki risklerinin, çalışma saatlerinin ve iş yüklerinin artması, yıllık izin ve istifa haklarının kaldırılması ve tayinlerinin durdurulması gibi uygulamalarla iş stresleri daha da yüksek düzeylere ulaşmıştır. Bu sebeplerle hekimlerin hastalardan temastan kaçındıkları, kaygı ve stres düzeylerinin artması ile katılımcı hekimlerin araştırma anketine verdikleri cevapları da etkileyebilme ihtimali söz konusudur.

Araştırmanın bir başka kısıtı da; çapraz fonksiyonel şekilde tasarlanmış anketlerin kullanılmasıdır. Çapraz fonksiyonel bir şekilde tasarlanan anketteki bağımlı ve bağımsız değişkenlere aynı katılımcıların cevap vermeleri nedeniyle araştırma sistematik hatadan etkilenme olasılığı taşımaktadır.

Ek olarak sağlık kurumlarında şiddet ile ilgili daha önceki araştırmalarda genellikle hemşireler üzerinden veri toplandığı görülmektedir (Örn. Goris vd. 2016; Bedük ve Yıldız, 2016; Bardakçı ve Partlak Günüşen, 2014; Barbosa vd. 2011; Yıldırım ve Yıldırım, 2010; Çarıkçı ve Yavuz, 2009). Bu çalışmada ise bundan farklı olarak sağlık kurumlarında kilit rol oynayan hekimler üzerinden veriler toplanmıştır. Bundan sonraki benzer araştırmaların ise hasta ve yakınlarından veriler toplanarak ve bu ve benzeri çalışmalar ile kıyaslama yapılması önerilmektedir.

Son olarak günümüzün bireysel, kurumsal ve toplumsal düzeydeki çok ciddi küresel sorunlarından biri olan şiddetin yok edilebilmesi için “Şiddetsiz İletişim” kurabilmek en temel çözümdür. Bu çalışma bu ciddi sorunun en fazla görüldüğü sektör özelinde araştırmalar ile Rosenberg’in (2021) geliştirdiği “Şiddetsiz İletişim” yöntemini desteklemektedir. Şiddetsiz İletişim; zorlayıcı şartlar altında bile insanca davranma yeteneğini güçlendirecek dil ve iletişim becerileri üzerine kurulu bir yöntemdir. Şiddetsiz İletişim, bireyin kendini ifade etme ve başkalarını dinleme biçimini yeni bir çerçeveye oturtmak için insanlara rehberlik eden bir yöntemdir. Bu yöntemle yargılanma ve eleştirilme karşısında ortaya konulan savunma, geri çekilme ya da saldırma gibi şiddete sebep olan çatışma yaklaşımları ortadan kaldırılabilmektedir. Böylelikle teşhis etmeye çalışmak ve yargılamak yerini gözlemleri, hissedilenleri ve ihtiyaçları açıklığa kavuşturmaya odaklanarak, şefkatin derinliği keşfedilir (Rosenberg, 2021). Bu sebeplerle insanoğlunun içindeki doğal şefkatin ortaya çıkmasını sağlayarak kişinin kendisiyle ve diğer insanlarla bağlantı kurmasına yardımcı olan bu yöntemi öz liderlik becerileri, iletişim becerileri, çatışma yönetimi tarzları gibi kişinin kendisini ve karşısındaki kişileri anlamaya yönelten sosyal becerilerin desteklenebileceği öngörülmektedir.

KAYNAKÇA

1. Kitaplar

Akyön, Fikret Volkan (2018). İş yerinde Şiddete Karşı Çalışanların Bireysel Çatışma Yönetimi Yaklaşımları; Sağlık Sektöründe Bir Araştırma. Ankara: Gece Akademi.

Bandura, Albert & Richard H. Walters (1977). "Social learning theory". Prentice Hall: Englewood cliffs.

Cüceloğlu, Doğan (2020). İletişim Donanımları. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Cooper, Cary L. & Naomi Swanson. (2002). "Workplace violence in the health sector". State of the art. Geneva: Organización Internacional de Trabajo, Organización Mundial de la Salud, Consejo Internacional de Enfermeras Internacional de Servicios Públicos.

Folger, Joseph P., Marshall Scott Poole & Randall K. Stutman, Çeviri: Füsün Akkoyun (2013). Çatışma Yönetimi İnsan İlişkilerinde, Gruplarda ve Örgütlerde Çatışmayı Yönetme Stratejileri. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Francis, Robert (2013). Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. London: The Stationery Office.

Hersey, Paul, Kenneth Blanchard, & John Dewey (2001). Management of organizational behavior: Leading human resources (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Koçel, Tamer (2018). İşletme yöneticiliği. İstanbul: Beta Yayınları.

Rosenberg, Morris (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, N.J.: Princeton University Press.

Rosenberg, Marshall B. (2021). Şiddetsiz İletişim Bir Yaşam Dili. (Çeviri: G. A. Şapçı), İstanbul: Remzi Kitabevi.

Schmallegger, Frank (2011). Criminology: A brief introduction. Boston: Prentice Hall.

Yamaç, Deniz, Nesrin Demirsoy, İrem Budakoğlu, Özlem Çoşkun & İpek Gönüllü (2020). Sağlık Profesyonelleri İçin Tıpta İletişim Becerileri, Ankara: Hipokrat Yayıncılık.

Young, Kevin. (2019). Sport, violence and society. Routledge.

2. Makaleler, Bildiriler, Diğer Basılı Yayınlar

- Abid, Ghulam, Arya Bindu, Arshad Amara, Ahmed Saira & Farooqi Saira (2020). “Positive personality traits and self-leadership in sustainable organizations: Mediating influence of thriving and moderating role of proactive personality”. *Sustainable Production and Consumption*, 25: 299–311.
- Akbaş, Sevil (2009). İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing) ve İş Tatmini İlişkisi – Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Akcan, Şükrü (2018). Sağlık Çalışanlarında İletişim Becerileri (Konya İli Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Akça Nesrin, Ali Yılmaz & Oğuz Işık (2014). “Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Özel Bir Tıp Merkezi Örneği”. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 13(1): 1-12.
- Akman Abdurrahman (2018). Çatışma Yönetimi, İş Tatmini, Kariyer Tatmini, İş Performansı ve İşten Ayrılma Niyeti Üzerine Bir Araştırma. Doktora Tezi, Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Osmaniye.
- Akyön Fikret Volkan (2008). İş yerinde Şiddete Karşı Çalışanların Bireysel Çatışma Yönetimi Yaklaşımları; Sağlık Sektöründe Bir Araştırma. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Albayrak Fatoş (2019). Sivas Numune Hastanesi’nde Çalışan Hemşirelerin İletişim Becerilerinin Motivasyon ve Tükenmişlik Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.
- Anderson Joe S. & Gregory E. Prussia (1997). “The Self-Leadership Questionnaire Preliminary Assessment of Construct Validity”. *The Journal of Leadership Studies*, 4 (2).
- Andrew, B. Louise (1999). “Conflict management, prevention and resolution in medical settings”. *Physician Executive*, 25 (4): 38–46.
- Arı Erkan & Veysel Yılmaz (2019). “Doğrulayıcı Faktör Analizi ile Şehir Marka Algısını Etkileyen Faktörlerin Araştırılması”. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 12 (3): 412-424.
- Arslan Sevban, Seçil Taylan, Ebru Gözüyeşil, Gülden Küçükakça, Yasemin Akıl & Sema İnce, (2018). “Hemşirelerin Çatışma ve Şiddete Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi”. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 3 (1): 1-20.
- Arslan, Tuba (2019). Sağlık Kurumlarında Şiddet: Gazete Haberleri Üzerinde Bir Araştırma, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Düzce.

