T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

RİZE MERKEZ'DE ÇALIŞMAKTA OLAN SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA PROFESYONEL YAŞAM KALİTESİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Dr. ALP GÜRAY

UZMANLIK TEZİ

TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

Rize-2024





T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ

EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

RİZE MERKEZ'DE ÇALIŞMAKTA OLAN SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA PROFESYONEL YAŞAM KALİTESİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Dr. Alp GÜRAY

UZMANLIK TEZİ

TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Prof.Dr.Leyla KARAOĞLU

Rize-2024

ETİK BEYAN

Uzmanlık Tezi olarak sunduğum “Rize Merkez’de Çalışmakta Olan Sağlık Çalışanlarında Profesyonel Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörler” başlıklı bu çalışmayı baştan sona kadar danışmanım Prof.Dr.Leyla Karaoğlu’nun sorumluluğunda tamamladığımı, verileri kendim topladığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim. 24/10/2024

Dr. Alp Güray

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam süresince her zaman her adımda büyük bir özveriyle destek olan, emeğini, zamanını esirgemeyen, bilgi ve birikimini paylaşan değerli hocam Prof. Dr. Leyla Karaoğlu'na en içten teşekkürlerimi sunarım.

Eğitimim süresince bilgi ve birikimini paylaşan, eğitimime katkıda bulunan, desteklerini esirgemeyen Anabilim Dalı öğretim üyemiz değerli hocam Doç. Dr. Tahsin Gökhan Telatar'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Eğitimim boyunca Anabilim Dalı'nda beraber çalıştığım araştırma görevlisi arkadaşlarıma tüm destekleri için teşekkür ederim.

Araştırmaya katılarak tezimi tamamlamamı sağlayan sağlık çalışanları ile araştırmanın yürütüldüğü kurum ve kuruluş yöneticilerine teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ii
TABLOLAR vii
ŞEKİLLER ix
KISALTMALAR x
TÜRKÇE ÖZET xii
ABSTRACT xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Sağlık sistemi ve sağlık çalışanları 3
2.1.1. Sağlık sistemi 3
2.1.2. Sağlık insan gücü 4
2.2. Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği 8
2.2.1. Dünyada sağlık çalışanlarının sağlığı tarihçesi 10
2.2.2. Sağlık çalışanlarının sağlığının Türkiye'deki gelişimi 11
2.3. Sağlık sektöründe tehlike ve riskler 14
2.3.1. Sağlık sektöründe sık karşılaşılan işyeri ortam faktörleri ya da tehlikeler 15
2.3.2. Sağlık çalışanlarında sık görülen sağlık sorunları ya da riskler 17
2.4. Olağandışı durumlar ve sağlık çalışanları 20
2.5. Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi 22
2.5.1. Merhamet Doyumu 25
2.5.2. Merhamet yorgunluğu 27
2.5.3. Tükenmişlik 29
2.5.4. İkincil Travmatik Stres 32
2.5.5. Moral distres 33
2.5.6. Sosyal destek 34

2.6. Sağlık çalışanlarının sağlığını koruma ve geliştirme 34
3.GEREÇ VE YÖNTEMLER 38
3.1. Araştırmanın tipi 38
3.2. Araştırmanın evreni 38
3.3.Araştırmanın örneklemi 38
3.4.Örnekleme yöntemi 39
3.5. Araştırmaya dahil edilme ve dışlama kriterleri 41
3.6. Araştırmanın değişkenleri 42
3.7. Gerekli İzinler 43
3.8. Verilerin toplanması ve veri toplama araçları 43
3.9. Verilerin analizi 46
3.10. Araştırmanın süresi 47
3.11. Araştırmanın bütçesi 47
3.12. Araştırmanın kısıtlılıkları 47
4. BULGULAR 49
4.1. Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular 49
4.2. Sağlık çalışanlarının çalışma yaşamına ve işyeri ortam faktörlerine ilişkin bulgular 52
4.2.1. Sağlık çalışanlarının çalışma yaşamına ilişkin bulgular 52
4.2.2. Sağlık çalışanlarının işyeri ortam faktörlerini değerlendirmelerine ilişkin bulgular 57
4.3. Sağlık çalışanlarının sağlık özellikleri ve COVID-19 deneyimlerine ilişkin bulgular 61
4.4. Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi alt alanları olan merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğuna ilişkin bulgular 63
4.4.1. Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu alt alanlarının birbirleriyle ilişkisi ve tanımlayıcı istatistikleri 63

4.4.2. Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunun kişisel özelliklere göre dağılımı 66
4.4.3. Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunun çalışma yaşamı ve işyeri ortam faktörlerine göre dağılımı 70
4.4.4. Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunun sağlık özelliklerine göre dağılımı 76
4.5. Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğuna etki eden faktörlerin çok yönlü analizi (lojistik regresyon analizi) 78
4.5.1. Merhamet doyumuna etki eden primer bağımsız değişkenler 79
4.5.2. Tükenmişliğe etki eden primer bağımsız değişkenler 80
4.5.3. Merhamet yorgunluğuna etki eden primer bağımsız değişkenler 81
5. TARTIŞMA 83
5.1. Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulguların tartışması 83
5.2. Sağlık çalışanlarının çalışma yaşamı ve işyeri ortam faktörlerine ilişkin bulguların tartışması 88
5.2.1.Çalışma yaşamına ilişkin bulguların tartışması 88
5.2.2. Sağlık çalışanlarının işyeri ortam faktörlerine ilişkin bulguların tartışması 89
5.3. Sağlık çalışanlarının sağlık özelliklerine ve COVID-19 deneyimlerine ilişkin bulguların tartışması 90
5.4. Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi alt alanları olan merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğuna ilişkin bulguların tartışması 91
5.4.1. Merhamet doyumuna ilişkin bulguların tartışması 92
5.4.2. Tükenmişliğe ilişkin bulguların tartışması 99
5.4.3. Merhamet yorgunluğuna ilişkin bulguların tartışması 105
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 112
KAYNAKLAR 119

EK-1 Etik Kurul İzni 143
EK-2 İl Sağlık Müdürlüğü onayı 144
EK-3 Anket Formu 145
ÖZGEÇMİŞ 154

TABLOLAR

Tablo 1: Türkiye'de yönetmelikle iş ve görev tanımı yapılan sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensupları 7
Tablo 2: Toplam çalışan sağlığı yaklaşımında önemli konular ve öncelikler 9
Tablo 3: Empatinin sonuçları olarak merhamet ve empatik stres 25
Tablo 4: Evren ve örneklemi oluşturan çalışanların tabakalara göre sayı ve yüzde dağılımı 40
Tablo 5: Örnekleme seçilen kümeler 41
Tablo 6: Merhamet doyumu alt alanı maddeleri 45
Tablo 7: Tükenmişlik alt alanı maddeleri 45
Tablo 8: Merhamet yorgunluğu alt alanı maddeleri 46
Tablo 9: Araştırmanın zaman çizelgesi 47
Tablo 10: Çalışanların sosyodemografik özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı 50
Tablo 11: Sağlık çalışanlarının aylık gelirle ilgili özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı 52
Tablo 12: Sağlık çalışanlarının çalışma yaşamıyla ilgili özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı 53
Tablo 13: Sağlık çalışanlarının aylık ortalama gelir düzeyinin kişisel özelliklere göre dağılımı 55
Tablo 14: Sağlık çalışanlarında iş stresine yol açan özelliklere ilişkin görüşlerin dağılımı 58
Tablo 15: Sağlık çalışanlarının işyerinde kişiler arası ilişkilerle ilgili görüşlerinin dağılımı 59
Tablo 16: Sağlık çalışanlarının işyeri ortam faktörlerine ilişkin görüşlerinin cinsiyete göre dağılımı 59
Tablo 17: Sağlık çalışanlarında iş stresine yol açan özelliklerin mesleklere göre dağılımı 60
Tablo 18: Sağlık çalışanlarının sağlık özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı 61
Tablo 19: Sağlık çalışanlarında mesleklere göre COVID-19 geçirme durumu 62
Tablo 20: Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalama puanlarının tanımlayıcı istatistikleri 63

Tablo 21: Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalamalarının kişisel özelliklere göre dağılımı 67
Tablo 22: Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalamalarının gelirle ilişkili özelliklere göre dağılımı 69
Tablo 23: Sağlık çalışanlarının merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalama puanlarının çalışma yaşamı özelliklerine göre dağılımı 71
Tablo 24: Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalamalarının iş stresine yol açan özelliklere göre dağılımı 73
Tablo 25: Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalamalarının işyerinde kişiler arası ilişkilerle ilgili özelliklere göre dağılımı..... 75
Tablo 26: Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalamalarının çalışanların sağlık özelliklerine göre dağılımı 77
Tablo 27: Merhamet doyumunun düşük olmasına etki eden primer bağımsız değişkenler (Backward stepwise lojistik regresyon analiz sonuçları)..... 80
Tablo 28: Yüksek düzeyde tükenmişliğe etki eden primer bağımsız değişkenler (Backward stepwise lojistik regresyon analiz sonuçları) 81
Tablo 29: Yüksek düzeyde merhamet yorgunluğuna etki eden primer bağımsız değişkenler (Backward stepwise lojistik regresyon analiz sonuçları)..... 82

ŞEKİLLER

Şekil 1: Sağlık sistemi ve sağlık insan gücü ilişkisi 3
Şekil 2: Stamm'in profesyonel yaşam kalitesi modeli 24
Şekil 3: Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre yaş dağılımı 51
Şekil 4: Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre gelirden memnuniyet düzeyleri ve ortalama gelirleri 56
Şekil 5: Sağlık çalışanlarında mali sorunlar yaşama düzeyinin mesleklere göre dağılımı 57
Şekil 6: Sağlık çalışanları tarafından bildirilen kronik sağlık sorunlarının dağılımı . 63
Şekil 7: Merhamet doyumu ve tükenmişlik ortalamaları arasındaki korelasyonu gösteren saçılım grafiği 64
Şekil 8: Merhamet doyumu ve merhamet yorgunluğu ortalamaları arasındaki korelasyonu gösteren saçılım grafiği 65
Şekil 9: Tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalamaları arasındaki korelasyonu gösteren saçılım grafiği 65
Şekil 10: Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalamalarının yaş gruplarına göre dağılımı 68
Şekil 11: Sağlık çalışanlarında merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunun düşük, orta ve yüksek olmak üzere yüzde dağılımları 79

KISALTMALAR

AMA: Amerikan Tabipler Birliği (American Medical Association)

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

AHA: Amerikan Hastaneler Birliği (American Hospital Association)

BMA: İngiliz Tabipler Birliği **(**British Medical Association)

ÇASGEM: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi

ÇEKÜS: Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi

ÇSGB: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

ÇYKÖ (ProQOL-IV): Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (Professional Quality of Life Scale- IV)

DSÖ (WHO): Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization**)**

DSM 5: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)

ICD-11: Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması-11 **(**International Classification of Disease-11)

ILO: Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Organisation)

IOHC: Uluslararası Mesleki Sağlık Komisyonu (International Occupational Health Commission)

ISCO: Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması (International Standard Classification of Occupations)

KETEM: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

NIOSH: ABD Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (National Institute for Occupational Safety and Health)

OECD: İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı (Organisation for Economic Co-Operation and Development)

OSHA: Mesleki Güvenlik ve Sağlık İdaresi (Occupational Safety and Health Administration)

SARS: Ciddi Akut Solunum Yolu Sendromu (Severe Acute Respiratory Syndrome)

SASAM: Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SAGEM: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

TTB: Türk Tabipleri Birliği

TDK: Türk Dil Kurumu

TÜSEB: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

USAID: Amerika Birleşik Devletleri Uluslararası Kalkınma Ajansı (United States Agency for International Development)

VSD: Verem Savaş Dispanseri

TÜRKÇE ÖZET

Giriş: Mesleklerinin yardımcı olma özelliği sağlık çalışanlarına merhamet doyumu sağlarken yardım ettikleri kişilerin yaşadıkları acılar ve travmatik deneyimler sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu riski yaratmakta, hem profesyonel yaşam kalitelerini hem de sundukları sağlık hizmetinin kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı Rize İl Merkezi'nde görev yapmakta olan sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi kapsamında merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu düzeylerini ve ilişkili faktörleri saptamaktır.

Gereç ve yöntem: Kesitsel analitik tipteki bu araştırma, Rize İl Merkezi'nde her üç basamakta aktif sağlık hizmeti sunmakta olan hekim, hemşire ve ebelerden oluşan bir evrenden çok aşamalı nüfusa orantılı olasılıklı küme örnekleme yöntemiyle seçilen 428 sağlık çalışanını kapsamaktadır. Veriler Mart-Temmuz 2023 tarihlerinde çalışanlara işyerlerinde gözlem altında anket uygulanarak toplanmıştır. Anket formunda çalışanların sosyodemografik özelliklerine, çalışma yaşamına, COVID-19 deneyimlerine ve işyeri ortam faktörleriyle ilgili görüşlerine ilişkin sorular ile Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇYKÖ) yer almıştır. ÇYKÖ, merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu olmak üzere üç alt alandan oluşmaktadır. Her alt alanın puan aralığı 0-50 arasında değişmektedir. Her bir alt alanın puanları kendi içinde düşük, orta, yüksek olarak üç grupta sınıflanmıştır. Sınıflandırmada 33 puan altı düşük merhamet doyumunu, 27 puan ve üzeri yüksek düzeyde tükenmişliği, 17 puan üzeri yüksek düzeyde merhamet yorgunluğunu göstermektedir. Veri girişi ve analizi PASW18 programı ile yapılmıştır. Analizlerde t testi, ANOVA, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, Ki-kare ve backward stepwise lojistik regresyon testi kullanılmıştır. Araştırma için Rize İl Sağlık Müdürlüğü ve hastane başhekimliklerinden resmi izin, Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %36.2'si hekim, %52.3'ü hemşire/ebe, %11.4'ü diğer sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Yaş ortalaması 32.4±0.4 yıl, kadın erkek cinsiyet dağılımı sırasıyla %73.1 ve %26.9'dur. Merhamet doyumu, tükenmişlik, merhamet yorgunluğu ortalama puanları sırasıyla 30.4±0.4, 23.1±0.3, 14.7±0.4 olarak bulunmuştur. Çalışanların %58.6'sında düşük düzeyde merhamet doyumu,

%24.1'inde yüksek düzeyde tükenmişlik, %36.2'sinde yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu saptanmıştır. Tek yönlü analizlerde sosyodemografik özelliklerin, meslek ve gelir düzeyinin, çalışma koşullarının, işyeri ortam faktörlerine ilişkin görüşlerin, COVID-19 deneyimlerinin ve algılanan sağlık düzeyinin ÇYKÖ alt alanları ile ilişkili olduğu görülmüştür. Merhamet doyumunun düşük olmasının prediktörleri; kamuda çalışma (OR=6.7), gelirinden memnun olmama (OR=3.7), işyerini güvensiz bulma (OR=3.6), riskler hakkında zamanında bilgilendirilmeme (OR=2.1), çocuk sayısı (OR=2.0), erkek olma (OR=1.8), işyerindeki fiziksel koşulları yetersiz bulma (OR=1.8) ve çalışma arkadaşlarına güvenmemedir (OR=1.7). Yüksek düzeyde tükenmişlik yaşamanın prediktörleri: Sağlık düzeyini kötü olarak algılama (OR=4.3), 25-44 yaş arasında olma (OR=3.6), 37500-49999TL arasında gelire sahip olma (OR=3.2), engellenme/baskı görme (OR=2.1), riskler hakkında zamanında bilgilendirilmeme (OR=2.0) ve profesyonel becerilerini geliştirme imkanına sahip olmamadır (OR=1.8). Yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu prediktörleri: Sağlık düzeyinin kötü olması (OR=2.7), aynı anda dört görevi yerine getirme (OR=3.0), hekim, hemşire/ebe olma (OR=2.9), 25-44 yaş arasında olma (OR=2.1), riskler hakkında bilgilendirmediğini düşünme (OR=2.0), mali sorunlar yaşama (OR=1.6) ve kadın olmadır (OR=1.8).

Sonuç: Rize Merkez'de çalışmakta olan sağlık personelinin yarıdan çoğunun merhamet doyumunun düşük olduğu ya da mesleklerinin yardım edici özelliğinden yeterli doyumu alamadıkları, önemli bir kısmının istirahat izni ya da tıbbi danışmanlık gerektirecek düzeyde tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu yaşadığı tespit edilmiştir. Bu durumun sosyodemografik özellikler ile birlikte ağırlıklı olarak çalışma koşulları, ücretler ve işyeri ortam faktörleriyle ilişkili olduğu görülmüş, sağlık çalışanları için her basamakta çalışan sağlığı ve güvenliği programlarının başlatılması önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Tükenmişlik, ikincil travma, merhamet doyumu, yorgunluk

ABSTRACT

Introduction: While the intrinsic helping nature of health professions provides a sense of fulfilment to healthcare professionals, the distressing experiences of those they help can lead to burnout and compassion fatigue, which negatively impact both the professional quality of life and the quality of the healthcare service provided.

Objectives: The objective of this study is to define the levels of compassion satisfaction, burnout and compassion fatigue, and associated factors, within the context of the professional quality of life of healthcare professionals working in Rize City Centre.

Materials and methods: This cross-sectional analytical study encompasses 428 employees, selected through a multi-stage probability proportional to size cluster sampling method, from a population comprising physicians, nurses, midwives, and other healthcare personnel who provide active health services at all three levels of healthcare in Rize City Centre. The data was collected via a survey administered to the employees under observation at their respective workplaces between March and July 2023. The survey form included questions about employees' sociodemographics, working life, COVID-19 experiences and opinions on workplace environment factors, as well as the Professional Quality of Life Scale (ProQQL). The ProQOL Scale is comprised of three components: compassion satisfaction, burnout and compassion fatigue. The range of scores for each sub-scale is 0 to 50. The scores for each component are categorised into three groups: low, medium and high. A score below 33 points on the compassion satisfaction scale indicates a low level of satisfaction. A score above 27 points on the burnout scale indicates a high level, while a score above 17 points on the compassion fatigue scale indicates a high level. The data was entered and analysed using the PASW 18 program. Student t test, ANOVA, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, Chi-square and backward stepwise logistic regression test were used in the analyses. Official permission for the research was obtained from Rize Provincial Health Directorate and hospital chief physicians, and ethical approval was received from the Faculty of Medicine Non-Interventional Research Ethics Committee.

Results: Of the participants, 36.2% are physicians, 52.3% are nurses/midwives, 11.4% are other healthcare professionals. The average age is 32.4±0.4 years, the male and female gender distribution is 73.1% and 26.9%, respectively. The average scores of

compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue were found to be 30.4±0.4, 23.1±0.3, 14.7±0.4, in order. A low level of compassion satisfaction was found in 58.6%, a high level of burnout was found in 24.1%, and a high level of compassion fatigue was found in 36.2% of the employees. In one-way analyses, it was seen that sociodemographic characteristics, occupation and income level, working conditions, opinions on workplace environment factors, COVID-19 experiences and perceived health level were related to the ProQOL subdomains. Predictors of low compassion satisfaction are working in the public sector (OR=6.7), income dissatisfaction (OR=3.7), workplace safety concerns (OR=3.6), delayed risk information (OR=2.1), number of children (OR=2.0), male gender (OR=1.8), the view that the physical conditions in the workplace are inadequate (OR=1.8), and a lack of trust in colleagues (OR=1.7). Predictors of high burnout levels are perceiving the health level as poor (OR=4.3), being between the ages of 25-44 (OR=3.6), having an income between 37500-49999TL (OR=3.2), frustration and pressure at work (OR=2.1), delayed risk information (OR = 2.0) and lack of opportunity to enhance professional competencies (OR = 1.8). Predictors of high levels of compassion fatigue are perceiving the health level as poor (OR=2.7), to perform four tasks simultaneously (OR=3.0), being a physician or nurse/midwife (OR=2.9), being between the ages of 25-44 (OR=2.1). , delayed risk information (OR = 2.0), having financial problems (OR = 1.6) and female gender (OR = 1.8).

Conclusion: It was determined that more than half of the healthcare professionals working in Rize Center had a low level of compassion satisfaction or they do not have enough satisfaction with the helping nature of the profession. A significant portion of participants experienced burnout and compassion fatigue at a level that required rest leave or medical advice. It has been observed that this situation is mainly related to working conditions, wages and workplace environment factors along with sociodemographic characteristics, and it has been recommended that employee health and safety programs be initiated at every stage for healthcare professionals.

Key words: Burnout, secondary trauma, compassion satisfaction, fatigue

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Amacı sağlığı korumak, bozulan sağlığı iyileştirmek ve toplumun iyilik halini sürdürmek olan sağlık sisteminin en önemli kaynağı sağlık insan gücüdür. Sağlık insan gücü kamu ve özel sektörde, her çeşit sağlık hizmetini üreten ve sunan, sağlık hizmetiyle doğrudan ya da dolaylı olarak ilişkili olan farklı meslek gruplarından oluşmaktadır (1,2).

Sağlık insan gücünün yaşam kalitesi, sağlığı, güvenliği ve memnuniyeti sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini doğrudan etkiler (3–6). Sağlık çalışanlarının çalışan nüfus içindeki payının yüksek olması ve sağlık sektörünün en tehlikeli sektörlerden biri olması nedeniyle sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği konusu önemlidir (7–9). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık çalışanlarının sağlık ve refahının arttırılmasının hem meslek hastalığı ile ilgili maliyetleri hem de hasta güvenliği ve bakım kalitesini arttıracağını belirtmektedir. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi sağlamak için çalışan ve hasta güvenliği birlikte ele alınmalıdır (10). İşyerindeki tehlikelere bağlı olarak sağlık çalışanlarında görülen meslek hastalıklarının sağlık harcamalarının yaklaşık %2'sinden, hasta güvenliği ile ilgili harcamaların yaklaşık %12'sinden sorumlu olduğu saptanmıştır (3). Buna rağmen DSÖ'ye üye ülkelerin yalnızca %13'ünde sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili politika veya ulusal programlar mevcuttur (3). Türkiye'de 2012 tarihli İş Sağlığı Güvenliği Kanunu ile sağlık çalışanları için işyerinde çalışan güvenliği birimleri kurulması sağlanmıştır (11,12).

Sağlık hizmetlerinin uğraşı insan olduğundan, sağlık hizmet sektörü iletişim becerisi, empati, fedakarlık, şefkat ya da merhamet gerektiren bir çalışma alanıdır. Sağlık mesleklerinin yardım edici özelliğini toplum takdir etmekte, ihtiyaçlarının karşılanmasından dolayı memnun olmakta ve sağlık çalışanlarına değer vermektedir. Yardım etme, sağlık çalışanlarını mutlu etmekte, merhamet doyumu ve iş doyumu sağlamaktadır. Ancak sağlık sektörü yoğun mesai ve nöbet usulü çalışma gerektiren dolayısıyla iş yükü yüksek bir sektördür. Sağlık çalışanları hizmet sunarken biyolojik, fiziksel, kimyasal, ergonomik ve psikososyal risklerle karşılaşmaktadırlar. Deprem, salgın, savaş gibi olağandışı durumlarda sağlık hizmeti sunma, sağlık çalışanlarında

tükenmişlik, yorgunluk, post travmatik stres bozukluğu, ikincil travmatik stres gibi sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. ICD-11'de tükenmişlik kronik işyeri stresi sonucu ortaya çıkan mesleki bir sendrom olarak, fatigue ya da yorgunluk uzun süreli fiziksel ve zihinsel uğraş sonucu ortaya çıkabilecek bir durum olarak yer almaktadır (13).

Figley tarafından mesleği gereği acı deneyimleyen insanlara hizmet veren sağlık çalışanı, öğretmen, itfaiye personeli, polis, kurtarma görevlisi gibi profesyonellerde empatik stres gözlenmiş ve bu durum merhamet yorgunluğu olarak tanımlanmıştır (14,15). Konuyla ilgili çalışmaları sürdüren Stamm, tükenmişlik ve ikincil travmatik stresin bir arada bulunmasının merhamet yorgunluğuna neden olduğunu, bu durumun örgütsel ve sosyal destekle önlenebileceğini savunmuştur. Tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunun yardım etme görevi olan her çalışanda görülmemesinin nedeni Stamm tarafından merhamet doyumunun koruyucu etkisiyle açıklanmıştır (16). Stamm, profesyonel yaşam kalitesini kişinin mesleğine ilişkin hissettiği kalite olarak tanımlamış ve merhamet doyumu, merhamet yorgunluğu ile algılanan sosyal destekten oluşan bir profesyonel yaşam kalitesi modeli geliştirmiştir.

COVID-19 pandemisi, tüm dünyada sağlık çalışanlarının iş yaşamı kalitesinin yetersiz olduğunu göstermiş ve sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği yeniden önem kazanmıştır. Pandemi sürecinde çok sayıda sağlık çalışanının hayatını kaybetmesinin yanı sıra hastalığı geçirme, tükenmişlik ya da yorgunluk sonucu işe devamsızlık sağlık insan gücü açığı yaratmış, pandemi boyunca tedavi edici ve koruyucu hizmetler yetersiz kalmıştır. DSÖ, çalışma ortamı tehlike oluşturduğunda sağlık çalışanlarının kendilerini bu tehlikeden uzak tutma, sağlıklarını koruma hakkı olduğunu belirtmekte, sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği durum saptama araştırmaları yapılması ve sağlık çalışanlarının çalışma yaşamını iyileştirici programların geliştirilmesi önerilmektedir (3,17).

Daha önce konuyla ilgili Rize'de yapılmış bir araştırma olmadığından bu araştırma, Rize İl Merkezi'nde görev yapmakta olan sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi kapsamında merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu düzeylerini ve ilişkili faktörleri saptamak amacıyla yapılmıştır.

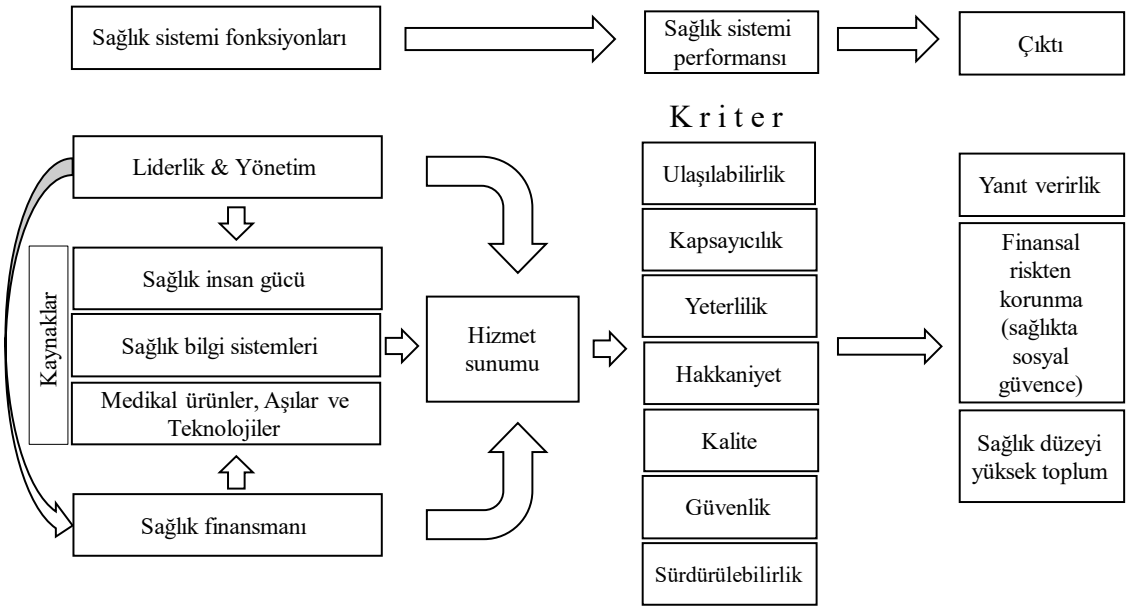
2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık sistemi ve sağlık çalışanları

2.1.1. Sağlık sistemi

DSÖ, sağlık sistemini "temel amacı sağlığı geliştirmek, bozulan sağlığı iyileştirmek ve sağlıklı olma halini sürdürmek olan ve bu amaç için çalışan tüm örgütleri ya da kişileri, faaliyetleri ve stratejileri kapsayan yapı" olarak tanımlamıştır (4,6).

DSÖ, sağlık hizmeti veren tüm kurum ve kuruluşlarla beraber toplumdaki her bir bireyin sistemin sürdürülebilmesi için rolü olduğunu vurgulamıştır. Sağlık hizmet sunucusu, sağlık yöneticisi dahil olmak üzere toplumdaki her birey hem sağlık hizmetini kullanmakta hem de finansal destek sağlamaktadır.



Şekil 1: Sağlık sistemi ve sağlık insan gücü ilişkisi

Şekil 1'deki (4,6,18) şemada görüldüğü gibi sağlık sisteminin başlıca üç temel çıktısı ya da amacı vardır. Bunlar; öncelikle toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi, toplumdaki bireylerin sağlık hizmeti kullanımından kaynaklanan maliyetlere karşı finansal olarak korunması ve yanıt verirlik olarak da tanımlanan hizmeti kullananların beklentilerinin karşılanması, memnuniyetlerinin sağlanmasıdır (4,6,18).

Sağlık sisteminin temel fonksiyonları liderlik/yönetim, kaynak geliştirme, hizmet sunumu ve finansmandır. Sağlık sisteminin kaynakları, sağlık hizmetinin sunumu için gerekli medikal ürünler, aşılar, teknolojiler gibi tıbbi cihaz ve fizik altyapı, sağlık bilgi sistemleri ve sağlık insan gücüdür. Sağlık sistemin başarılı bir şekilde performans göstermesi için gerekli kriterler; ulaşılabilirlik, kapsayıcılık, yeterlilik, hakkaniyetli ve kaliteli hizmet sunumu, çalışan ile hizmeti alan için güvenli hizmet ve çalışma ortamı ve sistemin sürdürülebilir olmasıdır. Temel görevi sağlık hizmet sunumu olan sağlık insan gücü, sağlık sisteminin en önemli kaynağı ve elemanıdır. Sağlık çalışanları sağlık sisteminin omurgasını oluşturmaktadır.

Sağlık sistemi emek yoğun bir sistemdir, farklı bilgi, becerilere, yeterli donanım ve deneyime sahip çalışanlara ihtiyaç duyar (19). Sağlık sisteminin iyi işleyebilmesi ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi için sağlık insan gücünün bilgi, beceri ve motivasyonu hayati önemdedir (10). Sağlık insan gücü yalnızca tıbbi hizmet sunması yönünden değil, sistemde yönetici, planlayıcı ve lider olarak görev alması açısından da önemlidir. Sağlık çalışanları, çalışan nüfus içinde sayısal olarak önemli paya sahiptir. Sağlık için ayrılan ulusal bütçenin büyük kısmı sağlık çalışanlarının aylık ücretleri için tahsis edilmektedir. Tüm yönleriyle ele alındığında sağlık çalışanlarının çalışma yaşamı kalitesi, sağlığı ve güvenliği sistemin sürdürülebilmesi için gerekli bir konu olarak öne çıkmaktadır.

Sağlık sisteminin sürdürülebilirliği kriz dönemleri için de geçerlidir. COVID-19 pandemisi sağlık insan gücünün önemini bir kez daha ortaya koymuştur. Sağlık çalışanlarının morbidite ve mortalitesi artmış, bir kısmı emekli olmuş, iş bırakmış, meslek değiştirmiş ve bazı ülkelerde sağlık sistemleri çökmüştür (20–22). Bugün, bütün ülkeler, değişen derecelerde, işgücünün eğitimi, istihdamı, uygun dağılımı, verimliliği, mesleğe devamın sağlanması, beyin göçünün önlenmesi gibi sorunlarla karşı karşıyadır (23).

2.1.2. Sağlık insan gücü

Sağlık insan gücü ya da sağlık sistemindeki kullanımıyla sağlık insan kaynakları tanımından sadece kamu sektöründe ve özel sektörde her çeşit sağlık hizmetini üreten çalışanlar değil aynı zamanda sağlığı geliştirme faaliyetlerinde görev alan tüm çalışanlar anlaşılmaktadır (1,3,24).

Dünyada 2020 verilerine göre yaklaşık 29.1 milyon hemşire, 12.7 milyon hekim, 3.7 milyon eczacı, 2.5 milyon diş hekimi, 2.2 milyon ebe ve 14.9 milyon diğer sağlık çalışanları olmak üzere toplam 65.1 milyon sağlık çalışanı mevcuttur (25).

ILO tarafından hazırlanan Uluslararası Standart Meslek Sınıflamasında (ISCO-08) mesleki eğitim düzeylerine ve görevlerine göre sağlık insan gücü sağlık meslekleri ve sağlıkla ilişkili meslekler şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Her iki gruptaki meslekler aşağıda özet olarak sunulmuştur (2,26):

1. Sağlık meslekleri :

- Hekimler
    - Pratisyen hekimler
    - Uzman hekimler
- Hemşire ve ebeler
    - Hemşireler
    - Ebeler
- Geleneksel ve tamamlayıcı tıp çalışanları
- Paramedik çalışanları
- Diğer sağlık çalışanları
    - Diş hekimleri
    - Eczacılar
    - Çevre, iş sağlığı ve hijyen uzmanları
    - Fizyoterapistler
    - Diyetisyenler ve beslenme uzmanları
    - Odyologlar ve konuşma terapistleri
    - Optometristler ve optalmik optisyenler
    - Diğer sınıflandırılmamış sağlık meslekleri

2. Sağlıkla ilişkili meslekler:

- Tıp ve eczacılık teknisyenleri
    - Tıbbi görüntüleme ve tedavi edici cihaz teknisyenleri
    - Tıbbi laboratuvar ve patoloji laboratuvarı teknisyenleri
    - Eczacı teknisyenleri ve yardımcıları

    - Diş protez teknisyenleri
- Hemşirelik ve ebelik ile ilişkili yardımcı meslekler
    - Hemşire yardımcısı ve yardımcı ebe
- Geleneksel ve tamamlayıcı tıpla ilgili yardımcı meslekler
- Sağlıkla ilgili diğer meslekler
    - Diş terapistleri
    - Tıbbi sekreterler
    - Sağlık eğitimcisi
    - Fenni gözlükçü
    - Ameliyathane teknikeri
    - Çevre sağlık teknisyeni
    - Ambulans çalışanları (Acil tıp teknisyeni, paramedik)
    - Anestezi teknisyeni
    - Medikal asistanlar
    - Fizyoterapi teknisyenleri

Türkiye'de 22.05.2014 tarihinde yayınlanan "Sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensuplarının iş ve görev tanımlarına dair yönetmelik" ile sağlık meslekleri iki gruba ayrılmış ve toplam olarak otuz yedi sağlık meslek grubunun iş ve görev tanımları yapılmıştır. İlgili yönetmelikte görev tanımı yapılan sağlık meslekleri Tablo 1'de listelenmiştir (27).

Tablo 1: Türkiye'de yönetmelikle iş ve görev tanımı yapılan sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensupları

1. Sağlık meslek mensupları	2. Sağlık hizmetlerinde görev yapan diğer meslek mensupları
Tabip ve uzman tabip	Psikolog
Diş tabibi ve uzman diş tabibi	Biyolog
Eczacı	Çocuk gelişimcisi
Ebe	Sosyal çalışmacı/sosyal hizmet uzmanı
Hemşire	Sağlık eğitimcisi/tıbbi teknolog
Klinik psikolog	Sağlık idarecisi
Fizyoterapist	Çevre sağlığı teknisyeni/teknikeri
Fizyoterapi teknikeri	Yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri
Odyolog	Tıbbi sekreter
Odyometri teknikeri	Biyomedikal cihaz teknikeri
Diyetisyen	Biyomedikal mühendisi
Dil ve konuşma terapisti	Gerontolog
Podolog	
Sağlık fizikçisi	
Radyoterapi teknikeri	
Anestezi teknisyeni/teknikeri	
Tıbbi laboratuvar teknisyeni	
Tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikeri	
Tıbbi görüntüleme teknisyeni/teknikeri	
Ağız ve diş sağlığı teknikeri	
Diş protez teknikeri	
Tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikeri	
Ameliyathane teknikeri	
Adli tıp teknikeri	
Diyaliz teknikeri	
Perfüzyonist	
Eczane teknikeri	
İş ve uğraşı terapisti (Ergoterapist)	
İş ve uğraşı teknikeri (Ergoterapi teknikeri)	
Elektronörofizyoloji teknikeri	
Mamografi teknikeri	
Optisyen	
Acil tıp teknikeri	
Acil tıp teknisyeni	
Hemşire yardımcısı	
Ebe yardımcısı	
Sağlık bakım teknisyeni	

2.2. Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği

Binlerce yıllık çalışma hayatının içinde tüm sektörlerdeki çalışanlar için kaza ve hastalıklardan koruma, çalışma saatlerinin düzenlenmesi, sendikal haklar ve diğer sosyal güvenceler ile ilgili mevzuat oluşturulması şeklindeki iş sağlığı ve güvenliği çalışmaları son iki yüzyıl içinde gerçekleşmiştir. ILO'nun 1919 yılında çalışma saatlerini sekiz saate indirmesi çalışma dünyasında önemli bir inovasyon olarak değerlendirilmektedir (28).