- Ashbury Fredrick D., Donald C. Iverson & Boris Kralj B. (2001). "Physician Communication Skills: Results of a Survey of General/Family Practitioners in Newfoundland". *Medical Education Online*, (6) 1: 4521, DOI: 10.3402/meo.v6i.4521.
- Aydın, Adeviye (2013). *Hemşirelerin Kişilerarası Duyarlılık ve Çatışma Çözme Yaklaşımları*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Barbosa, Rute, Liliana Maria Labronici, Leila Maria Mansano Sarquis & Maria de Fatima Mantovani (2011). "Psychological violence in nurses' professional practice". *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45: 26-32.
- Barbuto, John E. & Ye Xu (2006). "Sources of motivation, interpersonal conflict management styles, and leadership effectiveness: a structural model". *Psychological Reports*, (98) 1: 3–20.
- Bardakçı, Ezgi & Neslihan Partlak Günüşen (2014). "Hemşirelerin çalışma ortamlarındaki önemli bir tehlike: Yıldırma". *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7 (3): 218-222.
- Barut, Yasin (2015). *Duygusal Zeka ve İletişim Becerilerinin İlişkisi: Örgüt Kültürünün Aracı Rolü (İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi ve Kent Hastanesinde Görevli Sağlık Çalışanları Örneği)*. Doktora Tezi, Yaşar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Beitler, Lena Aline, Sabine Machowski, Sheena Johnson & Dieter Zapf (2016). "Conflict management and age in service professions". *International Journal of Conflict Management* (27) 3: 302-330. DOI 10.1108/IJCMA-10-2015-0070.
- Bramhall, Elaine (2014). "Effective communication skills in nursing practice". *Nursing Standard*, 29 (14): 53-59.
- Brovecki, Ana, Stjepan Oreskovic & Henk Ten Have (2005). "Ethics and the structures of health care in the European countries in transition: hospital ethics committees in Croatia". *BMJ*, 331 (July), 227-229.
- Büyükbayram, Ayşe & Hale Okçay (2013). "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler". *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*; 4(1): 46-53 / *Journal of Psychiatric Nursing*; 4 (1): 46-53.
- Büyüктаş, Gayır Gülfer (2019). *Sağlık Kurumlarındaki İşgören Davranışlarının Meslek Etiği Açısından İncelenmesi: Diyarbakır İli Merkez Kamu Hastaneleri Örneği*. Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya.

- Ceylan, Şerafettin (2019). Sağlık Çalışanlarında Etkili İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, İzmir.
- Chant, Simon, Tim Jenkinson, Jacqueline Randle, Graham Russell & Christine Webb (2002). Nurse Education Today, 22: 189-202. doi:10.1054/nedt.2001.0690
- Conger, Jay A. & Rabindra N. Kanungo (1988). "The empowerment process: Integrating theory and practice". Academy of Management Review, 13 (3): 471-482.
- Cristofaro, Matteo & Pier Luigi Giardino (2020). "Core Self-Evaluations, Self-Leadership, and the Self-Serving Bias in Managerial Decision Making: A Laboratory Experiment". Administrative Sciences, 10 (64). DOI:10.3390/admsci10030064
- Çakarel, Taha Yusuf (2019). Öz Liderliğin İç Girişimcilik Eğilimleri Üzerindeki Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Çarıkcı, İlker H. & Hüseyin Yavuz (2009). "Çalışanlarda Mobbing (Psikolojik Şiddet) Algısı: Sağlık Sektörü Çalışanları Üzerine Bir Araştırma". Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (10): 47-62.
- Çelik, Anılcan (2020). Sağlık Çalışanlarında Şiddete Uğramanın İş Doyumu ve Tükenmişlik ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Çağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.
- Çoraklı, Yasemin (2019). Hemşirelerin İletişim Becerilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Demiralp, Burak (2018). Yöneticilerin Liderlik Özellikleri İle Çatışma Yönetimi Tarzları Arasındaki İlişki: Görgül Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Demiröz, Kemal Can (2015). Genç Çalışanların Öz Liderlik Algılarıyla Yöneticilerinin Çatışma Yönetimi Tarzı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- De Dreu, Carsten K.W., Arne Evers, Bianca Beersma, Esther S. Kluwer & Aukje Nauta (2001). "A theory-based measure of conflict management strategies in the workplace". Journal of Organizational Behavior, 22: 645-668.
- Driskell, J.E., Copper, C. & Moran, A. (1994) "Does Mental Practice Enhance Performance", Journal of App Psychology, 79: 481-492.
- Duan, Xiaojian, Xin Ni, Lei Shi, Leijing Zhang, Yuan Ye, Huitong Mu, Zhe Li, Xin Liu, Lihua Fan & Yongchen Wang (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 (93): 1-10.

Duğan, Özlem (2015). *Sağlıkta Şiddet Haberlerinin Basına Yansımaları*. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.

Duran, Seçil (2019). *Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerilerinin ve Göçmenlerle Yaşadıkları İletişim Zorluklarının Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi-Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yozgat.

Ergöz, Merve (2018). *Öz Liderlik ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Bir Devlet Hastanesinde Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Erkuş, Ahmet & Akif Tabak (2009). “Beş faktör kişilik özelliklerinin çalışanların çatışma yönetim tarzlarına etkisi: savunma sanayiinde bir araştırma”. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23 (2): 213-242.

Ferns, Terry (2007). Considering theories of aggression in an emergency department context. *Accident and emergency nursing*, 15(4), 193-200.

Forte, Paula S. (1997). “The high cost of conflict”. *Nursing Economics* 15 (3): 119–25.

Flores, Hector R., Xueting Jiang & Charles C. Manz (2018). “Intra-team conflict: the moderating effect of emotional self-leadership”. *International Journal of Conflict Management*, 29 (3): 424-444.

Galián, Inmaculada, José Antonio Ruiz Hernandez, Cecilia López, Paloma Llor & José Antonio Jiménez Barbero (2019). “Exposure to User Violence, Job Satisfaction, and Burnout in Nurses: Comparison of Mental Health with Other Health Areas”. *Neuropsychiatry (London)*, 9 (4): 2428–2435.

Geldenhuis, Madelyn, Karolina Taba & Cornelia M. Venter. (2014). “Meaningful work, work engagement and organisational commitment”. *SA Journal of Industrial Psychology*, 40 (1).

Gillespie, Gordon Lee, Donna M. Gates, Margaret Miller & Patricia Kunz Howard (2010). “Workplace Violence in Healthcare Settings: Risk Factors and Protective Strategies”. *Rehabilitation Nursing*, 35 (5): 177-184.

Goris, Songul, Ozlem Ceyhan, Sultan Tasci, Gonul Sungur, Pinar Tekinsoy & Fevziye Cetinkaya (2016). “Mobbing against Nurses in Turkey: How Does it Affect Job Satisfaction”. *International Journal of Caring Sciences*, 9 (3): 810-8.

Gözüm, Perihan & Süleyman Karaçor (2019). “Mobbing Algısı İle Motivasyon İlişkisi: Kamu ve Özel Kurum Çalışanları Üzerine Bir Araştırma/The Relationship Between Motivations with The Perception of Mobbing: A Study on

Public and Private Sector Employees". Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 9 (20): 4947-515.

Gross, Michael A. & Laura K. Guerrero (2000). "Managing Conflict Appropriately and Effectively: An Application of The Competence Model To Rahim's Organizational Conflict Styles", International Journal of Conflict Management, 11 (3): 200 – 226. <http://dx.doi.org/10.1108/eb022840>

Günsel, Ayşe, Selda Köroğlu & Latife Demirci (2015). "Çalışma Hayatında Kadınların Karşılaştıkları Sorunlar ve Cam Tavan Algıları: Kadın Öğretmenler Üzerinde Bir Araştırma". KADEM Kadın Araştırmaları Dergisi, 1: 74-112.

Gökoğlan, Ebru (2020). Yönetici Hemşirelerin Kişilik Özelliklerinin Çatışma Yönetimi Stratejilerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce.