DSÖ ve ILO'nun 1950 yılında birlikte yaptıkları tanıma göre iş sağlığı: Tüm mesleklerde çalışanların fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hallerinin en üst düzeyde koruma ve geliştirilmesini; işçilerin çalışma koşullarından ötürü sağlıklarını kaybetmelerinin önlenmesini; işçilerin çalışma ortamındaki sağlığa zararlı faktörlerden kaynaklanan risklerden korunmasını; işçinin fizyolojik ve psikolojik kapasitesine uygun bir işe yerleştirilmesi ve işçinin fizyolojik ve psikolojik durumuna uygun iş ortamında çalışmasının sürekliliğinin sağlanması"dır (8,29). ILO ve WHO birlikte 1995 yılında bu tanımı "işin kişiye uygun hale getirilmesi ve her bir kişinin işe uyumunun sağlanması" şeklinde özetlemiştir (30).

İş sağlığı ve güvenliği iş ve işyeri ortamındaki tehlikelerden korumayla ilgilenirken çalışan sağlığı ve güvenliği yalnızca işyerinden ve işle ilgili değil çalışanların sağlık ve güvenliğini işyeri dışından etkileyebilecek faktörlerden korumayı da ifade eden daha geniş kapsamlı bir kavramdır. Çalışan sağlığı ve güvenliği, çalışana bağımsız çalışma ortamı yaratmak, yönetsel güç kazandırmak, kişiler arası ilişkilerini geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek, kendini tanımasına ve gerçekleştirmesine yardımcı olmak gibi çalışanı motive eden özellikleri içermektedir (31). Çalışan sağlığı yalnızca hizmet üretimi ya da ekonomik kazancın ötesinde çalışanların istek, özlem, duygu, düşünce ve önerilerini işin yürütülmesi aşamasında değerlendirerek, çalışanların sosyal hayata katılımını arttıran daha insancıl özellikleri olan bir kavramdır.

Son zamanlarda iş sağlığı ve güvenliği kavramı işyerinde sağlık ve esenlik, güvenlik kültürünün oluşturulması ve çevreye saygı şeklinde genişlemiştir. İşyerinde sağlık ve esenliğin üç belirleyicisi; sağlık insan gücünün özellikleri, işyeri koşulları ve tüm toplum olarak tanımlanmıştır (32). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2011 yılında benimsenen toplam çalışan sağlığı yaklaşımı işyerinde esenlik yaklaşımına bir örnek

olarak gösterilebilir. (33). Toplam çalışan sağlığı, sağlık çalışanları dahil tüm çalışanların ve işverenlerin refahını arttırmak için işyeri kaynaklı sağlık ve güvenlik tehlikelerinden korumayı, kaza, yaralanma ve hastalıkları önlemeyi amaçlayan politika, program ve uygulamalar şeklinde entegre bir yaklaşımdır. Hem kamu hem özel kuruluşlar için geçerlidir. Bu yaklaşımda paydaşlar arasında çalışan ve işverenlerin yanı sıra ana işverenin taşeronları ve yüklenicileri, yapılan işten ortak yararı olan herkes yer almaktadır. Toplam çalışan sağlığı yaklaşımının öncelikleri ve önemli konuları Tablo 2'de sunulmuştur (32,34).

Tablo 2: Toplam çalışan sağlığı yaklaşımında önemli konular ve öncelikler

Önemli konular	Öncelikler
• Uygun işe yerleştirme • İşte çalışmanın sürekliliğinin sağlanması • Çalışan memnuniyeti • Toplum katılımı ve saygınlık • Sürdürülebilir iş gücü kültürü	• Tehlike ve maruziyetlerin önlenmesi ve kontrolü • Çevre ve toplum desteğinin sağlanması • Sosyal güvenlik hakları, sigorta ve tazminatlar • Sağlıklı politikalar ve liderlik • Uygun teknoloji • İş organizasyonu, iş düzeni • İş gücünün demografik yapısı

Toplam çalışan sağlığı yaklaşımı, çalışanların sağlıklı beslenme, fizik aktivite, sigara ve diğer zararlı alışkanlıkları bırakması, sağlıklı davranışa engel teşkil eden çalışma koşullarının ortadan kaldırılması gibi kanıta dayalı sağlığı geliştirici müdaheleleri de kapsamaktadır. Çalışanlara sağlıklı davranışlar kazandırmak ve kronik hastalık risk faktörlerini azaltmak amaçlar arasındadır (35).

ABD'deki toplam çalışan sağlığı yaklaşımının arka planı iş sağlığı ve güvenliği tarihçesine dayanmaktadır. İş sağlığı güvenliği hizmetlerinin tarihsel gelişiminden bahsederken ürün kalitesi ve ticari rekabet de göz önüne alınmalıdır. Ortaçağda zanaatkarların ürettiği ticari ürünün kalitesinin kontrolü ustalar ya da loncalarca yapılırken sanayi devriminde fabrikaların kurulmasıyla uzmanlaşmış müfettişlerce yapılmaya başlanmıştır. Yirminci yüzyılın başlarında ticari ürünün üretim süreçlerinin yönetimi ve kalitesi gündeme gelmiş, ürünü üretenlerin ya da işçilerin eğitimi ile ürünün üretildiği işyeri ortamının güvenliği ürün kalitesi yönünden önem kazanmıştır. İkinci dünya savaşından sonra artan uluslararası ticari rekabet fiyat, kazanç ve kalite

çalışmalarını olgunlaştırarak kalite süreçleri sağlık, eğitim ve yönetim gibi hizmet sektörünü de içerecek şekilde genişlemiştir (36).

2.2.1. Dünyada sağlık çalışanlarının sağlığı tarihçesi

Sağlık çalışanları için iş sağlığı ve güvenliği çalışmaları diğer sektörlere kıyasla gecikmiş, bu alandaki faaliyetler son elli yıl içinde başlamıştır (9). Halen DSÖ'ye üye 195 devlet içinden sadece yirmi altısında sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğine yönelik ulusal programlar mevcuttur. Sağlık çalışanlarının önemini vurgulamak amacıyla DSÖ 2006-2015 yıllarını "sağlıkta insan kaynaklarının on yılı" olarak ilan etmiştir (37). Sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasının, salgınlar gibi halkın sağlığını ilgilendiren acil durumlarda sağlık hizmetlerini dayanıklı hale getireceği ve sağlık sisteminin performans ve kalitesini iyileştireceği belirtilmektedir (3).

Sağlık hizmetleri insan hayatıyla doğrudan ilişkili hata kabul etmeyen hizmetlerdir. Sağlık hizmet sunucusunun davranışı ve eğitimi son derece önemlidir. Sağlık sistemine başvuran kişinin memnuniyeti hem hizmet sunucunun özelliklerine hem hizmet verilen ortamın özelliklerine bağlıdır. Bugün, amacı kaliteyi artırmak, rekabet gücü yaratmak, maliyetleri düşürmek ve müşteri memnuniyetini sağlamak olan toplam kalite yönetimi sağlık sektöründe de uygulanmaktadır (38). Sağlıkta kalite kapsamında çalışan ve hasta güvenliği ile çalışan ve hasta memnuniyeti birlikte ele alınmaktadır (10).

İşyerlerinde iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri bir ekip halinde verilmektedir. Ekip içerisinde, işyeri hekimi, işyeri hemşiresi, psikolog, sosyal hizmet elemanı, iş güvenliği uzmanı, teknisyen ve ergonomist yer almaktadır (11). Sağlık çalışanları başlangıçta diğer çalışanların sağlığını korumak için işyeri hekimi ya da iş yeri hemşiresi olarak görevlendirilmişlerdir. Buna ilk örnek 1867 yılında İngiltere'de bir fabrikada işyeri hemşiresi çalıştırılmasıdır (39). Daha sonra sağlık çalışanlarının kendi çalışma düzenleri, izin ve emeklilik gibi sosyal güvenceleri ile ilgili yasal mevzuat geliştirilmiştir. Sağlık çalışanlarının sağlığı konusunda yapılan ilk düzenleme Amerikan Tıp Birliği (AMA) ve Amerikan Hastaneler Birliği'nin (AHA) 1958 yılında yayınladıkları ortak bildiridir. Bu bildiride hastanelerde çalışanların sağlığı ve eğitimine yönelik program yapılması kararlaştırılmıştır (40). ILO 1970'li yıllarda özel

olarak sağlık çalışanlarının "sağlıklı olma" ve "sağlıklı ve güvenli hastane ortamında çalışma" hakkının olduğunu ve bunun da hastanelerde ilgili birimin kurulması ile olanaklı hale geleceğini bildirmiştir. ABD Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (NIOSH) 1974-1976 yıllarında hastaneler için mesleksel tıpla ilgili kriterler yayınlamıştır. NIOSH'a göre sağlıklı ve güvenli hastane ortamı, işin yürütülmesi ile ilgili olarak meydana gelen ve sağlığa zarar veren fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik tehlike ve risklerin, bunlarla ilişkili meslek hastalıkları ve iş kazalarının olmaması durumudur. Uluslararası Mesleki Sağlık Komisyonu (IOHC) 1990 yılında hastanelerde sağlık çalışanlarının sağlığına yönelik birimler kurulması gerektiğini bildirmiştir (9,12). DSÖ, işverenlerin çalışma ortamındaki mesleki riskleri en aza indirmek için gerekli tüm önleyici ve koruyucu tedbirlerin alınmasını sağlama konusunda genel sorumluluğu bulunduğunu, sağlık çalışanlarının da işyeri yönetimiyle işbirliği içinde sağlık, güvenlik ve refahlarını korumaya yönelik tedbirlere katılma sorumluluğu olduğunu vurgulamaktadır (41).

DSÖ, sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği müdahalelerinin, çalışanların refahını korumak, hasta bakım kalitesini ve hasta güvenliğini arttırmak, sağlık iş gücü yönetimini sürdürmek, olağanüstü durumlarda sağlık sisteminin performansını ve dayanıklılığını arttırmak ve çevresel sürdürülebilirliği sağlamak için gerekli olduğunu belirtmektedir. DSÖ 2022 yılında küresel hasta güvenliği 2021-2030 eylem planı kapsamında sağlık çalışanlarının güvenliği ile ilgili aşağıdaki konulara dikkat çekmiştir (41):

- Mesleki risklerin önlenmesine yönelik norm ve standartların geliştirilmesi
- Sağlık çalışanlarının sağlık, güvenlik ve refahının korunması ve geliştirilmesi için savunuculuk ve ağ oluşturma
- Ülkelerin ulusal, bölgesel ve işyeri düzeyinde sağlık çalışanları için mesleki sağlık programları geliştirmelerini ve uygulamalarını desteklemek

2.2.2. Sağlık çalışanlarının sağlığının Türkiye'deki gelişimi

Türkiye'de de iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları kapsamında Osmanlı döneminde maden işletmelerinde çalışanların özlük hakları ile ilgili düzenlemelerin yanı sıra doktor ve eczane bulunması zorunluluğu getirilmiş, iş kazasına uğrayan işçiye ve ailesine tazminat ödenmiştir. Cumhuriyetin kurulmasından sonra 1930'da çıkarılan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile en az elli çalışana sahip işyerlerine hekim bulundurma

yükümlülüğü getirilmiştir. İlk İş Kanunu 1936 yılında çıkarılmış, 1939-1949 yılları arasında Zonguldak ve İstanbul'da meslek hastaneleri kurulmuştur (42). İş Kanunu ile ilgili olarak 1970'li yılardan sonra yeni düzenlemeler yapılmış, konuyla ilgili son kanun olan "6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu" 30 Haziran 2012 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanmıştır (43). Bu kanunla birlikte hem kamu hem özel sektörde çalışan sayısı, çalışılan işyeri ve işkolu farkı olmaksızın tüm çalışanların iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinden yararlanmasına olanak sağlanmıştır. Hizmet sektöründe çalışanlar, kamu çalışanları ve sağlık çalışanları da bu kanun kapsamına alınmıştır. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun yürürlüğe girmesiyle birlikte "İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği" uyarınca yataklı hastane hizmetleri "çok tehlikeli" sınıfa, yataksız tedavi kurumları "tehlikeli" sınıfa dahil olmuştur (9,11,12). Daha önce 1972 yılında 506 sayılı "Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü" ile tanımlanmış olan meslek hastalıkları 6331 sayılı kanunda "mesleksel risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalık" olarak tanımlanmıştır. Aynı kanunda iş kazası "işyerinde veya işin yürütümü nedeniyle meydana gelen, ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da bedenen engelli hale getiren olay" olarak tanımlanmıştır (11,12). Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik (2013) ile tüm çalışanlara genel iş sağlığı ve güvenliği kuralları, iş kazaları ve meslek hastalıklarının sebepleri, işyerindeki riskler, korunma yöntemleri, hak ve sorumluluklar konusunda eğitim verilmesi yükümlülüğü getirilmiştir.

Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de başlangıçta iş sağlığı ve güvenliği kapsamındaki rolü sağlık hizmeti sunmak olan hekimler Osmanlı döneminde bir araya gelerek 14 Şubat 1856'da "Türk Tıp Cemiyeti"ni kurmuşlardır. Bu cemiyet yabancı dilde yapılmakta olan tıp eğitiminin Türkçe yapılmasında önemli rol oynamıştır. Türkiye'de Tabip Odaları Etibba Odaları ismi ile 1928 tarihli "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun"a dayanarak kurulmuştur. İlk tabip odası 1929'da "İstanbul Etibba Odası" adıyla İstanbul'da kurulmuş, 1953 yılında "Türk Tabipler Birliği Kanunu" çıkarılmıştır (44). Ayrıca 1930 tarihli Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (45), 1965 tarihli 657 sayılı Devlet memurları Kanunu (46) ile 1964 tarihli SSK kanunu da (46) sağlık çalışanlarının istihdam, çalışma koşulları ve özlük hakları ile ilgili kanunlar olarak belirtilmek gerekmektedir.

İşçi sınıfının ortaya çıkmasıyla birlikte işçiler kendi aralarında yardımlaşma amacıyla dernek, kooperatif, lonca gibi çeşitli adlar altında örgütlenmişlerdir. Sendikalar, esas olarak işçilerin, işverenlere ve hükümetlere karşı hak ve çıkarlarını korumak için oluşturdukları örgütlerdir. Ayrıca tarihsel süreçte işveren nezdinde güçsüz konumda olan işçiler, sendikalar vasıtasıyla işverenle toplu iş sözleşmeleri düzenleyerek çalışma koşullarını belirlemişlerdir. Sendikalar, işçilerin ve işverenlerin çalışma ilişkilerinde, çalışma koşullarının, çalışma saatlerinin ve ücretlerin belirlenmesinde, ortak ekonomik çıkarları ile sosyal haklarını korumak ve geliştirmek amacıyla tüm işkollarında kurulması anayasa ile güvence altına alınan kurumlardır (47). Sağlık alanında çalışanların özlük haklarını korumak, çalışma koşullarını iyileştirmek amacıyla sendika çalışmaları 1954 yılında başlamış ve 1961 yılında İzmir'de Türkiye Sağlık İşçileri ve Müstahdemleri Sendikası kurulmuştur (48). Bugün birçok sağlık meslek grubunun ayrı ayrı üye olduğu çok sayıda sendika mevcuttur.

Türkiye'de sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili ilk çalışmalar 1989 yılında Türk Tabipler Birliği tarafından başlatılmıştır (49). Konuyla ilgili olarak 1999 yılında Ankara'da farklı sağlık meslek örgütü ve sendikalarının katılımıyla bir kongre düzenlenmiş ve sağlık çalışanlarının işyeri ortamında karşılaştığı sorunlar ile çözüm yolları ele alınmıştır. Bu kongrede sağlık kurumlarında "sağlık çalışanlarının sağlığı birimleri" kurulması kararlaştırılmıştır (12).

Türkiye'de 2003 yılındaki sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte 2005 yılında sağlıkta kalite standartları oluşturulmaya başlanmış ve sağlıkta kalite yönetimi kapsamında çalışan güvenliği ve memnuniyeti yer almıştır. (50). Halen sağlıkta kalite çalışmaları, 2015 tarihli resmi gazetede yayınlanan "Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik" kapsamında yürütülmektedir (51). Çalışanlara yılda iki kez memnuniyet anketleri yapılması önerilmektedir (52).

Türkiye'de 2011 yılında yayımlanan "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" kapsamında sağlık kurumları çalışan sağlığı komiteleri kurarak, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak amacıyla, kendi iç düzenlemelerini yapmak ve tedbirlerini almak için yükümlü kılınmıştır. Bu yönetmelik uyarınca sağlık kurum ve kuruluşlarına, sağlık taramaları yapma, engelli çalışanlar için düzenlemeler yapma, çalışanlar için kişisel koruyucu önlemler alma,

çalışanları fiziksel saldırılardan koruma, enfeksiyonların kontrolü, radyasyon güvenliği, renkli kod uygulamaları, çalışanlara güvenlik eğitimi verme ve güvenlik raporlama sistemi kurma yükümlülüğü verilmiştir. Bu düzenlemelerin ardından Türkiye'de bazı sağlık kurumlarında "Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Birim"leri kurulmaya başlamıştır. Akdeniz, Ankara, Dokuz Eylül, Ege ve Hacettepe Üniversite hastanelerinde kurulan birimler bunlardan bazılarıdır (53).

"Çalışanların Sağlık Gözetimine Yönelik Tıbbi Tetkiklerin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik"e göre sağlık çalışanları dahil tüm çalışanlara periyodik olarak akciğer grafisi, işitme testi, solunum fonksiyon testi, çalışılan birimle uyumlu biyokimyasal, mikrobiyolojik, hematolojik ve toksikolojik testler, göz fonksiyonları ölçümü, elektrokardiyografi (EKG) çekimi yapılmalıdır (54).

2.3. Sağlık sektöründe tehlike ve riskler

Tehlike, yaralanma, sağlığın bozulması, eşyaya veya çevreye zarar verme potansiyeli olan bir madde, etken ya da fiziksel bir koşulu tanımlamaktadır. Tehlikeler fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ya da psikososyal olarak sınıflandırılmaktadır.

Risk, zararın veya istenmeyen olayın meydana gelme olasılığını ifade eden bir kavramdır. Risk değerlendirmesi riskin büyüklüğünü tahmin etme, tolere edilebilir ya da kabul edilebilir olup olmadığına karar verme sürecidir. Risk değerlendirmesi ile işyerindeki tehlikelerin özellikleri, tehlikeye maruziyet durumu tespit edilerek işyerlerinde riski önlemeye yönelik kontrol önlemleri alınmakta ya da risk yönetimi yapılmaktadır. Risk değerlendirmesinde ilk aşamada işyerindeki tehlikelerin özellikleri ve düzeyi tanımlanır. Çalışanların tehlikelere maruziyet şekli ve süresi, çevresel ve biyolojik incelemeler yapılarak belirlenir. Bu aşamada çalışanların davranışsal özelliklerinin riskin ortaya çıkmasında rolü de incelenmektedir. Doz-cevap ilişkisi tespit edilerek değişik düzeylerdeki tehlikelerden etkilenme ile ortaya çıkan sağlık sorunları ve ciddiyeti tespit edilir. Son aşamada, düşük ya da yüksek olup olmadığı, ortaya çıkma süresi, yaşam boyu etki bırakıp bırakmadığı gibi riskin özellikleri tanımlanır. Risk değerlendirmesi tamamlandıktan sonra çalışanlar, işverenler, karar vericiler ya da politikacılar ve toplumla elde edilen bilgi paylaşılmalı ya da risk iletişimi yapılmalıdır (11,55).

2.3.1. Sağlık sektöründe sık karşılaşılan işyeri ortam faktörleri ya da tehlikeler

Sağlık sektöründe sık karşılaşılan işyeri ortam faktörleri ya da tehlikeler aşağıda belirtilmiştir (11,56–58).

Biyolojik tehlikeler:

- Virüsler: Hepatit B, Hepatit C, Hepatit D, HIV, SARS, COVID-19, Influenza, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi
- Bakteriler: Metisilin Dirençli Stafilokok Aureus (MRSA), Mycobacterium tuberculosis, Neisseria meningitidis, Legionella
- Mantarlar
- Parazitler: Uyuz

Kimyasal tehlikeler:

- Dezenfektanlar ve sterilanlar: etilen oksit, glutaraldehit
- Antineoplastik ilaçlar (tamoksifen, melfalan, siklosfamid, etoposid)
- Anestezi gazları (nitröz oksit, halotan, izofloran)
- Cıva
- Laboratuvar kimyasalları (formaldehit, ksilen, kostik sıvılar, oksitleyici asitler, mineral asitler, yanıcı kimyasallar)
- Nanomalzemeler
- Lateks
- Cerrahi duman
- Oksijen tüpleri

Fiziksel tehlikeler:

- Gürültü
- Termal konfor
- Havalandırma, iklimlendirme sorunları
- Aydınlatma
- Radyasyon
- Elektrik

- Tıbbi ve evsel atıklar
- Islak, kaygan zemin, düzgün olmayan zemin
- Hijyen ve sanitasyon

Ergonomik / Mekanik tehlikeler:

- Hasta taşıma, ağır kaldırma
- Uzun süre ayakta kalma
- Sürekli eğilir pozisyonda çalışma, vücut postürü
- Uzun süre yürümek zorunda kalma
- Delici veya kesici nesneler
- Makine ve motorlu alet kullanımı
- Bilgisayarla çalışmak

Psikososyal tehlikeler (59)**:**

- İş dizaynı ile ilgili olanlar:
    - Ağır ya da çok hafif iş yükü
    - Uzun çalışma saatleri, vardiyalı çalışma, gece çalışma
    - Seyrek dinlenme molaları
    - Monoton iş
- Örgütsel stresörler:
    - Çalışanların karar alma süreçlerine yetersiz katılımı
    - Ast-üst ilişkisi (liderlik biçimleri)
    - İşyerinde sosyal destek eksikliği
    - Takdir edilme ve ödül eksikliği
    - Kişiler arası ilişkiler ve iletişim sorunları
    - Ayrımcılık
    - İş yaşam dengesi
    - Ücret politikaları
    - Belirsiz görev tanımları
    - Kararlara katılmama
    - Otonomi eksikliği
    - Yeterli araç, gereç, donanım olmaması

- Kariyer kaygıları:
    - İş güvencesizliği
    - Gelişim, yükselme, terfi imkanının eksikliği
    - Çalışma koşullarında çalışanların hazırlıksız olduğu hızlı değişimler
- Şiddet, çatışma, mobbing
- Kişilik yapısı ve kişisel sorunlar

Teknolojik tehlikeler (60)

- Yangın, patlama
- Bina çökmesi gibi yapısal tehlikeler
- Su kesintileri
- Kimyasal, biyolojik, radyoaktif maddelerin saçılması, sızması

2.3.2. Sağlık çalışanlarında sık görülen sağlık sorunları ya da riskler

Sağlık çalışanları işyerinde sürekli olarak karmaşık sağlık ve güvenlik riskleriyle karşı karşıya kalmaktadırlar (37). Sağlık çalışanlarında en çok görülen sağlık sorunları aşağıda sıralanmıştır:

1. Mesleki enfeksiyonlar (11,56,61,62).

    - Sağlık çalışanlarında en sık görülen mesleki enfeksiyonlar; Tüberküloz, Hepatit B, Hepatit C, HIV ve solunum yolu enfeksiyonlarıdır (COVID-19, SARS, İnfluenza).
    - Düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık çalışanlarının %54'ünde gizli tüberküloz mevcuttur. Bu sıklık tüberkülozun genel toplumda görülme sıklığından 25 kat fazladır.
    - HCV enfeksiyonlarının %39'u, HBV enfeksiyonlarının %37'si ve HIV enfeksiyonlarının %4.4'ü iğne batması sonucunda meydana gelmektedir.
    - Çin'de her yıl yaklaşık 1milyon iğne batması sonucu yaralanma rapor edilmektedir.
    - Metisilin Dirençli Stafilokok Aureus enfekte yara ya da kontamine ellerle temas sonucu yayılmaktadır.

1. Kas-iskelet sistemi sorunları (61,63)

- Sağlık çalışanlarında görülen sağlık sorunlarından biri de kas ve iskelet hastalıklarıdır. Omuz, bel, bacak ve el kasları en çok etkilenen kaslardır. Dünya genelinde hemşirelerin yaklaşık %72'si kronik bel ağrısı yaşamaktadır. Kronik bel ağrısı, üretkenliği ve yaşam kalitesini azaltan, tükenmişlik ve işe devamsızlığa yol açan önemli bir sağlık sorunudur.
- Bu sorunlar obezite prevalansının artmasıyla yaygınlaşmıştır. ABD'de hemşirelerin %20'sinin bu tür riskler nedeniyle hasta bakım görevlerinden ayrıldıklarını bildirmiştir.
- Diş hekimlerinde kas-iskelet sistemi sorunları yaygındır.

2. Kimyasal tehlikeler sonucu ortaya çıkan sağlık sorunları (11,64)
    - Ameliyathane ortamında çalışan doktor, hemşire ve diğer sağlık personeli narkotik etkilere sahip ve böbrekler için toksik olan anestezi gazlarına maruz kalmaktadır. Bu gazlar fertilite problemlerine, düşüklere, malformasyonlara yol açabilmektedir.
    - Astım riskinin hemşirelerde çamaşır suyu ve glutaraldehitlere maruz kalma nedeniyle iki kat, dezenfektanlar ve temizlik maddelerine maruz kalmayla %67 oranında daha fazla görüldüğü saptanmıştır.
3. Radyasyon maruziyeti sonucu oluşan sağlık sorunları (63)
    - Sağlık çalışanlarında iyonlaştırıcı radyasyona (röntgen ışınları, radyonüklitler) maruziyet sonucu katarakt, cilt hastalıkları, infertilite, kanserler, konjenital anomaliler görülmektedir.
    - Sağlık çalışanlarında UV radyasyona bağlı cilt kanseri, cilt yanığı, katarakt görülmektedir.
    - Sağlık çalışanlarında lazer gibi iyonlaştırıcı olmayan radyasyona maruz kalma ile doku yanıkları, göz hastalıkları görülmektedir.
    - Radyasyonun zararlı etkileri dozla orantılı olsa da maruziyetin hiçbir düzeyi güvenli kabul edilmemektedir.
4. İncinme ve yaralanmalar (58,65,66)
    - Sağlık çalışanlarında en çok görülen yaralanmalar; Kesici-delici alet yaralanmaları, kayma, düşme, çarpma, takılma, çok sıcak ve çok soğuk nesnelerle temas gibi nedenlerle oluşan ya da hasta taşırken

meydana gelebilecek kas-iskelet sistemi yaralanmaları, ambulans, motosiklet gibi motorlu taşıt kazaları sonucu oluşan incinme ve yaralanmalar, elektrik çarpması, patlama ve yangın sonucu oluşan yanık ve yaralanmalardır.

5. Fiziksel faktörlere maruziyet sonucu ortaya çıkan sorunlar (58,67,68)
    - Sağlık çalışanları gürültüye bağlı artan kan basıncı, tinnitus, kalıcı işitme kaybı, stres ve iletişim sorunları yaşayabilmektedir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada sağlık işyerlerinde gürültü düzeyinin önerilenden 20 desibel daha yüksek olduğu ortaya konmuştur (TTB).
    - Hastanelerin belirli birimlerinde gürültü düzeylerinin 80-85dB'i aştığı ve 110dB'e kadar ulaştığı bilinmektedir. Gürültünün 70dB'e ulaşması iş arkadaşlarıyla iletişim güçlüğüne, çalışma yetisinin, uyanıklık ve konsantrasyonun azalmasına, baş ağrısına, gerginliğin artmasına, kan basıncının artmasına, ellerde ve ayaklarda kan dolaşımının azalmasına neden olabilmektedir.
    - Sağlık çalışanları kişisel koruyucu ekipmanlarla uzun süre çalışmanın neden olabileceği ısı stresi, yetersiz aydınlatmaya bağlı göz yorgunluğu gibi birçok sorun yaşamaktadır.
6. Psikososyal sorunlar (63)
    - İş stresine bağlı olarak tükenmişlik, kronik yorgunluk, uyku sorunları, depresyon sağlık çalışanlarında sık görülen sağlık sorunlarıdır.
    - Bu sorunlar işe devamsızlığa, hasta memnuniyetinin azalmasına, teşhis ve tedavide hataların artmasına yol açabilmektedir.
    - Bu ruhsal sorunların ortaya çıkmasında zaman baskısı, uzun çalışma saatleri, vardiyalı çalışma sistemi, iş dizaynındaki eksiklikler gibi risk faktörleri rol oynamaktadır.
    - Pandemi döneminde dünyada ön saflarda çalışan sağlık çalışanlarının %23'ünde depresyon ve anksiyete, %39'unda uykusuzluk görülmüştür.
    - Dünya genelinde sağlık çalışanlarında intihar riskinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir.

- İşyerinde şiddet sağlık çalışanları için son yıllarda önemi giderek artan bir morbidite ve mortalite nedenidir. Depresyon ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) nedeni olabilmektedir.

Hekimler için ilk on ölüm nedeni genel toplumla aynı olmakla birlikte, serebrovaskuler hastalıklar, kaza ve intihar nedenli ölümler genel toplumdan daha sık, KOAH, pnömoni, influenza, siroz nedenli ölümler genel toplumdan daha az görülmektedir (61).

2.4. Olağandışı durumlar ve sağlık çalışanları

Olağandışı durum ani gelişen, yaygın ve şiddetli yıkım meydana getiren, stres, yaralanma, ekonomik ve çevresel yıkıma yol açan yerel olanaklarla baş edilemeyecek boyutta, ulusal ya da uluslararası yardım gerektiren durumlardır. Sağlık hizmetleri açısından önemi mevcut kapasite ve kaynaklar ile sağlığı zarar görmüş insanların sağlık ihtiyaçlarının karşılanamamasıdır.

Olağandışı durumlarda sağlık talebinde meydana gelen artış sağlık sistemi üzerinde baskı oluşturur. Bu gibi durumlarda daha fazla yaşam kurtarmak amacıyla sağlık insan gücü dahil mevcut tüm kaynakların etkin biçimde kullanılması gereklidir. Ancak afet sağlık çalışanlarının kendilerini ve ailelerini de etkilemiş olabileceğinden olağandışı durumlarda sağlık çalışanları savunmasız kalabilir. Ayrıca endemik hastalıklar, psikososyal stres, yorgunluk, artan iş yükü gibi nedenlerle afetlerde sağlık çalışanlarının sağlığı tehlikeye girebilir. Kişisel koruyucu ekipman ve hijyen eksikliği enfeksiyona maruziyete neden olabilir. İklim koşullarından kaynaklanan soğuk stresi, hastalar ve ağır malzemelerin taşınması sırasında ergonomik sorunlar, akut kas-iskelet sistemi yaralanmaları görülebilir, işe devamsızlık artabilir. Ülkeler olağandışı durumlara hazırlık planlarında sağlık çalışanlarının sayı ve görevlerini önceden belirlemiş olmalı ve sağlık çalışanlarına riskler dahil afetle ilgili gerekli eğitimleri vermelidir (69–71). Ülkelerin afet planlarında afet sırasında ortaya çıkabilecek tehlikeler, riskler ve önlemlerin önceden tanımlanması hayati önemdedir. (60).

Salgınlarda sağlık çalışanları risk altındaki grubu oluşturmaktadır. Singapur'da 2003 yılında görülen Şiddetli Akut Solunum Sendromu (SARS) salgınında vakaların %41'ini sağlık çalışanları oluşturmuştur (72). Pandemi döneminin başlarında yapılan ilk çalışmalar hastaların %10-20'sinin sağlık çalışanı olduğunu ortaya koymuştur (73).

Birçok sağlık çalışanı hastalık nedeniyle işe devam edememiştir. Dünya Sağlık Örgütü, pandeminin ilk 18 ayında, 115.500 sağlık çalışanının COVID-19 nedeniyle hayatını kaybettiğini bildirmiştir. İşe devam edenlerde ise tükenmişlik sendromu görülmüş ve bu durum, sağlık insan gücünde açık meydana gelmesine neden olmuştur. COVID-19 pandemisi sağlık sistemlerinin pandemi süresi boyunca tedavi edici ve koruyucu hizmetlerde yetersiz kalmasına neden olmuştur (17).

Pandemi sürecinde sağlık çalışanları öncelikli risk grubu olarak ele alınıp koronavirüs enfeksiyonuna karşı aşılanmıştır. Koronavirus hastalığının meslek hastalığı olarak kabul edilmesi tartışılmış, bazı ülkeler meslek hastalığı olarak kabul etmiştir. Birçok ülkede COVID-19'un işyeriyle ilgili bir hastalık olduğuna karar verilmiştir. Bulgaristan, Kıbrıs, Hırvatistan, Çekya, Estonya, Fransa, Macaristan, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Malta, Hollanda, Polonya, Portekiz, Romanya, Slovakya, İsveç, İsviçre ve Norveç ise COVID-19'u bir meslek hastalığı olarak kabul etmiştir. İtalya, Slovenya ve İspanya COVID-19'u bir iş kazası, Avusturya, Belçika, Danimarka, Almanya ve Finlandiya ulusal kriterlere bağlı olarak iş kazası ya da meslek hastalığı olarak kabul etmiştir. Danimarka'da COVID-19, eğer çalışan kesin ya da muhtemel COVID-19'lu bir kişiyle beş günden fazla süreyle temas etmişse meslek hastalığı, beş günden az süreyle temas etmişse iş kazası olarak tanımlanmıştır. Tüm ülkelerin COVID-19'u meslek hastalığı olarak kabul etmemesinin nedeni, pandemi sürecinde sağlık çalışanlarındaki bulaşın direk işle ilgili olup olmadığının kesinleştirilememesidir. (74,75).

Türkiye'de konuyla ilgili olarak 2020 yılının Aralık ayında Sağlık Bakanlığı COVID-19'un sağlık çalışanları için bir meslek hastalığı olarak tanımlanması koşuluna yönelik bir genelge yayınlanmıştır. Bu genelge ile sağlık çalışanlarının meslekte kazanma veya çalışma gücü kayıpları ile vefat hallerinde, illiyet bağının kurulması şartıyla, "Meslek Hastalığı" ile "Vazife Malullüğü" kapsamındaki sosyal güvenlik haklarından yararlanabilmesi için Sosyal Sigorta Sağlık Kurulu'nun karar vermesine olanak sağlanmıştır (76). Türkiye'de tüberküloz ve Hepatit B meslek hastalığı olarak kabul edilmiştir. Bu kabul sırasında COVID-19 gündemde olmadığı için meslek hastalığı olarak tanımlanmamıştır. Uzmanlar tarafından, özellikle yoğun bakım üniteleri gibi COVID-19 hastalarının tanı ve tedavisinin yapıldığı yerlerde

çalışanlarda görülen koronavirüs enfeksiyonunun meslek hastalığı olarak kabul edilmesi önerilmiştir (77).

Dünya Sağlık Örgütü sağlık çalışanlarının COVID-19 ile mücadeledeki adanmışlıkları takdir etmek amacıyla 2021 yılını Uluslararası Sağlık Çalışanları Yılı olarak ilan etmiş ve sağlık çalışanlarına acil yatırım yapılması gerektiğini, sağlık insan gücünün sadece pandemi döneminde değil her zaman güvenli sağlık hizmeti sunmak için desteklenmesi gerektiğini bildirmiştir (78).

2.5. Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi

DSÖ, yaşam kalitesini, "bireyin içinde yaşadığı kültür ve değer sistemi içinde, hayattaki hedefleri, hayattan beklentileri, hayat standartları ve kaygıları ile bağlantılı olarak mevcut konumuyla ilgili algısı" olarak tanımlamaktadır. Kişinin yaşamı ile ilgili subjektif algısı baskın olsa da yaşam kalitesi objektif özellikler de içermektedir. Objektif özelliklerin arasında eğitim, meslek, gelir, konut ve sağlık durumu yer almakta, kişinin bu imkanlardan duyduğu tatmin yaşam kalitesinin subjektif yanını oluşturmaktadır.

İnsan onuruna yakışır saygın bir iş ve gelir sahibi olmak Ottawa bildirgesinde yer alan sağlığa yönelik ön koşullardan ve sağlığın sosyal belirleyicilerinden biridir (79). İşsizlik, bireyi maddi ve sosyal açıdan dezavantajlı bir duruma sokar. Çalışma bir fiziksel aktivite gerektirdiğinden çalışan kişinin fiziksel sağlığı olumlu etkilenir. Ayrıca çalışan kişinin içinde bulunduğu sosyal ortam sosyal ilişkilerini geliştirmesini sağlar. Dolayısıyla çalışma, çalışanın fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığını olumlu etkiler. Yine işi ya da mesleği olan bireyin elde ettiği düzenli gelir, fiziksel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamasını kolaylaştırarak genel sağlık düzeyini yükseltir (11,80). Yapılan işten duyulan tatmin ya da iş doyumu yaşam kalitesini ve memnuniyeti arttırır. Sağlıklı ve yaşamından memnun kişiler daha mutlu ve üretken olurlar. (81).

Esasında meslek ve iş farklı kavramlardır. Meslek, TDK Sözlüğü'nde "Belli bir eğitim ile kazanılan, sistemli bilgi ve becerilere dayalı, insanlara yararlı mal üretmek, hizmet vermek ve karşılığında para kazanmak için yapılan, kuralları belirlenmiş iş" olarak tanımlanmıştır. Meslek kişinin aldığı eğitim sonucunda elde ettiği vasıflar ile tüm çalışma hayatı boyunca yürüttüğü faaliyetleri kapsar (82,83).