Haberstick, Brett C., Stephanie Schmitz, Susan E. Young & John K. Hewitt (2006). "Genes and developmental stability of aggressive behavior problems at home and school in a community sample of twins aged 7–12". Behavior Genetics, 36(6): 809-819.

Haraway, Dana L. & William M. Haraway (2005). "Analysis of the Effect of Conflict-Management and Resolution Training on Employee Stress at a Healthcare Organization". Hospital Topics, 83 (4): 11-17. DOI: 10.3200/HTPS.83.4.11-18.

Hassankhani, Hadi, Naser Parizad, Jessica Gacki-Smith, Azad Rahmani & Eesa Mohammadi (2017). "The consequences of violence against nurses working in the emergency department: A qualitative study". International Emergency Nursing, 39: 20-25.

Hendel, Tova, Miri Fish & Vered Galon (2005). "Leadership style and choice of strategy in conflict management among Israeli nurse managers in general hospitals". Journal of Nursing Management, 13: 137–146.

Houghton Jeffery D., David Dawley & Trudy C. Diliello (2012). "The Abbreviated Self-leadership Questionnaire (ASLQ): A More Concise Measure of Self-leadership". International Journal of Leadership Studies, 7 (2).

Kagan, Norman I. & Mary G. Watson (1995). "Stress reduction in the workplace: The effectiveness of psychoeducational programs". Journal of Counseling Psychology, 42 (1): 71.

Kaplan, Bekir, Rabia Er Pişkin & Banu Ayar (2013). "Violence against health care workers". Medical Journal of Islamic World Academy of Sciences 21 (1): 4-10.

Kara, Gönül (2020). Sağlıkta Şiddet ve Defansif Tıp Uygulamaları Üzerine Nitel Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Samsun.

- Karcıoğlu, Fatih & Cem Kahya (2011). “Lider-üye etkileşimi ve çatışma yönetim stili ilişkisi”. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 15 (2): 337-352.
- Karadađ, Mevlüt, Oğuz Işık, İbrahim Halil Cankul & Hüseyin Abuhanođlu (2015). “Hekim ve Hemşirelerin İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi”. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi Dergisi, 17 (1): 160-179.
- Karakullukçu, Ömür Fatih (2019). Spor Yöneticilerinin Öz Yeterlilik İnancı Ve Öz Liderlik İnançları İle Yönetmel Yetkinlik Düzeyleri Arasındaki İlişkilerde Kariyer Tatmininin Aracılık Rolü. Doktora Tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Muğla.
- Karataş, Zeki (2015). “Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri”. Manevi Temelli Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi, 1 (1): 62-80.
- Kayral, İbrahim H. (2015). Öz Liderlik Becerilerinin, Sağlık Çalışanlarının İş Tatminleri ve İş Performanslarına Etkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 18 (2): 143-159.
- Kaya, Mine, Gülsen Güneş, Burhanettin Kaya & Erkan Pehlivan (2004). Tıp fakóltesi öğrencilerinde boyun eğici davranışlar ve şiddetle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 5 (1): 5-10.
- Khalid, Shazia & Iram Fatima (2016). “Conflict types and conflict management styles in public and private hospitals”. PAFMJ, 66 (1): 122-26.
- Kılıç, Nurhayat (2013). Sağlık Çalışanlarında Mobbing Algısı ve İş Doyumunun Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Kılıç, Eren (2019). Örgütsel Çatışma Yönetimi Stratejileri Üzerinde Psikolojik Güçlendirme ve Duygusal Zekâ Düzeyinin Etkilerine Yönelik Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kim, Ae Young & In Ok Sim (2020). “Mediating Factors in Nursing Competency: A Structural Model Analysis for Nurses’ Communication, Self-Leadership, Self-Efficacy, and Nursing Performance”. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17 (6850). doi:10.3390/ijerph17186850.
- Koç, Narin (2017). Sağlık Çalışanlarında Çatışma Yönetimi. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kök, Ayşe (2016). Hemşirelerde Problem Çözme ve İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi (Denizli İli Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Krug, Etienne G., James A. Mercy, Linda L. Dahlberg ve Anthony B. Zwi (2002). "The World Report On Violence and Health". The Lancet, 360 (5): 1083-88.
- Kuruöz, Güneri (2016). Acil Serviste Hasta ve Hasta Yakınlarına Göre Sağlıkta Şiddet. Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi.
- Kuşku-Özdemir, Emel (2019). Kamusal İletişimde Çatışma Yönetimi Ve İletişim Becerileri: Belediye Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Kutunis, Pınar (2018). Kendi Kendine Liderlik Tarzının İş Tatmini ve İş Özerkliği Üzerindeki Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Leymann, Heinz & Annelie Gustafsson (1996). "Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders". European Journal of Work and Organizational Psychology, 5 (2) : 251–275. doi:10.1080/13594329608414858
- Levinson, Wendy, Cara S. Lesser & Ronald M. Epstein (2010). "Developing Physician Communication Skills For Patient-Centered Care". Health Affairs 29 (7): 1310–1318. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0450.
- Long, Choi Sang, Mohd Norfian Alifiah, Tan Owee Kowang & Chan Wei Ching (2015). "The Relationship between Self-Leadership, Personality and Job Satisfaction: A Review". Journal of Sustainable Development, 8 (1): 16-23.
- Manz, Charles C. (1983). "Improving performance through self-leadership". National productivity review, 2 (3): 288-297.
- Manz, Charles C. (1986). "Self-leadership: Toward an expanded theory of self-influence processes in organizations". Academy of Management Review, 11: 585-600.
- Maykrantz, Sherry A. & Jeffery D. Houghton (2020). "Self-leadership and stress among college students: Examining the moderating role of coping skills". Journal of American College Health, 68 (1): 89-96. DOI: 10.1080/07448481.2018.1515759
- McPhaul, Kathleen M. & Jane A. Lipscomb (2004). "Workplace Violence in Health Care: Recognized but not Regulated". Online Journal of Issues in Nursing. (9) 3.
- McKibben, Laurie. (2017). "Conflict management: importance and implications". Br. J. Nurs. 26 (2): 100–103.

- Min, Byung Chul, Sung Won Lim, Han Kyoul Kim & Hyun Sill Rhee (2013). "The Influence Factors and Effects of Self-leadership: Focusing on Members of the Hospitals". *Health Policy and Management* (23) 1: 66-77.
- Min, Soon, Young-Joo Jeong, Hye-Sook Kim, Soon-Yeop Ha, Yun-Ju Ha & Eun-A Kim (2009). "The moderating effect of self-leadership in relationship between self-image and work performance of nurses". *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 15 (3): 355-364.
- Moore, Philippa M., Solange Rivera, Gonzalo A. Bravo-Soto, Camila Olivares & Theresa A. Lawrie (2018). "Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CD003751. DOI: 10.1002/14651858.CD003751.pub4.
- Neck Christopher P. & Jeffery D. Houghton (2006). "Two decades of self-leadership theory and research, Past developments, present trends, and future possibilities". *Journal of Managerial Psychology* 21 (4): 270-295. DOI 10.1108/02683940610663097
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence (2004). "Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer". The Manual. NICE, London.
- Nørgaard, Birgitte, Jette Ammentorp, Kirsten Ohm Kyvik & Poul-Erik Kofoed (2012). "Communication Skills Training Increases Self-Efficacy of Health Care Professionals". *Journal Of Continuing Education In The Health Professions*, 32 (2): 90–97.
- Norris, Sharon E. (2008). "An Examination of Self-Leadership". *Emerging Leadership Journeys*, 1 (2): 43-61.
- Ökten, Merve (2019). *Hemşirelerin Duygusal Zekâ Düzeyleri İle İletişim Becerileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Öner, Ramazan (2018). *Üçüncü Basamak Bir Hastanede Yapılan Beyaz Kod Başvurularının ve Hukuki Sonuçlarının Değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir.
- Özcan, Neslihan Keser, Hülya Bilgin, Zeliha Tülek & Nur Elçin Boyacıoğlu (2014). "Nursing Students' Experiences of Violence: A Questionnaire Survey". *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 5 (1).
- Özcan, Neslihan Keser & Hülya Bilgin. (2011). "Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistemik Derleme/Violence Towards Healthcare Workers in

- Turkey: A Systematic Review”. *Türkiye Klinikleri. Tıp Bilimleri Dergisi*, 31 (6): 1442.
- Öztürk, Reyhan (2016). 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Acil Tıp Teknisyenleri ve Paramediklerin Yaşam Desteği Uygulamaları ile Öz Liderlik Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Padem, Hüseyin, Ali Göksu & Zafer Konaklı (2012). *Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı*. Sarajevo: International Burch University. ISBN 978-9958-834-04-2.
- Papa, AnnMarie & Jeanne Venella (2013). “Workplace Violence in Healthcare: Strategies for Advocacy” *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, (18) 1: 5.
- Pavlakıs, A., Daphne Kaitelidou, Theodorou M., Galanis P., Sourtzi P.& Siskou O. (2011). “Conflict management in public hospitals: the Cyprus case”. *International Nursing Review*, 58: 242–248.
- Politis, John D. (2006). “Self-leadership behavioural-focused strategies and team performance”. *Leadership & Organization Development Journal*, (27) 3: 203-216.
- Polat, Mustafa (2009). *Conflict Management and Effective Communication: Types of Conflict Confronted and The Skills, Needs, and Attitudes of Students in Handling Conflicts*. Yüksek Lisans Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Rahim, M. Afzalur. (1983). “Measure of Styles of Handling Interpersonal Conflict”. *Academy of Management Journal*, 26 (2): 368-376.
- Ramirez, Amanda Jane, Jill Graham, Michael A. Richards, Gregory M. Walter & Anne M. Cull (1996). “Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work”. *The Lancet*. 347 (9003): 724-728.
- Sağlık-Sen, AR-GE Birimi. (2013). “Sağlık çalışanları şiddet araştırması”. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları-20.
- Sahip-Karakaş, Tuba (2020). “Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Şiddet Maruziyetinin ve Bu Durumun Çalışanlar Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi”. *Uzmanlık Tezi, Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Düzce*.
- Saltman, Deborah C., O’Dea N.A. ve Kidd M.R. (2006). “Conflict Management: A Primer for Doctors in Training”, *Postgrad Med J*, 82: 9–12. doi: 10.1136/pgmj.2005.034306.

- Sarı, Ceyda (2021). “Pozitif Psikolojik Sermayenin Öz-Liderlik Becerileri Üzerindeki Rolü”. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Sarıbıyık, Meryem (2012). “Malatya Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışan Hekim, Hemşire Ve Ebelerin Şiddet Deneyimleri ve Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum ve Davranış Düzeyleri” Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Sarıkaya, Selami (2018). 112 Servisi Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Sonuçları (Denizli İli Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Sarstedt, Marko, Christian M. Ringle & Joseph F. Hair (2017). “Partial Least Squares Structural Equation Modeling”. Handbook of Market Research. ed. Christian Homburg, Martin Klarmann, Arnd Vomberg. Cham: Springer International Publishing: 1-40.
- Sart, Gamze (2011). “Barış ve Çatışma Çözümleme Eğitiminin Duygusal Zekâ, Benlik Kavramı ve Çatışma Çözümleme Becerilerine Olan Etkisi”. XI. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, 3-5 Ekim, Selçuk, İzmir.
- Serin, Hatice, Salih Serin, Murat Bakacak & Soner Ölmez (2015). “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet”. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), (24) 3: 109-113.
- Segall, Malcolm (2000). “From Cooperation to Competition in National Health Systems and Back?: Impact on Professional Ethics And Quality of Care”. International Journal of Health Planning and Management, (15): 61-79.
- Shin, Jae-Hwa. (2009). “Developing Constructive and Proactive Conflict Management Strategies in Healthcare”. Journal of Communication in Healthcare, 2 (1): 78-94, DOI: 10.1179/cih.2009.2.1.78.
- Song, Hee-Jung & Sang-Mi Lee (2016) “The Effects of Hospital Nurses’ Self-Esteem and Communication Skill on Self-Leadership and the Quality of Nursing Service”. Journal of Korean Academy of Nursing Administration, 22 (3): 220. doi: 10.11111/jkana.2016.22.3.220.
- Sönmez, Feray (2021). Hatay İlinde 2015-2018 Yılları Arasında Hasta Hakları Birimleri İle Hasta Hakları Kurullarına Yansıyan Başvurular Özelinde Sağlık Çalışanlarına Şiddet Olguları İle Bu Olguların Beyaz Kod Başvurusuna Dönüşme Durumlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Sportsman, Susan & Hamilton Patti (2007). “Conflict Management Styles in the Health Professions”. Journal of Professional Nursing, 23 (3): 157–166.

- Steffgen, Georges, Philipp Sischka, Alexander F. Schmidt, Diane Kohl & Christian Happ (2016). "The Luxembourg Workplace Mobbing Scale: Psychometric properties of a short instrument in three different languages". *European Journal of Psychological Assessment* (5).
- Stewart, Greg L., Stephen H. Courtright & Charles C. Manz (2011). "Self-Leadership: A Multilevel Review". *Journal of Management*, 37 (1): 185-222.
- Şahin, Ebru (2020). Sağlıkta Şiddet: Kitlelerin Duygu, Tutum ve Davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Samsun.
- Şahin, Fatma Nur (2016). Çatışma Yönetiminde Kullanılan Stratejilerin İş Performansı Üzerine Etkileri. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli.
- Şahin, Nevin & Melike Dişsiz (2009). Development study of attitudes towards domestic violence scale in healthcare workers. *Journal of Human Sciences*, 6 (2): 263-274.
- Taylor, Cath, Jill Graham, Henry W W Potts, Michael A Richards & Amanda J Ramirez (2005). "Changes in mental health of hospital consultants since the mid-1990s". *The Lancet*. 366 (9487): 742-744.
- Tedeschi, James T. & Richard B. Felson (1994). "Violence, aggression, and coercive actions". American Psychological Association.
- Thamhain, Hans J. (1992). "Engineering management: Managing effectively in technology-based organizations". New York: John Wiley & Sons.
- Uçar, İlknur (2018). İşletmelerde Çatışma Yönetimi Tarzları ile Bilgi Paylaşımı İlişkisi ve Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Uçar, Yusuf Gazi (2020). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olayları Hakkında Toplumun Yaklaşımı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kahramanmaraş.
- Usluoğulları, Fatih Hitami (2019). İstanbul Pendik İlçesinde Çalışan Hekimlerin İş Ortamında Karşılaştıkları Şiddetin ve Bu Durumun Hekimler Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Uğurluoğlu, Özgür, Meltem Saygılı, Özlem Özer & Fatih Santas (2015). "Exploring the impacts of personal factors on self-leadership in a hospital setting". *The International Journal of Health Planning and Management*, 30: 3-13.