İş TDK Sözlüğü'nde "Bir sonuç elde etmek, herhangi bir şey ortaya koymak için güç harcayarak yapılan etkinlik, çalışma", "bir değer yaratan emek" olarak tanımlanmıştır. Kişi meslek sahibi olmadan iş sahibi olabilir. Ya da kişi bir meslek sahibi olarak mesleği ile ilgili çeşitli işler üretebilir ve bu işler değişebilir. Kişi bu işleri yaparken aynı zamanda mesleğini icra ediyordur (82,83). Avrupa Birliği 2000 yılından sonra daha fazla ve daha iyi işler yaratmak gerektiği kararına varmıştır. Bu açıdan ele alındığında sağlık çalışanlarının yaptığı işin toplum tarafından değer atfedilen, statüsü yüksek, insan onuruna yakışır ve saygın bir iş olduğu anlaşılmaktadır (84).

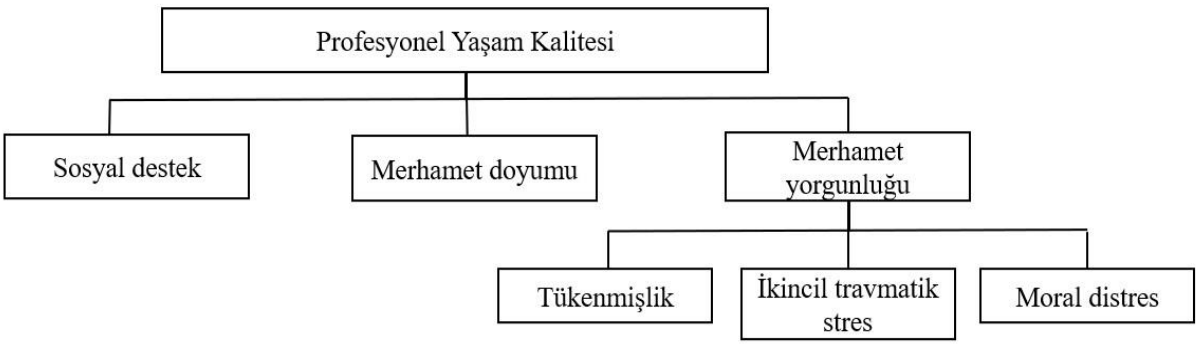
İş doyumu ya da iş tatmini kavramı bireyin işi ve işin bileşenleri hakkında ne hissettiği ile ilgili işin bireye sağladığı psikolojik faydayı yansıtan hoşnutluk duygusu olarak tanımlanabilir (85–87). İş doyumunun yüksek olması işyerinde kişiler arası ilişkileri geliştirir, örgütsel bağlılığı arttırır, üretkenliği ve sunulan sağlık hizmetinin kalitesini arttırır. (86). İş doyumunun düşük olması ise işten ayrılmalara neden olabilir. Toplam Kalite Yönetimi'nin başlaması ile beraber iş doyumu ya da iş tatmini kavramı çalışan memnuniyeti şeklinde kullanılmaya başlanmıştır. Çalışan memnuniyeti "çalışanların işlerinden beklentilerinin gerçekleşmesine bağlı olarak işlerini sevme dereceleri ve çalışanın işe karşı davranışları" olarak tanımlanmaktadır (88).

İş yaşamı kalitesi kavramı sendikalar, yöneticiler ve toplum bilimcilerin ortaklaşa başlattıkları uluslararası bir hareket olarak 1970'li yıllardan sonra gündeme gelmiştir. İş yaşamı kalitesi, çalışanların işle ilgili olarak memnuniyetlerini, iş ortamındaki beklentilerinin karşılanmasını, çalışma koşullarının daha iyi, yaptıkları işin daha insancıl hale getirilmesini ve çalışanların korunmasını ifade eder (89). Sürdürülebilir bir insan gücü sağlamak amacıyla çalışanların görev ve iş tanımlarının yeniden ve daha net bir şekilde düzenlenmesi önerilmiştir (90,91). İş yaşamı kalitesiyle hem çalışan hem iş hem işveren hem de toplum için fayda hedeflenir. İş yaşamı kalitesi kapsamında aşağıdakilerin uygulanması önerilmektedir (92):

- Tatmin edici ücretlendirme
- Güvenli ve sağlıklı çalışma koşulları
- Kariyer geliştirme fırsatı
- Çalışanların beceri ve yeteneklerinin etkin kullanımı
- Sosyal ihtiyaçların karşılanması

- Özlük hakları ve yasal güvence
- İş ve yaşam dengesinin sağlanması
- Sosyal sorumluluklar (çevresel zararların önlenmesi gibi)

İş yaşamı kalitesinin iyileştirilmesi, çalışanların özgüvenini arttırır, iş doyumunun sağlanmasına yardımcı olur, örgütsel aidiyeti arttırır, bireyin kişisel gelişimini destekler, iş kazaları ve işe devamsızlığı azaltır, iş verimini arttırır (92). İş yaşamı kalitesini ölçmek amacıyla çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Bunlardan bazıları iş yaşamı kalitesi, çalışan memnuniyeti, iş doyumu ölçekleri ve örgütsel aidiyet ölçekleridir (93). Bu ölçekler mesleki tatmini, işyeri ortam koşullarını, örgüt kültürünü araştıran sorular içermektedir. Bu ölçeklerden biri de Beth Hudnall Stamm tarafından geliştirilen profesyonel yaşam kalitesi ölçeğidir. Stamm oluşturduğu kavramsal profesyonel yaşam kalitesi modelinde (94) merhamet doyumu ve merhamet yorgunluğunu merkeze koymaktadır (Şekil 2). Stamm'in profesyonel yaşam kalitesi modeli, bu tezin temel araştırma konusu olması nedeniyle takip eden bölümlerde bu model kapsamında yer alan merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu alt başlıkları ayrıntılı olarak ele alınmıştır.



Şekil 2: Stamm'in profesyonel yaşam kalitesi modeli

Stamm'e göre yüksek profesyonel yaşam kalitesine ulaşmak için merhamet yorgunluğu azaltılmalı, merhamet doyumu ise arttırılmalıdır. Merhamet doyumu başkalarına yardım etmenin olumlu yönlerini, merhamet yorgunluğu olumsuz yönlerini ifade etmektedir. Kişisel çevre, hasta çevresi, işyeri ortam faktörleri, merhamet doyumunu ve merhamet yorgunluğunu etkilemektedir. Merhamet yorgunluğunun tükenmişlik, ikincil travmatik stres ve moral stres olmak üzere üç

bileşenden oluşmaktadır. (95,96). Profesyonel yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemi olan diğer bir faktör sosyal destektir.

2.5.1. Merhamet Doyumu

İnsan yapısı gereği empati kurma eğilimine sahiptir. Empati, kişinin kendisini bir başkasının yerine koyması, onu anlaması, onun duygularıyla rezonansa girmesi, onun gibi hissetmesi ve bu durumu ona iletmesini sağlayan süreçtir. Kişi karşısındaki kişinin acısını kendisininmiş gibi algılarsa empatik stres ortaya çıkar (14,15).

Acı çeken bireylerle kurulan empati sonucunda farklı tepkiler oluşabilir. Bunlardan biri kişide strese yol açan, kişinin kendisini korumak için durumdan uzaklaşmak istediği itici bir tepkiyi ifade eden empatik stres, diğeri ise kişide yardım etme isteği meydana getiren, empatik ilgi ya da sempati olarak da adlandırılan merhamettir (97). Tablo 3'te (97) her iki tepkinin özellikleri sunulmuştur.

Tablo 3: Empatinin sonuçları olarak merhamet ve empatik stres

Merhamet	Empatik stres
✓ Başkalarına yönelik bir duygu ✓ Olumlu duygular (sevgi, şevkat, fedakarlık) ✓ Sağlık düzeyinin iyi olması, kendini iyi ve enerjik hissetme ✓ Yakınlık gösterme ve yararlı olma motivasyonu	✓ Kişinin kendisine yönelik bir duygu ✓ Olumsuz duygular (stres gibi) ✓ Kötü sağlık düzeyi, tükenmişlik ✓ Geri çekilme, kaçınma davranışı ve sosyal olmayan davranışlar

İnsan yapısı gereği merhametli olma eğilimindedir. Merhamet kişinin başkalarının acılarına karşı duyarlı olması, başkalarının acıları nedeniyle üzüntü hissetmesi ve sonucunda acıma duygusuyla başkalarının yaşadığı acıları, zorlukları hafifletmek için yardım etme davranışı göstermesidir. Merhamet duygusu, başkasının acısına tanıklık ederken ortaya çıkar ve yardım etme davranışını tetikler. Merhametin hem olumlu hem de olumsuz yönleri mevcuttur. Kişi başkalarına yardım edebildiğinde, topluma faydalı olduğunu hissettiğinde, işini iyi yaptığında, haz duygusu elde eder. Merhamet doyumu, kişinin elde ettiği bu haz duygusunu tanımlar (98). Merhamet doyumu yüksek kişiler, kendilerini başarılı hisseden, fark

yaratabileceklerine inanan ve iş doyumları yüksek olan bireylerdir. Merhamet, kişiler arasındaki sosyal ilişkileri güçlendirir.

Merhametin olumsuz yönü tükenmişlik, ikincil travmatik stres ve merhamet yorgunluğuna sebep olabilmesidir. Merhamet yorgunluğu "empatik stres" olarak da tanımlanmaktadır (14,98,99).

Sağlık çalışanları işleri gereği hastaların hayatlarıyla doğrudan temas halindedir. Yardım ettiği kişilerin acılarına dokunur, empati kurar, merhamet duyar ve yaptığı yardım kendisine merhamet doyumu sağlar. Yarattığı merhamet doyumu sağlıkla ilgili bir mesleğin seçilmesindeki temel motivasyonlardan biridir. Ancak zor koşullarda uzun süreli sağlık hizmeti sunmak, sağlık çalışanlarında tükenmişliğe ve merhamet yorgunluğuna sebep olabilmektedir. Tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunun her sağlık çalışanında görülmemesi ya da beklenenden daha az sıklıkta görülmesi Figley ve Stamm tarafından merhamet doyumunun önleyici etkisiyle açıklanmıştır (98). Sacco ve Copel merhamet doyumunun göstergelerini ve sağlık hizmet sunumundaki faydalarını açıklamıştır.

Merhamet doyumunun göstergeleri (99,100):

1. İyi oluş
2. Kişinin başkalarının yaşamına katkı sunabildiğini hissetmesi
3. Kişinin ödül aldığını hissetmesi
4. Başarma duygusu
5. Yapılan işten keyif alma
6. Hayatı dolu dolu yaşadığını hissetme
7. Enerjik olma
8. İlham duygusu
9. Kişinin çevresine olumlu enerji vermesi
10. Kişin merhametli eylemleri nedeniyle memnuniyet, şükran duyması
11. Kişinin umutlu hissetmesi

Merhamet doyumunun faydaları (99,100):

1. Merhamet doyumu hisseden kişi yaptığı işten daha fazla haz almaktadır ve hastalara hevesle, isteyerek, yaptığı işin anlamlı olduğunu hissederek bakım verir.

2. Kişinin iş performansı artar.
3. Sorumluluk duygusunu, işe bağlılığı arttırır.
4. Kişi yetkinliğini, profesyonel becerilerini geliştirmek için çaba gösterir.
5. Olumlu iş çevresi sağlar ve ekip uyumunu güçlendirir.
6. Tükenmişlik ve merhamet yorgunluğuna karşı koruyucu etkiye sahiptir.
7. Kişinin empati becerisini ve başa çıkma mekanizmalarını sürdürebilmesini sağlar.
8. İşyeri ortamına ve mesleğe olumlu katkılar verir.

2.5.2. Merhamet yorgunluğu

Merhamet yorgunluğu kavramından önce ICD-11'de yer alan işle ilgili bir durum olarak ele alınan yorgunluk ve kronik yorgunluk sendromundan bahsetmek gerekir. Kronik yorgunluk sendromu, organik ya da psikiyatrik bir hastalık olmadığı halde ortaya çıkan, 6 aydan uzun süren ve kişide; yorgunluk, kas-iskelet sistemi ağrıları, baş ağrısı, uykulu hissetme, uyuklama hali gibi uyku bozuklukları, tepkilerde ve beceri isteyen işlerde yavaşlama, dikkat ve konsantrasyonda bozulma, kısa süreli hafızada kısıtlılık, planlama, organizasyon, problem çözme gibi yeteneklerde gerileme, karar vermede zorluk yaşama gibi bulguların görüldüğü bir sendromdur. Kronik yorgunluk sendromu, 1988 yılında "US Centers for Disease Control and Prevention" tarafından yapılan sınıflama ile gündeme gelmiştir. Kronik yorgunluk sendromu, dünyada birçok ülke tarafından işgücü kaybı yapabilen hastalıklar kategorisine alınmıştır (101). Yorgunluk için risk faktörleri arasında; stres, sıcak ortamlarda çalışmak, uzun çalışma saatleri, yetersiz uyku, gündüz uykusu, uyku borcu, vardiyalı çalışma ve gece vardiyasında çalışma, yetersiz dinlenme molaları, fiziksel ve zihinsel olarak zorlu işler, işyeri ortamında karşılaşılan tehlikeler, hastalarla yakın temas sonucu yaşanan psikolojik stres, alışılmadık çalışma ortamı ve işler gibi pek çok faktör yer almaktadır (102,103). Yorgunluk, iş stresi, iş yaralanması ve iş kazası riskini arttırır.

Merhamet yorgunluğu ICD-11'de tanımlanan yorgunluk ya da kronik yorgunluk sendromundan farklı bir kavramdır. ICD-11'de yer almamaktadır. Merhamet yorgunluğu işi gereği acı çeken insanlarla çalışan, yardım etme rolü üstlenen çalışanlar için mesleksel bir tehlikedir. Tükenmişlik, ikincil travmatik stres ve moral distresin bir arada bulunmasıyla ortaya çıkmaktadır. İlk kez 1980'li yıllarda

Charles Figley tarafından kullanılmış ve literatüre 1995 yılında girmiştir. Figley merhamet yorgunluğunu acı deneyimleyen insanlara karşı kişinin yaşadığı tükenmişlik hali olarak tanımlamıştır (104). Merhamet yorgunluğu, kişinin yardım eden rolü nedeniyle başkalarının yaşadığı travmatik olaylara maruz kalmasıyla ilgilidir. Figley, Vietnam gazileriyle yoğun olarak çalışmış ve bu yoğun çalışma sonucunda yaşadığı ikincil travmatik stres iş ve aile yaşamını olumsuz etkilemiş, bu dönemde evliliği sona ermiştir. Yaşadığı bu deneyimin ardından aynı koşullarda çalışan sağlık çalışanlarında benzer deneyimler olup olmadığını araştırmış, çalışmaları sonucunda bu konuda önlemler alınması gerektiğini vurgulamıştır. Merhamet yorgunluğu, tükenmişlikten farklı olarak hizmet verilenlerin travmatik deneyimleriyle ilgilidir ve aniden ortaya çıkabilir. Örneğin 2001 Eylül'ünde ABD'de Dünya Ticaret Merkezi'ne yapılan saldırı sonrasında travmaya uğramış kişilere hizmet veren sosyal hizmet uzmanlarında merhamet yorgunluğu artmışken tükenmişlik artmamıştır (104–106).

Merhamet yorgunluğu kişiyi duyarsız, öfkeli, saygısız yapabilir, meslektaşlarıyla ilişkisini bozabilir, aile ve toplumsal yaşamını olumsuz etkileyebilir. Merhamet yorgunluğunun bulguları (107):

1. Kişisel bulgular:
    a. Fiziksel: Baş ağrıları, karın ağrısı, kas ağrısı gibi psikosomatik yakınmalar, yorgunluk, immün sistemin baskılanması
    b. Duygusal: Güçsüz hissetme, anksiyete, sıkıntı, korku, çaresizlik hissi
    c. Davranışsal: Artmış irritabilite, iştahta ve uyku alışkanlıklarında değişimler, aşırı uyarılmışlık
    d. Spiritüel (Maneviyat): Amaç ve anlam kaybı ya da dünyadaki iyiliği sorgulama
    e. Bilişsel: Düşük konsantrasyon, karamsarlık, dikkat eksikliği, tekrarlayan ya da istenmeyen düşünceler
    f. İlişkilerle ilgili: İçe kapanma, aile ve arkadaşlardan izole olma, aile ve arkadaşlara karşı güvensizlik

2. İş yaşamıyla ilişkili bulgular:
    a. Performans: Düşük iş kalitesi, düşük motivasyon, unutkanlık

b. Moral: Düşük özgüven, ilgi kaybı ya da ilgisizlik, değersiz olduğunu ve takdir edilmediğini hissetme, kopukluk ya da azalmış merhamet

c. İlişkilerle ilgili: İçe kapanma ve iş arkadaşlarına karşı mesafeli olma, hastalarla ya da çalışma arkadaşlarıyla çatışmanın artması ve tahammülsüzlük

d. Davranışsal: İşe devamsızlık, geç kalmak ya da genel sorumsuzluklar

Merhamet yorgunluğu açısından en riskli grup işleri gereği başkalarının yaşadığı acılara sürekli olarak maruz kalan acil durumlarda görev yapan sağlık personeli, psikiyatristler, onkoloji alanında çalışan hekim ve hemşirelerdir (104). Deprem, sel, yangın, pandemi, acil durumlar, insani yardım gibi olağanüstü acil durumlarda görevlendirilen personelde de merhamet yorgunluğu görülme riski artmıştır (108). Merhamet yorgunluğu sağlık personeli dışında bakıma muhtaç çocuk ve yaşlılara bakım veren aile bireyleri, sosyal hizmet çalışanlarında, öğretmenlerde, polis memurlarında, itfaiyecilerde görülebilmektedir (109,110).

Merhamet yorgunluğu mesleki başarı için büyük bir tehdit kabul edilmektedir ve önlenmesi için sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam tarzlarını uygulaması, işverenlerin işyerinde sağlıklı yaşam tarzlarını benimsemeyi kolaylaştırıcı olanakları sağlaması ile mümkündür (14,111).

2.5.3. Tükenmişlik

Amerikalı psikolog Herbert Freudenberger 1974 yılında sağlık çalışanlarında tükenmişlik kavramını ve belirtilerini literatürde ilk kez tanımlamıştır. Freudenberger tükenmişliği; sağlık çalışanının enerjisine, gücüne, çözüm bulma yeteneğine ya da tüm donanımına olan aşırı talep nedeniyle yıpranması, bitkin düşmesi ve görevini yapmada başarısız olması, işlevsiz hale gelmesi şeklinde tanımlamıştır (112). Maslach 1976 yılında konu üzerinde çalışarak tükenmişliği, yapılan işle ilgili duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda düşme şeklinde üç yönü olan bir durum olarak tanımlamıştır (113). İşle ilgili uzun süreli kontrol altına alınamayan stres, tükenmişliğe yol açabilmektedir. Tükenmişlik yaşayan çalışan, işine ve hizmet verdiği kişilere karşı ilgisini kaybetmekte, mesleki olarak yetersiz hissetmekte, işine yabancılaşmakta, geleceğe yönelik hedefleriyle ilgili olarak kendisini umutsuz, çaresiz ve başarısız hissetmektedir (94).

Tükenmişlik, hizmet verilen kişilerin ağır sorunlarının olması, hizmet verilen kişilerle ilişkilerin sıklığı ve yoğunluğuna bağlı olarak mesleklere göre farklı düzeylerde ortaya çıkabilmektedir (114). Tüm mesleklerde görülmekle birlikte en çok afetzedelere, cinsel taciz mağdurlarına hizmet veren sağlık çalışanlarında, sosyal hizmet uzmanlarında, afetlerde görev alan kurtarma personelinde, polislerde, öğretmenlerde, veterinerlerde görülmektedir. Engelli çocuğu olan ebeveynlerde de tanımlanmıştır (110,115). Gelişmiş ülkelerde sağlık çalışanlarında mesleki tükenmişlik yaşama sıklığı %17 ile %32 arasında değişmektedir (8). ABD'de COVID-19 öncesinde bile hekim ve hemşirelerin %35-54'ünde, tıp öğrencisi ve asistanların %45-60'nda tükenmişlik saptanmış ve bu yaygınlık tükenmişlik krizi ya da epidemisi olarak tanımlanmıştır (116). Tükenmişlik yaygınlığının daha da artabileceği, doktorlar, hastalar ve sağlık sistemi için yıkıcı sonuçlar doğurabileceği öngörülmektedir (117).

Tükenmişlik, DSM 5'te ayrı bir tanı olarak yer almamakla birlikte DSÖ tarafından yönetilemeyen kronik işyeri stresi kaynaklı bir sendrom olarak tanımlanmış ve 2019 yılında ICD-11'de yerini almıştır. ICD-11'de tükenmişlik üç semptomla tanımlanmıştır (118):

1. Enerji tükenmesi veya bitkinlik hissi
2. Kişinin işine karşı zihinsel olarak mesafesinin artması ya da kişinin işine karşı olumsuz veya şüpheci duygular içine girmesi
3. Yetersizlik ve başarı eksikliği duygusu

Sağlık çalışanlarında tükenmişlikle ilgili risk faktörleri aşağıdaki gibidir: (116):

1. Sosyal ve kültürel faktörler
    a. Sağlık eşitsizlikleri
    b. Sağlıkla ilgili yanlış bilgilendirme
    c. Ruh sağlığıyla ilgili damgalamalar
2. Sağlık sistemiyle ilgili faktörler
    a. Düzenlemelerle ilgili kısıtlılıklar
    b. Yanlış tazminat politikaları
    c. Külfet oluşturan idari evrak işleri
    d. Kötü bakım koordinasyonu

e. İnsan odaklı teknoloji eksikliği

3. Örgütsel faktörler
    a. Sosyal desteğin eksikliği
    b. Mesleki değerlerle ilgili teorik ve pratik uygulama arasındaki çelişkiler
    c. Fazla iş yükü ve uzun çalışma saatleri
    d. Taraf tutmayı ve ayrımcılığı destekleyen örgütsel yapı
    e. Çalışanlar için ruh sağlığı danışmanlığı hizmetlerinin olmaması
4. İşyeri ve öğrenme ortamıyla ilgili faktörler
    a. Çalışanlar için otonomi ve söz hakkı olmaması
    b. Hassas gruplara yardım ve işbirliği kültürünün olmaması
    c. Hasta-hekim ilişkisi için yeterli zamanın olmayışı
    d. Meslektaşlarla birlikte sürekli eğitim için yeterli zamanın olmaması
    e. Sağlık çalışanlarının refahına odaklanılmaması
    f. Taciz ve şiddet

Tükenmişlik yaşayan kişilerde, çabuk öfkelenme, ani irritasyon, duyguları ele almada güçlük, ağlama, taşıyabileceğinden fazla baskıya sahip olduğu algısı, şüphe ve alınganlıkta artma, fikir uçuşmaları, sağlıkla ilgili riskli davranışlar ortaya çıkar, zamanla kişinin sosyal ilişkileri bozulur. Aşağıda tükenmişliğin yol açtığı sağlık sorunları sunulmuştur (116,119,120):

1. Psikolojik sorunlar
    - Konsantrasyon ve hafıza sorunları
    - Karar vermede zorluk
    - Başa çıkma kapasitesinde azalma
    - Anksiyete
    - Depresyon
    - Uykusuzluk
    - Düşük özgüven
    - Madde bağımlılığı
    - İntihar girişimi
2. Fiziksel sağlık sorunları

- Kas ve iskelet sistemi ağrıları
- Kardiyovasküler hastalıklar
- Enfeksiyonlara karşı artan hassasiyet
- Kronik yorgunluk

3. Davranışsal sorunlar
    - İş tatminsizliği
    - Düşük örgütsel bağlılık
    - Artan devamsızlık
    - İşten ayrılma düşüncesi ya da davranışı
    - Performansta düşüş
    - Artan alkol ve tütün tüketimi

Travma mağdurlarıyla çalışan psikologlardan Figley ve Stamm, 1992'de sekonder travmatik stresle tükenmişliğin örtüştüğünü ancak ikisinin farklı kavramlar olduğunu belirtmişlerdir. Tükenmişlik, merhamet yorgunluğundan farklı olarak travmaya maruz kalmayla ilişkili değildir ve işle ilgili stresörlerin kümülatif etkisiyle yavaş yavaş gelişen bir durumdur. Tükenmişlikte duygusal tükenme merhamet yorgunluğuna göre daha baskındır. Figley ve Stamm her bakım verende tükenmişlik görülmediğini gözlemlemişler ve bu durumu merhamet doyumunun tükenmişlikten koruyucu etkisiyle açıklamışlardır (98,104,105).

Tükenmişliği önlemenin en önemli yolu sağlık çalışanlarına değer verildiğini hissettiren ve sağlık çalışanlarının esenliğini önceleyen bir örgüt kültürü oluşturmaktır (116).

2.5.4. İkincil Travmatik Stres

İkincil travmatik stres, travma ya da şiddet mağdurlarıyla çalışanlarda görülen işle ilişkili bir ruhsal sağlık sorunudur. İkincil travmatik stres yardım eden kişinin bir başkasının travmatik deneyimlerini bizzat kendisinden duymasıyla ortaya çıkar. Travma mağdurlarıyla çalışanlarda yaşanan travmatik belirtiler temsili travmatizasyon ve travmatik karşıaktarım olarak da tanımlanmaktadır. Temsili travmatizasyonda travma mağdurunun yaşadıkları sonucu geliştirdiği öfke, korku, utanma gibi duyguları yardım eden de hissetmektedir. Genç ve mesleğe yeni başlayanlarda temsili travmatizasyon daha sık görülmektedir. Genç meslek sahipleri kendilerine aktarılan travmanın yarattığı duygularla başa çıkma zorluğu yaşamakta ve mağdura yardımcı

olmada yetersiz ve çaresiz kalmaktadırlar. Daha deneyimli çalışanlar ise mağdurla arasına duygusal mesafe koyarak bu etkilenmeden kendilerini korumaktadır. Yardım eden rolündekilerin bu ihtiyacı zamanında saptanıp çözümlenmezse yardım edenin psikolojik sağlığı bozulur, sonuçta yardım eden-mağdur bağı zarar görür. İkincil travmaya maruz kalan kişi, travmaya direk maruz kalan kişi gibi, travmatik olayı kafasında canlandırmakta ve adeta yaşamakta, mağdurla aşırı empati kurmakta, mağdurun duygularını inceleyip çözmesi gerekirken onu incitmemek için detaylı soru sormaktan kaçınmakta ve sağlık hizmeti sunmaktan ziyade mağdurun kurtarıcısı rolüne bürünebilmektedir. Yardım eden kişiyi yaşadığı ikincil travmatik stresten dolayı damgalamamalı, hoşgörülü yaklaşılmalı, mesleki beceri geliştirme ve yeterlilik eğitimi verilmelidir. Bu aşamada yardım eden kişinin mesleğini sürdürebilmesi ve mesleğinde başarılı olabilmesi için güvenli bir ortamda eş zamanlı olarak düzenli psikoterapi desteği alması önerilmektedir (121,122). Figley ikincil travmatik stresin sadece çalışanları değil, çalışanların ailelerini ve arkadaşlarını da olumsuz etkileyebileceğini tespit etmiştir (104).

İkincil travmatik stres, DSM-5'te ya da ICD-11'de ayrı bir tanı olarak yer almamaktadır. TSSB, DSM-5'te tanımlanmış ve etkenleri arasına travmaya dolaylı maruz kalma dahil edilmiştir. Ancak travmaya dolaylı maruz kalma, tekrar tekrar veya aşırı düzeyde maruz kalma şeklinde tanımlandığından uzmanlar bu tanımın ikincil travmatik stres tanısı koymak için yeterli olmadığını, ikincil travmatik stresin tanımını kesinleştirmek için ileri araştırmalar yapılmasını önermektedirler (123,124).

2.5.5. Moral distres

Moral ya da pratik ahlak, deontoloji kapsamında bulunan değer sistemleriyle ilgili bir kavramdır. Moral değerler çok iyi ya da çok kötü olarak değerlendirilen tutum ve davranışlarla ilgili normlardır.

Moral distres, görevi insanlara yardım etmek olan sağlık çalışanlarının yapılması gerekenin farkında olduğu halde olumsuz işyeri ortam koşulları nedeniyle buna uygun hareket edememesi, etik değerler ve mesleki yükümlülüklere aykırı hareket ettiğini düşünerek yaşadığı sıkıntıdır. Etik değerlerle uyumsuz pratik uygulamalar kişide utanma, suçluluk, hayal kırıklığı, öfke duygusuna neden olur ve bu durum işten ayrılmaya hatta intihara varacak düzeyde kişinin kendisine zarar vermesine yol açabilir (94). Bir hastaya bakım sağlamak için başka bir hastayı yaşam

destek cihazından çıkarmayı seçmek ya da malzeme eksikliği nedeniyle yeterli dezenfeksiyonu sağlayamamak ve bunun sonucunda hastada enfeksiyona yol açmak, bu duruma örnek olarak verilebilir (94). Pandemi, deprem gibi olağandışı durumlar sağlık bakım kurallarını oluşturan temel değerleri tehdit eder ve moral distrese yol açar.

2.5.6. Sosyal destek

Sosyal destek kişinin sevildiğini, kendisine değer verildiğini, başkaları tarafından kendisine ihtiyaç duyulduğunu, karşılıklı yardım ya da destek amacıyla kurulmuş resmi ya da resmi olmayan sosyal bir yapının bir parçası olduğunu hissetmesi olarak tanımlanır. Sosyal destek işle ilgili stresin olumsuz etkilerini tamponlayacak bir desteğe sahip olma hissidir. Sosyal desteğin varlığı ve destek sahibi olduğu algısı işle ilgili stresi azaltarak sağlıklı problem çözme stratejilerini mümkün kılar ve hem iş yaşamı hem de iş yaşamı dışında esenlik sağlar. Sağlık çalışanlarının sosyal destek durumlarını değerlendirmeleri, sosyal destekleri yetersizse arttırmaya çalışmaları önerilmektedir. Bu da sosyal ağların arttırılmasıyla, sivil toplum kuruluşlarına ve meslek örgütlerine katılımla mümkün olabilmektedir (94).

Aile ve arkadaşlar resmi olmayan sosyal yapıyı, örgüt veya işyerindeki yöneticiler resmi sosyal yapıyı oluşturmaktadır. Aile ve arkadaşlar çalışanla empati kurar, onu önemser, onu dinler ve böylece duygusal destek sağlar. Evde ya da ev dışında yapılması gereken günlük işlerin tamamlanması ya da maddi yardım yapılması ise araçsal destek sağlar. Resmi sosyal destek, işyerinde bir meslektaş ya da üst düzey yönetici tarafından mesleki gelişime katkı amacıyla verilen rehberlik şeklinde ya da daha tecrübeli bir çalışanın yeni başlayana bilgi ve deneyimlerini aktarması şeklinde olabilir. Sağlık çalışanlarının başkalarının yaşadığı travmalara sürekli maruz kalmaları, uzun saatler çalışmaları, vardiyalı çalışma sistemleri, zorlu çalışma koşulları uzun vadede kronik strese yol açar. Sosyal destek, sağlık çalışanlarını hem ikincil travmatik stres ve moral distresten korumada önemli bir etkiye sahiptir hem de merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeylerini azaltır (94).

2.6. Sağlık çalışanlarının sağlığını koruma ve geliştirme

Toplumun sağlıklı olması sağlık çalışanlarının fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmalarına bağlıdır. Sağlık sistemi sonlandırılması mümkün

olmayan sürdürülebilirliğinin sağlanması zorunlu olan bir sistemdir. Sistemin omurgasını oluşturan sağlık çalışanlarının sağlık ve refahını iyileştirmek için öncelikle olumsuz etki eden bireysel, organizasyonel ve toplumsal faktörleri düzenli olarak izlemek ve önlenebilir olumsuz faktörleri ortadan kaldırmak gerekmektedir.

Çalışmalar, dünya genelinde birçok farklı meslek grubundan oluşan sağlık çalışanlarının sağlığının iyi düzeyde olmadığını, özellikle pandeminin sağlık çalışanlarının psikososyal sorunlarını arttırdığını, bu sorunların işyeri ortam faktörleriyle ilişkili olduğunu göstermiştir. Sağlık çalışanlarının sağlık sorunlarının önemli bir tıbbi, sosyal ve ekonomik yük oluşturduğu anlaşılmıştır. Sağlık çalışanlarının çalışma yaşamı kalitelerini, mesleki doyumlarını, üretkenliklerini arttırmak, sağlıklarını korumak ve geliştirmek için çalışan hakları temelinde destekleyici örgüt kültürü ve sosyal politikaların oluşturulması önerilmektedir. Bu kapsamda politika yapıcılara, kamu ve özel sektördeki işverenlere sağlık eğitimi verilmesi gerekmektedir (120).

Kaliteli bir sağlık sisteminin adanmış bir yöneticilikle mümkün olacağı belirtilmektedir (18). Sağlık çalışanlarının sağlık ve güvenliğini sağlamanın örgüt kültürü ve iyi bir örgütsel yönetimle mümkün olacağı belirtilmektedir. Örgütün kişiliği olarak da tanımlanan örgüt kültürü, örgütlerin sahip oldukları gelenek, anlayış, norm ve inançları, örgütteki iş yapma ve yürütme biçimini yansıtan örgüt üyelerinin paylaştığı temel değerler sistemidir (125,126). Örgüt kültürü iyi bir liderlik gerektirmektedir. Peter Drucker'a göre yönetim işleri doğru yapıyor olmak, liderlik ise doğru işleri yapıyor olmaktır. Lider işyerinde görev tanımını ve iş akışını net bir şekilde belirlemeli, bireysel koruyucu donanım sağlamalı, işyerindeki risklerle ilgili çalışanları eğitmeli ve uyarıcı levhaları bulundurmalı, çatışmalarla başa çıkmalı, çalışanların becerilerini geliştirmeye yönelik hizmet içi eğitimler vermeli, çalışanların sağlıklı yaşam tarzlarını benimsemelerini kolaylaştıran bir iş çevresi sağlamalıdır. Esenliği sağlamaya yönelik örgüt kültürü, psikososyal sağlık sorunlarını azaltır, işyerinde kişiler arası ilişkileri geliştirir, üretkenliği ve iş doyumunu arttırır (94,106).

Sağlık çalışanları yoğun tempoda çalışmakta ve zamanlarının çoğunu işyerlerinde geçirmektedirler. Sağlıklarının korunması temel haklarından biridir. Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği ile ilgili programlar hazırlanırken bu haktan

ve diğer çalışan haklarından yola çıkılmalıdır. Sağlık çalışanları için literatürde belirtilen diğer haklardan bazıları aşağıda özetlenmiştir (127,128):

- Sağlıklı ve güvenli bir iş ortamında çalışma hakkı
- Sendikaya katılma hakkı
- Sağlık çalışanının kültürüne, inançlarına ve değerlerine saygı gösterilmesi ve mahremiyetinin korunması hakkı
- Adil muamele, ayrımcılıktan korunma hakkı
- Saygı görme ve iyi niyetli davranılma hakkı
- Söz hakkı (bilgi edinme, çalışanın görüşlerinin dikkate alınması)
- Özlük bilgilerinin gizliliği ve kişisel bilgilerine ulaşma hakkı
- Tatmin edici gelir elde etme hakkı
- Profesyonel becerileri geliştirme hakkı
- Çağdaş bilimsel tıp olanaklarını uygulama hakkı
- Yönetsel süreçlere katılma hakkı

Zor koşullarda hizmet veren sağlık çalışanlarını tükenmişlik, ikincil travmatik stres ve merhamet yorgunluğundan korumak için kişisel dayanıklılıklarının arttırılması önerilmektedir (106). Pandemiyle birlikte kişisel dayanıklılığı arttırma, dayanışma ve sosyal destek kavramları daha fazla ön plana çıkmıştır. Kişisel dayanıklılık kişinin mesleğiyle ilgili, duygusal ve fiziksel iyilik haline etki eden becerileri ve davranışlarıyla tanımlanmaktadır. Psikolojik dayanıklılık ya da psikolojik sağlamlık olarak da adlandırılan kişisel dayanıklılığın bireyi koruyucu özellikleri; olumlu mizaç, yüksek benlik saygısı, güçlü öz-yeterlik algısı, yüksek duygusal zeka, stresle başa çıkma becerileri, problem çözme becerileri, yaşamda anlam oluşturma ve yaşamın bir anlamı olduğuna inanma ve duygu düzenleme becerileri olarak sıralanabilir (129). Kişisel dayanıklılığın tek başına yeterli olmadığı, örgütsel sosyal desteğin, özellikle zor koşullarda, hayati önemde olduğu akılda tutulmalıdır. İşyerinin desteği gerekli olmakla birlikte sağlıklı ve güvenli olmak için sağlık çalışanlarının da sorumlu davranmaları gerekmektedir. Bunların başında kendi sağlıklarını korumak, düzenli fizik aktivite, sağlıklı beslenme, sigara ve alkol gibi sağlığa zararlı alışkanlıkları terk etme, işyeri koşullarının gerektirdiği kuralları öğrenme ve kurallara uyma gelmektedir.