- Wand, Timothy C. & Kirsty Coulson (2006). "Zero tolerance: A policy in conflict with current opinion on aggression and violence management in healthcare". *Australasian Emergency Nursing Journal*, 9 (4): 163-170.
- Weiss, Howard M. & Russell Cropanzano (1996). "Affective events theory". *Research in organizational behavior*, 18 (1): 1-74.
- Weber, David O. (1999). "Cooling it gets hot". *Physician Executive*, 25 (4): 8–19.
- Westhues, Kenneth. (2002) "At the mercy of the MOB." *OH & S Canada* 18(8): 30-30.
- Wright, Robert R., Cynthia D. Mohr & Robert R. Sinclair (2014). "Conflict on the treatment floor: an investigation of interpersonal conflict experienced by nurses". *Journal of Research in Nursing*, 19 (1): 26-37.
- Yeşilbaş, Hande (2016). "Sağlıkta Şiddete Genel Bakış". *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1 (3): 44-54.
- Yeşiltaş, Aysun & Ramazan Erdem (2018). "Şiddet ve Defansif Tıp Uygulamaları Üzerine Nitel Bir Çalışma". *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6 (74): 486-500.
- Yıldırım, Dilek & Aytolan Yıldırım (2010). "Sağlık Alanında Çalışan Akademisyenlerin Karşılaştıkları Psikolojik Şiddet Davranışları ve Bu Davranışların Etkileri / Mobbing Behaviors Encountered by Health Science Faculties Staff and Their Responses to Them". *Türkiye Klinikleri. Tıp Bilimleri Dergisi*, 30 (2), 559.
- Yılmaz, Emine (2015). *Hastanelerde Kadın Çalışanlara Yönelik Psikolojik Yıldırma (Mobbing) ve İş Tatminine Etkisi: Isparta İlinde Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Yılmaz, Kemal (2020). *Adana İlinde Sağlık Çalışanlarının Şiddete Uğrama Sıklığı ve Sağlıkta Şiddet Konusundaki Düşünceleri*. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Adana.
- Yu, Soyoung & YuKyung Ko (2017). "Communication competency as a mediator in the self-leadership to job performance relationship". *Collegian*, 24 (5): 421-425.

3. Elektronik Kaynaklar

OSHA, Occupational Safety and Health Administration (2015). “Preventing Workplace violence: A road map for healthcare facilities”. <https://www.osha.gov/sites/default/files/OSHA3827.pdf> / Erişim Tarihi: 15/05/2020.

Özmen, Erol (2019). “Sağlık Hizmetlerinde İletişim”. <http://sagliktailetisim.com/erol-ozmen/saglik-hizmetlerinde-iletisim/> Erişim Tarihi: 23 Eylül 2019.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (T.C.S.B.). <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR-73581/ruh-sagligi-destek-sistemi.html> / Erişim Tarihi: 01/05/2021.

Türk Dil Kurumu (TDK), <https://sozluk.tdk.gov.tr/> / Erişim Tarihi: 13 Mayıs 2020.

Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD), <https://psikiyatri.org.tr/2174/turkiye-psikiyatri-derneği-saglik-calisanlarına-destek-hattı-acıldı> / Erişim Tarihi: 01/05/2021

EK 1 –ANKET FORMU

Saygıdeğer hekimim,

Son yıllarda giderek artmakta olan en büyük sorunlardan biri olan sağlık kurumlarındaki şiddet olaylarının engellenmesi veya azaltılmasına yönelik doktora tez çalışması yapmaktayız. Bu çalışma kapsamında bu üzücü olaylardan en çok etkilenen siz değerli hekimlerimizin görüşleri önem teşkil etmektedir. Bu sebeple 6en fazla -7 dakikanızı alacak olan anketimizi doldurmanızı rica ediyoruz.

Doktora tez çalışması kapsamında yapılan anketin sorularına vereceğiniz cevaplar sadece bilimsel çalışmalarda kullanılacak olup, başka hiçbir yerde ve başka amaçlarla kullanılmayacaktır. Bu bilimsel çalışmanın bulgularının sağlıklı olması için lütfen sorulara çekinmeden samimi bir şekilde cevap veriniz.

Değerli katkılarınız için teşekkür eder, meslek hayatınızda başarılar dileriz.

Öğr. Gör. Gamze KAĞAN - Doç. Dr. Ayşe GÜNSEL

Kocaeli Üniversitesi – Yönetim ve Organizasyon Anabilim Dalı, Doktora Programı

Lütfen aşağıda belirtilen sorulara sizin için uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

1. Cinsiyetiniz (1) Kadın (2) Erkek
2. Medeni Durumunuz (1) Evli (2) Bekâr (3) Dul/Boşanmış
3. Yaşınız
4. Mesleki Ünvanınız
(1) Pratisyen Hekim (2) Asistan (3) Uzman
(4) Dr. Öğretim Üyesi (5) Doçent (6) Profesör
5. Çalıştığınız Kurumun Tipi
(1) Kamu/Devlet Üniversite Hastanesi (2) Vakıf Üniversite Hastanesi
(3) Eğitim ve Araştırma Hastanesi (4) Devlet Hastanesi
(5) Özel Hastane (6) Muayenehane
(7) Aile Sağlığı Merkezi (8) Özel Tıp Merkezi/Özel Klinik

6. Hekimlik mesleğinizi (uzmanlık eğitiminiz de dahil) ne kadar süredir (kaç ay yada kaç yıldır) icra ediyorsunuz?

- (1) 6 aydan az (2) 6 ay – 1 yıl (3) 1-5 yıl arası
(4) 6-10 yıl arası (5) 11-15 yıl arası (6) 16 yıl ve üzeri

7. Şu an çalıştığınız kurumunuzda kaç ay/yıldır çalışmaktasınız?

- (1) 6 aydan az (2) 6 ay – 1 yıl (3) 1-5 yıl arası
(4) 6-10 yıl arası (5) 11-15 yıl arası (6) 16 yıl ve üzeri

8. Uzmanlık alanınız aşağıdakilerden hangisidir?

- (1) Dahili Bilimler (2) Cerrahi Bilimler (3) Diş Hekimi (4) İş Yeri Hekimi
(5) Pratisyen (6) Aile Hekimliği

9. Nöbet tutuyor musunuz?

- (1) Evet (2) Hayır

10. Ortalama Aylık Mesleki Geliriniz?

- (1) 5000 - 10.000 TL (2) 10.001 - 15.000 TL
(3) 15.001 - 20.000 TL (4) 20.001 TL ve üzeri

| Değerlendirme Ölçeği | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Lütfen maddelerin karşısında yer alan her seçenekten size göre en uygun olanını, altındaki kutucuğa (X) işareti koyarak belirtiniz. | | | | | | |
| 1: Hiçbir Zaman 2: Nadiren 3: Ara sıra 4: Sıklıkla 5: Her Zaman | | | | | | |
| No | SÖZEL ŞİDDET | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Hasta ve/veya yakınları tarafından dövüleceğime dair tehdit alıyorum. | | | | | |
| 2 | Hasta ve/veya yakınları tarafından hakarete uğruyorum. | | | | | |
| 3 | Hasta ve/veya yakınları tarafından iş yerimden uzaklaştırılacağıma dair tehditler alıyorum. | | | | | |
| 4 | Hasta ve/veya yakınları tarafından cinsel içerikli sözlü taciz ediliyorum. | | | | | |
| 5 | Hasta ve/veya yakınları tarafından alay ediliyorum. | | | | | |
| 6 | Hasta ve/veya yakınları tarafından küçümsendiğimi hissediyorum. | | | | | |
| 7 | Hasta ve/veya yakınları tarafından telefonla rahatsız ediliyorum. | | | | | |
| 8 | Hasta ve/veya yakınları tarafından ölümle tehdit ediliyorum. | | | | | |
| 9 | Hasta ve/veya yakınları tarafından çıkma teklifleri alıyorum. | | | | | |
| No | FİZİKSEL ŞİDDET | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Hasta ve/veya yakınları tarafından ağır fiziksel saldırıya (örneğin; yaralama, bıçaklama, silah doğrultma) uğruyorum. | | | | | |
| 11 | Hasta ve/veya yakınları tarafından hafif fiziksel saldırıya (örneğin; itekleme, tekme, tokat) uğruyorum. | | | | | |
| 12 | Hasta ve/veya yakınları tarafından hırsızlık olaylarına maruz kalabiliyorum. | | | | | |
| 13 | Hasta ve/veya yakınları tarafından hayatımı tehlikeye atabilecek olaylara maruz kalabiliyorum. | | | | | |
| 14 | Hasta ve/veya yakınları üzerime yürüyorlar. | | | | | |
| 15 | Hasta ve/veya yakınları tarafından istemediğim cinsel temasa maruz kalıyorum. | | | | | |
| No | PSİKOLOJİK ŞİDDET (Mobbing) ÖLÇEĞİ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | Hasta ve/veya yakınları tarafından eleştiriye maruz kalıyorum. | | | | | |
| 17 | Hasta ve/veya yakınları tarafından profesyonel bilgim sorgulanıyor. | | | | | |
| 18 | Hasta ve/veya yakınları tarafından makul olmayan taleplere maruz kalıyorum. (örn. gereksiz ilaç ve rapor isteme) | | | | | |
| 19 | Hasta ve/veya yakınları tarafından aşağılanıyorum. | | | | | |
| 20 | Hasta ve/veya yakınları tarafından saygısızlığa uğruyorum. | | | | | |
| 21 | Hasta ve/veya yakınlarıyla sorun yaşıyorum. (örn. tedavi yöntemine karşı çıkma gibi) | | | | | |