DSÖ ve ILO'ya göre sağlık çalışanlarına yönelik iş sağlığı ve güvenliği programları aşağıdakileri içermelidir (130):

1. Ulusal düzeyde ve işyerinde iş sağlığı konusunda yetkili ve sorumlu kişiler belirlenmelidir.
2. Ulusal düzeyde ve işyerinde sağlık iş gücünün korunmasına yönelik sağlık, güvenlik ve çalışma koşullarına ilişkin yasal düzenlemeler yapılmalıdır.
3. Güçlü bir iş sağlığı programı hazırlanmalı, iş sağlığı hizmetleri ve kişisel koruyucu donanımlar için bütçe ayrılmalıdır.
4. Çalışan ve yöneticilerin temsil edildiği sağlık ve güvenlik komiteleri oluşturulmalıdır.
5. Tüm çalışanlara, yöneticilere ve topluma yönelik düzenli eğitimler verilmelidir.
6. İşyerindeki tehlikeler tespit edilmeli, ortadan kaldırılmalı ve işyeri risklerinin kontrolü sağlanmalıdır.
7. İşyerinde hepatit B ve diğer aşıyla önlenebilir hastalıklara karşı ücretsiz aşılama hizmeti sunulmalı, kan teması riski olan çalışanlara üç doz hepatit B aşısı yapılmalıdır.
8. Ramak kalma dahil bütün maruziyet ve kazaların kaydedilmesi teşvik edilmeli, kayıt ve sürveyans sisteminin önündeki engeller kaldırılmalıdır.
9. Sağlık çalışanlarının HIV/AIDS, tüberküloz, hepatit B ve C'ye yönelik teşhis, tedavi, bakım ve desteğe erişimi sağlanmalıdır.
10. Sağlık işyeri ve sağlık iş gücünün sağlık ve güvenliği ile ilgili verilerin toplanması, izlenmesi ve analiz edilmesi için uygun bilgi sistemleri kullanılmalıdır.
11. Yasalara uygun olarak sağlık çalışanlarına işle ilgili maluliyet tazminatı alma hakkı tanınmalıdır.
12. Sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği konusunda yapılacak araştırmalar teşvik edilmelidir.
13. Çevre duyarlılığı ve sosyal sorumluluk kapsamında sera gazı emisyonlarını azaltılmalı, yenilenebilir enerji kullanımı arttırılmalı, güvenli içme suyu sağlanmalı, el hijyeni teşvik edilmeli, tehlikeli sağlık hizmeti atıklarının, pestisitlerin, dezenfektanlar ve sterilantlar gibi kimyasalların çevre sağlığına uygun şekilde bertarafı sağlanmalıdır.

3.GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın tipi

Rize İl Merkezi'nde çalışmakta olan sağlık çalışanlarını kapsayan bu araştırma kesitsel analitik tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir:

1. Sağlık çalışanlarında profesyonel yaşam kalitesi alt ölçeklerinden merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu orta düzeydedir.
2. Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu sosyodemografik özelliklerle ilişkilidir.
3. Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu çalışma koşulları ve işyeri ortam faktörleriyle ilişkilidir.
4. Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu COVID-19 deneyimleriyle ilişkilidir.

3.2. Araştırmanın evreni

Araştırma, Rize İli Merkez İlçe'de yürütülmüştür.

Araştırmanın evrenini Rize Merkez'de, on ve daha fazla çalışanı olan kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan hekim, hemşire, ebeler oluşturmaktadır. Evreni oluşturan hekim, hemşire ve ebe sayısı Sağlık Müdürlüğü'nden temin edilmiştir. Evren 1339 çalışandan oluşmaktadır. Rize Merkez'deki RTEÜ Eğitim Araştırma Hastanesi, Rize Devlet Hastanesi, Rize Merkez'deki ASM'ler, TSM birimleri (VSD, KETEM, ÇEKÜS, TSM Polikliniği), Rize Merkez'deki özel hastane ve özel sağlık merkezleri araştırma kapsamına alınmış olan kurum ve kuruluşlardır.

3.3.Araştırmanın örneklemi

Örneklem büyüklüğü online Epi-Info programı ile hesaplanmıştır. Prevalansın bilinmediği durumlardaki örneklem büyüklüğü formülüne göre tükenmişlik prevalansı %50, güven düzeyi %95, örnekleme hatası %5 alınarak örneklem büyüklüğü 317 olarak belirlenmiştir. Belirlenen örneklem büyüklüğüne %20 yanıtsızlık oranı eklenerek 396 hemşire/ebe ve hekimin örneklem kapsamına alınması kararlaştırılmıştır. Planlanan örneklem büyüklüğünün %95.7'sine ulaşılarak 379 hekim, hemşire/ebe örneklem kapsamına alınmıştır. Veri toplama sırasında ziyaret edilen kümelerde hekim ve hemşire/ebe dışındaki diğer sağlık çalışanlarının

araştırmaya katılmada gönüllü olmaları üzerine 49 diğer sağlık çalışanına da anket uygulandığından nihai örneklem büyüklüğü planlananın üzerinde 428 çalışan olarak tamamlanmıştır.

3.4.Örnekleme yöntemi

Örneklem seçiminde çok aşamalı nüfusa orantılı olasılıklı küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. İlk aşamada evrendeki çalışanlar mesleklerine ve çalıştıkları kuruma göre tabakalandırılmıştır. Çalışanlar mesleklere göre hekim ve hemşire/ebe olmak üzere iki tabakaya ayrılmıştır. Hekim ve hemşire/ebelerin evrendeki ağırlığı oranında örneklemde temsil edilmesi sağlanmıştır. Kurumlara göre Eğitim Araştırma Hastanesi, Devlet Hastanesi, 1.Basamak sağlık hizmeti sunan kurumlar (ASM, TSM polikliniği, VSD, ÇEKÜS, KETEM) ve özel sağlık kuruluşları olmak üzere dört tabaka oluşturulmuştur. Kurum ve kuruluşlardan kaç hekim, hemşire ve ebe ile görüşmek gerektiği tabaka ağırlıklarına göre saptanmıştır.

Araştırmaya dahil edilen kurumlardaki mevcut çalışan sayısı ile örnekleme alınan çalışan sayısı Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4: Evren ve örneklemi oluşturan çalışanların tabakalara göre sayı ve yüzde dağılımı

Kurumlar ve meslekler	Evren		Örneklem	
	Sayı	%	Sayı	%
Eğitim Araştırma Hastanesi				
Hekim	305	22.8	114	30.0
Hemşire/Ebe	487	36.4	123	32.4
Toplam	792	59.1	237	62.5
Devlet Hastanesi				
Hekim	63	4.7	16	4.2
Hemşire/Ebe	307	22.9	72	19.0
Toplam	370	27.6	88	23.2
ASM ve TSM'ler				
Hekim	47	3.5	12	3.2
Hemşire/Ebe	40	3.0	19	5.0
Toplam	87	6.5	31	8.2
Özel sağlık kuruluşları				
Hekim	52	3.9	13	3.4
Hemşire/Ebe	38	2.8	10	2.6
Toplam	90	6.7	23	6.1
Toplam				
Hekim	467	34.9	155	40.9
Hemşire/Ebe	872	65.1	224	59.1
Toplam	1339	100.0	379	100.0

p1=0.247, Ki-kare testi, kurum toplamlarının evren ve örneklem arasındaki dağılımı
p2=0.308, Ki-kare testi, kurumlara göre hekimlerin evren ve örneklem arasındaki dağılımı
p3=0.136, Ki-kare testi, kurumlara göre hemşire ve ebelerin evren ve örneklem arasındaki dağılımı

Evreni oluşturan çalışanların %59.1'i, örneklemi oluşturan çalışanların %62.5'i Eğitim Araştırma Hastanesi'nde çalışmaktadır. Evreni oluşturan çalışanların %27.6'sı, örneklemi oluşturan çalışanların %23.2'si Devlet Hastanesi'nde çalışmaktadır. Evreni oluşturan çalışanların %6.5'i, örneklemi oluşturan çalışanların %8.2'si ASM ve TSM'lerde çalışmaktadır. Evreni oluşturan çalışanların %6.7'si, örneklemi oluşturan çalışanların %6.1'i özel sağlık kuruluşlarında çalışmaktadır. Evren ve örneklemdeki çalışanların kurumlara ve mesleklere göre dağılımları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

İkinci aşamada araştırma kapsamına alınacak kümeler seçilmiştir. İkinci basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında anabilim dalları, birinci basamak sağlık kurumlarında ASM'ler ve TSM birimleri küme birimi olarak belirlenmiştir. Toplam 54 küme oluşturulmuş, her kümede çalışan hekim, hemşire/ebe sayıları kurumlardan öğrenilmiş, çalışan sayılarının kümülatif toplamları hesaplanmış ve 30 küme

sistematik örnekleme yöntemiyle rastgele seçilmiştir. İlk küme rastgele seçildikten sonra kalan kümelerin seçiminde sistematik örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Evrendeki kişi sayısı, örneklemdeki kişi sayısına bölünerek (1339/396) saptanan üç örneklem aralığına göre diğer kümeler seçilmiştir. Daha sonra örnekleme alınacak hekim sayısı 30'a bölünerek her kümeden kaç hekimin örneklem kapsamına alınması gerektiği hesaplanmıştır. Örnekleme alınması gereken hemşire sayısı hekim sayısının 1.5 katı kadar olduğundan her kümeden örnekleme çıkan hekim sayısının yaklaşık 1.5-2 katı kadar hemşire/ebe alınması kararlaştırılmıştır. Buna göre her kümeden 4-5 hekim ve 7-8 hemşire/ebeye anket uygulanması planlanmıştır. Örnekleme seçilen kümeler Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5: Örnekleme seçilen kümeler

Eğitim Araştırma Hastanesi ve Devlet Hastanesi'ndeki anabilim dalları	Birinci basamak sağlık kurumları	Özel sağlık kuruluşları
Acil tıp Aile hekimliği Anestezi ve reanimasyon Dermatoloji Çocuk hastalıkları Enfeksiyon hastalıkları Fizik tedavi ve rehabilitasyon Genel cerrahi Göğüs hastalıkları Göz hastalıkları İç hastalıkları Kadın hastalıkları ve doğum Kardiyoloji Kulak burun boğaz Ortopedi Psikiyatri Radyoloji Biyokimya Mikrobiyoloji	Aile Sağlığı Merkezleri 1 No'lu ASM 3 No'lu ASM 12 No'lu ASM 9 No'lu ASM	Özel Rize Tıp Merkezi (Birinci basamak olarak kabul edilmiştir.) Özel Şar Hastanesi

3.5. Araştırmaya dahil edilme ve dışlama kriterleri

Pandemi döneminde anabilim dallarının aktif olarak hizmet sunmuş olması ve sağlık personelinin pandemi döneminde filyasyon hizmetine katılmış olması çalışmaya dahil edilme kriteri olarak belirlenmiştir. Kurumlardaki idari personel, tıbbi sekreter, hasta ile teması olmayan meslek grupları ve filyasyona katılmamış çalışanlar dışlama kriteri olarak belirlenmiştir.

3.6. Araştırmanın değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

- Profesyonel yaşam kalitesi alt alanlarının ortalamaları
    - Merhamet doyumu alt alanı ortalaması
    - Tükenmişlik alt alanı ortalaması
    - Merhamet yorgunluğu alt alanı ortalaması
- Profesyonel yaşam kalitesi alt alanlarının sınıflandırılmış düzeyleri
    - Merhamet doyumunun düşük, orta, yüksek olmak üzere yüzdeleri
    - Tükenmişliğin düşük, orta, yüksek olmak üzere yüzdeleri
    - Merhamet yorgunluğunun düşük, orta, yüksek olmak üzere yüzdeleri

Bağımsız Değişkenler

- Sosyodemografik özellikler:
    - Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı, meslek
- Gelirle ilişkili özellikler:
    - Aylık gelir (sadece mesleği uygulama ile elde edilen aylık kazanç), gelirden memnuniyet, mali sorunlar yaşama
- Çalışma yaşamıyla ilişkili özellikler:
    - Çalışılan kurum, çalışılan basamak, çalışılan birim, yıl olarak çalışma süresi
- İş stresine yol açan özelliklerle ilişkili görüş:
    - İş yükü (aynı anda yürütülen farklı görevler olarak), nöbet tutma durumu, pandemide alanı dışındaki birimlerde çalışma durumu, işten sonra dinlenme süresi, işyeri güvenliği, işyerindeki fiziksel koşullar, işyerinde risklerle ilgili bilgilendirme, profesyonel becerileri geliştirme imkanı
- Çalışma ortamında kişiler arası ilişkilerle ilgili görüşler:
    - İşyerinde ayrımcılık, birlikte çalıştığı kişilere güvenme, çalışma hayatında çatışma olması, işyerinde engellenme/baskı
- Sağlıkla ilgili özellikler:
    - Kronik hastalık durumu, algılanan sağlık düzeyi, COVID-19 geçirme, COVID-19'dan yakınını kaybetme

3.7. Gerekli İzinler

Araştırmaya etik kurul izni ve kurum izinleri alındıktan sonra başlanmıştır. Araştırmanın yürütülmesi için RTEÜ Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 25.01.2023 Tarih ve 2023/20 karar numaralı onay (EK-1) ve İl Sağlık Müdürlüğü'nden 10.01.2023 Tarih ve 799 sayılı onay alınmıştır (EK-2).

3.8. Verilerin toplanması ve veri toplama araçları

Veriler araştırmacı tarafından Mart-Temmuz 2023 tarihleri arasında katılımcılara çalıştıkları birimde anket uygulanarak gözetim altında toplanmıştır. Çalışanlar anketleri kendileri yanıtlamıştır. Anketin yanıtlanma süresini tespit etmek ve soruların işlerliğini saptamak için ön deneme amacıyla örnekleme alınmayan bir grup çalışana anket uygulanmıştır. Anketlerin yanıtlanması yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

Veri toplamaya başlanmadan önce her kümeden anabilim dalı başkanları ya da sorumlu personel aranarak randevu alınmış ve birimler ziyaret edilmiştir. Anket formu üzerinde araştırmayla ilgili açıklayıcı bilgi yer almıştır. Ayrıca katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilerek sözlü onamları alınmıştır. Katılımcıların isim ve kimlik bilgileri alınmamıştır. Yanıtlama işlemini bitiren katılımcı yanıtladığı anket formunu diğer anketleri de içeren bir çanta içine kendisi yerleştirmiş ve bu şekilde gizlilik sağlanmıştır.

Anket formunda, çalışanların sosyodemografik özellikleri, yukarıda belirtilen bağımsız değişkenlere ilişkin sorular ve bağımlı değişken olan Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği IV. Versiyonu (Professional Quality of Life Scale- IV) yer almıştır (EK-3).

Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (Professional Quality of Life Scale-IV): Bu ölçek Stamm ve arkadaşları tarafından 2005 yılında başkalarına yardım etme görevi olan kişilerin bu görevlerini yerine getirirken meslekleriyle ilgili yaşadıkları olumlu ve olumsuz yönleri saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu olmak üzere üç alt alanı vardır ve son bir aydaki durumu ölçmektedir. Her bir alt alan on maddeden oluşmaktadır. Maddeler "Hiçbir zaman" (0) ile "Çok sık" (5) arasında değişen altılı likert tipindedir. Ölçeğin toplam bir puanı yoktur. Her bir alt alanın ayrı ayrı ortalamaları hesaplanmaktadır Ölçeğin amacı çalışanların ölçeği kendi kendilerine uygulayarak merhamet doyumu,

tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu düzeylerini periyodik olarak saptamalarıdır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı'ndan Yeşil A. ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır (98,131).

Ölçeğin alt alanları aşağıda sunulmuştur (98):

1. Merhamet doyumu (Compassion Satisfaction): Bu alt alan işini iyi yapmak ve yardıma ihtiyacı olanlara yardım etmiş olmaktan alınan haz ve doyumun düzeyini ölçmektedir. Ölçekten alınabilecek puan 0-50 arasında değişmektedir. Ortalama puan 37'dir. Alınan puanlar değerlendirilirken 42 puanın üzeri yüksek, 33 puanın altı düşük, 33-42 puan arası orta düzeyde merhamet doyumu şeklinde sınıflandırılmaktadır. Katılımcıların 42 puanın üzerinde almaları yüksek merhamet doyumunu, kişinin bulunduğu pozisyon ve yaptığı işten yüksek düzeyde doyum sağladığını, 33 puanın altında almaları düşük merhamet doyumunu, işle ilgili problemlerin varlığını, mevcut memnuniyetin iş dışı nedenlerden kaynaklanabileceğini, 33-42 puan arasında almaları ise orta düzeyde merhamet doyumunu ya da orta düzeyde mesleki memnuniyeti göstermektedir. Merhamet doyumunun Cronbach Alfa değeri Stamm tarafından 0.87, Yeşil tarafından 0.819 olarak bulunmuştur.
2. Tükenmişlik (Burnout): Bu alt alan mesleği uygularken karşılaşılan zorluklarla başa çıkamama, mesleği etkili bir şekilde yapamama ve umutsuzluk duygularını ölçmektedir. Ölçekten alınabilecek puan 0-50 arasında değişmektedir. Ortalama puan 22'dir. Alınan puanlar değerlendirilirken 27 puanın üzeri yüksek, 18 puanın altı düşük, 18-27 puan arası orta düzeyde tükenmişlik şeklinde sınıflandırılmaktadır. Katılımcıların 27 puanın üzerinde almaları yüksek düzeyde tükenmişliği, işinde etkili olmadığını düşündüren bir durumun söz konusu olduğunu, ihmal edilmeyip araştırılmasının ve kişinin izin almasının gerekebileceğini, 18 puanın altında almaları düşük düzeyde tükenmişliği, kişinin işinde etkili olduğunu düşündüğünü ve işine karşı olumlu duygular içinde olduğunu, 18-27 puan arasında almaları ise orta düzeyde tükenmişliği göstermektedir. Tükenmişliğin Cronbach Alfa değeri Stamm tarafından 0.72, Yeşil tarafından 0.622 olarak bulunmuştur.

3. Merhamet Yorgunluğu (Compassion Fatigue): İkincil travmatik stres ve dolaylı travma ile ilişkilidir. Bu alt alan meslekle ilgili, aşırı stresli olaylara ikincil olarak maruz kalma sonucu ani başlayan korku, zihninde olayı yeniden yaşama ve uyku sorunları gibi semptomları ölçmektedir. Ölçekten alınabilecek puan 0-50 arasında değişmektedir. Ortalama puan 13'tür. Alınan puanlar değerlendirilirken 17 puanın üzeri yüksek, 8 puanın altı düşük, 8-17 puan arası orta düzeyde merhamet yorgunluğu şeklinde sınıflandırılmaktadır. Katılımcıların 17 puanın üzerinde almaları yüksek düzeyde merhamet yorgunluğunu, işin çalışanı korkutuyor olabileceğini ve bunun nedeninin araştırılması gerektiğini, hekime başvuru ve istirahat izni gerekebileceğini, 8 puanın altında almaları düşük düzeyde merhamet yorgunluğu, 8-17 puan arasında almaları orta düzeyde merhamet yorgunluğunu göstermektedir. Merhamet yorgunluğunun Cronbach Alfa değeri Stamm tarafından 0.80, Yeşil tarafından 0.835 olarak bulunmuştur.

Profesyonel yaşam kalitesinin her bir alt alanının maddeleri Tablo 6,7 ve 8'de sunulmuştur.

Tablo 6: Merhamet doyumu alt alanı maddeleri

1. İnsanlara yardım edebiliyor olmaktan memnun oluyorum.
2. Başkalarına yardım ettikten sonra kendimi daha güçlü hissediyorum.
3. İşimi seviyorum.
4. Bildiğim yardım yöntemlerini ne kadar çok kullanabilirsem o kadar iyi hissediyorum.
5. İşim beni tatmin ediyor.
6. Yardım ettiğim kişiler ve onlara yaptığım yardımlarla ilgili olumlu düşünce ve duygular taşıyorum.
7. İşimde yaptıklarımla bir fark yaratabileceğime inanıyorum.
8. Yardım edebildiğim durumlardan gurur duyuyorum.
9. Yardım eden olarak kendimi "başarılı" hissediyorum.
10. Bu işi seçtiğim için mutluyum.

Tablo 7: Tükenmişlik alt alanı maddeleri

1. Kendimi mutlu hissediyorum.
2. Başkalarıyla ilişki kurabildiğimi hissediyorum.
3. Yardım ettiğim kişinin yaşadığı çok acı bir olay uykumun bozulmasına neden oluyor.
4. Yardım eden olarak kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum.
5. Bana güç veren inançlarım var.
6. Her zaman olmak istediğim gibi bir insanım.
7. Kendimi tükenmiş hissediyorum.
8. Yaptığım işin yoğunluğu veya yardım ettiğim kişilerin çokluğu gibi nedenlerle kendimi tükenmiş hissediyorum.
9. Çalışma sisteminden dolayı kendimi çıkmaza girmiş gibi hissediyorum.
10. Çok hassas bir insanım.

Tablo 8: Merhamet yorgunluğu alt alanı maddeleri

1. Yardım ettiğim kişiler zihnimi aşırı meşgul ediyor.
2. Ani ya da beklenmedik ses duyunca sıçrıyor ya da ürküyorum.
3. Yardım eden rolümle kendi özel hayatımı birbirinden ayırmakta zorlanıyorum.
4. Yardım ettiğim kişilerin yaşadığı stresin bana da geçebileceğini düşünüyorum.
5. Yardım için yaptığım çalışmalarımdan dolayı zaman zaman kendimi zorda hissediyorum.
6. Yardım eden olmamın sonucunda kendimi çökkün hissediyorum.
7. Yardım ettiğim kişilerin başlarından geçen çok acı yaşantıları sanki kendim yaşıyormuş gibi hissettiğim oluyor.
8. Bana yardım ettiğim insanların korku verici yaşantılarını hatırlattığı için çeşitli etkinlik ve durumlarda bulunmaktan kaçınıyorum.
9. Yardım etmemin sonucu olarak sıkıntı verici veya korkutucu düşüncelerim oluyor.
10. Travma mağdurlarıyla yaptığım çalışmaların önemli bölümlerini hatırlayamıyorum.

3.9. Verilerin analizi

Veri girişi ve analizi anabilim dalında mevcut olan PASW Statistics 18 programı ile yapılmıştır.

Bağımlı değişken olan alt alan ortalamalarının normal dağılmadığı Kolmogorov-Smirnov testiyle saptanmıştır. Bu nedenle bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki istatistiksel ilişkileri değerlendirmede Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, Ki-kare gibi non-parametrik tek yönlü hipotez testleri kullanılmıştır. Alt alanlar arasında korelasyon analizleri yapılmış, ilişkinin yönü ve derecesi (r katsayısı) ile tanımlayıcılık katsayıları (R^2) hesaplanmıştır. Korelasyon analizinde Spearman-rho testi kullanılmıştır.

Tek yönlü analizlerde merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu $p \leq 10$ düzeyinde anlamlı bulunan bağımsız değişkenler backward stepwise lojistik regresyon analizine sokularak düşük merhamet doyumu, yüksek tükenmişlik ve yüksek merhamet yorgunluğuna etkili primer bağımsız değişkenler belirlenmiştir. Sonuçlar Odds Ratio (OR) ve %95 güven aralığı ile sunulmuştur. Lojistik regresyon analizi yapmak için bağımlı değişkenler dummy değişken olarak yeniden oluşturulmuştur. Merhamet doyumu için düşük düzeyde merhamet doyumu 1, orta ve yüksek düzeyde merhamet doyumu 0 olarak, tükenmişlik için yüksek düzeyde tükenmişlik 1, orta ve düşük düzeyde tükenmişlik 0, merhamet yorgunluğu için yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu 1, orta ve düşük düzeyde merhamet yorgunluğu 0 olarak kodlanmıştır. Tek yönlü analizlerde ilişki saptanan bağımsız değişken

kategorilerinden bağımlı değişkenle paralel artma ya da azalma saptananlar 1, diğerleri 0 olarak kodlanmıştır.

3.10. Araştırmanın süresi

Araştırma Kasım 2022 – Temmuz 2024 tarihleri arasında 21 aylık sürede yapılmıştır. Araştırmanın aşamaları Tablo 9'daki zaman çizelgesinde ayrıntılarıyla sunulmuştur.

Tablo 9: Araştırmanın zaman çizelgesi

Yıllar	Aşamalar	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmu	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık
2022	Planlama/Literatür taraması											■	■
2023	Anket hazırlama/İzinler	■											
	Ön deneme/anket basımı		■										
	Veri toplama			■	■	■	■	■					
	Veri analizi								■	■	■	■	■
2024	Rapor yazımı	■											
	Rapor teslim												

3.11. Araştırmanın bütçesi

Araştırmanın bütçesi kırtasiye ve ulaşım giderlerinden oluşmuştur. Araştırma yaklaşık 1400 Türk Lirası'na mal olmuştur. Araştırma giderleri araştırmacılar tarafından karşılanmıştır.

3.12. Araştırmanın kısıtlılıkları

Stamm merhamet doyumunun çalışanları tükenmişlik ve merhamet yorgunluğundan koruduğunu ileri sürmüştür. Çalışmamızda katılımcılarda merhamet doyumu düşük düzeyde, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu orta düzeyde saptanmıştır ancak merhamet doyumunun düşüklüğünün mü tükenmişlik ve merhamet yorgunluğuna yol açtığı yoksa tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunun mu düşük merhamet doyumuna sebep olduğu saptanamamıştır. Araştırma kesitsel tipte bir anket çalışmasıdır. Kesitsel araştırmaların özelliği olan temporalite ve hafıza faktörü çalışmamızdaki bu bulgu için bir kısıtlılık olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın planlama aşamasında hekim, hemşire ve ebelerin evrendeki sayıları üzerinden örneklem büyüklüğü belirlenmiştir. Başlangıçta evrendeki diğer sağlık personeli sayısı örnek büyüklüğü hesaplamasında değerlendirilmediğinden diğer sağlık personeli ile ilgili bulguların Rize Merkez'deki diğer sağlık personellerine genellenemeyeceğini bir kısıtlılık olarak belirtmek gerekmektedir. Diğer sağlık personeli fizyoterapist, anestezi teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, röntgen teknisyeni, psikolog, diyetisyen, biyolog, moleküler biyolog ve perfüzyonistten oluşmaktadır. Ayrıca diğer sağlık personelinin araştırmaya katılmış olmaları araştırmaya katılan hemşire/ebe sayısının başlangıçta planlanandan daha düşük olmasına neden olmuştur. Yine de elde edilen sonuçlar Rize Merkez'deki hekim, hemşire ve ebelere genellenebilir niteliktedir.

Aylık gelir düzeyi değişkeni <10000 TL ve 101000 TL aralığında olmak üzere ankette yirmi grup olarak sorulmuştur. Gelir ortalamaları hesaplanırken her grup için sınıflandırılmış verilerde aritmetik ortalama hesaplama yöntemi kullanılarak yeni bir ortalama değer bulunmuş ve bu değer bağımlı değişken olarak kullanılarak hipotez testleri gerçekleştirilmiştir. Gelir düzeyinin direk olarak sorulmamış olması ve analiz sırasında ek işlemler gerçekleştirilmesini bir kısıtlılık olarak belirtmek gerekmektedir.

Araştırmada ProQOL-IV kullanılmıştır. Bunun nedeni araştırmanın yapıldığı dönemde sadece bu versiyonun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmış olmasıdır. Yurtdışındaki literatürde pandemi dönemi ve sonrasında ProQOL-V ile yapılmış çalışmalar olmasına rağmen ölçüm biçimi farklı olduğu için ortalama puanların tartışmasında sadece ProQOL-IV kullanılarak yapılmış çalışmalar temel alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırma bulguları dört başlık altında sunulmuştur:

4.1. Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular

4.2. Sağlık çalışanlarının çalışma yaşamına ve işyeri ortam faktörlerine ilişkin bulgular

4.2.1. Çalışma yaşamına ilişkin bulgular

4.2.2. İş yeri ortam faktörlerine ilişkin bulgular

4.3. Sağlık çalışanlarının sağlık özelliklerine ve COVID-19 deneyimlerine ilişkin bulgular

4.4. Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi alt alanları olan merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğuna ilişkin bulgular

4.4.1. Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalama ve korelasyon analizi

4.4.2. Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunun kişisel özelliklere göre dağılımı

4.4.3. Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunun çalışma yaşamı ve işyeri ortam faktörlerine göre dağılımı

4.4.4. Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunun sağlık özelliklerine göre dağılımı

4.5. Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğuna etki eden faktörlerin çok yönlü analizi (lojistik regresyon analizi)

4.5.1. Merhamet doyumuna etki eden primer bağımsız değişkenler

4.5.2. Tükenmişliğe etki eden primer bağımsız değişkenler

4.5.3. Merhamet yorgunluğuna etki eden primer bağımsız değişkenler

4.1. Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular

Araştırma kapsamına giren sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 10'da sunulmuştur.

Araştırma kapsamına giren sağlık çalışanlarının %26.9'u erkek, %73.1'i kadındır. Katılımcıların yaş ortalaması 32.4±0.4 yıldır (medyan=30, mod=28). Çalışanların %9.8'i 25 yaş altında, %78.9'u 25-44 yaş arasında ve %11.2'si 45 yaş ve üzerindedir. Yaş ile cinsiyet arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamakla birlikte erkekler arasında 45 yaş ve üzerinde olanlar (%16.5), kadınlardan (%9.3) daha

fazladır (p=0.093). Tablo olarak gösterilmemekle birlikte yaş ortalamaları cinsiyete göre farklı bulunmuştur. Erkeklerin yaş ortalaması 34.5±1.0, kadınların yaş ortalaması 31.6± 0.4'tür (p=0.032).

Tablo 10: Çalışanların sosyodemografik özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı

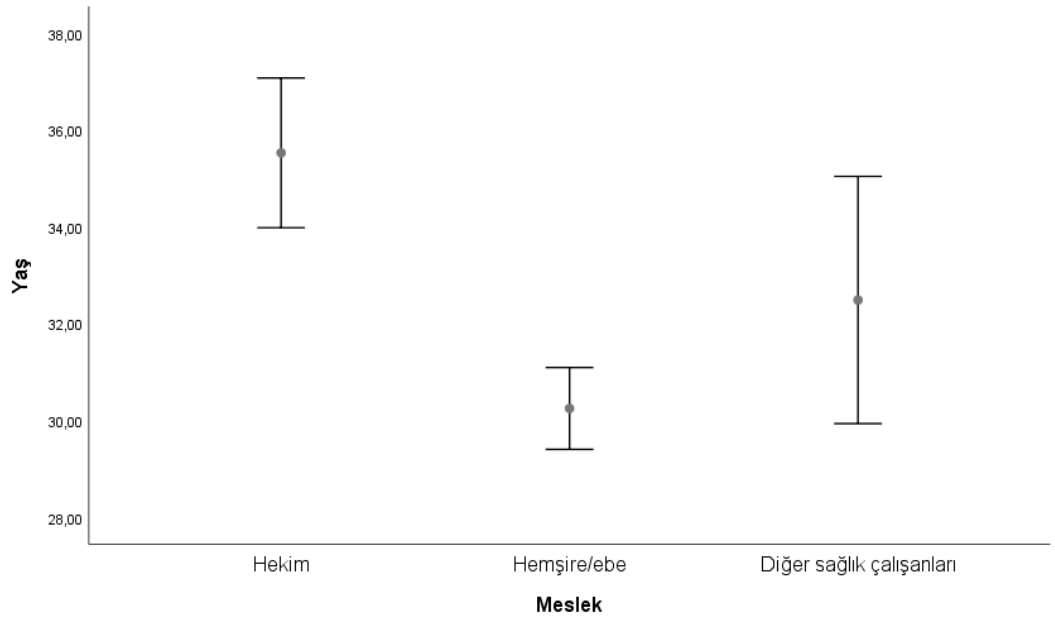
Sosyodemografik özellikler	Cinsiyet						Ki-kare p
	Erkek		Kadın		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	
Yaş							
<25 yıl	7	6.1	35	11.2	42	9.8	
25-34 yıl	70	60.9	190	60.7	260	60.7	0.093
35-44 yıl	19	16.5	59	18.8	78	18.2	
≥45yıl	19	16.5	29	9.3	48	11.2	
Eğitim düzeyi							
Lise	4	3.5	18	5.8	22	5.1	
Ön lisans veya lisans	40	34.8	204	65.2	244	57.0	0.001
Yüksek lisans, doktora veya uzmanlık [1]	71	61.7	91	29.1	162	37.9	
Medeni durum							
Evli	74	64.3	166	53.0	240	56.1	
Bekâr[2]	41	35.7	142	45.4	183	42.7	0.037
Dul/boşanmış	0	0.0	5	1.6	5	1.2	
Çocuk sayısı							
0	59	51.3	181	57.8	240	56.1	
1	22	19.1	58	18.5	80	18.7	0.275
2	30	26.1	57	18.2	87	20.3	
3 ve daha fazla	4	3.5	17	5.4	21	4.9	
Meslek							
Hekim[1]	74	64.3	81	25.9	155	36.2	
Hemşire/ebe[1]	23	20.0	201	64.2	224	52.3	0.001
Diğer sağlık personeli[1]	18	15.7	31	9.9	49	11.4	
Toplam	115	26.9*	313	73.1*	428	100.0	

*Satır yüzdesi, diğerleri sütun yüzdesidir.

[1] Farkı yaratan grup

[2] Dul ve boşanmışlar istatistik analiz yapabilmek için bekarlar grubuna eklenmiştir.

Şekil 3'te görüldüğü gibi birlikte yaş ortalamaları mesleklere göre farklılık göstermektedir (p=0.001). En yüksek ortalama yaş hekimlerde (35.5±0.8), en düşük ortalama yaş hemşire/ebelerde (30.2±0.4) saptanmıştır.



Şekil 3: Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre yaş dağılımı

Tablo 10'da görüldüğü gibi çalışanların %5.1'i lise, %57.0'ı ön lisans ve lisans, %37.9'u lisansüstü düzeyde eğitime sahiptir. Erkeklerin eğitim düzeyi kadınlardan daha yüksektir (p=0.001). Erkekler arasında yüksek lisans, doktora veya uzmanlık eğitimi almış olanlar (%61.7), kadınlardan (%29.1) daha fazladır.

Çalışanların %56.1'i evli, %43.9'u bekar, dul ya da boşanmıştır. Medeni durum ile cinsiyet arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0.037). Erkeklerin %64.3'ü evliyken kadınların %53'ü evlidir.

Sağlık çalışanlarının %56.1'i çocuk sahibi değildir. Çalışanların %18.7'si bir, %20.3'ü iki, %4.9'u üç veya daha fazla çocuğa sahiptir. Çocuk sayısı cinsiyete göre benzer dağılmaktadır (p>0.05). Çocuğu olanlarda ortalama çocuk sayısı 1.7±0.05 çocuktur.

Katılımcıların %36.2'si hekim, %52.3'ü hemşire ve ebe, %11.4'i diğer sağlık çalışanlarından oluşmuştur. Meslek gruplarının cinsiyete göre dağılımında farklılık saptanmıştır (p=0.001). Farklılık hekim ve hemşire/ebe meslek gruplarının dağılımından kaynaklanmaktadır. Erkeklerin %64.3'ü, kadınların ise %25.9'u hekimdir. Erkeklerin %20'si, kadınların ise %64.2'si hemşire/ebedir. Erkeklerin %15.7'si diğer sağlık personeli grubunda yer alırken kadınlar arasında bu sıklık

%9.9'dur. Hekimler arasında erkek ve kadınların dağılımı sırayla %49.7 ve %50.3'tür. Hemşireler arasında ise erkek ve kadınların dağılımı sırayla %10.3 ve %89.7'dir.

Tablo 11'de görüldüğü gibi sağlık çalışanlarının %60.3'ünün aylık geliri 12500-24499TL aralığındadır. Erkeklerin %58.3'ünün aylık geliri 37500 TL ve üzerindeyken bu sıklık kadınlarda %21.7 olarak bulunmuştur (p=0.001).

Tablo 11: Sağlık çalışanlarının aylık gelirle ilgili özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı

Gelirle ilişkili özellikler	Cinsiyet						Ki-kare p
	Erkek		Kadın		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	
Gelir							
<12500TL	3	2.6	14	4.5	17	4.0	
12500-24999TL	41	35.7	217	69.3	258	60.3	
25000-37499TL	4	3.5	14	4.5	18	4.2	0.001
37500-49999TL	43	37.4	43	13.7	86	20.1	
≥50000TL[1]	24	20.9	25	8.0	49	11.4	
Gelirden memnuniyet							
Memnun	23	20.0	44	14.1	67	15.7	0.260
Orta düzeyde memnun	41	35.7	109	34.8	150	35.0	
Memnun değil	51	44.3	160	51.1	211	49.3	
Mali sorunlar yaşama							
Evet	60	52.2	163	52.1	223	52.1	0.986
Hayır	55	47.8	150	47.9	205	47.9	
Toplam	115	26.9*	313	73.1*	428	100.0	

*Satır yüzdesi, diğerleri sütun yüzdesidir.
[1] Farkı yaratan grup

Gelirden memnuniyet incelendiğinde çalışanların %15.7'si gelirinden memnun olduğunu, %35.0'ı orta düzeyde memnun olduğunu ve %49.3'ü memnun olmadığını belirtmiştir. Gelirden memnuniyet cinsiyete göre benzer dağılmıştır (p=0.260).

Sağlık çalışanları arasında mali sorunlar yaşama sıklığı %52.1'dir. Mali sorunlar yaşama cinsiyete göre benzer dağılmıştır (p=0.986).

4.2. Sağlık çalışanlarının çalışma yaşamına ve işyeri ortam faktörlerine ilişkin bulgular

4.2.1. Sağlık çalışanlarının çalışma yaşamına ilişkin bulgular

Çalışma yaşamına ilişkin bulgular incelendiğinde Tablo 12'de görüldüğü gibi araştırma kapsamına girenlerin %93.7'si kamu sektöründe, %6.3'ü özel sektörde çalışmaktadır. Çalışılan kurum cinsiyetle ilişkili bulunmamıştır (p=0.093).