| Değerlendirme Ölçeği | | | | | | | |
|---|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Lütfen maddelerin karşısında yer alan her seçenektan size göre en uygun olanını, altındaki kutucuğa (X) işareti koyarak belirtiniz. | | | | | | | |
| 1: Hiç Katılmıyorum 2: Katılmıyorum 3: Pek Katılmıyorum | | | | | | | |
| 4: Biraz Katılıyorum 5: Katılıyorum 6: Tamamen Katılıyorum | | | | | | | |
| No | ÇATIŞMA YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22 | Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda onların isteklerini yerine getiririm. | | | | | | |
| 23 | Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda onlarla hemfikir olurum. | | | | | | |
| 24 | Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda onların taleplerine uymaya çalışırım. | | | | | | |
| 25 | Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda onların çıkarlarını korumaya çalışırım. | | | | | | |
| 26 | Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda orta yol bulmaya çalışırım. | | | | | | |
| 27 | Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda uzlaşmamız gerektiğini belirtirim. | | | | | | |
| 28 | Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda her iki tarafın da biraz taviz vermesi gerektiği konusunda ısrar ederim. | | | | | | |
| 29 | Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda mümkün olduğunca orta yolu bulmaya çalışırım. | | | | | | |
| 30 | Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda görüşümü benimsemeleri için onları zorlarım. | | | | | | |
| 31 | Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda önerdiğim görüşün kabul edilmesini beklerim. | | | | | | |
| 32 | Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda kendimi haklı çıkartmak için çabalarım. | | | | | | |
| 33 | Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda lafımı dinletmek için her şeyi yaparım. | | | | | | |
| 34 | Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda gerçekten doyurucu bir çözüm bulana kadar şikâyetlerini dinlerim. | | | | | | |
| 35 | Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda ortak çözüm bulmak için çaba sarf ederim. | | | | | | |
| 36 | Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda ortak çözümü bulmak için onlardan gelen fikirleri dinlerim. | | | | | | |
| 37 | Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda mümkün olduğunca onları da memnun edecek bir çözüm geliştirmeye çalışırım. | | | | | | |
| 38 | Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda mümkün olduğunca çatışmaktan kaçınırım. | | | | | | |
| 39 | Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda mümkün olduğunca görüş ayrılıklarından kaçınırım. | | | | | | |
| 40 | Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda anlaşmazlıkları görmemezlikten gelirim. | | | | | | |
| 41 | Hasta ve/veya yakınları ile olası bir anlaşmazlık durumunda onlarla karşı karşıya gelmekten kaçınırım. | | | | | | |
| | | | | | | | |

| No | ÖZ LİDERLİK ÖLÇEĞİ <i>Lütfen hasta ve/veya yakınları ile görüşmelerinizde aşağıdaki her bir ifade için karşısında yer alan seçeneklerden size göre en uygun olan seçeneği seçiniz.</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|----|--|---|---|---|---|---|---|
| 42 | Kendim için spesifik performans hedefleri belirlerim. | | | | | | |
| 43 | Kendi performansımı takip ederim. | | | | | | |
| 44 | Kendim için belirlediğim hedefleri gerçekleştirmeye odaklanırım. | | | | | | |
| 45 | Bir görevi yerine getirmeden önce nasıl başaracağımı kafamda kurgularım. | | | | | | |
| 46 | Bazen bir görevi yerine getirmeden önce zihnimde başardığımı hayal ederim. | | | | | | |
| 47 | Bir görevi başarıyla tamamladığımda, kendimi ufak şeylerle ödüllendiririm. | | | | | | |
| 48 | Bir sorunla karşılaştığımda düşüncelerimin ve varsayımlarımın doğruluğunu kendimce sorgularım. | | | | | | |
| 49 | Bir zorlukla karşılaştığımda, bu zorlukla ilgili düşünce ve varsayımlarımı tekrar gözden geçiririm. | | | | | | |
| No | İLETİŞİM BECERİLERİ ÖLÇEĞİ <i>Lütfen hasta ve/veya yakınları ile görüşmelerinizde aşağıdaki her bir ifade için karşısında yer alan seçeneklerden size göre en uygun olan seçeneği seçiniz.</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 50 | Hastalarım için tedavi seçeneklerini, onlar tarafından rahatlıkla anlaşılabilir bir şekilde açıklarım. | | | | | | |
| 51 | Hastalarımın tıbbi sorunları ile başa çıkmalarını kolaylaştıracak şekilde konuşarak, onların endişelerinden kurtulmalarına yardımcı olurum. | | | | | | |
| 52 | Hastalarımın önerilen testler, prosedürler ve tedavi seçeneklerinin (ilaçlar dahil) olası faydaları ve yan etkilerini açıklarım. | | | | | | |
| 53 | Hastalarımın tıbbi sorunlarının tedavileri ile ilgili seçenekler hakkında tavsiyelerde bulurum. | | | | | | |
| 54 | Hastalarımın tıbbi sorunları hakkında empati kurarım. | | | | | | |
| 55 | Hastalarım tarafından verilen sözlü ipuçlarını yakalarım. | | | | | | |
| 56 | Hastalarım tarafından verilen sözsüz ipuçlarını (beden dili, jest ve mimikler) yakalarım. | | | | | | |
| 57 | Oldukça zor olduğunu düşünmeme rağmen, tüm hastalarımın etkili iletişim kurmaya çalışırım. | | | | | | |
| 58 | Hastalarımı, tedavileriyle ilgili karar verme sürecine aktif olarak dahil ederim. | | | | | | |
| 59 | Hastalarımı alternatif veya tamamlayıcı tedaviler hakkında da bilgilendiririm. | | | | | | |
| 60 | Önerdiğim tedavi planını takip etmeleri için hastalarımı ikna etmeye çalışırım. | | | | | | |
| 61 | Hasta görüşmelerim sırasında ele alınan önemli konuları, görüşmenin son birkaç dakikasında özetlerim. | | | | | | |

ANKET BURADA SONA ERMİŞTİR.