Tablo 12: Sağlık çalışanlarının çalışma yaşamıyla ilgili özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı

Çalışma yaşamıyla ilişkili özellikler	Cinsiyet						Ki-kare p
	Erkek		Kadın		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	
Çalıştığı kurum							
Kamu	104	90.4	297	94.9	401	93.7	0.093
Özel	11	9.6	16	5.1	27	6.3	
Çalışılan basamak							
Üçüncü basamak	81	70.4	192	61.3	273	63.8	
İkinci basamak	21	18.3	93	29.7	114	26.6	0.057
Birinci basamak	13	11.3	28	8.9	41	9.6	
Çalıştığı birim							
Cerrahi	43	37.4	144	46.0	187	43.7	
Dahili	57	49.6	139	44.4	196	45.8	0.238
Laboratuvar	15	13.0	30	9.6	45	10.5	
Nöbet durumu							
Nöbet tutmayan	32	27.8	85	27.2	117	27.3	
İcap nöbeti tutan	8	7.0	16	5.1	24	5.6	0.740
Nöbet tutan	75	65.2	212	67.7	287	67.1	
Çalışma süresi							
< 1yıl	5	4.3	26	8.3	31	7.2	
1-9.9 yıl	67	58.3	181	57.8	248	57.9	0.024
10-19.9 yıl	21	18.3	76	24.3	97	22.7	
≥ 20 yıl[1]	22	19.1	30	9.6	52	12.1	
Toplam	115	26.9*	313	73.1*	428	100.0	

[1] Farkı yaratan grup, Ki-kare testi
*Satır yüzdesi, diğerleri sütun yüzdesidir.

Katılımcıların %63.8'i üçüncü basamak (üniversite hastanesi), %26.6'sı ikinci basamak (devlet hastanesi) ve %9.6'sı birinci basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışmaktadır. Çalışılan basamak cinsiyete göre benzer dağılmıştır (p>0.05).

Çalışılan birim incelendiğinde çalışanların %43.7'si cerrahi birimlerde, %45.8'i dahili birimlerde, %10.5'i ise laboratuvarlarda çalışmaktadır. Çalışılan birim cinsiyete göre benzer dağılmıştır (p>0.05).

Sağlık çalışanlarının %27.3'ü nöbet tutmamakta, %5.6'sı icap nöbeti tutmakta, %67.1'i ise nöbet tutmaktadır (p>0.05). Nöbet tutma durumu cinsiyete göre benzer dağılmıştır.

Tablo 12'de görüldüğü gibi katılımcıların %57.9'u 1-9.9 yıl, %22.7'si 10-19.9 yıldır çalışmaktadır. Çalışma süresi yönünden iki cinsiyet arasında farklılık

saptanmıştır. Yirmi yıl ve üzerinde çalışanlar erkeklerde (%19.1) kadınlardan (%9.6) anlamlı düzeyde yüksektir (p=0.024).

Katılımcıların %1.1'inin aylık geliri 90000TL'den yüksek, %4.0'ının aylık geliri 10000TLnin altındadır. Tablo 13'te görüldüğü gibi çalışanların ortalama aylık geliri 28149.1±856.2 TL olarak saptanmıştır (minimum 9253 TL, maksimum 101000TL, medyan 18000TL, mod 18000TL). Erkek çalışanların (37915.3±1837.6TL) ortalama aylık geliri kadınlardan (24560.8±874.7) yüksektir (p=0.001).

Aylık ortalama gelir yaşla ilişkili bulummuştur (p=0.001). En yüksek ortalama gelir 45 yaş ve üzerindeki (43807.4±3593.2), en düşük ortalama gelir 25 yaş altı çalışanlarda (16077.6±1022.1) saptanmıştır.

Aylık ortalama gelir evli olanlarda (31304.3±1287.4) evli olmayanlardan (24121.1±975.9) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0.001).

Aylık ortalama gelir 0-1 çocuğu olanlarda (26011.1±821.3), iki ve daha fazla çocuğu olanlardan (34483.9±2265.8) daha düşük bulunmuştur (p=0.001).

Aylık ortalama gelir hekimlerde (47929TL), hemşire/ebe (17003TL) ve diğer sağlık çalışanlarından (16530TL) anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p=0.001).

Aylık ortalama gelir nöbet tutma durumuyla ilişkili bulunmuştur (p=0.001). İcap nöbeti tutanlarda ortalama gelir (51198.0±4644.8TL), nöbet tutmayanlar ve nöbet tutanlardan daha yüksek saptanmıştır.

Ortalama gelir çalışma süresi ile ilişkili bulunmuştur (p=0.001). Farklılığın kaynağı olan yirmi yıl ve daha uzun süre çalışanlardır. Bu grupta ortalama gelir 44250.0±3474.1 TL'dir.

Tablo 13: Sağlık çalışanlarının aylık ortalama gelir düzeyinin kişisel özelliklere göre dağılımı

Kişisel özellikler	Ortalama gelir (TL)±SH	Toplam N	p
Cinsiyet			Mann Whitney U
Erkek	37915.3±1837.6	115	0.001
Kadın	24560.8±874.7	313	
Yaş			
<25 yıl[2]	16077.6±1022.1	42	Kruskal-Wallis
25-34 yıl	25954.0±859.9	260	0.001
35-44 yıl	32330.2±2335.5	78	
≥45yıl[2]	43807.4±3593.2	48	
Medeni durum			Mann Whitney U
Evli	31304.3±1287.4	240	0.001
Bekâr/Dul/boşanmış	24121.1±975.9	188	
Çocuk sayısı			Mann Whitney U
0 ve 1 çocuk	26011.1±821.3	320	0.001
2 ve üzeri çocuk	34483.9±2265.8	108	
Meslek			
Hekim[1]	47929.0±1199.2	155	Kruskal-Wallis
Hemşire/Ebe	17003.5±255.2	224	0.001
Diğer	16530.9±750.2	49	
Nöbet durumu			Kruskal-Wallis
Nöbet tutan	25690.8±867.2	287	0.001
İcap nöbeti tutan[1]	51198.0±4644.8	24	
Nöbet tutmayan	29451.1±1834.2	117	
Çalışma süresi			
< 1yıl	23701.7±2511.5	31	Kruskal-Wallis
1-9.9 yıl	25689.6±888.8	248	0.001
10-19.9 yıl	27227.1±1855.2	97	
≥ 20 yıl[2]	44250.0±3474.1	52	
Gelirden memnuniyet			Kruskal-Wallis
Memnun[1]	40895.5±2557.7	67	0.001
Orta düzeyde memnun[1]	31841.7±1515.2	150	
Memnun değil[1]	21476.5±842.1	211	
Mali sorunlar yaşama			Mann Whitney U
Evet	26001.2±1079.2	223	0.008
Hayır	30485.5±1331.8	205	
Kurum			Mann Whitney U
Devlet	27516.3±790.7	401	0.373
Özel	37547.3±6663.0	27	
Çalışılan basamak			
Üçüncü basamak[1]	29870.0±1006.3	273	Kruskal-Wallis
İkinci basamak[1]	22752.4±1537.1	114	0.001
Birinci basamak	31695.6±3802.9	41	
Toplam	28149.1±856.2	428	

[1] Farkı yaratan grup Mann Whitney U testi ile Bonferroni düzeltmesi ($p<0.017$)
[2] Farkı yaratan grup Mann Whitney U testi ile Bonferroni düzeltmesi ($p<0.008$)

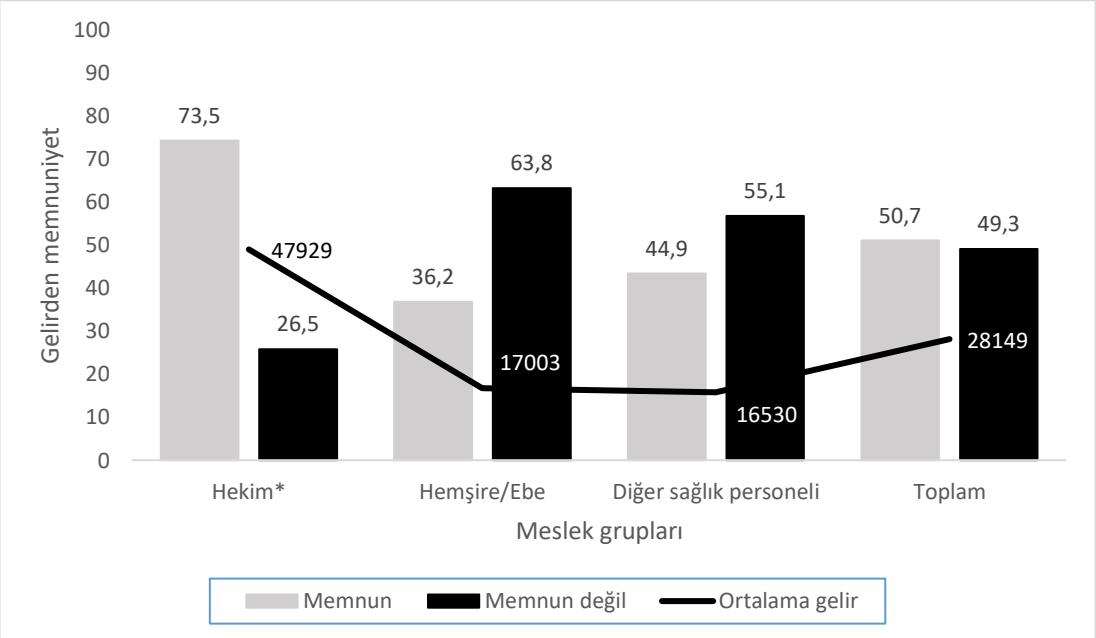
Ortalama gelirin her memnuniyet düzeyinde farklı olduğu görülmüştür (p=0.001). Gelirinden memnun olmayanlarda ortalama gelir 21476.5±842.1TL iken, gelirinden orta düzeyde memnun olanlarda 31841.7±1515.2 TL, memnun olanlarda ise 40895.5±2557.7TL olarak saptanmıştır.

Ortalama gelir mali sorunlar yaşayanlarda (26001.2±1079.2TL) mali sorunlar yaşamayanlardan (30485.5±1331.8TL) daha düşük bulunmuştur (p=0.008).

Kamuda ve özel sektörde çalışanlar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.373). Farklılık saptanmamakla birlikte özel sektörde çalışanların ortalama aylık geliri (37547,2±6662,9TL) kamuda çalışanlardan (27516,3±790,7TL) daha yüksektir.

Ortalama gelir çalışılan basamakla ilişkili bulunmuştur (p=0.001). Birinci basamakta çalışanlarda ortalama gelir ikinci ve üçüncü basamakta çalışanlardan daha yüksektir (31695.6±3802). Ancak farklılığın kaynağı üçüncü basamak ve ikinci basamakta çalışanlar arasındaki ortalama gelir farkıdır.

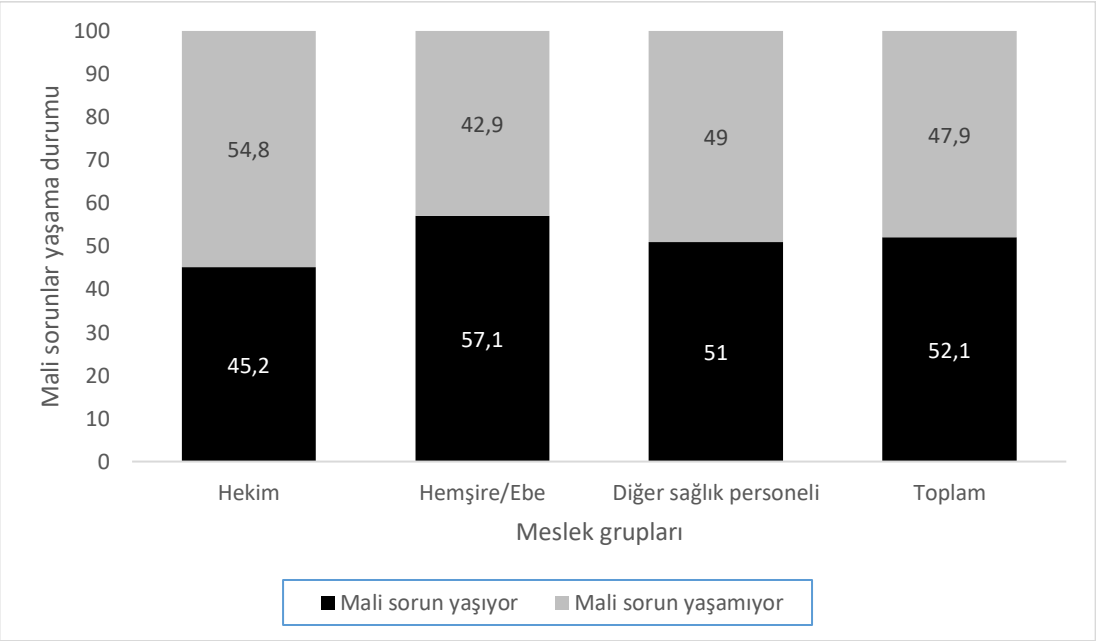
Gelirden memnun olma durumunun mesleklere göre dağılımında farklılık saptanmıştır (p=0.001). Farklılık hekim grubundan kaynaklanmaktadır. Şekil 4'te görüldüğü gibi hemşire/ebelerin %63.8'i, diğer sağlık çalışanlarının %55.1'i gelirinden memnun değilken hekimlerin %26.5'i gelirinden memnun değildir.



*p=0.001, farkı yaratan grup, Ki-kare testi

Şekil 4: Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre gelirden memnuniyet düzeyleri ve ortalama gelirleri

Katılımcıların %52.1'i mali sorunlar yaşadığını belirtmiştir. Şekil 5'te görüldüğü gibi istatistiksel olarak farklılık saptanmamakla birlikte mali sorunlar yaşama hemşirelerde en yüksek (%57.1) hekimlerde en düşük düzeyde (%45.2) gözlenmiştir (p=0.071).



p=0.071, Ki-kare testi

Şekil 5: Sağlık çalışanlarında mali sorunlar yaşama düzeyinin mesleklere göre dağılımı

4.2.2. Sağlık çalışanlarının işyeri ortam faktörlerini değerlendirmelerine ilişkin bulgular

Tanı ve tedavi hizmeti sunma, eğitim verme, araştırma yapma ve idari görevler yürütme ayrı birer görev olarak çalışanlara sorulmuştur. Birden fazla görevi aynı anda yerine getirme iş yükünün fazla olması şeklinde değerlendirilmiştir. Çalışanlar arasında %50.5'i bir görev, %31.3'ü iki, %11.7'si üç ve %6.5'i ise dört görevi aynı anda yürüttüklerini belirtmişlerdir (Tablo 14).

Tablo 14: Sağlık çalışanlarında iş stresine yol açan özelliklere ilişkin görüşlerin dağılımı

İş stresine yol açan özellikler	N	%
İş yükü (N=428)		
Bir görev	216	50.5
İki görev	134	31.3
Üç görev	50	11.7
Dört görev	28	6.5
Pandemide alanı dışındaki birimlerde çalışma (N=428)		
Evet	143	33.4
Hayır	285	66.6
İşten sonra dinlenme süresi (N=426)*		
Yeterli	87	20.4
Yetersiz	339	79.6
İş yeri güvenliği (N=428)		
Güvenli	73	17.1
Güvenli değil	143	33.4
Orta düzeyde güvenli	212	49.5
İş yerindeki fiziksel koşullar (N=428)		
Yeterli	133	31.1
Yetersiz	295	68.9
İş yerinde risklerle ilgili bilgilendirme (N=427)*		
Var	238	55.7
Yok	189	44.3
Profesyonel becerileri geliştirme imkanı (N=423)*		
Var	210	49.6
Yok	213	50.4

*Bazı değişkenlerde yanıt alınmadığından N sayıları satırlarda sunulmuştur. Yüzdeler N sayıları üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 14'te görüldüğü gibi çalışanların %33.4'ü pandemi döneminde alanı dışındaki birimlerde çalıştığını belirtmiştir.

Çalışanların %79.6'sı iş stresine neden olan bir etken olarak işten sonra dinlenme süresini yetersiz olduğunu düşünmektedir.

Çalışanların %33.4'ü işyerini güvensiz bulmakta, %68.9'u iş yerindeki fiziksel koşulların yetersiz olduğunu düşünmekte, %44.3'ü iş yerindeki riskler hakkında zamanında bilgilendirilmediğini düşünmektedir.

Çalışanların %49.6'sı iş yerinde profesyonel becerilerini geliştirme imkanına sahip olduğunu bildirmiştir.

Kişiler arası ilişkiler yönünden incelendiğinde çalışanların %40.5'i iş yerinde ayrımcılık yapıldığını düşünmektedir (Tablo 15).

Çalışanların %67.2'si iş arkadaşlarına güvenmekte, %5.2'si güvenmemektedir.

Çalışanların %56.5'i çalışma hayatında çatışma yaşadığını, %22.2'si iş yerinde yöneticiler tarafından engellendiğini/baskı gördüğünü belirtmiştir.

Tablo 15: Sağlık çalışanlarının işyerinde kişiler arası ilişkilerle ilgili görüşlerinin dağılımı

Çalışma ortamında kişiler arası ilişkiler ile ilgili özellikler	N	%
İş yerinde ayrımcılık (N=425)*		
Var	172	40.5
Yok	253	59.5
Birlikte çalıştığı kişilere güvenme (N=427)*		
Güveniyor	287	67.2
Ne güveniyor ne güvenmiyor	118	27.6
Güvenmiyor	22	5.2
Çalışma hayatında çatışma olması (N=428)		
Evet	242	56.5
Hayır	186	43.5
İş yerinde engellenme, baskı (N=423)*		
Var	94	22.2
Yok	178	42.1
Bazen	51	35.7

*Bazı değişkenlerde yanıt alınmadığından N sayıları satırlarda sunulmuştur. Yüzdeler N sayıları üzerinden hesaplanmıştır.

İşyeri ortam faktörleriyle ilgili görüşlerden cinsiyetle anlamlı olarak ilişkili bulunanlar Tablo 16'da sunulmuştur.

Tablo 16: Sağlık çalışanlarının işyeri ortam faktörlerine ilişkin görüşlerinin cinsiyete göre dağılımı

İş yeri ortam faktörleri	Cinsiyet						Ki-kare p
	Erkek		Kadın		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	
İşten sonra dinlenme süresi							
Yeterli	37	32.7	50	16.0	87	20.4	0.001
Yetersiz	76	67.3	263	84.0	339	79.6	
Toplam	113	100.0	313	100.0	426	100.0	
İş yerinde ayrımcılık							
Var	37	32.2	135	43.5	172	40.5	0.034
Yok	78	67.8	175	56.5	253	59.5	
Toplam	115	100.0	310	100.0	425	100.0	

Tablo 16'da görüldüğü gibi işten sonra dinlenme süresini yetersiz bulanların sıklığı kadınlarda (%84.0) erkeklerden (%67.3) anlamlı olarak yüksektir (p=0.001). İş

yerinde ayrımcılık yapıldığı görüşü kadınlarda (%43.5) erkeklerden (%32.2) anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p=0.034). Cinsiyet ve diğer işyeri ortam faktörlerine ilişkin görüşler arasında ilişki saptanmamıştır (p>0.05).

Katılımcıların meslekleriyle p<0.10 düzeyinde ilişkili bulunan iş stresi faktörlerinin dağılımı Tablo 17'de sunulmuştur.

Tablo 17: Sağlık çalışanlarında iş stresine yol açan özelliklerin mesleklere göre dağılımı

İş stresine yol açan özellikler	Meslekler						p değeri
	Hekim		Hemşire/ebe		Diğer		
	N	%	N	%	N	%	
İş yükü							
Bir görev	65	41.9	115	51.3	36	73.5	
İki görev	46	29.7	77	34.4	11	22.4	0.001
Üç görev[1]	26	16.8[1]	23	10.3	3	2.0[1]	
Dört görev	18	11.6[1]	9	4.0	1	2.0[1]	
Toplam	155	100.0	224	100.0	49	100.0	
İşten sonra dinlenme süresi* (N=426)							
Yeterli	45	29.2	30	13.4	12	25.0	
Yetersiz	109	70.8[1]	194	86.6[1]	36	75.0[1]	0.001
Toplam	154	100.0	224	100.0	48	100.0	
Profesyonel becerileri geliştirme imkanı* (N=423)							
Var	98	63.2[1]	93	42.3	19	39.6	0.001
Yok	57	36.8	127	57.7	29	60.4	
Toplam	155	100.0	220	100.0	48	100.0	
İş yerinde ayrımcılık* (N=425)							
Var	55	35.5	101	45.5	16	33.3	0.085
Yok	100	64.5	121	54.5	32	66.7	
Toplam	155	100.0	222	100.0	48	100.0	
İş yerinde risklerle ilgili bilgilendirme* (N=427)							
Var	65	41.9	138	61.6	35	72.9	
Yok	90	58.1[1]	86	38.4	13	27.1	0.001
Toplam	155	100.0	224	100.0	48	100.0	

[1] Farkı yaratan gruplar, Ki-kare testi

*Bazı değişkenlerde yanıt alınmadığından N sayıları satırlarda sunulmuştur. Yüzdeler N sayıları üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 17'de görüldüğü gibi iş yükü meslekle ilişkili bulunmuştur (p=0.001). Hekimler arasında üç ve dört görevi yerine getirenlerin sıklığı sırasıyla %16.8 ve %11.6 iken bu sıklıklar diğer sağlık çalışanlarında %2.0 düzeyindedir.

İşten sonra dinlenme süresi ve meslek grubu arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0.001). Her meslek grubunun görüşü birbirinden farklı bulunmuştur. İşten sonra dinlenme süresini yetersiz bulanların sıklığı hemşirelerde en yüksek düzeyde (%86.6), diğer sağlık çalışanlarında %75.0, hekimlerde ise en düşük düzeyde (%70.8) bulunmuştur.

İşyerinde profesyonel becerileri geliştirmek, kurs ve kongrelere katılma imkanı ile meslek grubu arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0.001). İş yerinde kendini geliştirme imkanının yeterli olduğunu düşünenler hekimler arasında (%63.2) hemşire ve diğer sağlık çalışanlarından daha fazladır.

İş yerinde ayrımcılık yapıldığını düşünme ile meslek grubu arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0.085).

İş yerinde riskler hakkında zamanında bilgilendirme ile meslek grubu arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki mevcuttur (p=0.001). İş yerinde riskler hakkında zamanında bilgilendirilmediğini düşünenler en fazla hekimlerdir (%58.1).

4.3. Sağlık çalışanlarının sağlık özellikleri ve COVID-19 deneyimlerine ilişkin bulgular

Sağlık çalışanlarının %36.9'u kronik bir sağlık sorunu olduğunu belirtmiştir (Tablo 18).

Tablo 18: Sağlık çalışanlarının sağlık özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı

Sağlıkla ilgili özellikler	Cinsiyet						Ki-kare
	Erkek		Kadın		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	p
Kronik hastalık durumu							
Var	35	30.4	123	39.3	158	36.9	p=0.092
Yok	80	69.6	190	60.7	270	63.1	
Algılanan sağlık düzeyi							
İyi	68	59.1	158	50.5	226	52.8	
Orta	37	32.2	131	41.9	168	39.3	p=0.191
Kötü	10	8.7	24	7.7	34	7.9	
COVID-19 geçirme							
Evet	50	43.5	163	52.1	213	49.8	p=0.115
Hayır	65	56.5	150	47.9	215	50.2	
COVID-19'dan bir yakınının kaybı							
Evet	40	34.8	92	29.4	132	30.8	p=0.285
Hayır	75	65.2	221	70.6	296	69.2	
Toplam	115	26.9	313	73.1	428	100.0	

Katılımcıların %52.8'i sağlık düzeyini iyi, %39.3'ü orta, %7.9'u kötü olarak değerlendirmiştir. Sağlık çalışanlarının %49.8'i COVID-19 geçirmiş, %30.8'i COVID-19 nedeniyle arkadaşını ya da bir yakınını kaybetmiştir. Çalışanların sağlıkla ilgili özellikleri her iki cinsiyette benzer dağılmaktadır (p>0.05).

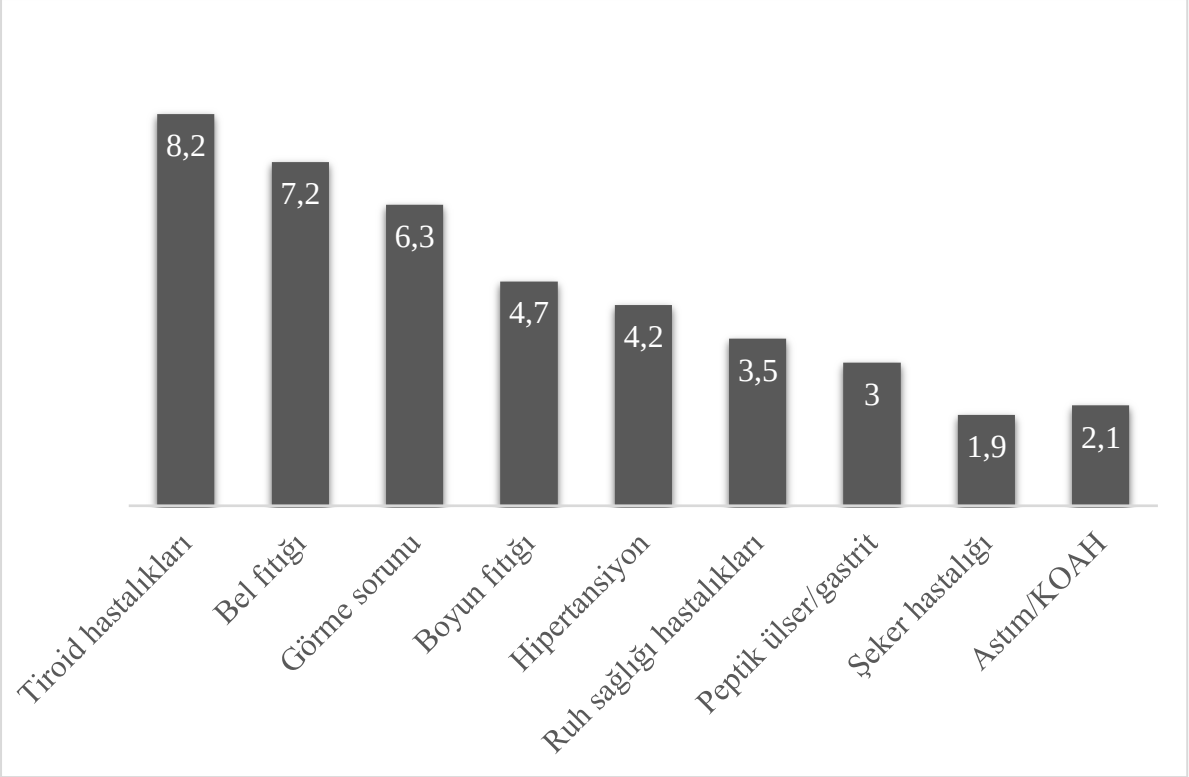
COVID-19 geçirme mesleklerle ilişkili bulunmuştur (Tablo 19). Hekimlerin %40.6'sı COVID-19 geçirmişken bu sıklık hemşire/ebe (%55.4) ve diğer sağlık çalışanlarında (%53.1) anlamlı olarak daha yüksek düzeydedir (p=0.017).

Tablo 19: Sağlık çalışanlarında mesleklere göre COVID-19 geçirme durumu

Meslekler	COVID-19 geçirme				
	Evet		Hayır		Toplam
	N	%	N	%	N
Hekim[1]	63	40.6	92	59.4	155
Hemşire/Ebe	124	55.4	100	44.6	224
Diğer sağlık personeli	26	53.1	23	46.9	49
Toplam	213	49.8	215	50.2	428

p=0.017, Ki-kare
[1]Farkı yaratan grup

Tüm çalışanlar tarafından (toplam 428 çalışan içerisinde) en çok bildirilen kronik sağlık sorunları sırasıyla tiroid hastalıkları (%8.2), bel fıtığı (%7.2), görme sorunu (%6.3), boyun fıtığı (%4.7), hipertansiyon (%4.2), ruh sağlığı sorunu (%3.5), peptik ülser/gastrit (%3.0), şeker hastalığı (%1.9) ve Astım, KOAH (%2.1) gibi solunum problemidir (Şekil 6).



Şekil 6: Sağlık çalışanları tarafından bildirilen kronik sağlık sorunlarının dağılımı

4.4. Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi alt alanları olan merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğuna ilişkin bulgular

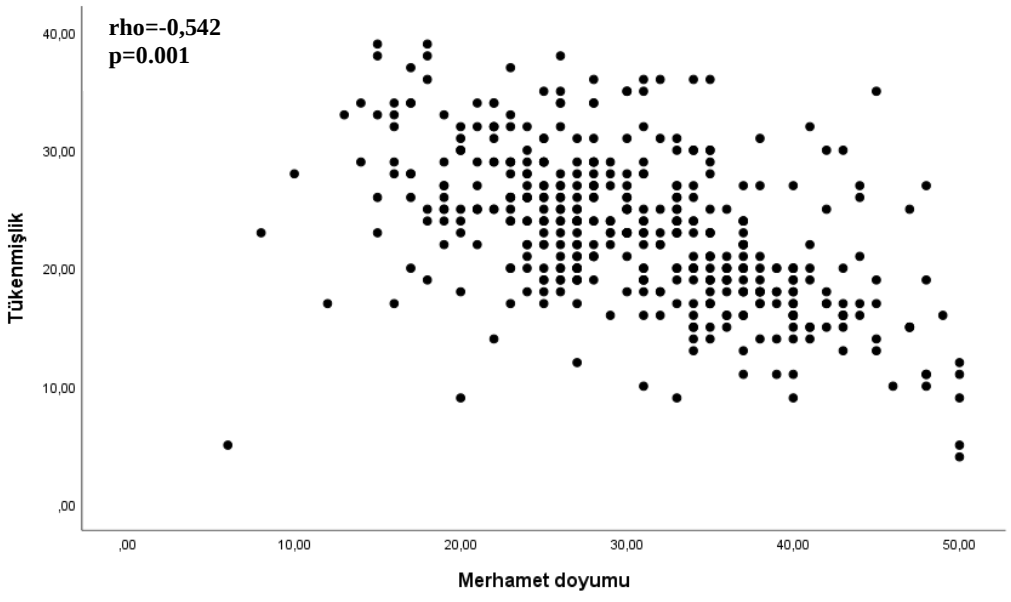
4.4.1. Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu alt alanlarının birbirleriyle ilişkisi ve tanımlayıcı istatistikleri

Tablo 20: Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalama puanlarının tanımlayıcı istatistikleri

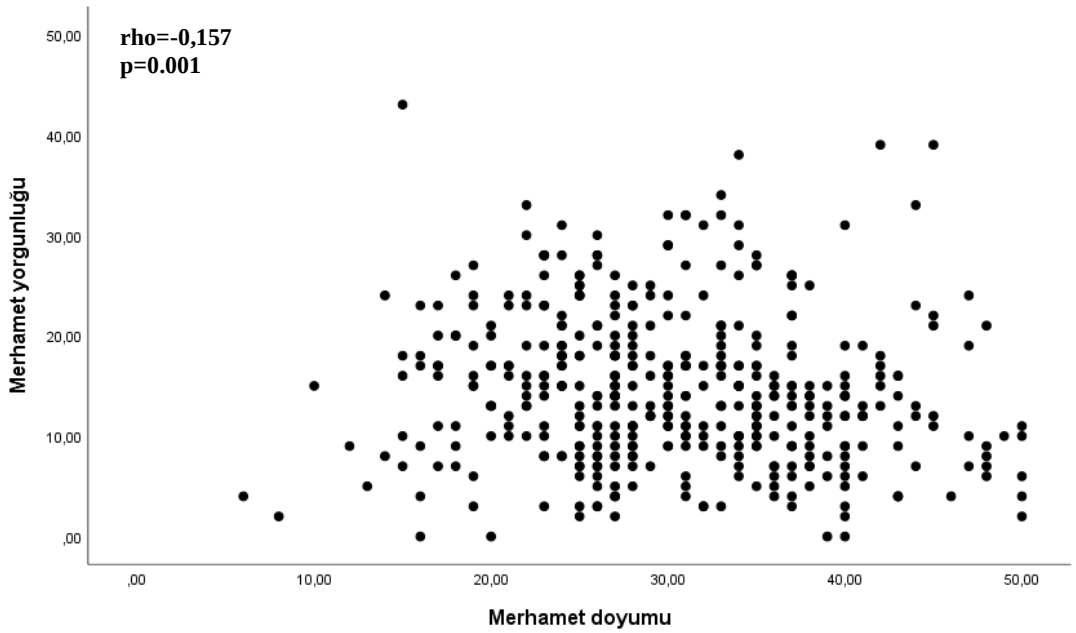
Profesyonel Yaşam Kalitesi Alt Alanları	Orijinal ölçek ortalaması	Ortalama ±SH	SS	Ortanca	25.persentil	75.persentil	Min-maks
Merhamet doyumu	37	30.4±0.4	8.2	30.0	25.0	36.0	6.0-50.0
Tükenmişlik	22	23.1±0.3	6.4	23.0	19.0	27.0	4.0-39.0
Merhamet yorgunluğu	13	14.7±0.4	7.5	14.0	9.0	19.0	0.0-43.0

Tablo 20'de görüldüğü gibi araştırmamızda çalışanların merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalama puanları sırasıyla 30.4±0.4, 23.1±0.3 ve 14.7±0.4 olarak bulunmuştur.

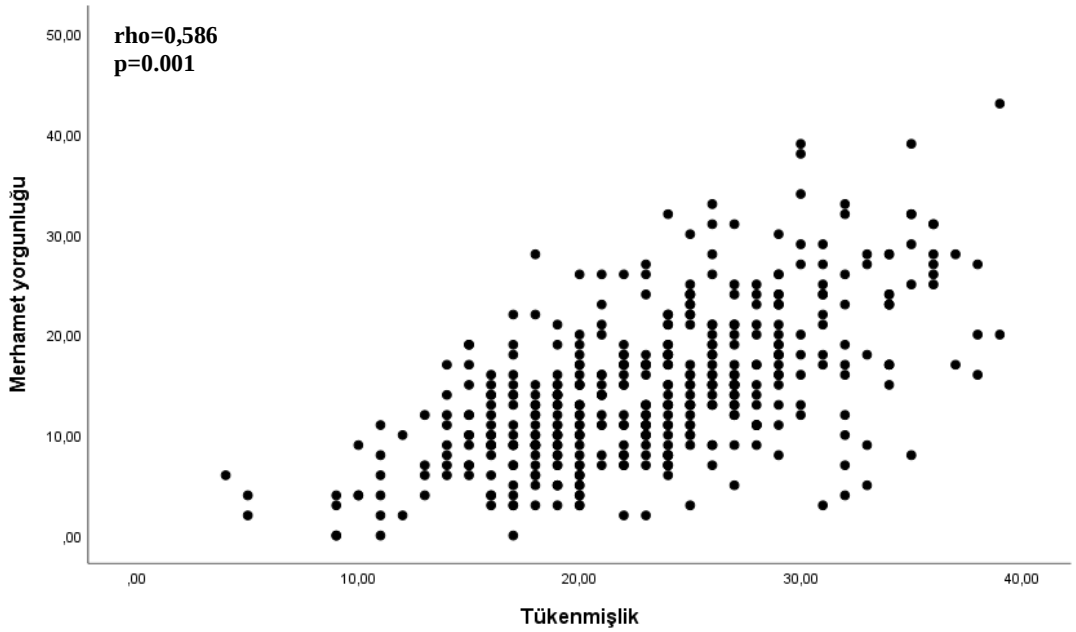
Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiş, sonuçlar şekil 7,8 ve 9'da sunulmuştur. Merhamet doyumu ortalama puanı ile tükenmişlik ortalama puanı arasında orta kuvvette negatif yönlü (Spearman's rho=-0.542, R^2=%29, p=0.001), merhamet doyumu ile merhamet yorgunluğu ortalama puanları arasında çok zayıf negatif yönlü (Spearman's rho=-0.157, R^2=%2, p=0.001) anlamlı bir ilişki varken tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalama puanları arasında orta kuvvette pozitif yönlü (rho=0.586, R^2=%34, p=0.001) anlamlı bir ilişki mevcuttur. Hesaplanan tanımlayıcılık katsayısına (R^2) göre tükenmişlik puanındaki değişimin %29'u merhamet doyumu puanı ile tanımlanabilmektedir. Merhamet yorgunluğu puanındaki değişimin %2'si merhamet doyumu puanı ile tanımlanabilmektedir. Merhamet yorgunluğu puanındaki değişimin %34'ü tükenmişlik puanı ile tanımlanabilmektedir.



Şekil 7: Merhamet doyumu ve tükenmişlik ortalamaları arasındaki korelasyonu gösteren saçılım grafiği



Şekil 8: Merhamet doyumu ve merhamet yorgunluğu ortalamaları arasındaki korelasyonu gösteren saçılım grafiği



Şekil 9: Tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalamaları arasındaki korelasyonu gösteren saçılım grafiği

4.4.2. Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunun kişisel özelliklere göre dağılımı

Tablo 21'de görüldüğü gibi merhamet doyumu ortalama puanı kadınlarda (31.0±0.5) erkeklerden (28.9±0.8) anlamlı olarak yüksektir (p=0.030). Merhamet yorgunluğu ortalama puanı kadınlarda (15.2±0.4), erkeklerden (13.2±0.6) anlamlı düzeyde yüksektir (p=0.023). Tükenmişlik ortalama puanı cinsiyetle ilişkili bulunmamıştır (p=0.679).

Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalamaları yaş ile ilişkili bulunmuştur (p<0.05). Merhamet doyumu ortalaması 25-34 yaş arasındaki çalışanlarda diğer yaş gruplarından anlamlı olarak daha düşük düzeydedir (29.0±0.5). Tükenmişlik (24.3±0.4) ve merhamet yorgunluğu (15.5±0.5) ortalama puanları bu yaş aralığında daha yüksek saptanmıştır.

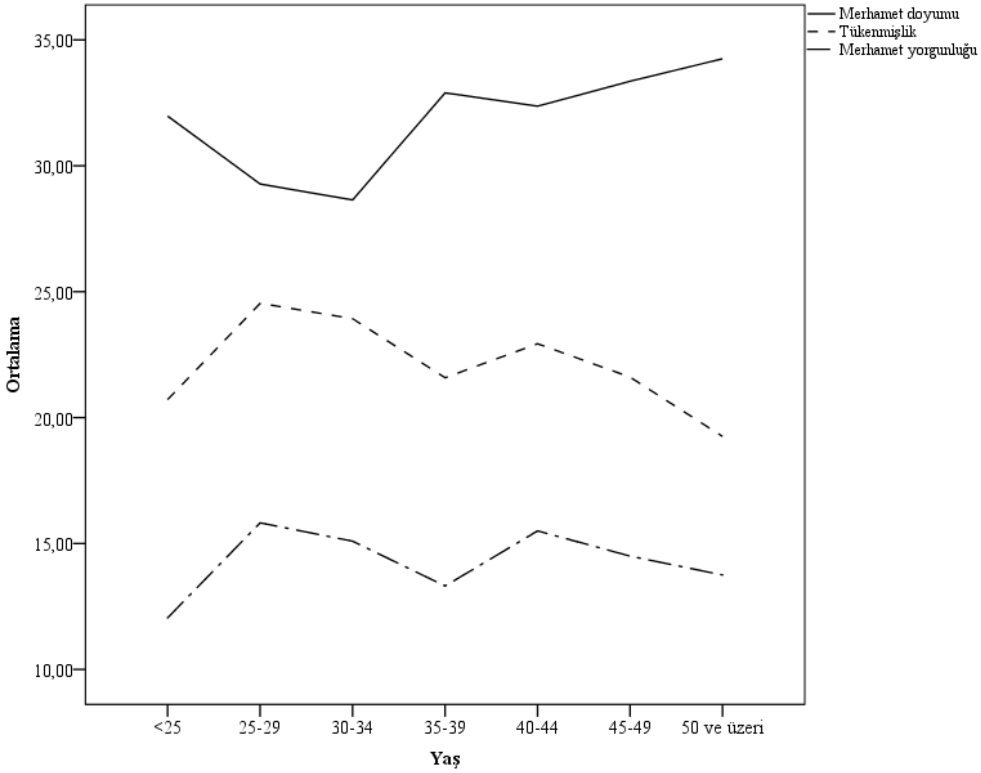
Tablo 21: Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalamalarının kişisel özelliklere göre dağılımı

Kişisel özellikler	Profesyonel yaşam kalitesi alt alan ortalamaları			Toplam N
	Merhamet doyumu	Tükenmişlik	Merhamet yorgunluğu	
Cinsiyet				
Erkek	28.9±0.8	22.9±0.6	13.2±0.6	115
Kadın	31.0±0.5	23.3±0.4	15.2±0.4	313
p (Mann Whitney U)	0.030	0.679	0.023	
Yaş				
<25 yıl	32.0±1.3	20.7±0.9	12.0±0.9	42
25-34yaş	29.0±0.5[1]	24.3±0.4[1]	15.5±0.5[1]	260
35-44yaş	32.7±0.9	22.1±0.7	14.2±0.7	78
45 yaş ve üzeri	32.8±1.2	20.8±0.8	13.2±0.9	48
p (Kruskal Wallis)	0.001	0.001	0.012	
Eğitim düzeyi				
Lise	33.9±1.5[2]	20.2±1.1	12.1±1.5	22
Ön lisans ve lisans	30.3±0.5	22.8±0.4	14.4±0.5	244
Doktora veya uzmanlık	30.2±0.6[2]	24.1±0.5[2]	15.4±0.6	162
p (Kruskal Wallis)	0.116	0.007	0.056	
Medeni durum				
Evli	31.3±0.5	22.7±0.4	14.9±0.5	240
Bekâr	29.2±0.6[2]	23.9±0.5	14.6±0.5	183
Boşanmış/Dul	34.8±4.1	21.2±2.3	9.6±2.2	5
p (Kruskal Wallis)	0.036	0.081	0.278	
Çocuk sayısı				
0	29.6±0.5	23.6±0.4	14.6±0.5	240
1	29.7±0.9	24.2±0.7[1]	16.3±0.9	80
2	32.4±0.9	21.2±0.7	13.4±0.8	87
3 ve daha fazla	34.5±1.4[1]	21.9±1.1	14.4±1.3	21
p (Kruskal Wallis)	0.013	0.019	0.155	
Meslek				
Hekim	30.1±0.7	24.5±0.5	15.6±0.6	155
Hemşire/Ebe	30.4±0.6	23.0±0.4	14.9±0.5	224
Diğer sağlık personeli	31.4±1.1	19.6±0.8[2]	10.6±1.1[2]	49
p (Kruskal Wallis)	0.631	0.001	0.001	
Toplam	30.4±0.4	23.2±0.3	14.7±0.4	428

[1] Farkı yaratan grup Mann Whitney U testi ile Bonferroni düzeltmesi ($p<0.008$)
[2] Farkı yaratan grup Mann Whitney U testi ile Bonferroni düzeltmesi ($p<0.017$)

Tablo 21'de görüldüğü üzere merhamet doyumu ortalaması 25 yaş altındaki çalışanlarda ve 35 yaş ve üzeri çalışanlarda, 25-34 yaş arasındaki çalışanlara kıyasla daha yüksektir. Merhamet doyumu ortalamasının yaşla ilişkisi Şekil 10'da görüldüğü üzere U şeklinde bir eğri çizmektedir. Yine Tablo 21 ve Şekil 10'da görüldüğü gibi tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalamaları merhamet doyumu ortalamasının

aksine 25-34 yaş aralığında diğer yaş gruplarından anlamlı olarak daha yüksektir (U şeklindeki eğrinin daha iyi görülebilmesi amacıyla Şekil 10'da yaş değişkeni sınıf aralığı beş olan yedi grup halinde sınıflandırılmıştır).



Şekil 10: Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalamalarının yaş gruplarına göre dağılımı

Tablo 21'de görüldüğü üzere eğitim düzeyi ile merhamet doyumu ve merhamet yorgunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$). Tükenmişlik ortalaması eğitim düzeyi ile ilişkili bulunmuştur ($p=0.007$). Tükenmişlik ortalaması lise mezunlarında 20.2±1.1, doktora veya uzmanlık düzeyinde eğitimi olanlarda 24.1±0.5 olarak saptanmıştır.

Tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu medeni durum ile ilişkili değilken ($p>0.05$), merhamet doyumu ortalaması bekar çalışanlarda daha düşük (29.2±0.5) saptanmıştır ($p=0.036$).

Merhamet doyumu ve tükenmişlik çocuk sayısı ile ilişkili bulunmuştur ($p<0.05$). Merhamet doyumu ortalama puanı en yüksek 3 ve daha fazla çocuk sahibi olanlarda saptanmıştır (34.5±1.4). Tükenmişlik ortalama puanı 1 çocuk sahibi

olanlarda (24.2±0.7) ve çocuk sahibi olmayanlarda (23.6±0.4) daha yüksek saptanmıştır. Merhamet yorgunluğu çocuk sayısı ile ilişkili bulunmamıştır (p=0.155).

Merhamet doyumu mesleklerle ilişkili bulunmamıştır (p=0.631). Tükenmişlik ortalama puanı en yüksek hekimlerde (24.5±0.5), en düşük diğer sağlık çalışanlarında (19.6±0.8) saptanmıştır (p=0.001). Merhamet yorgunluğu ortalama puanı en yüksek hekimlerde (15.6±0.6), en düşük diğer sağlık çalışanlarında (10.6±1.1) saptanmıştır (p=0.001).

Tablo 22: Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalamalarının gelirle ilişkili özelliklere göre dağılımı

Gelirle ilişkili özellikler	Profesyonel yaşam kalitesi alt alan ortalamaları			Toplam N
	Merhamet doyumu	Tükenmişlik	Merhamet yorgunluğu	
Gelir				
<12.500TL	37.0±1.7[3]	18.8±1.4	10.6±2.0[3]	17
12.500-24.999TL	30.0±0.5	22.8±0.4	14.5±0.5	258
25.000-37.499TL	30.6±1.8	23.8±1.3	14.8±2.1	18
37.500-49.999TL	28.6±0.8[3]	25.8±0.7[3]	16.3±0.9[3]	86
≥50.000TL	33.4±1.2	21.9±0.9	14.2±1.0	49
p (Kruskal Wallis)	0.001	0.001	0.023	
Gelirden memnuniyet				
Memnun	33.5±0.9[2]	20.6±0.7[2]	13.7±0.9	67
Orta düzeyde memnun	30.7±0.7	22.9±0.5	14.3±0.6	150
Memnun değil	29.2±0.6	24.2±0.4[2]	15.3±0.5	211
p (Kruskal Wallis)	0.001	0.001	0.261	
Mali sorunlar yaşama				
Evet	29.9±0.6	24.3±0.4	16.0±0.5	223
Hayır	31.0±0.6	21.9±0.4	13.3±0.5	205
p (Mann Whitney U)	0.155	0.001	0.001	
Toplam	30.4±0.4	23.2±0.3	14.7±0.4	428

[1] Farkı yaratan grup Mann Whitney U testi ile Bonferroni düzeltmesi (p<0.008)
[2] Farkı yaratan grup Mann Whitney U testi ile Bonferroni düzeltmesi (p<0.017)
[3] Farkı yaratan grup Mann Whitney U testi ile Bonferroni düzeltmesi (p<0.005)

Tablo 22'de görüldüğü gibi merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalama puanları gelir düzeyi ile ilişkili bulunmuştur (p<0.05). Merhamet doyumu ortalama puanı, geliri 12.500TL'nin altında olanlarda en yüksek, geliri 37.500-49.999TL arasında olanlarda en düşük saptanmıştır. Tükenmişlik ortalama puanı, geliri 12.500TL'nin altında olanlarda en düşük, geliri 37.500-49.999TL arasında olanlarda en yüksek saptanmıştır. Merhamet yorgunluğu ortalama puanı geliri

12.500TL'nin altında olanlarda en düşük, geliri 37.500-49.999TL arasında olanlarda en yüksek bulunmuştur.

Merhamet doyumu ve tükenmişlik ortalama puanları gelirden memnuniyet ile ilişkili bulunmuştur (p=0.001). Merhamet doyumu ortalama puanı gelirinden memnun olanlarda 33.5±0.9, memnun olmayanlarda ise 29.2±0.6 bulunmuştur. Tükenmişlik ortalama puanı gelirinden memnun olanlarda 20.6±0.7 iken memnun olmayanlarda 24.2±0.4 saptanmıştır. Merhamet yorgunluğu ortalama puanı gelirden memnuniyet ile ilişkili bulunmamıştır (p=0.261).

Merhamet doyumu mali sorunlar yaşama ile ilişkili bulunmamıştır (p=0.155). Mali sorunlar yaşayanların tükenmişlik ortalama puanı (24.3±0.4) yaşamayanlardan (21.9±0.4) anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0.001). Mali sorunlar yaşayanların merhamet yorgunluğu ortalama puanı (16.0±0.5) yaşamayanlardan (13.3±0.5) anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0.001).

4.4.3. Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunun çalışma yaşamı ve işyeri ortam faktörlerine göre dağılımı

Çalışma yaşamıyla ilişkili özellikler incelendiğinde çalışılan kurum ile merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0.05). Tablo 23'de görüldüğü gibi kamuda çalışanların merhamet doyumu ortalama puanları (30.0±0.4) özel sektörde çalışanlardan (36.6±1.4) anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Kamuda çalışanların tükenmişlik ortalama puanları (23.3±0.3) özel sektörde çalışanlardan (20.5±1.1) anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (p=0.023). Kamuda çalışanların merhamet yorgunluğu ortalama puanı (15.0±0.4) özel sektörde çalışanlardan (10.7±0.9) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0.005).

Tablo 23: Sağlık çalışanlarının merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalama puanlarının çalışma yaşamı özelliklerine göre dağılımı

Çalışma yaşamıyla ilişkili özellikler	Profesyonel yaşam kalitesi alt alan ortalamaları			Toplam N
	Merhamet doyumu	Tükenmişlik	Merhamet yorgunluğu	
Çalıştığı kurum				
Kamu	30.0±0.4	23.3±0.3	15.0±0.4	401
Özel	36.6±1.4	20.5±1.1	10.7±0.9	27
p (Mann Whitney U)	0.001	0.023	0.005	
Çalışılan basamak				
Üçüncü basamak	29.9±0.5	23.8±0.4	15.5±0.5[1]	273
İkinci basamak	30.7±0.8	22.8±0.6	14.0±0.6	114
Birinci basamak	33.2±1.3	19.6±1.0[1]	11.3±1.0[1]	41
p (Kruskal Wallis)	0.130	0.001	0.004	
Çalışılan birim				
Cerrahi	30.4±0.6	24.1±0.4	15.2±0.6	187
Dahili	30.4±0.6	22.4±0.5	14.4±0.5	196
Laboratuvar	31.0±1.3	22.5±6.5	13.5±1.3	45
p (Kruskal Wallis)	0.936	0.056	0.223	
Çalışma süresi				
< 1yıl	32.3±1.5	22.3±1.2	14.9±1.3	31
1-9.9 yıl	29.1±0.5[2]	23.9±0.4[2]	15.0±0.5	248
10-19.9 yıl	31.7±0.8	22.6±0.6	14.5±0.8	97
≥ 20 yıl	33.1±1.2[2]	20.9±0.8[2]	13.3±0.9	52
p (Kruskal Wallis)	0.004	0.015	0.606	
Toplam	30.4±0.4	23.2±0.3	14.7±0.4	428

[1] Farkı yaratan grup Mann Whitney U testi ile Bonferroni düzeltmesi ($p<0.017$)
[2] Farkı yaratan grup Mann Whitney U testi ile Bonferroni düzeltmesi ($p<0.008$)

Merhamet doyumu ortalama puanları çalışılan basamak ile ilişkili bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışılan basamak ile tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Üçüncü basamakta çalışanlarda tükenmişlik (23.8±0.4) ve merhamet yorgunluğu (15.5±0.5) anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalama puanları çalışılan birim ile ilişkili bulunmamıştır ($p>0.05$).

Merhamet doyumu çalışma süresi ile ilişkili bulunmuştur ($p=0.004$). Çalışma süresi 1-9.9 yıl olan çalışanların merhamet doyumu ortalama puanı (29.1±0.5) diğer çalışanlardan anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Tükenmişlik ortalama puanı çalışma süresi ile ilişkili bulunmuştur ($p=0.015$). Çalışma süresi yirmi yıl ve üzerinde olanların tükenmişlik ortalama puanı (20.9±0.8) diğer çalışanlardan anlamlı düzeyde

düşük bulunmuştur. Çalışma süresi ve merhamet yorgunluğu arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0.606).

Tablo 24'de görüldüğü gibi merhamet doyumu ortalama puanı iş yükü ile ilişkili bulunmamıştır (p=0.061). Tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalama puanları iş yükü ile ilişkili bulunmuştur (p=0.001). Tükenmişlik ortalama puanı bir görev yapanlarda 21.8±0.4 iken dört görev yapanlarda 27.0±1.2 olarak saptanmıştır. Merhamet yorgunluğu ortalama puanı ise bir görev yapanlarda 13.6±0.5 iken dört görev yapanlarda 21.4±1.7 bulunmuştur.

Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalama puanları nöbet tutma ile ilişkili bulunmuştur (p<0.05). Nöbet tutanlarda merhamet doyumu ortalama puanı 29.4±0.5 iken nöbet tutmayanlarda 32.2±0.8, icap nöbeti tutanlarda ise 34.1±1.5 olarak saptanmıştır (p=0.002). Tükenmişlik ortalama puanı en düşük nöbet tutmayanlarda (21.5±0.6), en yüksek nöbet tutanlarda (23.9±0.4) saptanmıştır. Merhamet yorgunluğu ortalama puanı nöbet tutmayanlarda en düşük (13.2±0.7), nöbet tutanlarda (15.3±0.4) en yüksek saptanmıştır.

Merhamet doyumu ve merhamet yorgunluğu ortalama puanları pandemide alanı dışındaki birimlerde çalışma ile ilişkili bulunmamıştır (p>0.05). Tükenmişlik ortalaması pandemide alanı dışındaki birimlerde çalışma ile ilişkili bulunmuştur (p=0.006). Pandemide alanı dışındaki birimlerde çalışanlarda tükenmişlik ortalama puanı daha yüksek (24.4±0.5) saptanmıştır.

Merhamet doyumu ortalama puanı işten sonra dinlenme süresi ile ilişkili bulunmuştur (p=0.010). İşten sonra dinlenme süresini yeterli bulanların merhamet doyumu ortalama puanı (32.5±1.0) yetersiz bulanlardan anlamlı düzeyde yüksektir. Tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalama puanları işten sonra dinlenme süresi ile ilişkili bulunmuştur (p=0.001). Tükenmişlik ortalama puanı işten sonra dinlenme süresini yetersiz bulanlarda (24.2±0.3) yeterli bulanlardan daha yüksek saptanmıştır. Merhamet yorgunluğu ortalama puanı işten sonra dinlenme süresini yetersiz bulanlarda 15.4±0.4 iken yeterli bulanlarda 11.7±0.7 olarak saptanmıştır.

Tablo 24: Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalamalarının iş stresine yol açan özelliklere göre dağılımı

İş stresine yol açan özellikler	Profesyonel yaşam kalitesi alt alan ortalamaları			Toplam N
	Merhamet doyumu	Tükenmişlik	Merhamet yorgunluğu	
İş yükü				
Bir görev	31.4±0.6[2]	21.8±0.4[2]	13.6±0.5	216
İki görev	29.5±0.7	24.0±0.5	14.6±0.6	134
Üç görev	30.4±1.0	24.6±0.9	15.9±0.9	50
Dört görev	27.6±1.5	27.0±1.2	21.4±1.7[2]	28
p (Kruskal Wallis)	0.061	0.001	0.001	
Nöbet durumu				
Nöbet tutan	29.4±0.5[1]	23.9±0.4[1]	15.3±0.4[1]	287
İcap nöbeti tutan	34.1±1.5	22.7±1.4	14.8±1.6	24
Nöbet tutmayan	32.2±0.8	21.5±0.6[1]	13.2±0.7[1]	117
p (Kruskal Wallis)	0.002	0.004	0.019	
Pandemide alanı dışındaki birimlerde çalışma				
Evet	30.0±0.7	24.4±0.5	15.4±0.6	143
Hayır	30.6±0.5	22.5±0.4	14.3±0.5	285
p (Mann Whitney U)	0.403	0.006	0.117	
İşten sonra dinlenme süresi (N=426)*				
Yeterli	32.5±1.0	18.9±0.7	11.7±0.7	87
Yetersiz	29.9±0.4	24.2±0.3	15.4±0.4	339
p (Mann Whitney U)	0.010	0.001	0.001	
İş yeri güvenliği				
Güvenli	34.8±1.1[1]	19.2±0.8[1]	12.0±0.8[1]	73
Güvenli değil	28.6±0.6	24.8±0.5	15.8±0.6	143
Orta düzeyde güvenli	30.1±0.6	23.4±0.4	14.9±0.5	212
p (Kruskal Wallis)	0.001	0.001	0.003	
İş yerindeki fiziksel koşullar				
Yeterli	32.0±0.7	20.9±0.5	13.4±0.6	133
Yetersiz	29.7±0.5	24.2±0.4	15.3±0.4	295
p (Mann Whitney U)	0.008	0.001	0.016	
İş yerinde risklerle ilgili zamanında bilgilendirme (N=427)*	32.1±0.5	21.3±0.4	13.2±0.4	238
Var	28.3±0.6	25.4±0.4	16.5±0.6	189
Yok	0.001	0.001	0.001	
p (Mann Whitney U)				
Profesyonel becerileri geliştirme imkanı (N=423)*				
Evet	31.7±0.6	22.1±0.4	14.0±0.5	210
Hayır	29.2±0.6	24.1±0.4	15.4±0.5	213
p (Mann Whitney U)	0.001	0.001	0.096	
Toplam	30.4±0.4	23.2±0.3	14.7±0.4	428

[1] Farkı yaratan grup Mann Whitney U testi ile Bonferroni düzeltmesi ($p<0.017$)

[2] Farkı yaratan grup Mann Whitney U testi ile Bonferroni düzeltmesi ($p<0.008$)

*Bazı değişkenlerde yanıt alınmadığından N sayıları satırlarda sunulmuştur. Yüzdeler N sayıları üzerinden hesaplanmıştır.

Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalama puanları iş yeri güvenliği ile ilgili görüşle ilişkili bulunmuştur ($p<0.05$). İş yerini güvenli bulmayanlarda merhamet doyumu ortalama puanı en düşük (28.6±0.6), tükenmişlik (24.8±0.5) ve merhamet yorgunluğu (15.8±0.6) ortalama puanları ise en yüksek bulunmuştur.

Merhamet doyumu ortalama puanı iş yerindeki fiziksel koşullar hakkındaki görüşle bulunmuştur ($p=0.008$). İş yerindeki fiziksel koşulları yeterli bulanlarda merhamet doyumu ortalama puanı daha yüksektir (32.0±0.7). Tükenmişlik ortalama puanı iş yerindeki fiziksel koşulları yetersiz bulanlarda 24.2±0.4 iken yeterli bulanlarda 20.9±0.5 olarak saptanmıştır ($p=0.001$). Merhamet yorgunluğu ortalama puanı iş yerindeki fiziksel koşulları yetersiz bulanlarda daha yüksek (15.3±0.4) düzeyde saptanmıştır ($p=0.016$).

Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalama puanları iş yerinde risklerle ilgili bilgilendirilme ile ilişkili bulunmuştur ($p=0.001$). İş yerinde riskler hakkında zamanında bilgilendirilmediğini düşünenlerde merhamet doyumu ortalama puanı daha düşük (28.3±0.6), tükenmişlik (25.4±0.4) ve merhamet yorgunluğu (16.5±0.6) ortalamaları bilgilendirildiğini belirtenlerden daha yüksektir.

Merhamet doyumu ve tükenmişlik ortalama puanları kurs ve kongrelere katılma gibi profesyonel becerilerini geliştirme imkanına sahip olma ile ilişkili bulunmuştur ($p=0.001$). Profesyonel becerilerini geliştirme imkanına sahip olduğunu düşünenlerde merhamet doyumu ortalama puanı daha yüksek (31.7±0.6), tükenmişlik ortalama puanı ise daha düşüktür (22.1±04). Merhamet yorgunluğu profesyonel becerilerini geliştirme imkanına sahip olma ile ilişkili bulunmamıştır ($p=0.096$).

Tablo 25: Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalamalarının işyerinde kişiler arası ilişkilerle ilgili özelliklere göre dağılımı

İşyerinde kişiler arası ilişkilerle ilgili özellikler	Profesyonel yaşam kalitesi alt alan ortalamaları			Toplam N
	Merhamet doyumu	Tükenmişlik	Merhamet yorgunluğu	
İş yerinde ayrımcılık (N=425)*				
Evet	28.5±0.6	25.2±0.5	16.3±0.6	172
Hayır	31.7±0.5	21.7±0.4	13.6±0.5	253
p (Mann Whitney U)	0.001	0.001	0.001	
Birlikte çalıştığı kişilere güvenme (N=427)*				
Güvenmem	28.9±2.0	24.7±1.6	16.5±1.5	22
Ne güvenirim ne güvenmem	27.9±0.7[1]	25.0±0.5[1]	16.3±0.7[1]	118
Güvenirim	31.6±0.5[1]	22.6±0.4[1]	13.9±0.4[1]	287
p (Mann Whitney U)	0.001	0.001	0.004	
Çalışma hayatında çatışma				
Evet	29.8±0.5	24.6±0.4	16.2±0.5	242
Hayır	31.2±0.6	21.2±0.5	12.7±0.5	186
p (Mann Whitney U)	0.076	0.001	0.001	
İş yerinde engellenme, baskı (N=423)*				
Var	28.6±0.9	25.8±0.7[1]	16.8±0.8	94
Yok	32.5±0.6[1]	20.9±0.4[1]	13.1±0.6[1]	178
Bazen	29.2±0.6	24.0±0.5[1]	15.1±0.6	151
p (Kruskal Wallis)	0.001	0.001	0.001	
Toplam	30.4±0.4	23.2±0.3	14.7±0.4	428

[1] Farkı yaratan grup Mann Whitney U testi ile Bonferroni düzeltmesi ($p<0.017$)
*Bazı değişkenlerde yanıt alınmadığından N sayıları satırlarda sunulmuştur. Yüzdeler N sayıları üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 25'te görüldüğü gibi merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalama puanları iş yerinde ayrımcılık ile ilişkili bulunmuştur ($p=0.001$). İş yerinde ayrımcılık yapıldığını düşünenlerde merhamet doyumu ortalama puanı daha düşük (28.5±0.6), tükenmişlik (25.2±0.5) ve merhamet yorgunluğu (16.3±0.6) ortalama puanları daha yüksek saptanmıştır.

Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalama puanları çalışma arkadaşlarına güven ile ilişkili bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışma arkadaşlarına güvenenlerde merhamet doyumu ortalama puanı en yüksek (31.6±0.5) tükenmişlik (22.6±0.4) ve merhamet yorgunluğu (13.9±0.4) ortalama puanları ise en düşük saptanmıştır.

Merhamet doyumu ortalama puanı çalışma hayatında çatışma olması ile ilişkili bulunmamıştır (p=0.076). Tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalama puanları çalışma hayatında çatışma olması ile ilişkili bulunmuştur (p=0.001). Çalışma hayatında çatışma yaşayanlarda tükenmişlik (24.6±0.4) ve merhamet yorgunluğu (16.2±0.5) ortalama puanları daha yüksek saptanmıştır.

Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalama puanları iş yerinde engellenme/baskı görme ile ilişkili bulunmuştur (p=0.001). İş yerinde engellenmeyen ve baskı görmeyenlerde düşünenlerde merhamet doyumu ortalaması daha yüksek (32.5±0.6), tükenmişlik (20.9±0.4) ve merhamet yorgunluğu (13.1±0.6) ortalamaları daha düşük saptanmıştır.

4.4.4. Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunun sağlık özelliklerine göre dağılımı

Tablo 26'da görüldüğü gibi merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu çalışanların kronik sağlık sorununa sahip olma durumları ile ilişkili bulunmamış (p>0.05), sağlık düzeyi algıları ile ilişkili bulunmuştur (p=0.001).

Tablo 26: Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalamalarının çalışanların sağlık özelliklerine göre dağılımı

Sağlıkla ilgili özellikler	Profesyonel yaşam kalitesi alt alan ortalamaları			Toplam N
	Merhamet doyumu	Tükenmişlik	Merhamet Yorgunluğu	
Kronik hastalık durumu				
Var	31.0±0.6	23.3±0.5	14.5±0.6	158
Yok	30.1±0.5	23.1±0.4	14.8±0.5	270
p değeri	0.183	0.975	0.868	
Algılanan sağlık düzeyi				
Kötü	27.9±1.5	26.8±1.2	20.0±1.7	34
Orta	29.0±0.6[1]	25.2±0.5	16.4±0.6	168
İyi	31.9±0.6[1]	21.1±0.4[1]	12.6±0.4[1]	226
p değeri	0.001	0.001	0.001	
COVID-19 geçirme				
Evet	29.8±0.5	23.7±0.4	15.3±0.5	213
Hayır	31.0±0.6	22.6±0.4	14.1±0.5	215
p değeri	0.155	0.168	0.052	
COVID-19'dan yakınının kaybı				
Evet	29.6±0.7	23.6±0.6	15.8±0.6	132
Hayır	30.8±0.5	22.9±0.4	14.2±0.4	296
p değeri	0.242	0.363	0.015	
Toplam	30.4±0.4	23.2±0.3	14.7±0.4	428

[1] Farkı yaratan grup Mann Whitney U testi ile Bonferroni düzeltmesi ($p<0.017$)

Merhamet doyumu ortalama puanı genel sağlık düzeyini kötü olarak tanımlayanlarda daha düşük (27.9±1.5), iyi olarak tanımlayanlarda daha yüksek (31.9±0.6) saptanmıştır. Tükenmişlik (26.8±1.2) ve merhamet yorgunluğu (20.0±1.7) ortalama puanları sağlığını kötü olarak tanımlayanlarda daha yüksek saptanmıştır.

Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalama puanları ile COVID-19 geçirmiş olmak arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Merhamet doyumu ve tükenmişlik ortalama puanları ile COVID-19'dan yakın kaybı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Merhamet yorgunluğu ortalama puanı COVID-19'dan yakın kaybı ile ilişkili bulunmuştur ($p=0.015$). COVID-19'dan bir yakınını kaybedenlerin merhamet yorgunluğu ortalama puanı (15.8±0.6) kaybetmemiş olanlardan (14.2±0.4) daha yüksek bulunmuştur ($p=0.015$).

4.5. Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğuna etki eden faktörlerin çok yönlü analizi (lojistik regresyon analizi)

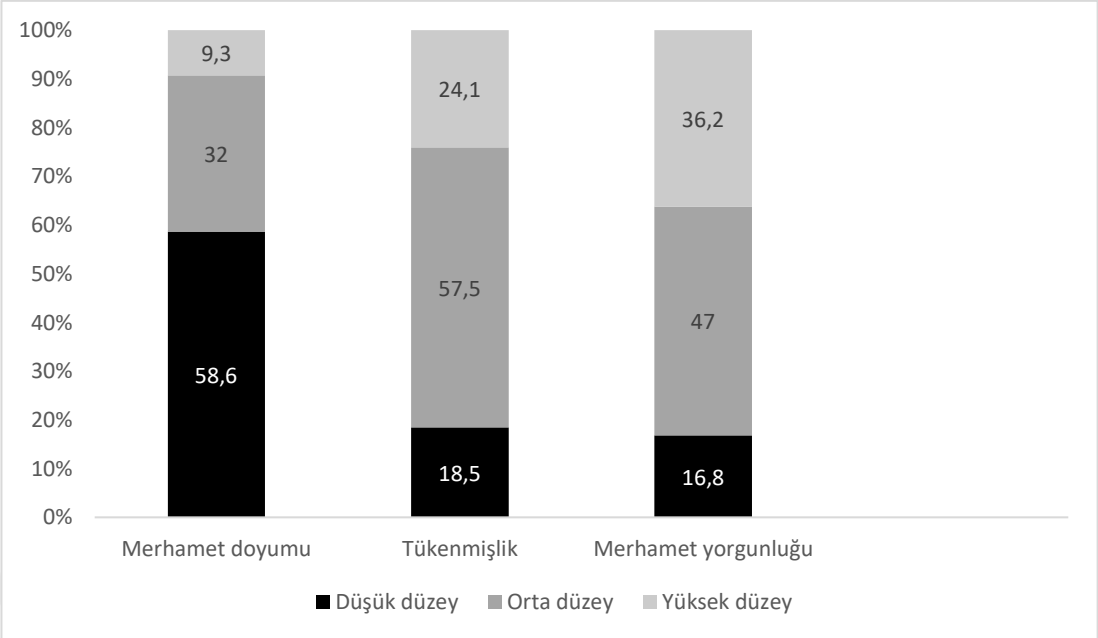
Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu alt alanlarının ortalamaları normal dağılmadığından çok yönlü analizlerin yapılmasında alt alanları sınıflandırarak lojistik regresyon analizi yapılması tercih edilmiştir. Bu bölümde öncelikle merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu alt alanlarının düşük, orta, yüksek olmak üzere sınıflandırılmış yüzde dağılımlarının sunulması uygun görülmüştür.

Şekil 11'de görüldüğü gibi çalışanların %58.6'sının merhamet doyumu düşük, %32'sinin orta düzeyde ve %9.3'ünün yüksek düzeydedir. Lojistik regresyon analizi için düşük ve orta/yüksek olmak üzere iki gruplu değişken oluşturulmuştur.

Katılımcıların %24.1'i yüksek, %57.5'i orta, %18.5'i düşük düzeyde tükenmişlik yaşamaktadır. Lojistik regresyon analizi için tükenmişlik düzeyi yüksek ve orta/düşük olmak üzere iki grupta sınıflanmıştır.

Çalışanların %36.2'si yüksek, %47.0'ı orta, %16.8'i düşük düzeyde merhamet yorgunluğu yaşamaktadır. Lojistik regresyon analizi için merhamet yorgunluğu yüksek ve orta/düşük olmak üzere iki gruba ayrılmıştır.

Alt alanların gruplandırılmış yüzde dağılımlarının bağımsız değişkenlerle ilişkisi Ki-kare analizi ile incelenmiş, alt alan ortalamaları ile ilişki saptanan bağımsız değişkenlerle aynı olduğu görüldüğünden ayrıca tablolar halinde sunulmamıştır.



Şekil 11: Sağlık çalışanlarında merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunun düşük, orta ve yüksek olmak üzere yüzde dağılımları

4.5.1. Merhamet doyumuna etki eden primer bağımsız değişkenler

Tek yönlü analizlerde merhamet doyumu ile ilişkili bulunan değişkenler backward stepwise lojistik regresyon analizine sokularak düşük düzeyde merhamet doyumuna primer etkili bağımsız değişkenler belirlenmiş ve Tablo 27'de sunulmuştur.

Tablo 27: Merhamet doyumunun düşük olmasına etki eden primer bağımsız değişkenler (Backward stepwise lojistik regresyon analiz sonuçları)

Primer bağımsız değişkenler	β	Wald k	p	Exp B (OR)	%95 Güven Aralığı
Çalışılan kurum (Kamu sektöründe çalışanlar)	1.907	10.670	0.001	6.732	2.144-21.136
Gelirden memnuniyet (Memnun olmayanlar)	1.298	17.273	0.001	3.662	1.985-6.754
İşyeri güvenliği (Güvenli olmadığını belirtenler)	1.291	13.760	0.001	3.636	1.838-7.191
Riskler hakkında zamanında bilgilendirilme (Bilgilendirilmeyenler)	0.741	9.383	0.002	2.097	1.306-3.368
Çocuk sayısı (Çocuk sahibi olmayanlar ya da bir çocuk sahibi olanlar)	0.676	6.941	0.008	1.966	1.189-3.252
Cinsiyet (Erkekler)	0.606	5.434	0.020	1.834	1.101-3.053
İşyerindeki fiziksel koşullar (Yetersiz bulanlar)	0.604	4.364	0.037	1.830	1.038-3.225
Birlikte çalıştığı kişilere güvenme (Güvenmeyenler)	0.554	5.178	0.023	1.740	1.080-2.803

Analiz dışı kalan değişkenler: Yaş, medeni durum, gelir, çalışma süresi, iş yükü, nöbet durumu, işten sonra dinlenme süresi, profesyonel becerileri geliştirmek için kurs kongre gibi faaliyetlere katılma imkanı, engellenme/baskı, ayrımcılık, çalışma hayatında çatışma, algılanan sağlık düzeyi.

Merhamet doyumunun düşük olmasına etkili olan primer bağımsız değişkenler; kamuda çalışma (OR=6.732), gelirinden memnun olmama (OR=3.662), işyerini güvensiz bulma (OR=3.636), riskler hakkında zamanında bilgilendirilmeme (OR=2.097), çocuk sahibi olmama ya da bir çocuk sahibi olma (OR=1.966), erkek olma (OR=1.834), işyerindeki fiziksel koşulları yetersiz bulma (OR=1.830) ve çalışma arkadaşlarına güvenmemedir (OR=1.740).

4.5.2. Tükenmişliğe etki eden primer bağımsız değişkenler

Tek yönlü analizlerde tükenmişlik ortalaması ile ilişkili bulunan değişkenler backward stepwise lojistik regresyon analizine sokularak yüksek düzeyde tükenmişliğe primer etkili bağımsız değişkenler belirlenmiş ve Tablo 28'de sunulmuştur.

Tablo 28: Yüksek düzeyde tükenmişliğe etki eden primer bağımsız değişkenler (Backward stepwise lojistik regresyon analiz sonuçları)

Primer bağımsız değişkenler	β	Wald k	p	Exp B (OR)	%95 Güven Aralığı
Algılanan sağlık düzeyi (Kötü olarak algılayanlar)	1.468	26.213	0.001	4.341	2.474-7.614
Yaş (25-44 yaş arasında olanlar)	1.271	9.144	0.002	3.564	1.564-8.121
Aylık gelir (37500-49999TL arasında olanlar)	1.163	13.276	0.001	3.199	1.711-5.979
İşyerinde engellenme/baskı (Engellenen/baskı gördüğünü belirtenler)	0.748	6.532	0.011	2.113	1.190-3.749
Riskler hakkında zamanında bilgilendirilme (Bilgilendirilmeyenler)	0.710	6.908	0.009	2.034	1.198-3.455
Profesyonel becerileri geliştirme imkanı (Sahip olmadığını belirtenler)	0.606	4.786	0.029	1.833	1.065-3.153

Analiz dışı kalan değişkenler: Çocuk sayısı, gelirden memnuniyet, çalışılan kurum, çalışma süresi, iş yükü, nöbet durumu, işten sonra dinlenme süresi, işyeri güvenliği, ayrımcılık, çalışma arkadaşlarına güven, çalışma hayatında çatışma, cinsiyet, işyerindeki fiziksel koşullar, eğitim durumu, meslek, mali sorunlar yaşama, çalışılan basamak, pandemide alan dışı birimlerde çalışma.

Tükenmişliğe etki eden primer bağımsız değişkenler; sağlık düzeyini kötü olarak algılama (OR=4.341), 25-44 yaş arasında olma (OR=3.564), 37500-49999TL arasında gelire sahip olma (OR=3.199), engellenme/baskı görme (OR=2.113), riskler hakkında zamanında bilgilendirilmeme (OR=2.034) ve profesyonel becerilerini geliştirme imkanına sahip olmamadır (OR=1.833).

4.5.3. Merhamet yorgunluğuna etki eden primer bağımsız değişkenler

Tek yönlü analizlerde merhamet yorgunluğu ortalaması ile ilişkili bulunan değişkenler backward stepwise lojistik regresyon analizine sokularak yüksek düzeyde merhamet yorgunluğuna primer etkili bağımsız değişkenler belirlenmiş ve Tablo 29'da sunulmuştur.

Tablo 29: Yüksek düzeyde merhamet yorgunluğuna etki eden primer bağımsız değişkenler (Backward stepwise lojistik regresyon analiz sonuçları)

Primer bağımsız değişkenler	β	Wald k	p	Exp B (OR)	%95 Güven Aralığı
İş yükü (İş yükü fazla olanlar)	1.092	5.537	0.019	2.980	1.200-7.400
Meslek (Hekim ve hemşire/ebeler)	1.080	5.832	0.016	2.944	1.226-7.073
Algılanan sağlık düzeyi (Kötü olarak algılayanlar)	0.979	18.128	0.001	2.663	1.696-4.179
Yaş (25-44 yaş arasında olanlar)	0.742	5.815	0.016	2.101	1.149-3.841
Riskler hakkında zamanında bilgilendirilme (Bilgilendirilmeyenler)	0.668	8.484	0.004	1.950	1.244-3.056
Cinsiyet (Kadınlar)	0.575	4.606	0.032	1.777	1.051-3.005
Mali sorunlar yaşama (Mali sorunlar yaşayanlar)	0.471	4.210	0.040	1.601	1.021-2.510

Analiz dışı kalan değişkenler: Çocuk sayısı, gelirden memnuniyet, çalışılan kurum, çalışma süresi, nöbet durumu, işten sonra dinlenme süresi, profesyonel becerileri geliştirmek için kurs, kongre gibi faaliyetlere katılma imkanı, engellenme/baskı, işyeri güvenliği, ayrımcılık, çalışma arkadaşlarına güvenme, çalışma hayatında çatışma, işyerindeki fiziksel koşullar, eğitim durumu, çalışılan basamak, gelir, COVID-19 geçirme durumu, COVID-19'dan yakın kaybı.

Yüksek düzeyde merhamet yorgunluğuna etki eden primer bağımsız değişkenler; iş yükünün fazla olması (OR=2.980), hekim, hemşire ya da ebe olma (OR=2.944), sağlık düzeyini kötü olarak algılama (OR=2.663), 25-44 yaş arasında olma (OR=2.101), riskler hakkında zamanında bilgilendirilmeme (OR=1.950), kadın olma (OR=1.777) ve mali sorunlar yaşamadır (OR=1.601).

5. TARTIŞMA

Tartışma dört başlık altında yapılmıştır:

5.1. Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulguların tartışması

5.2. Sağlık çalışanlarının çalışma yaşamı ve işyeri ortam faktörlerine ilişkin bulguların tartışması

5.2.1.Çalışma yaşamına ilişkin bulguların tartışması

5.2.2. İşyeri ortam faktörlerine ilişkin bulguların tartışması

5.3. Sağlık çalışanlarının sağlık özellikleri ve COVID-19 deneyimlerine ilişkin bulguların tartışması

5.4. Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesine ilişkin bulguların tartışması

5.4.1. Profesyonel yaşam kalitesi alt alan ortalama ve korelasyon analizlerinin tartışması

5.4.2. Merhamet doyumu ile ilişkili saptanan değişkenlerin tartışması

5.4.2. Tükenmişlikle ilişkili saptanan değişkenlerin tartışması

5.4.4. Merhamet yorgunluğu ile ilişkili saptanan değişkenlerin tartışması

5.1. Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulguların tartışması

Çalışmamızda katılımcıların %36.2'si hekim, %52.3'ü hemşire/ebe, %11.4'ü ise diğer sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Çalışmamızdaki hekim, hemşire/ebe dağılımının gerek dünyada gerekse Türkiye'deki resmi istatistikler ve yapılan özel araştırmalardaki ile benzer olduğu görülmüştür. DSÖ Avrupa Bölgesi 2023 yılı verilerine göre sağlık insan gücünün %61.3'ü hemşire ve ebelerden oluşmaktadır (132). Türkiye 2022 sağlık istatistiklerine göre hekimlik, hemşirelik ve ebelik mesleklerinde görev yapan sağlık çalışanlarının %39.1'i hekim, %60.9'u hemşire ve ebelerden oluşmaktadır (133). Çalışmamızla uyumlu olarak Topçu'nun Malatya'da birinci ve ikinci basamakta çalışan hekim ve yardımcı sağlık personelinde yaptığı çalışmada hekimlerin sıklığı %26.6, hemşire ve ebelerin sıklığı %56.7'dir (85). Yine Kartsonaki ve arkadaşlarının Yunanistan'da profesyonel yaşam kalitesi ile ilgili ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde yaptıkları çalışmada katılımcıların %18.9'u doktor, %59.9'u hemşire ve ebe, %21.2'si ise diğer sağlık çalışanlarından oluşmaktadır (134). Araştırmamızdaki diğer sağlık personeli sayısının Rize'deki evrenlerini temsil

etmediğini bir kısıtlılık olarak belirtmemiz gerekmektedir. Bunun nedeni araştırmanın planlama aşamasında örneklemin hekim ve hemşire/ebe sayıları üzerinden hesaplanmış olmasıdır. Araştırmamızdaki diğer sağlık personeli veri toplama sırasında departmanda olan ve araştırmaya katılmak isteyen sağlık personelinden oluştuğundan sayıları evrendeki tabaka ağırlığını yansıtmamaktadır.

Araştırma kapsamına giren sağlık çalışanlarının %26.9'u erkek, %73.1'i kadındır. Kadın katılımcıların daha fazla olmasının nedeni hemşirelerin hekimlerden fazla olması ve hemşirelerin çoğunun kadın (%89.7) olmasıdır. Bulgularımız hem meslek hem cinsiyet dağılımı açısından sağlık sektörü işgücünün yapısını yansıtmaktadır. Çalışmamızla uyumlu olarak Kartsonaki ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %78.8'inin kadın, %21.2'sinin erkek olduğunu saptamıştır (134). Dünya genelinde sağlık çalışanlarının yaklaşık %70'ini kadınların oluşturduğu, geleneksel olarak hemşire ve ebelerin çoğunun kadın, kıdemli hekim ve yöneticilerin ise erkek olduğu literatürde belirtilmektedir (135). Nepal'de hekimlerin sadece %21'i kadın iken Finlandiya'da hekimlerin %60'ı kadındır. Dünyada hekimlerin %70'inden fazlası erkek, hemşirelerin %70'inden fazlası kadınlardan oluşmaktadır (12). DSÖ hemşirelik mesleğinde kadın çalışanların fazla olmasını mesleğin feminizasyonu olarak tanımlanmakta, sağlık meslekleri arasındaki cinsiyet farkının azaltılmasını önermektedir (136,137). DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki kadın doktorların sıklığı 2010 yılında %43 iken 2020 yılında %48e ulaşmıştır (132). Bizim çalışmamızda hekimler arasında erkek kadın dağılımı sırayla %49.7 ve %50.3'tür. Bu dağılım olumlu bir bulgu olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların ortalama yaşı 32.4 yıl olarak tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde yaş dağılımlarının çalışmamızla benzer olduğu görülmüştür. Yıldırım ve Hacıhasanoğlu'nun Erzincan'da birinci ve ikinci basamak sağlık çalışanlarında yaptığı araştırmada yaş ortalaması 32.66 yıl olarak saptanmıştır (138). Çalışmamızda katılımcıların %9.8'inin 25 yaş altında, %78.9'unun 25-44 yaş aralığında, %11.2'sinin 45 yaş ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Kanber ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %5.2'si 21-25 yaş arasında, %89.6'sı 26-45 yaş arasında ve %5.2'si 45-60 yaş arasındadır (139). Benzer şekilde 2020 Sağlık-Sen araştırmasında çalışanların %9.8'i 25 yaş altında, %73.7'si 26-45 yaş aralığında, %16.5'i 46 yaş üstünde olduğu belirtilmiştir (140). Sağlık çalışanları çoğunlukla lisans

düzeyinde eğitimli olduklarından 25 yaş altındaki çalışan sıklığının nispeten düşük düzeyde olması beklenen bir bulgu olarak değerlendirilmiştir. Araştırmamızda yaşla ilgili bulgular Türkiye'deki çalışmalarla uyumlu olmakla birlikte Avrupa ülkelerinden farklıdır. İşgücü yaş kompozisyonuna ilişkin verileri rapor eden 44 ülkeden 24'ünde yaşı 55 ve üzerinde olanların sıklığı %30 olarak bulunmuştur (132). Birleşik Krallık'ta 2018 yılında Ulusal Sağlık Sistemine kayıtlı sağlık personelinin yaş ortalaması 43 olarak saptanmış, 45 yaş ve üzerinde olanların sıklığı %47 bulunmuştur. Gelişmiş ülkelerde sağlık çalışanlarının yaşlanma sorunu olduğu ve pandemi döneminde bu durumun sakınca yarattığı, yeni sağlık personeli yetiştirilmesi gerektiği literatürde yer almaktadır (141).

Çalışmamızda katılımcılar arasında lise mezunlarının düşük düzeyde olduğu (%5.1), yarıdan çoğunun ön lisans veya lisans düzeyinde eğitimli olduğu (%57.0) ve %37.9'unun yüksek lisans, doktora ya da uzmanlık düzeyinde eğitime sahip olduğu görülmüştür. Türkiye 2020 Sağlık-Sen araştırmasında sağlık çalışanlarının %12.9'unun lise ve altı, %75.2'sinin ön lisans veya lisans ve %11.9'unun yüksek lisans/doktora eğitim düzeyine sahip olduğu belirtilmiştir (140). Türkiye'de SAGEM'in 2017 yılında yaptığı çalışmada, çalışmamızla benzer şekilde katılımcıların %11.6'sının lise, %56.8'inin ön lisans veya lisans, %31.5'inin yüksek lisans, doktora ya da uzmanlık düzeyinde eğitime sahip olduğu saptanmıştır (142). Çalışmamızda erkekler arasında lisansüstü düzeyde eğitimi olanların sıklığı kadınlardan iki kat daha fazla bulunmuştur. Kadınlar arasında ise lise düzeyinde ve ön lisans veya lisans düzeyinde eğitimi olanların erkeklerden 1.9 kat kadar fazla olduğu görülmüştür. Kadın katılımcılar daha fazla olduğu halde eğitim düzeylerinin daha düşük olması, çoğunun hemşire/ebe olması ile açıklanmıştır. Kadın ve erkek sağlık çalışanları arasında eğitim düzeyindeki bu farklılık, hem toplumsal cinsiyet eşitsizliği hem de eğitim düzeyi yönünden sağlık meslekleri arasındaki eşitsizlik olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların %56.1'inin evli, %42.7'sinin bekar, %1.2'sinin ise dul/boşanmış olduğu saptanmıştır. Türkiye 2020 Sağlık-Sen araştırmasında katılımcıların %72.6'sının evli, %23'ünün bekar ve %4.5'inin boşanmış olduğu bildirilmiştir (140). SAGEM'in 2017 yılında yaptığı çalışmada çalışanların %72.9'unun evli, %26.7'sinin bekar olduğu görülmüştür (142). Kartsonaki ve arkadaşlarının çalışmasında çalışanların %70.9'unun evli, %22.4'ünün bekar ve

%6.7'sinin boşanmış/dul olduğu saptanmıştır (134). Çalışmamızda diğer çalışmalarla benzer şekilde tüm katılımcılar arasında evli olanların sıklığı daha yüksek düzeyde olmakla beraber bekarların sıklığı literatürden daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Bu durum üçüncü basamaktan araştırmaya giren katılımcıların daha fazla olması ve bu katılımcılar arasında bekar olma olasılığı daha yüksek olan asistan hekimlerin bulunmasıyla açıklanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların %56.1'inin çocuk sahibi olmadığı, %43.9'unun en az 1 çocuk sahibi olduğu, çocuk sahibi olanların ortalama çocuk sayısının 1.7 olduğu saptanmıştır. Araştırmamızdan farklı olarak Türkiye 2020 Sağlık-Sen araştırmasında sağlık çalışanlarının %69.6'sı, 2017 SAGEM araştırmasında %67.9'unun, Kartsonaki ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %68.2'sinin çocuk sahibi olduğu rapor edilmiştir (134,140,142). Araştırmamızda çocuk sahibi olanların diğer çalışmalardan daha düşük olmasının nedeni medeni durumda olduğu gibi üçüncü basamak katılımcılarının daha fazla olması ile açıklanmıştır.

Araştırmamızda medeni durumun cinsiyetle ilişkili olduğu görülmüştür. Erkeklerin çoğu evli, kadınların çoğu bekar saptanmış, dul ve boşanmışların hepsinin kadın olduğu gözlenmiştir. Acar yaptığı çalışmada kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe daha geç evlendiğini belirtmiştir (143). Bizim bulgumuzun da Acar'ı desteklediği ve konuyla ilgili ileri araştırmalar yapılmasının uygun olacağı düşünülmüştür.

Katılımcıların ortalama aylık geliri 28149 TL olarak saptanmıştır. En düşük ve en yüksek gelir arasında 10.9 kat fark olduğu tespit edilmiştir. En düşük gelir 2023 yılı Ocak ayı net asgari ücret olan 8 bin 506,8 TL'den 746T L fazladır, en yüksek gelir ise asgari ücretin yaklaşık 11.9 katıdır. Aylık ortalama gelir erkeklerde kadınlardan, 45 yaş ve üzerinde olanlarda diğer yaş gruplarından, evlilerde evli olmayanlardan, 2 ve daha fazla çocuğu olanlarda daha az sayıda çocuğu olanlardan ve çocuğu olmayanlardan, hekimlerde hemşire/ebe ve diğer sağlık çalışanlarından, icap nöbeti tutanlarda nöbet tutanlardan ve nöbet tutmayanlardan, çalışma süresi yirmi yıl ve üzerinde olanlarda çalışma süresi daha kısa olanlardan, gelirinden memnun olanlarda diğer memnuniyet gruplarından, mali sorunlar yaşamayanlarda yaşayanlardan, özel sektörde çalışanlarda kamuda çalışanlardan, birinci basamakta çalışanlarda diğer basamaklarda çalışanlardan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Birinci

basamakta gelir düzeyinin daha yüksek olması ayaktan tedavi hizmeti veren özel tıp merkezindeki hekimlerin ve sözleşmeli aile hekimlerinin yüksek aylık gelirleri ile açıklanmıştır. DSÖ çalışmamızla uyumlu olarak dünyada erkek sağlık çalışanlarının kadınlardan daha yüksek aylık gelire sahip olduğunu, en az altı milyon kadın sağlık çalışanının ücret almadan ya da çok düşük ücretlerle çalıştığını ve bu durumun sağlık sistemlerini zayıflattığını belirtmektedir (144).

Çalışmamızda çalışanların yaklaşık yarısı gelirinden memnun değildir (%49.3), gelirinden memnun olanlar düşük düzeydedir (%15.7). Hekimlerin yaklaşık dörtte biri (%26.5) gelirinden memnun değilken hemşire/ebe (%63.8) ve diğer sağlık çalışanlarının (%55.1) yarısından çoğu gelirinden memnun değildir. Hekimlerin aylık ortalama geliri daha yüksek olduğundan bu bulgu beklenen bir bulgudur. Veri toplama süreci boyunca Avrupa'da sağlık çalışanlarının gelirlerinden yakındığı medyada gündeme gelmiştir. İngiltere'de hekimler daha yüksek gelir talebiyle Mart 2023'te başlayıp 2024 yılına kadar devam eden grevlere gitmişlerdir (145). Dünya genelinde 2008 yılında yaşanan mali krizin ardından sağlık bütçelerinde ve sağlık çalışanlarının maaşlarında kesintiler meydana geldiği ve bu durumun sağlık çalışanlarının satın alma gücünü azalttığı literatürde yer almaktadır (146). Araştırmamızda ortanca gelir ortalamadan daha düşük düzeyde 18000 TL olarak saptanmıştır. Katılımcıların yarısı 18000 TL'den düşük aylık gelirle çalışmaktadır. Bu aylık gelir çalışanlar için yetersiz olarak değerlendirilmiş ve gelirden memnun olmamanın, mali sorunlar yaşamanın doğal olduğu düşünülmüştür. Çalışmamızda katılımcıların yaklaşık yarısı (%52.1) mesleklere göre farklılık olmaksızın mali sorunlar yaşadığını belirtmiştir. Sağlık-Sen 2020 araştırmasında sağlık çalışanlarının %46.4'ü ekonomik sıkıntılar yaşadığı rapor edilmiştir (140). TÜSEB çalışmasına katılan sağlık çalışanlarının yıllık ortalama gelirinin 16 ülkenin ortalamasından daha düşük olduğu ve gelirden memnuniyetsizliğin motivasyonu olumsuz etkileyen bir faktör olduğu vurgulanmıştır (147). Gelir ve eğitim düzeyi birlikte değerlendirildiğinde çalışmamız sağlık çalışanları arasında sosyoekonomik eşitsizlikler olduğunu ortaya koymuştur. COVID-19 pandemisi döneminde iş yükü artmış olan sağlık personeline hem dünyada hem de Türkiye'de çalışanların maddi kayba uğramamaları pandemi sürecinde çalışmalarını teşvik etmek ve çalışanları motive etmek amacıyla ek performans ödemesi yapıldığını belirtmek gerekmektedir (148,149).

5.2. Sağlık çalışanlarının çalışma yaşamı ve işyeri ortam faktörlerine ilişkin bulguların tartışması

5.2.1.Çalışma yaşamına ilişkin bulguların tartışması

Çalışmamızda katılımcıların %93.7'si kamu sektöründe, %6.3'ü özel sektörde çalışmaktadır. Çalışmamızla uyumlu olarak dünya genelinde sağlık çalışanlarının üçte ikisi kamu sektöründe üçte biri özel sektörde görev yapmaktadır (12). Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında yapılan çalışmaya göre sağlık çalışanlarının %80'i kamu sektöründe çalışmaktadır (150). Araştırmamızda özel sektörde çalışanların sıklığının literatürden daha az olmasının nedeni Rize'nin küçük bir şehir olması, buna rağmen ikinci ve üçüncü basamak hastanelerin bulunması ve dolayısıyla özel sektörün evrende yaygın olmamasıyla açıklanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların yarıdan çoğu üçüncü basamakta (%63.8), yaklaşık üçte biri (%26.6) ikinci basamakta, %9.6'sı birinci basamakta görev yapmaktadır. Çalışmamızdan farklı olarak SAGEM'in 2017 yılında yaptığı çalışmada katılımcıların %31.5'inin üçüncü basamakta, %50.2'sinin ikinci basamakta, %15.5'inin birinci basamakta çalıştığı görülmüştür (142). Bu farklılığın nedeni Rize'de sağlık çalışanlarının çoğunun Sağlık Bakanlığı ile afiliye olan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışıyor olmasıdır.

Araştırmamızda katılımcıların çoğunluğu nöbet tutmaktadır (%67.1). Çalışmamızdan farklı olarak Sağlık-Sen 2020 araştırmasında nöbet tutanların sıklığı daha düşük düzeyde rapor edilmiştir (%56.8) (140). SAGEM 2017 araştırmasında ise çalışanların yarıdan çoğunun nöbet tuttuğu saptanmıştır (%57.4) (142). Araştırmamızda nöbet tutanların sıklığının daha fazla olma nedeni yine evrende Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanlarının daha fazla sayıda olması, bu hastanede uzmanlık öğrencilerinin nöbet tutmaları ve katılımcıların çoğunun cerrahi ve dahili birimlerde çalışıyor olması ile açıklanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların yarıdan çoğu (%57.9) 1-9.9 yıldır çalışmakta, %7.2'si 1 yıldan kısa süredir çalışmaktadır. Benzer şekilde Kanber ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %55.1'inin 1-10 yıldır çalışmakta olduğu saptanmıştır (139).

5.2.2. Sağlık çalışanlarının işyeri ortam faktörlerine ilişkin bulguların tartışması

İşyeri stres faktörleri ve işyeri ortamında kişiler arası ilişkilerle ilgili bulgular değerlendirildiğinde katılımcıların yaklaşık yarısının birden fazla görevi yerine getirdiği (%49.5), yaklaşık üçte birinin (%33.4) pandemi döneminde alanı dışındaki birimlerde çalışmış olduğu, büyük bir çoğunluğunun işten sonra dinlenme süresini yetersiz bulduğu (%79.6), yaklaşık üçte ikisinin işyerindeki fiziksel koşulları yetersiz bulduğu (%68.9), yaklaşık üçte birinin işyerini güvenli bulmadığı (%33.4), yarıdan çoğunun işyerinde çatışma yaşadığı (%56.5), yaklaşık yarısının profesyonel becerileri geliştirme imkanının olmadığı (%50.4), yaklaşık beşte birinin işyerinde engellenme/baskı yaşadığı (%22.2) anlaşılmıştır.

Sorulan soru aynı olmamakla birlikte SAGEM'in çalışmasında da iş yükünün fazla olduğunu belirtenlerin sıklığı %49.5 olarak bildirilmiştir. Benzer şekilde Kanber ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların önemli bir kısmı (%42.7) çalıştıkları birimde sınırları belirlenmiş yazılı bir görev tanımı olmadığını belirtmişlerdir (139). Avrupa'dan bildirilen çalışmalarda çalışma ortamındaki fiziksel koşullardan memnun olmama %44 ile %52 arasında bildirilmiştir (147). Türkiye'de yapılan çalışmalarda fiziksel koşulların yetersizliği, %40 ile %50 arasında değişmektedir (85,142). Çalışmamızda işyerindeki fiziksel koşulların yetersiz olduğunu düşünme literatürdekinden oldukça yüksek düzeydedir. Çalışmamızla benzer şekilde Kanber ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların yaklaşık üçte biri işyerinin güvenli olmadığını belirtmiştir (139). Çalışmamızla benzer şekilde SAGEM'in araştırmasında katılımcıların yaklaşık yarısı (%54.4) kongre, toplantı ve mesleki eğitimlere katılma imkanını yetersiz olarak değerlendirmiştir (142). İşyeri ortam faktörleri ile ilgili bazı görüşlerin cinsiyet ve meslekle ilişkili olduğu gözlenmiştir. Olumsuz işyeri ortam faktörleri arasında birden fazla görevi yerine getirme ve riskler konusunda bilgilendirilmeme hekimlerde daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte işyerinde kendini geliştirme imkanı hekimlerde diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek düzeydedir.

Çalışmamızda katılımcıların %79.6'sı işten sonra aileleri ile vakit geçirmek ve dinlenmek için kalan süreyi yetersiz bulmaktadır. Çalışmamızla benzer şekilde Sağlık-Sen 2020 çalışmasında katılımcıların %70.9'u aileleriyle yeterince vakit

geçiremediğini bildirmiştir (140). İşten sonra dinlenme süresini yetersiz bulma ve işyerinde ayrımcılık yapıldığını düşünme kadınlarda ve hemşire/ebelerde daha yüksek düzeyde saptanmıştır. Kadınların ev işlerini de yürüttüğü düşünüldüğünde işten sonra dinlenme süresini yetersiz bulmaları ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği açısından ya da kadına yönelik pozitif ayrımcılık yönünden ele alındığında ayrımcılık yaşadıklarını düşünmeleri önemli bir bulgu olarak yorumlanmıştır.

Olumsuz görüşler olmakla birlikte çalışanların olumlu görüş bildirdiği işyeri ortam koşulları da olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların yarıdan çoğunun işyeri faktörlerinden olumlu olarak değerlendirdikleri sırayla; birlikte çalıştığı kişilere güvenme (%67.2), işyerinde ayrımcılık olmaması (%59.5) ve riskler hakkında bilgilendirmedir (%55.7). Çalışmamızda kişiler arası ilişkilerden birlikte çalıştığı kişilere güvenme yüksek bulunmakla birlikte İngiltere'de yapılan bir çalışmada araştırmamızdan daha yüksek düzeyde (%80) bildirilmiştir (147).

5.3. Sağlık çalışanlarının sağlık özelliklerine ve COVID-19 deneyimlerine ilişkin bulguların tartışması

Çalışmamızda katılımcıların %36.9'unun görme kusuru dahil olmak üzere kronik bir sağlık sorunu mevcuttur. Bulgumuz Türkiye'de bildirilen çalışmalardan yüksek düzeydedir. Sağlık-Sen 2012 yılı araştırmasında sağlık çalışanlarının %20.5'inde, 2020 yılı araştırmasında %23.6'sında, SAGEM 2017 yılı araştırmasında %15.4'ünde kronik bir sağlık sorunu olduğu saptanmıştır (140,142,151).

Çalışmamızda katılımcıların %54.3'ü sağlık düzeyini iyi, %38.1'i orta ve %7.7'si kötü olarak değerlendirilmiştir. Sağlık-Sen 2020 araştırmasında çalışmamızla benzer şekilde sağlık çalışanlarının %9'u sağlığını kötü, %50.9'u orta, %40.1'i iyi olarak tanımlamıştır (140).

Katılımcıların yaklaşık yarısı (%48.6) COVID-19 geçirmiş, yaklaşık üçte biri (%31.3) COVID-19 nedeniyle bir arkadaşını ya da yakınını kaybetmiştir. Literatürde bir yakınını kaybettiği halde çalışmaya devam eden sağlık çalışanlarında tükenmişliğin yüksek görüldüğünü bildirmektedir. Bu çalışanlarda ikincil travmatik stres ve merhamet yorgunluğu görülmesi de olasılık dahilindedir. Gholami ve arkadaşları yaptıkları derlemede COVID-19 testi pozitif çıkan sağlık çalışanlarının sıklığını çalışmamızla uyumlu olarak %51.7 olarak saptamıştır (152).

5.4. Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi alt alanları olan merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğuna ilişkin bulguların tartışması

Araştırmamızda sağlık çalışanlarında profesyonel yaşam kalitesinin alt alanları olan merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ortalama puanları sırasıyla 30.4±0.4, 23.1±0.3 ve 14.7±0.4 olarak bulunmuştur. Çalışanların yarıdan çoğunda (%58.6) düşük düzeyde merhamet doyumu, %24.1'inde yüksek düzeyde tükenmişlik ve %36.2'sinde ise yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu olduğu tespit edilmiştir. Başka bir deyişle, sağlık çalışanlarının yaklaşık dörtte biri mesleğini etkili bir şekilde yapamayacak düzeyde tükenmişlik yaşamakta, yaklaşık üçte biri istirahat izni ya da tıbbi danışmanlık gerektirecek düzeyde merhamet yorgunluğu yaşamakta ve bu durumdan kaynaklı olarak yarıdan çoğu mesleklerinin yardım eden rolünden yeterli doyum alamamaktadır (98,153).

Merhamet doyumu ortalaması arttıkça tükenmişlik ortalaması orta şiddette, merhamet yorgunluğu ortalaması çok hafif şiddette azalmaktadır. Başka bir deyişle merhamet doyumunun tükenmişlik üzerindeki etkisi, merhamet yorgunluğu üzerindeki etkisinden daha fazladır. Merhamet doyumu, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik oluşmasını önleyici ya da azaltıcı özelliğe sahip olduğundan bu bulgu literatürle uyumlu beklenen bir bulgudur (98,153,154). Merhamet doyumu ile tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu arasındaki ilişkinin kuvvetindeki farklılık gerçekte tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunun farklı kavramlar olduğunu göstermektedir (153). Tükenmişlik ile merhamet yorgunluğu arasında pozitif korelasyon olması ancak şiddetinin hafif düzeyde olması, bu iki psikososyal sağlık sorununun birbirleriyle ilişkili ancak farklı kavramlar olduğunu destekler niteliktedir (98,155,156).

Çalışmamızda merhamet yorgunluğu yaşayanların tükenmişlik yaşayanlardan daha yüksek düzeyde olması, merhamet yorgunluğunu oluşturan bileşenler arasında tükenmişlikle beraber ikincil travmatik stres ve moral distresin de bulunduğunu düşündürtmektedir. Araştırmamızda mesleğin özünde bulunan yardım etme özelliğinin olumsuz etkilerinin ağır bastığı ve dolayısıyla katılımcıların mesleki yaşam kalitelerinin düşük düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır.

5.4.1. Merhamet doyumuna ilişkin bulguların tartışması

Öncelikle merhamet doyumu düzeyi araştırma hipotezimizde varsaydığımız gibi orta düzeyde değil düşük düzeyde saptanmıştır. Çalışanların yarıdan çoğunda (%58.6) merhamet doyumu düşük, yaklaşık üçte birinde orta (%32.0), %9.3'ünde yüksek düzeydedir. Merhamet doyumu ortalama puanı 30.4 saptanmış olup 2009 yılında Stamm tarafından sağlık çalışanlarında 35.9 olarak saptanan ortalamadan düşük düzeydedir. Bu ortalama puanın literatürde pandemi öncesinde yapılan araştırmalarla uyumlu, pandemi sonrasında yapılan araştırmaların ortalamasından ise daha düşük olduğu görülmüştür. Pandemi öncesinde aynı ölçek kullanılarak farklı ülkelerde, farklı birimlerde çalışan farklı sağlık meslek gruplarını kapsayan araştırmalarda merhamet doyumu ortalama puanı 17.66 ile 40.30 arasında değişmektedir (134,156–164). En düşük ortalama puan olan 17.66, Düzgün ve arkadaşları tarafından 2007-2008 yıllarında İstanbul Tıp Fakültesi ve İstanbul Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanelerinde dermatoloji ve onkoloji birimlerinde görev yapan hekimleri kapsayan araştırmanın bulgusudur (162). En yüksek puan olan 40.3, Amerika Birleşik Devletleri'nde 2008 yılında yapılmış olan ve evde bakım, acil servis, yoğun bakım üniteleri, onkoloji ve cerrahi birimlerde çalışan hemşireleri kapsayan araştırmadan elde edilmiştir (164). Literatürde pandemi döneminde dünya genelinde yapılan çalışmalarda merhamet doyumu ortalama puanının alt ve üst sınırlarının pandemi öncesi döneme kıyasla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu dönemde puanlar 33.16 ile 41.61 arasında değişmektedir (165–170). En düşük puan olan 33.16, Sarıbudak ve arkadaşları tarafından 2020 yılında Türkiye'de COVID-19 pandemisi sırasında yapılan ve ön sıralarda çalışan hemşireleri kapsayan araştırmanın bulgusudur (166). En yüksek puan olan 41.61, Tomar ve arkadaşları tarafından 2020 yılında Hindistan'da COVID-19 pandemisi sırasında görev yapan doktor, hemşire, paramedik ve diğer sağlık çalışanlarını kapsayan araştırmanın bulgusudur (170). Pandemi döneminde yapılan çalışmalarda merhamet doyumunun orta düzeyde saptanmasının nedeni bu dönemde çalışanların yardım edici rolleriyle bütünleşmiş şekilde ve isteyerek görevlerini yapıyor olmalarıyla açıklanmıştır. Araştırmamızdaki merhamet doyumu ortalamasının literatürde pandemi döneminde saptanmış en düşük ortalamadan daha düşük olması, pandeminin yarattığı yorgunluk, hastalık ya da olumsuz toplumsal koşullarla açıklanmıştır.

Merhamet doyumu kadın sağlık çalışanlarında erkeklerden daha yüksek saptanmıştır. Bu bulgu literatürle uyumludur. Literatür incelendiğinde merhamet doyumunun kadınlarda daha yüksek olduğunu saptayan araştırmalar olduğu gibi erkeklerde daha yüksek olduğunu saptayan araştırmalar da mevcuttur. McGrath ve arkadaşları ile Ruiz-Fernandez ve arkadaşları cinsiyeti merhamet doyumu için bağımsız bir değişken olarak tanımlamış, kadınlarda merhamet doyumunun daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Stamm merhamet doyumunu cinsiyetle ilişkili bulmamıştır (78,90,171,172). Kadınların karakter yapısı olarak daha fazla empati ve merhamet duygusuna sahip olmaları nedeniyle merhamet doyumunun daha yüksek saptanması beklenen bir bulgu şeklinde yorumlanmıştır.

Araştırmamızda merhamet doyumu yaşla ilişkili saptanmıştır. Merhamet doyumu ortalama puanı 25 yaş altındaki çalışanlarda 32.0, 25-34 yaş arası çalışanlarda 29.0, 45 yaş ve üzeri çalışanlarda ise daha yüksek düzeyde (32.8) bulunmuştur. Merhamet doyumunun iş doyumu ile ilişkili olduğu göz önüne alındığında yaşla ilgili bu bulgumuzun Herzberg'in U şeklindeki iş doyumu modeliyle örtüştüğü görülmektedir. Herzberg bu modeli, daha genç yaştakilerin mesleğin başında olmaları, daha hevesli, işlerine karşı daha olumlu duygular beslemeleri, ilerleyen yıllarla birlikte bıkkınlık yaşamaları ya da bazı başka fırsatları kaçırdıkları duygusuna kapılmaları, yaşlandıkça ise mesleki rolleriyle uzlaşmaları şeklinde açıklamaktadır (172,173). Yunanistan'da Kartsonaki ve arkadaşları tarafından 2017-2018 yıllarında doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarını kapsayan araştırmada merhamet doyumunun yaş arttıkça arttığını saptamış ve bu durumu daha deneyimli çalışanların işlerine daha fazla değer vermeleriyle açıklamıştır (134). Çalışmamızda artan yaşla birlikte merhamet doyumunun yükseldiği görülmekle birlikte en yüksek ortalama olan 45 yaş ve üzerindeki çalışanların merhamet doyumu ortalamasının (32.8) bile orijinal ölçek ortalamasından (37) düşük olması çalışanların genelinde bir merhamet doyumsuzluğu olduğunu düşündürmektedir. Herzberg'in modeliyle uyumlu olsa da 25-34 yaş arasındaki çalışanlarda 29.0 saptanan merhamet doyumu ortalamasının bıkkınlık ve kaçırılmış fırsatlardan çok aşırı iş yükü ve nöbetlerle ilişkili olabileceği değerlendirilmiştir.

Merhamet doyumu medeni durum ve çocuk sayısı ile ilişkili bulunmuştur. Merhamet doyumu ortalaması evlilerde bekarlardan daha yüksek bulunmuştur.

Çalışanlar arasında 3 ve daha fazla çocuk sahibi olanlarda merhamet doyumu orta düzeyde (34.5 puan), çocuk sahibi olmayanlar ve daha az sayıda çocuğu olanlarda ise daha düşük düzeyde saptanmıştır. Evli ve çocuk sahibi olmanın, empati duygusunu geliştirme, yaşama anlam katma, çalışmak için motivasyon yaratma gibi etkilerle merhamet doyumu düzeyini yükseltebileceği düşünülmüştür (160,174). Yapılan çalışmalarda çocuk sayısı, merhamet doyumu ile ilişkili bulunmuş ve aile ve çocuk sahibi olmanın çalışma yaşamındaki zorluklarla baş etmede tamponlayıcı sosyal destek sağladığı belirtilmiştir (175).

Çalışmamızda merhamet doyumu, meslek ve eğitim düzeyi ile ilişkili bulunmamıştır. Yeşil'in 2007 yılında Türkiye'de yaptığı ve 2005 yılında Stamm tarafından yapılan çalışmalarda merhamet doyumu yaş, cinsiyet, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve çalışma süresi ile ilişkili bulunmamıştır (98,131). Ancak literatürde merhamet doyumunu bu değişkenlerle ilişkili bulan çalışmalar mevcuttur. Araştırmamızdan farklı olarak McGrath ve arkadaşları mesleği merhamet doyumu için bağımsız faktör olarak belirtmiştir (172). Wu Stacey ve arkadaşları master ve doktora sahibi olan hemşirelerde merhamet doyumunu daha yüksek saptamışlardır (176). Ruiz-Fernandez ve arkadaşları İspanya'da pandemi döneminde yaptıkları çalışmada merhamet doyumunun hemşirelerde doktorlardan daha yüksek düzeyde olduğunu saptamış ve bu durumun çabaları sayesinde başkalarının yarar görmesiyle kendilerini iyi hissetmeleri sonucu ortaya çıkabileceğini belirtmiştir (165). Dosil ve arkadaşları İspanya'da yaptıkları çalışmada merhamet doyumunun teknisyenlerde hemşirelerden daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (167). Bizim çalışmamızda mesleklere göre fark bulunmamış olması merhamet doyumunun genel olarak düşük olmasıyla açıklanmıştır. En yüksek merhamet doyumuna sahip olan diğer sağlık çalışanları grubunda bile ortalama, alt sınırdan daha düşük saptanmıştır (31.4).