EK 2 –ETİK İZİN FORMU



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: 61351342/ 2020-420

31/08/2020

Sayın Doç.Dr.Ayşe GÜNSEL
(Gamze KAĞAN)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 27/08/2020 Tarihinde Yapılan 10 No.lu Toplantısında "Sağlık Kurumlarında Şiddeti Engelleme Yönünde Çatışma Yönetimi Tarzları, Özlüderlik Davranışları ve İletişim Becerilerinin Önemi" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Cumhur TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Gamze KAĞAN

Unvanı: Öğretim Görevlisi

Uzmanlık Alanı:

| Derece | Alan | Üniversite | Yıl |
|-----------------|-----------------------------------|----------------------|-------------|
| Lisans | İşletme | Maltepe Üniversitesi | 2005-2009 |
| Lisans (Yandal) | Psikoloji | Maltepe Üniversitesi | 2007-2009 |
| Yüksek Lisans | Hastane İşletmeciliği | Üsküdar Üniversitesi | 2012-2014 |
| Önlisans | İş Sağlığı ve Güvenliği | Atatürk Üniversitesi | 2014 - 2019 |
| Doktora | İşletme – Yönetim ve Organizasyon | Kocaeli Üniversitesi | 2017- 2021 |

Yüksek Lisans Tez Başlığı ve Tez Danışmanı: İstanbul İli Anadolu Yakasında Merkezi Hastane Randevu Sisteminin Hasta Memnuniyeti Açısından Değerlendirilmesi, Prof. Dr. Mehmet ZELKA

Görevler:

| Görev Unvanı | Görev Yeri | Yıl |
|-------------------|----------------------|------|
| Öğretim Görevlisi | Üsküdar Üniversitesi | 2013 |
| | | |

İdari Görevler:

- Üsküdar Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Diyaliz Önlisans Programı Koordinatörlüğü, 2013-14.
- Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İş Sağlığı ve Güvenliği Yüksek Lisans Program Koordinatörlüğü, 2013-2014.
- Üsküdar Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Akademik Endeksleme ve Dspace Sorumlusu, Eylül 2014 - Halen.
- Üsküdar Üniversitesi, İş Sağlığı ve Güvenliği Ön lisans Program Başkanı, 2014 Eylül - Halen.
- Üsküdar Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO Eğitim Koordinatörü, Nisan 2015 – Şubat 2018.
- Üsküdar Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO Disiplin Soruşturması Komisyonu Üyesi, Nisan 2019 – Halen.

Bilimsel Kuruluşlara Üyelikler:

ARBİS, TÜBİTAK Araştırmacı Bilgi Sistemi
ULAKBİM, Ulusal Akademik Ağ ve Bilgi Merkezi
TÜİSAG, Türkiye İş Sağlığı ve Güvenliği Profesyonelleri Derneği
SAYED, Sağlık Yönetimi ve Eğitim Derneği
SAD, Sağlık Akademisyenleri Derneği

Son iki yılda verdiği lisans ve lisansüstü düzeydeki dersler:

| Akademik Yıl | Dönem | Dersin Adı | Haftalık Saati | | Öğrenci Sayısı |
|----------------------------|-------|---|----------------|----------|----------------|
| | | | Teorik | Uygulama | |
| 2020-21 | Güz | Sağlık Hizmetleri Yönetimi | 2 | 0 | 120 |
| | | Genel İşletme | 2 | 0 | 50 |
| | | İş Sağlığı ve Güvenliğine Giriş | 2 | 0 | 90 |
| | | İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamaları I | 2 | 8 | 100 |
| | | Meslek Etiği | 2 | 0 | 90 |
| | Bahar | Genel İşletme | 2 | 0 | 12 |
| | | İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamaları II | 2 | 8 | 98 |
| | | İş Sağlığı ve Güvenliği Mevzuatı | 3 | 0 | 90 |
| | | Yazışma Teknikleri | 2 | 0 | 120 |
| | | Meslek Etiği | 2 | 0 | 90 |
| 2019-20 | Güz | Sağlık Hizmetleri Yönetimi | 2 | 0 | 120 |
| | | Genel İşletme | 2 | 0 | 120 |
| | | İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri ve Organizasyonu | 2 | 0 | 120 |
| | | İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamaları I | 2 | 8 | 94 |
| | | Araştırma ve Rapor Yazma Teknikleri | 2 | 2 | 42 |
| | | Meslek Etiği | 2 | 0 | 185 |
| | Bahar | Meslek Etiği | 2 | 0 | 210 |
| | | İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamaları II | 2 | 8 | 96 |
| | | Genel İşletme | 2 | 0 | 28 |
| | | Yazışma Teknikleri | 2 | 0 | 125 |
| Sistem Analizi ve Tasarımı | 2 | 0 | 27 | | |

ESERLER

A. Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

- A1.**Çelik, Sezai, Mehmet Tolga Taner, **Gamze Kağan**, Masum Şimşek, Mehmet Kemal Kağan and İbrahim Öztekin (2016), *A Retrospective Study of Six Sigma Methodology to Reduce Inoperability among Lung Cancer Patients*, 5th International Conference on Leadership, Technology, Innovation and Business Management, Procedia - Social and Behavioral Sciences 229: 22-32.
- A2.**Şahbaz, İbrahim, Mehmet Tolga Taner & **Gamze Kağan**,(2016), *A Comparative Study between conventional LASIK and IntraLASIK Surgeries based on Sigma Quality Levels*, 5th International Conference on Leadership, Technology, Innovation and Business Management, Procedia - Social and Behavioral Sciences 229: 175-182.
- A3.**Taner, Mehmet Tolga, **Gamze Kağan**, Sezai Çelik, Engin Erbaş & Mehmet Kemal Kağan (2013). "Formation of Six Sigma Infrastructure for the Coronary Stenting Process", *International Review of Management and Marketing*, 3(4), 232-242.
- A4.**Taner, Mehmet Tolga, **Gamze Kağan**, İbrahim Şahbaz, Engin Erbaş & Sabahat Beyza Kağan (2014). "A Preliminary Study for Six Sigma Implementation in Laser in situ Keratomileusis (LASIK) Surgeries", *International Review of Management and Marketing*, 4(1), 24-33.
- A5.** Taner, Mehmet Tolga, İbrahim Şahbaz, **Gamze Kağan**, Kamal Atwat & Engin Erbaş (2014). "Development of Six Sigma Infrastructure for Strabismus Surgeries", *International Review of Management and Marketing*, 4(1), 49-58.
- A6.**Şahbaz, İbrahim, Mehmet Tolga Taner, Mustafa Eliaçık, **Gamze Kağan** & Engin Erbaş (2014). "Adoption of Six Sigma's DMAIC to Reduce Complications in IntraLase Surgeries", *International Journal of Statistics in Medical Research*, 3(2), 126-133.
- A7.**Şahbaz, İbrahim, Mehmet Tolga Taner, Mustafa Eliaçık, **Gamze Kağan**, Engin Erbaş & Hazar Enginyurt (2014). "Deployment of Six Sigma Methodology to Reduce Complications in Intravitreal Injections", *International Review of Management and Marketing*, 4(2), 160-166.
- A8.**Şahbaz, İbrahim, Mehmet Tolga Taner, Hüseyin Sanisoglu, Taner Kar, **Gamze Kağan**, Ebubekir Durmus, Meltem Tunca, Engin Erbaş, İlker Armağan & Mehmet Kemal Kağan (2014). "Deployment of Six Sigma Methodology to Pars Plana Vitrectomy", *International Journal of Statistics in Medical Research*, 3(2), 94-102.
- A9.**Şahbaz, İbrahim, Mehmet Tolga Taner, **Gamze Kağan**, Hüseyin Sanisoglu, Engin Erbaş, Ebubekir Durmus, Meltem Tunca & Hazar Enginyurt (2014). "Deployment of Six Sigma Methodology in Phacoemulsification Cataract Surgery", *International Review of Management and Marketing*, 4(2), 123-131.

- A10.**Şahbaz, İbrahim, Mehmet Tolga Taner, **Gamze Kağan**, Hüseyin Sanisoglu, Ebubekir Durmus, Meltem Tunca, Engin Erbaş, Sabahat Beyza Kağan, Mehmet Kemal Kağan & Hazar Enginyurt (2014), “Six Sigma Infrastructure for Cataract Surgery in Patients with Pseudoexfoliation Syndrome”, *Archives of Business Research*, 2(2), 15-23.
- A11.**Şahbaz, İbrahim, Mehmet Tolga Taner, Üzeyir Tolga Şahandar, **Gamze Kağan** & Engin Erbaş (2014), “Elimination of PostOperative Complicationsin Penetrating Keratoplasty by Deploying Six Sigma”, *American Journal of Operations Research*, 4(4), 189-196.
- A11.**Öztürker, Can, İbrahim Şahbaz, Zeynep Karaarası Öztürker, Mehmet Tolga Taner, Şükrü Bayraktar & **Gamze Kağan** (2014). “Development of a Six Sigma Infrastructure for Trabeculectomy Process”, *American Journal of Operations Research*, 4(4), 246-254.
- A12.**Atasoyu, Enes Murat, Mehmet Tolga Taner, Engin Erbaş, İbrahim Şahbaz, **Gamze Kağan**, Mehmet Kemal Kağan, Latif Enginyurt & Sadık Ozgur Baslangic (2014). “Diminishing Complications in Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Process via Six Sigma Methodology”, *International Journal of Human Resource Studies*, 5(1); 150-165.
- A13.**Yıldırım, Yıldırım, İbrahim Şahbaz, Taner Kar, **Gamze Kağan**, Mehmet Tolga Taner, İlker Armagan & Begüm Çakıcı (2015). “Evaluation of Interpupillary Distance in the Turkish Population”, *Clinical Ophthalmology*, 9: 1413-1416.
- A14.**Sahbaz, İbrahim, Mehmet Tolga Taner, **Gamze Kağan** & Engin Erbaş (2015). “A Comprehensive Evaluation of Eye Surgery Performance by Sigma Quality Level for Eye Care Hospitals in Turkey”, *American Journal of Operations Research*, 5: 1-10.
- A15.**Taner, Mehmet Tolga, Hakan Mihçı, Bülent Sezen & **Gamze Kağan** (2015). “A Comparative Study between Human Development Index and Work Accidents in Turkey and the EU Member Countries”, *Journal of Research in Business, Economics and Management (JRBEM)*, 4(1): 274-288.
- A16.**Ertaş, Abdulkadir, **Gamze Kağan**, Yavuz Akçi & Mehmet Zelka (2021). “Türk Toplumunun Covid-19’a İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları”. *Ekev Akademi Dergisi*, 25(86): 1-20. Doi: 10.17753/Ekev1851.

B. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında (proceedings) basılan bildiriler:

- B1.** Sahbaz, İbrahim, Mehmet Tolga Taner, **Gamze Kağan**, Hüseyin Sanisoglu, Ebubekir Durmus, Meltem Tunca, Engin Erbaş, Sabahat Beyza Kağan & Mehmet Kemal Kağan, “Psödoeksfolyasyonlu Hastaların Katarakt Ameliyatlarında Altı

Sigma Altyapısının Geliştirilmesi”, 8. Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi, Belek-Antalya, Nisan 2014.

- B2.** Sahbaz İbrahim, Mehmet Tolga Taner, Üzeyir Taner Şahandar, **Gamze Kağan**, Engin Erbaş & Mehmet Kemal Kağan “Penetran Keratoplasti Cerrahisinde Ameliyat Sonu Komplikasyonların Altı Sigma İle Eliminasyonu”, 8. Hastane ve Sağlık İdaresi Kongresi, Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, KKTC, Lefke, Girne, Eylül 2014.
- B3.** Taner, Mehmet Tolga, **Gamze Kağan**, Sezai Çelik, Engin Erbaş & Mehmet Kemal Kağan “Koronar Stent Yerleştirilmesi Süreci İçin Altı Sigma Altyapısının Oluşturulması”, 9. Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi, Belek-Antalya, Mayıs 2015.
- B4.** Çelik, Sezai, Mehmet Tolga Taner, **Gamze Kağan**, Masum Şimşek, Mehmet Kemal Kağan & İbrahim Öztekin “A Retrospective Study of Six Sigma Methodology to Reduce Inoperability among Lung Cancer Patients”, 5th International Conference on Leadership, Technology, Innovation and Business Management, Yıldız Technical University, Beşiktaş, İstanbul, 10-12 December 2015.
- B5.** Şahbaz, İbrahim, Mehmet Tolga Taner & **Gamze Kağan** “A Comparative Study between conventional LASIK and IntraLASIK Surgeries based on Sigma Quality Levels”, 5th International Conference on Leadership, Technology, Innovation and Business Management, Yıldız Technical University, Beşiktaş, İstanbul, 10-12 December 2015.
- B6.** Taner, Mehmet Tolga, Hakan Mıhçı, Bülent Sezen & **Gamze Kağan** “Avrupa Birliği’ne Üye Ülkelerdeki Ve Türkiye’deki İş Kazaları İle İnsani Gelişme Endeksleri Arasında Mukayeseli Bir Çalışma”, 8. Uluslararası İş Sağlığı ve Güvenliği Konferansı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB), Haliç Kültür ve Kongre Merkezi - İstanbul, 8-11 Mayıs 2016.
- B7.** **Kağan, Gamze** & Mehmet Zelka “Evaluation of Patient Satisfaction from Centralized Hospital Appointment System in The Anatolian Side of Istanbul Province” XII. European Conference on Social and Behavioral Sciences, Catania, Sicily, Italy – January 25-28, 2017.
- B8.** **Kağan Gamze**, Adem Bulcum & Mehmet Tolga Taner “İlköğretim Çağında İş Sağlığı ve Güvenliği Kültürünün Oluşturulması”, 9. Uluslararası İş Sağlığı ve Güvenliği Konferansı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB), Haliç Kültür ve Kongre Merkezi - İstanbul, 6-9 Mayıs 2018.
- B9.** Baysal, Canan, **Gamze Kağan**, İbrahim Yıkılmaz & Hülya Gündüz Çekmecelioğlu “The Assessment of the Relationship Between Emotional Labor and Counter-Productive Work Behavior”, 14th International Strategic Management Conference, 8th International Conference On Leadership, Technology, Innovation And Business Management, Prague-Czechia, July 12-14, 2018.

B10. Özkan, Sevil, **Gamze Kağan** & Mehmet Zelka “Ortadoğu Ülkeleri İle Sağlık Turizmi” 2.Uluslararası İslam Birliği Kongresi İslam Ekonomisi ve Ortak Ekonomik Sistemler, İstanbul-Turkey, 1-3 Kasım 2018.

B11. **Kağan, Gamze** & Ayşe Günsel “Sağlıkta Şiddet: Çatışma Yönetimi Tarzlarının Şiddeti Engelleme Yönünde Kullanımı”, Proceeding of 3 th International Congress on Tourism, Economic and Business Sciences, 9-21 June 2019, Sivas / Türkiye.

B12. **Kağan, Gamze** & Ayşe Günsel “Sağlık Sektöründe Hekimlerin Öz Liderlik Davranışı Geliştirmelerinin Önemi”, International Social Innovation Congress Proceedings Book, 16-17 October 2019, İstanbul / Türkiye.

B13. **Kağan, Gamze** & Ayşe Günsel “Sağlık Sektöründe Hekimlerin İletişim Becerilerini Geliştirmelerinin Önemi”, International Congress of Management, Economy and Policy 2019 Autumn Proceedings Book, 2-3 November 2019, İstanbul / Türkiye.

B14. Ertaş, Abdulkadir, **Gamze Kağan**, Yavuz Akçi & Mehmet Zelka “Türk Toplumunun COVID-19’a İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları”, Online International Conference of COVID-19 (CONCOVID), 12-13-14 Haziran 2020. <https://concovid.org/dosyalar/CONCOVID-Sosyal-Bilimler.pdf>

C. Yazılan ulusal/uluslararası kitaplar veya kitaplardaki bölümler:

C1. Yazılan ulusal/uluslararası kitaplar:

C2. Yazılan ulusal/uluslararası kitaplardaki bölümler:

D. Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

E. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler:

E1. **Kagan, Gamze**, Abdulkadir Ertaş & Mehmet Zelka “Türkiye’de Sağlık Kurumlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Politikaları”, 9. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Marmara Üniversitesi, Haydarpaşa-İstanbul, 8-9 Ekim 2015.

F. Sanat ve tasarım etkinlikleri:

G. Diğer yayınlar:

G1. Sarı, Emre, Gamze **Kağan**, Buse Şencan & Özgür Özdemir (2021). “Dataset on Social and Psychological Effects of COVID-19 Pandemic in Turkey” Scientific Data.