Merhamet doyumu ve gelir düzeyi incelendiğinde, 37.500-49.999TL arası gelir düzeyine sahip çalışanların merhamet doyumunun daha düşük olduğu görülmüştür (28.6). Bu gelir aralığındaki katılımcıların büyük olasılıkla klinikte çalışan asistan hekimler olabileceği, kıdemlilere kıyasla daha fazla nöbet tutma dolayısıyla yoğun çalışma ve problemli hastalarla daha fazla muhatap olma nedeniyle daha fazla yorulmaları ve dolayısıyla doyumun düşük olabileceği değerlendirilmiştir. İş doyumu ve merhamet doyumunun gelir düzeyi ile paralel olarak arttığı literatürde yer

almaktadır (172). Literatürün aksine çalışmamızda gelir düzeyi en düşük grubun (<12.499TL) en yüksek merhamet doyumu ortalamasına (37.0) sahip olduğu saptanmıştır. Analizlerimiz en düşük gelire sahip meslek grubunun diğer sağlık çalışanları olduğunu göstermiştir. Diğer sağlık çalışanlarının gelir düzeyi düşük olmasına rağmen merhamet doyumlarının yüksek olması daha az iş yükü ile ve laboratuvar çalışanlarının hastalarla yüz yüze çalışmamaları ile açıklanmıştır. Ayrıca literatürde gelir düzeyinin her zaman çok önemli olmayabileceği, bazı çalışanların üzerlerindeki baskıyı azaltıp ailelerine daha fazla vakit ayırarak yaşam doyumunu arttırmayı tercih ettikleri belirtilmektedir (177). Yaşam doyumu yüksek olan kişilerin merhamet doyumunun da yüksek olacağı öngörülmektedir.

Literatürde iş doyumunun aylık gelir düzeyinden çok gelirden memnun olma ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (178). Emek-ödül modeline göre harcanan emek karşılığında alınan ücretin yetersiz olduğunun algılanması çalışanda stres yaratmaktadır (80). Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda gelirden memnuniyet incelendiğinde gelirinden memnun olan çalışanların daha yüksek merhamet doyumuna (33.5 puan), gelirinden memnun olmayan çalışanların ise daha düşük merhamet doyumuna (29.2 puan) sahip oldukları görülmüş ve yapılan lojistik regresyon analizinde düşük düzeyde merhamet doyumunun gelirinden memnun olmayanlarda 3.7 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. McGrath ve arkadaşları çalışmamızla uyumlu olarak gelirden memnuniyetin merhamet doyumu ile birlikte artış gösterdiğini belirtmiştir (172).

Çalışmamızda merhamet doyumu sağlık özelliklerinden algılanan sağlık düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Algılanan sağlık düzeyi kötü olanlarda merhamet doyumu ortalama puanı daha düşük saptanmıştır (27.9). Sağlık çalışanlarının başkalarına yardım etmekten haz alabilmesi için sağlıklı olmaları gerekmektedir (179). Herhangi bir fiziksel ya da ruhsal sorunu olmayan sağlıklı kişi, iş yaşamında daha üretken, işinden daha memnun olduğundan merhamet doyumunun da daha yüksek olması beklenen bir bulgudur (80). Sağlık algısı hayattan zevk almayla ilişkili bir faktördür ve hizmet sunumunu etkiler. Sağlık düzeyinin kötü olması hayattan zevk almayı da olumsuz etkiler. Hayattan zevk almayan birinin merhamet doyumunun yüksek olması da mümkün değildir (177). Araştırmamızda tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu yaygın saptanmıştır. Bu durum çalışanların sağlık düzeylerini kötü olarak

algılamalarına ve merhamet doyumlarının düşük olmasına yol açmış olabilir. Belirtmemiz gerekir ki katılımcılarda ne kadar süredir sağlık sorunları olduğunun ya da ne kadar süredir tükenmişlik yaşadıklarının tespit edilmemiş olması bir kısıtlılıktır ve temporalite sorunu yaratmaktadır.

Çalışmamızda merhamet doyumu kamuda çalışanlarda (30.0), özel sektörde çalışanlara kıyasla (36.6) daha düşük saptanmış, lojistik regresyon analizinde düşük düzeyde merhamet doyumunun kamuda çalışanlarda özel sektörde çalışanlardan 6.7 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Bu durumun kamu sektöründe iş yükünün daha yüksek, çalışma sürelerinin daha uzun olması, özel sektörde daha çok ayaktan hastalara hizmet verilmesi ya da özel sektör çalışanlarının gelir ve gelirden memnuniyet düzeylerinin yüksekliğiyle ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda özel sektörde çalışanların ortalama geliri istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmasa da daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızla benzer olarak Mansur ve arkadaşları 2021 yılında Türkiye'de sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmada merhamet doyumunun kamuda çalışanlarda özel sektörde çalışanlara göre daha düşük olduğunu bildirmişlerdir (180). Sarıbudak ve arkadaşları da pandemi döneminde ön saflarda çalışan hemşirelerde yaptıkları çalışmada merhamet doyumunun özel sektörde çalışanlarda kamuda çalışanlara göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir (166). Nisa ve arkadaşları Pakistan'da yaptıkları çalışmada benzer şekilde kamuda merhamet doyumunun daha düşük olduğunu saptamıştır (181).

Merhamet doyumu çalışmamızda üçüncü basamakta görev yapan sağlık çalışanlarında daha düşük düzeyde saptanmıştır. Bu durumun üçüncü basamakta iş yükünün fazla olması, birinci basamakta nöbet tutulmaması ya da daha az tutulması ve iş yeri ortam faktörlerinin basamaklara göre değişmesi gibi etkenlerle ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Araştırmamızla uyumlu olarak Maddigan ve arkadaşları birinci basamakta toplum sağlığı birimlerinde çalışan hemşirelerde merhamet doyumunun hastanelerde çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir (182). Tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunun da üçüncü basamakta daha yüksek olması merhamet doyumunun düşük olmasını açıklar niteliktedir. Potter ve arkadaşları tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde 2010 yılında onkoloji hemşirelerinde yapılan çalışmada merhamet doyumu ve iş ortamı arasında istatidtiksel olarak anlamlı

ilişki saptanmıştır. Yatan hastalara hizmet veren hemşireler, poliklinik hastalarına hizmet veren hemşirelere göre merhamet doyumu daha düşük bulunmuştur (183).

Merhamet doyumu çalışma süresi ile ilişkili bulunmuştur. Çalışma süresi 1-9.9 yıl arasında olan çalışanların merhamet doyumu daha düşük düzeydedir. Çalışma süresiyle ilgili bu bulgumuz daha önce yaş için belirttiğimiz durumla örtüşmektedir. Potter ve arkadaşları tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde 2010 yılında onkoloji hemşirelerinde yapılan çalışmada çalışma süresi 6-10 yıl arasında olan hemşirelerin daha düşük merhamet doyumu puanına sahip oldukları görülmüştür (183). Şahin ve arkadaşları da çalışma süresi 1-4 yıl arasında olan çalışanlarda merhamet doyumunun daha yüksek olduğunu bildirmiş, bu durumu mesleğe yeni başlamış ve tükenmişlik yaşamamış olmalarıyla ilişkilendirmiştir (184). Çalışma süresi kısa olanlarda merhamet doyumunun yüksek olmasının nedeni mesleğe yeni başlamış olmanın verdiği heves, çalışma süresi on yılın üzerinde olanlarda ise uzun süredir aynı işi yapıyor olmanın yarattığı benimseme duygusu ya da bu çalışanların zaten başarma, tanınma, işte ilerleme olanaklarının artmasıyla merhamet doyumlarının arttığı şeklinde açıklanmaktadır.

İş yükü, görev tanımındaki belirsizlikler, uzun çalışma süreleri, iş-yaşam dengesinin bozulması iş stresine neden olan, iş doyumunu azaltan hem psikososyal hem işin organizasyonuyla ilgili iş yeri ortam faktörleri arasındadır (11,59,142). Araştırmamızda nöbet tutanlarda (29.4), iş yükü yüksek olanlarda (dört görevi birden yerine getirenlerde) (27.6), işten sonra dinlenme ve ailesine ayırdığı sürenin yetersiz olduğunu belirtenlerde (29.9) merhamet doyumu anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Aileye zaman ayıramamak, çalışma süresinin uzun ya da iş yükünün fazla olduğunun bir göstergesidir ve iş doyumunu dolayısıyla merhamet doyumunu olumsuz etkileyebilir (185). Roney ve arkadaşları iş doyumunun iş yükü tarafından etkilendiğini bildirmiştir (111).

Gece çalışma sağlık çalışanlarının sağlığını olumsuz etkileyen psikososyal faktörler arasındadır (11). Araştırmamızda beklenen bir bulgu olarak nöbet tutanlarda merhamet doyumu daha düşük bulunmuştur (29.4). Araştırmamızla benzer şekilde Ruiz-Fernandez ve arkadaşları tarafından İspanya'da 2018 yılında hemşirelerde yaptıkları çalışmada sadece gündüz çalışanlarda merhamet doyumunun akşam mesaisine kalan ve nöbet tutanlara göre daha yüksek olduğunu saptamıştır (186).

Towey-Swift ve arkadaşları iş yükünün merhamet doyumu üzerine belirleyici bir etkisi olduğunu belirtmiştir (187).

İşyerindeki olumsuz fiziksel, kimyasal ya da ergonomik çevresel koşulların iş stresine neden olarak iş doyumu ve merhamet doyumunu olumsuz şekilde etkilediği literatürde belirtilmektedir (11,95,188). Destekleyici çalışma ortamı iş doyumunu olumlu etkileyen bir faktördür (189). İşyeri ortamındaki olumlu çevresel koşulların iş doyumunu arttırdığı Suliman ve arkadaşları, Dutra ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarla gösterilmiştir (190,191). Literatürle uyumlu olarak araştırmamızda merhamet doyumu fiziksel koşulların yetersiz olduğunu düşünenlerde (29.7), iş yerinin güvenli olmadığını düşünenlerde (28.6) daha düşük bulunmuştur. Düşük düzeyde merhamet doyumunun iş yerinin güvenli olmadığını düşünenlerde 3.6 kat, fiziksel koşulların yetersiz olduğunu belirtenlerde 1.8 kat daha fazla olduğu görülmüştür.

Tükenmişlik ve işten kaynaklanan yorgunluğu azaltmak için hizmet içi sürekli eğitim için önerilmektedir. Çalışanların işyerindeki risklerle ilgili sürekli bilgilendirilmesinin, çalışanları motive etttiği, aidiyet duygusu ve katılımı arttırdığı, sağlık risklerini ve iş stresini azalttığı, iş doyumunu ve merhamet doyumunu arttırdığı literatürde yer almaktadır (105,192). Araştırmamızda iş yerindeki risklerle ilgili olarak zamanında bilgilendirilmediğini düşünenlerde merhamet doyumu daha düşük (28.3) bulunmuştur. Bu durum, eğitimin mesleki tatmini arttırıcı etkisi göz önüne alındığında beklenen bir bulgudur (193). Araştırma bulguları, kamu ve özel sağlık kuruluşlarında çalışan sağlığı birimlerinin kurulması ve çalışanlara risklerle ilgili eğitim verilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

İşyeri ortamındaki sosyal desteğin ve sağlıklı kişiler arası ilişkilerin merhamet doyumunu arttırdığı bilinmektedir (98). Araştırmamızda, iş yerinde herhangi bir ayrımcılık yaşadığını düşünenlerde (28.5), yöneticiler tarafından engellendiğini ve baskı gördüğünü belirtenlerde (28.6) merhamet doyumu daha düşük saptanmıştır. Çalışmamızda birlikte çalıştığı kişilere karşı güven eksikliği yaşayanlarda merhamet doyumu daha düşük saptanmış (28.9), yapılan lojistik regresyon analizi sonucundan çalışma arkadaşlarına güvenmeyenlerde düşük düzeyde merhamet doyumu, güvenenlere kıyasla 1.7 kat daha yüksek bulunmuştur.

Kariyer gelişimini desteklemenin psikososyal stresi azalttığı ve iş doyumunu arttırdığı literatürde yer almaktadır (59,98). Mesleki gelişimle ilgili olarak iş yerinde profesyonel becerilerini geliştirmek için yeterli imkana sahip olmadığını belirtenlerde (29.2) merhamet doyumu düşük bulunmuştur. Bu durum, eğitimin iş doyumunu arttırıcı etkisi göz önüne alındığında beklenen bir bulgudur (193,194).

Olağandışı durumlarda sağlık çalışanlarının iş yükü artabilmekte ve bu durum onlarda tükenmişliğe, merhamet yorgunluğuna yol açabilmekte, kısaca olağandışı durumlar sağlık çalışanlarının sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir (195). Biyolojik bir faktör olan koronavirüs ve yarattığı pandemi sağlık çalışanlarının sağlığını yakından etkilemiştir. Çalışmamızda merhamet doyumu COVID-19 geçirme ile ilişkili bulunmamış olsa da merhamet doyumu ortalaması COVID-19 geçirenlerde (29.8) geçirmeyenlerden (31.0) daha düşük bulunmuştur.

Literatürde, multiple regresyon analiziyle yapılan incelemelerde, çalışmamızla paralel olarak işyeri ortam faktörlerinin merhamet doyumu üzerinde sosyodemografik faktörlerden daha etkili olduğu saptanmıştır (105).

5.4.2. Tükenmişliğe ilişkin bulguların tartışması

Sağlık çalışanlarında tükenmişlik ortalama puanı 23.1 saptanmıştır. Stamm 2005 yılında sağlık çalışanlarında tükenmişlik ortalamasını 19.50 olarak çalışmamızdan düşük bulmuştur (98). Araştırmamızda çalışanların %24.1'inde yüksek, %57.5'inde orta ve %18.5'inde düşük düzeyde tükenmişlik saptanmıştır. Bu durum çalışanların yarıdan çoğunun orta düzeyde, yaklaşık dörtte birinin yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığını göstermektedir. Araştırmamızda hipotezimizi destekler şekilde tükenmişlik orta düzeyde saptanmıştır.

Pandemi öncesinde aynı ölçek kullanılarak farklı birimlerde çalışan farklı sağlık meslek gruplarını kapsayan araştırmalarda tükenmişlik ortalama puanı 13.70 ile 25.47 arasında değişmektedir. En düşük ortalama puan olan 13.70, Düzgün ve arkadaşları tarafından 2007-2008 yıllarında İstanbul Tıp Fakültesi ve İstanbul Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanelerinde dermatoloji ve onkoloji birimlerinde görev yapan hekimleri kapsayan araştırmanın bulgusudur. En yüksek puan olan 25.47, Kartsonaki ve arkadaşları tarafından 2017-2018 yıllarında Yunanistan'da doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarını kapsayan araştırmanın bulgusudur. Literatürde pandemi döneminde dünyada yapılan çalışmalarda tükenmişlik ortalama puanının alt

ve üst sınırlarının pandemi öncesi döneme kıyasla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Puanlar 24.22 ile 30.41 arasında değişmektedir (165–170). En düşük puan olan 24.22, Sarıbudak ve arkadaşları tarafından 2020 yılında Türkiye'de COVID-19 pandemisi sırasında ön saflarda çalışan hemşireleri kapsayan araştırmanın bulgusudur (166). En yüksek puan olan 30.41, Tomar ve arkadaşları tarafından 2020 yılında Hindistan'da COVID-19 pandemisi sırasında görev yapan doktor, hemşire, paramedik ve diğer sağlık çalışanlarını kapsayan araştırmanın bulgusudur (170). Pandemi döneminde yapılan çalışmalarda tükenmişlik ortalamalarının daha yüksek olması pandeminin yarattığı zorlu çalışma koşullarıyla açıklanabilir. Çalışmamızda saptanan tükenmişlik ortalama puanı olan 23.1, pandemi öncesi dönemde yapılan araştırmalarla aynı puan aralığında iken, pandemi döneminde yapılan araştırmalarda saptanan en düşük ortalamadan daha düşüktür. Başka bir deyişle, katılımcılarda tükenmişlik, pandemi döneminde literatürde bildirilen ortalamalardan daha düşük saptanmıştır. Bu durum çalışmamızın pandemiden sonra yapılmış olması ile açıklanmıştır.

Araştırmamızda tükenmişlik yaşla ilişkili saptanmıştır. Tükenmişlik ortalama puanı 25-34 yaş aralığında (24.3) daha yüksek saptanmış ve yapılan lojistik regresyon analizinde yüksek düzeyde tükenmişliğin 25-44 yaş aralığında olanlarda 3.6 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Şahin ve arkadaşları COVID-19 pandemisi sırasında Türkiye'de yaptıkları araştırmada çalışmamızla benzer olarak 25-30 yaş arası çalışanlarda tükenmişlik ortalamasını daha yüksek saptamışlardır (184). Çalışılan birim ve meslekle değişmekle birlikte literatürde bizim çalışmamıza benzer şekilde Karai ve arkadaşları 40 yaş üzerindeki çalışanlarda tükenmişliği daha düşük saptamışlardır (196). Sarıca ve arkadaşları da pandemi döneminde genel sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmada 41 yaş üzerindeki çalışanlarda tükenmişlik ortalamasını daha düşük bulmuştur (197). Merhamet doyumu tükenmişlikten koruyucu bir faktördür ve merhamet doyumunun düşük olduğu yaşlarda tükenmişliğin yüksek, merhamet doyumunun yüksek olduğu yaşlarda da tükenmişliğin düşük olması koruyucu etkiyi açıklar niteliktedir. Çalışmamızdan farklı olarak Yeşil, Stamm ve McGrath tükenmişliği yaşla ilişkili bulmamışlardır (98,131,172).

Araştırmamızda tükenmişlik çalışanların eğitim düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Lise mezunlarının daha düşük (20.2) tükenmişlik ortalamasına, yüksek lisans, doktora veya uzmanlık eğitimi almış olanların ise daha yüksek (24.1) tükenmişlik ortalamasına

sahip olduğu görülmüştür. Zhang ve arkadaşları çalışmamızla uyumlu olarak eğitim düzeyindeki artışla birlikte tükenmişliğin de arttığını ve bu durumun bireylerin eğitim düzeylerindeki artışın kariyer beklentilerini de arttırmasından kaynaklanabileceğini belirtmiştir (198). Demir ve arkadaşları yaptıkları araştırmada bizim bulgumuzun aksine eğitim düzeyindeki artışın tükenmişliği azalttığını saptamıştır (199). Araştırmamızda artan eğitim düzeyi ile birlikte tükenmişlik ortalamasının daha yüksek olması eğitim düzeyi daha yüksek olan katılımcıların iş yüklerinin ve sorumluluklarının daha fazla olmasıyla açıklanmıştır.

Araştırmamızda tükenmişlik çocuk sayısı ile ilişkili bulunmuştur. Tükenmişlik ortalaması çocuk sahibi olmayanlar ve bir çocuk sahibi olanlarda, iki ve üzerinde çocuk sahibi olanlardan daha yüksek saptanmıştır. Benzer şekilde Fuente ve arkadaşları yaptıkları meta-analiz çalışmasında yüksek düzeyde tükenmişliği çocuk sahibi olmama ile ilişkili bulmuşlardır (200). Kavlu ve arkadaşları acil servislerde çalışan hemşirelerde yaptıkları çalışmada çocuk sahibi olmayan hemşirelerin daha fazla tükenmişlik yaşadığını belirtmiştir (201). Çocuk sahibi olmanın yarattığı olumlu duyguların empati kapasitesi ve merhamet doyumunu artırarak tükenmişliği azaltabileceği, kişiye çalışmak ve zorluklarla baş etmek için motivasyon sağlayacağı düşünülmüştür. Yılmazer ve arkadaşları çocuk sahibi olmanın ailesel destek sağladığını, olumlu ve umut verici duygular yarattığını belirtmiştir (160).

Araştırmamızda tükenmişlik ortalaması hekimlerde (24.5) ve hemşire/ebelerde (23.0), diğer sağlık çalışanlarından (19.6) daha yüksek saptanmıştır. Araştırmamızdan farklı olarak Dosil ve arkadaşları ile Ruiz-Fernandez ve arkadaşları İspanya'da pandemi döneminde yaptıkları çalışmada tükenmişlik ortalamasının hekimlerde hemşirelerden daha yüksek olduğunu saptamış ve bu durumu hekimlerin sınırlı ve yetersiz kaynakların olduğu bir dönemde hasta yaşamını etkileyecek kararlar almalarının getirdiği sorumluluk baskısıyla açıklamıştır (165,169). Çalışmamızda tükenmişliğin hekim ve hemşire/ebelerde daha yüksek saptanmasının nedeninin sorumluluklarının yüksekliğinin yanı sıra hastalarla yüz yüze çalışmaları ile açıklanmıştır.

Araştırmamızda tükenmişlik ortalaması gelir düzeyi, gelirden memnuniyet ve mali sorunlar yaşama ile ilişkili bulunmuştur. Gelir düzeyi 12500TL'den az olan çalışanların en düşük (18.8) tükenmişlik ortalamasına sahip olduğu, gelir düzeyi 37500

TL-49999 TL arasında olan çalışanların ise daha yüksek (25.8) tükenmişlik ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır. Lojistik regresyon analizi ile gelir düzeyi 37500 TL-49999 TL arasında olan çalışanlarda yüksek düzeyde tükenmişliğin diğer gelir gruplarına kıyasla 3.2 kat daha fazla olduğu görülmüşür. Araştırmamızla uyumlu olarak Balinbin ve arkadaşları yüksek gelire sahip olanlarda tükenmişlik ortalamasını daha yüksek bulmuştur (202). Gelirinden memnun olanlarda tükenmişlik ortalaması 20.6 iken gelirinden memnun olmayanlarda 24.2 olmak üzere daha yüksek saptanmıştır. Bizim bulgumuzun aksine Samios daha yüksek gelire sahip olan çalışanların daha az tükenmişlik yaşadıklarını belirtmiş ve bu durumu daha fazla gelirin işleri daha katlanılabilir hale getirmesi, finansal güvenliği arttırması, finansal stresi azaltması ve boş zaman etkinliklerindeki çeşitliliği arttırmasıyla açıklamıştır (203). Araştırmamızda mali sorunlar yaşadığını belirtenlerde tükenmişlik ortalaması daha yüksek (24.3) saptanmıştır. Bu beklenen bir bulgudur çünkü mali sorunlar yaşama Samios'un belirttiği gibi tükenmişlik için bir risk faktörü kabul edilmektedir (204).

Araştırmamızda tükenmişlik çalışılan kurumla ilişkili bulunmuştur. Tükenmişlik ortalaması kamuda çalışanlarda (23.3) özel sektörde çalışanlardan (20.5) daha yüksek saptanmıştır. Mansur ve arkadaşları tarafından 2021 yılında sağlık çalışanlarında yapılan araştırmada da çalışmamızla uyumlu olarak kamuda çalışanların tükenmişlik ortalaması özel sektörde çalışanlardan yüksek saptanmıştır (180). Nisa ve arkadaşları tarafından 2018-2019 yıllarında pandemi öncesinde Pakistan'da yapılan çalışmada çalışmamızdan farklı olarak tükenmişlik puanları özel sektörde çalışanlarda kamuda çalışanlara göre daha yüksek saptanmıştır (181). Kamuda çalışanlarda çalışma koşullarının daha zor, iş yükünün daha ağır, işyeri ortam faktörlerinin daha olumsuz ve aynı zamanda gelir düzeylerinin daha düşük olmasının tükenmişliği arttırabileceği düşünülmüştür.

Araştırmamızda tükenmişlik ortalaması üçüncü basamakta çalışanlarda daha yüksek (23.8), birinci basamakta çalışanlarda (19.6) daha düşük saptanmıştır. Maddigan ve arkadaşları tükenmişliğin hastanelerde çalışan hemşirelerde birinci basamakta çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğunu saptamıştır (182). Bu durum kliniklerde çalışan sağlık çalışanlarının yatan ve durumu daha ağır olan

hastalarla çalışmaları ve nöbet tutmalarından kaynaklanabileceği şeklinde açıklanmıştır.

Araştırmamızda tükenmişlik çalışma süresi ile ilişkili bulunmuştur. Tükenmişlik ortalama puanı bir yılın altında çalışanlarda daha düşük (22.3), 1-9.9 yıl arasında çalışanlarda daha yüksek (23.9) ve yirmi yıl ve üzerinde çalışanlarda daha düşük (20.9) saptanmıştır. Potter ve arkadaşları Amerika Birleşik Devletleri'nde yaptıkları çalışmada genel sağlık hizmeti deneyimi 6-10 yıl arasında olan hemşirelerin tükenmişlik puanlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır (183). Sarıca ve arkadaşları pandemi döneminde yaptıkları çalışmada çalışma süresi 21 yılın üzerinde olan sağlık çalışanlarında tükenmişlik puanlarının daha düşük olduğunu saptamıştır (197). Ayrıca bu bulgumuz merhamet doyumu ile ilgili bulgumuzla uyumludur. Merhamet doyumunun tükenmişlikten koruyucu etkiye sahip olduğu göz önüne alındığında işe yeni başlayanlarda ve çalışma yılı fazla olanlarda merhamet doyumunun yüksek, tükenmişliğin düşük olması beklenen bir bulgudur.

Araştırmamızda tükenmişlik ortalaması nöbet tutanlarda daha yüksek (23.9) saptanmıştır. Literatürde nöbet tutmanın ve gece çalışmanın tükenmişliği arttırdığını bildiren çalışmalar mevcuttur (201,205). Kavlu ve arkadaşları bu durumun nöbet tutan çalışanlarda uyku uyanıklık ritminin bozulması, yeterli dinlenme sağlanmaması nedeniyle ortaya çıkabileceğini belirtmişlerdir (201).

Araştırmamızda tükenmişlik beklenen bir bulgu olarak psikososyal bir risk faktörü olan iş yükü ile ilişkili bulunmuştur. Tükenmişlik ortalama puanının bir görevi yerine getirenlere kıyasla (21.8), dört görevi birden yerine getirenlerde daha yüksek (27.0) olduğu görülmüştür. Towey-Swift ve Greenglass yaptıkları çalışmalarda fazla iş yükünün tükenmişlikle ilişkili olduğunu bildirmiştir (187,206).

Araştırmamızda, işten sonra dinlenmek, ailesi ile vakit geçirmek için kalan sürenin yetersiz olduğunu düşünenlerde tükenmişlik ortalama puanı daha yüksek (24.2) bulunmuştur. Literatürde iş ve aileye ayrılan zaman arasındaki dengesizliğin tükenmişliği arttırdığı bildirilmektedir (207,208). Çalışan sağlığı tarihçesi incelendiğinde yaklaşık yüz yıl önce çalışma süresinin kısaltılması talebinin içinde aileye zaman ayırma ve aileyle tatil yapabilme hakkı yer almıştır. Aileye zaman ayırma ve sevilen kişilerle zaman geçirme, dinginleştirici, dinlendirici, stresi azaltıcı dolayısıyla sosyal destek sağlayıcı etkiye sahiptir.

Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak tükenmişlik ortalamasının işyeri ortam faktörleriyle ilişkili olduğu görülmüştür. İşyerinde engellendiğini/baskı gördüğünü belirtenlerde (25.8) tükenmişlik ortalaması daha yüksek saptanmış (20.9), lojistik regresyon analiziyle bu grupta yüksek düzeyde tükenmişlik yaşamanın engellenmeyen/baskı görmeyenlere kıyasla 2.1 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Çalışma hayatında çatışma yaşadığını belirtenlerde tükenmişlik ortalaması daha yüksek (24.6) saptanmıştır. İşyerinde ayrımcılık yapıldığını düşünenlerde tükenmişlik ortalaması daha yüksek (25.2) bulunmuştur. İşyerindeki sosyal desteğin tükenmişliği azaltıcı etkisinin bir göstergesi olarak araştırmamızda çalışma arkadaşlarına güvenenlerde tükenmişlik ortalamasının daha düşük (22.6) olduğu gözlenmiştir. Literatürde çalışma arkadaşları arasındaki olumlu ilişkilerin tükenmişliği etkilediğini ve çalışma arkadaşlarıyla destekleyici sosyal ilişkilere sahip olmanın tükenmişliği önlediğini bildiren çalışmalar mevcuttur (202,209,210). Cetrano ve arkadaşları işyerinde yöneticiler ve çalışma arkadaşları tarafından güvenilme ve desteklenmenin tükenmişlik için çok önemli bir koruyucu faktör olduğunu belirtmiştir (105). İş yerinde çalışma arkadaşlarıyla çatışma yaşamak tükenmişlik için bir risk faktörü kabul edilmektedir (204,211).

Pandemide alanı dışındaki birimlerde çalışanlarda tükenmişlik ortalama puanı daha yüksek (24.4) saptanmıştır. Bu durum görev tanımındaki belirsizliklerin işyerinde stresi arttırıcı etkiye sahip psikososyal bir risk faktörü olduğu göz önüne alındığında beklenen bir bulgudur (59). Çalışmamızla uyumlu olarak literatürde birçok sağlık çalışanının görevleriyle ilgili olmayan pandemi servislerinde ve filyasyonda çalıştırıldığı, bu durumun onlarda yorgunluk ve tükenmişliğe neden olduğu belirtilmektedir (212).

İşyerinde riskler konusunda zamanında bilgilendirilmediğini belirtenlerde tükenmişlik ortalama puanı daha yüksek (25.4) saptanmış ve yapılan lojistik regresyon analizinde yüksek düzeyde tükenmişliğin işyerinde riskler hakkında zamanında bilgilendirilmediğini düşünenlerde 2 kat daha fazla olduğu görülmüştür. İşyerinde çalışanların riskler hakkında bilgilendirilmesi, işin zorluklarıyla başa çıkma yöntemlerinin anlatılması iş stresine yol açan faktörleri yönetmede etkisi kanıtlanmış, önerilen bir yöntemdir. İşyerinde riskler hakkında bilgilendirmenin, çalışanların

zihinsel ve ruhsal dayanıklılığını arttırıcı etkisi göz önüne alındığında bu bulgu beklenen bir bulgu olarak değerlendirilmiştir (193).

Tükenmişlik ortalaması işyerinin güvenli olmadığını düşünenlerde (24.8) işyerindeki fiziksel koşulları yetersiz olduğunu düşünenlerde (24.2) daha yüksek bulunmuştur. Yiğit ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada işyeri güvenliğinin tükenmişliği arttırdığını saptamıştır (171). Hinderer ve arkadaşları kötü çalışma ortamının yüksek tükenmişlik düzeylerine neden olduğunu belirtmiştir (210).

Tükenmişlik ortalamasının profesyonel becerilerini geliştirmek için seminer, kurs, kongre gibi eğitim faaliyetlerine katılma imkanına sahip olmadığını belirtenlerde daha yüksek (24.1) olduğu saptanmış, lojistik regresyon analizi sonucunda yüksek düzeyde tükenmişliğin bu imkana sahip olduğunu bildirenlere kıyasla 1.8 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Kariyerde ilerleme imkanının çalışanlarda iş doyumunu arttırıcı etkisi göz önüne alındığında bu imkana sahip olmayanlarda tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek saptanmış olması beklenen bir bulgudur (147).

Araştırmamızda tükenmişlik ortalama puanının sağlık düzeyini iyi olarak algılayanlarda daha düşük (21.1) olduğu saptanmış ve yapılan lojistik regresyon analizinde yüksek düzeyde tükenmişliğin sağlık düzeyini kötü olarak algılayanlarda 4.3 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Ruiz-Fernandez ve arkadaşları çalışmamızla uyumlu olarak algılanan sağlığın tükenmişliği önemli ölçüde etkilediğini belirtmiştir (213). Ryu ve arkadaşları da tükenmişliğin çalışanların sağlığını olumsuz yönde etkilediğini vurgulamıştır (179). Sağlığın bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olduğu ve tükenmişliğin zihinsel ve bedensel sağlığı olumsuz etkilediği göz önüne alındığında tükenmişlik ve algılanan sağlık düzeyi arasındaki bu ilişki beklenen bir bulgudur. Çalışmamızda tükenmişlik, COVID-19 geçirme ve COVID-19'dan yakınını kaybetme ile ilişkili bulunmamıştır ancak literatürde Türkiye'de yapılan bir çalışmada COVID-19 geçirenlerde tükenmişlik daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Pandemi döneminde yapılan bir çalışmada tükenmişlik COVID-19 geçirme endişesi ile de ilişkili bulunmuştur (214).

5.4.3. Merhamet yorgunluğuna ilişkin bulguların tartışması

Merhamet yorgunluğu ortalama puanı çalışmamızda 14.7 saptanmıştır. Bu ortalama, araştırma hipotezimizi doğrulayıcı şekilde çalışanların orta düzeyde merhamet yorgunluğu yaşadıklarını göstermektedir. Stamm'in sağlık çalışanlarında

yaptığı çalışmada ortalama merhamet yorgunluğu puanı olan 11.37 bizim çalışmamızdan düşüktür. Araştırmamızda çalışanların %36.2'sinde yüksek, %47.0'ında orta ve %16.8'inde düşük düzeyde merhamet yorgunluğu saptanmıştır. Araştırma bulgumuz çalışanların meslekleriyle ilgili bir korkuları ya da sıkıntıları olduğunu ve çalışanların bu durumun nedenini anlamak için zaman ayırmaları, bu sorunlarını bir hekimle, amirleri ile veya meslektaşlarıyla görüşmeleri gerektiğini göstermektedir.

Stamm'in çalışması haricinde pandemi öncesinde aynı ölçek kullanılarak farklı birimlerde çalışan farklı sağlık meslek gruplarını kapsayan araştırmalarda merhamet yorgunluğu ortalama puanı 12.3 ile 23.97 arasında değişmektedir (134,156–164,215). Bizim bulduğumuz ortalama da bu aralıktadır. En düşük puan olan 12.3, Yoder ve arkadaşları tarafından 2008 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan hemşireleri kapsayan çalışmanın bulgusudur (164). En yüksek puan olan 23.97, Coşkun ve arkadaşları tarafından 2009 yılında İstanbul'da yapılmış olan ve psikiyatri hemşirelerini kapsayan çalışmanın bulgusudur (157). Literatürde pandemi döneminde dünyada yapılan çalışmalarda merhamet yorgunluğu ortalama puanının alt ve üst sınırlarının 16.06 ile 25.88 arasında değiştiği ve pandemi öncesi döneme kıyasla daha yüksek olduğu gözlenmiştir (165–168,170). En düşük puan olan 16.06, Dosil ve arkadaşları tarafından İspanya'da COVID-19 pandemisinin birinci dalgası sırasında yapılan çalışmanın bulgusudur (167). En yüksek puan olan 32.27, Azizkhani ve arkadaşları tarafından İran'da COVID-19 pandemisi sırasında görev yapan doktor ve hemşireleri kapsayan araştırmanın bulgusudur (168). Pandemi döneminde yapılan çalışmalarda merhamet yorgunluğu ortalamalarının pandemi öncesinden daha yüksek olması pandeminin yarattığı stres ve zorlu çalışma koşulları ile açıklanmaktadır. Bizim bulduğumuz ortalamanın literatürdeki aralıktan daha düşük olması araştırmanın pandemi bittikten sonra yapılmış olmasıyla açıklanmıştır. Bununla beraber çalışanların %36.2'sinde yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu saptanmış olması merhamet yorgunluğunun ya da ikincil travmatik stresin çok yaygın olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda merhamet yorgunluğu ortalama puanı kadınlarda erkeklerden yüksek saptanmıştır. Lojistik regresyon analizi sonucunda yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu kadınlarda erkeklerden 1.8 kat daha fazla bulunmuştur. Literatürde çalışmamızla uyumlu olarak merhamet yorgunluğunun kadınlarda erkeklerden daha

yüksek olduğunu bildiren çalışmalar olduğu gibi merhamet yorgunluğunun erkeklerde daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (172). Stamm merhamet yorgunluğunu cinsiyet ile ilişki bulmamışken Yeşil ve arkadaşları çalışmamızla uyumlu olarak merhamet yorgunluğunun kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğunu saptamıştır (98,131). Azizkhani ve arkadaşları da merhamet yorgunluğunun kadınlarda fazla görüldüğünü saptamış ve bu durumu kadınların karakter özelliklerinin erkeklerden daha farklı olması, hastaların duygusal durumlarından daha fazla etkilenmeleri ve daha fazla empati geliştirmeleriyle açıklamıştır (169). Kadınlar streslerini yüz ifadeleriyle daha fazla dışarı vurmakta ve stresi yüz ifadelerinden erkeklere kıyasla daha iyi okuyabilmektedirler. Bu nedenle kadınlarda duygusal bulaşma ve merhamet yorgunluğu daha fazladır (216).

Araştırmamızda merhamet yorgunluğunun genç erişkinlerde (25-34 yaş) daha yüksek olduğu (15.5 puan) görülmüş, lojistik regresyon analizi sonucunda bu yaş grubunda diğer yaş gruplarına kıyasla yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu yaşamanın 2.1 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bizim bulgumuzun aksine Yeşil ve arkadaşları ile Pergol-Metko ve arkadaşları merhamet yorgunluğunu yaşla ilişkisiz saptamıştır (131,211). Ancak literatürde genç yaşın yüksek merhamet yorgunluğu üzerinde belirleyici olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (172). Merhamet yorgunluğunun bir bileşeni olan ikincil travmatik stresin de yaşla birlikte azaldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (121). Bu durumun yaşla birlikte artan mesleki deneyimin getirdiği soğukkanlılık ve stresle baş etme becerisindeki artışla ilişkili olabileceği belirtilmektedir.

Araştırmamızda merhamet yorgunluğunun istatiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte lise mezunlarında daha düşük (12.1 puan), doktora veya uzmanlık yapmış olanlarda ise daha yüksek (15.4 puan) olduğu görülmüştür. Yeşil ve arkadaşları da merhamet yorgunluğunun lise ve daha düşük düzeyde eğitime sahip olanlarda daha düşük, yüksekokul ve üzerinde eğitime sahip olanlarda daha yüksek olduğunu saptamıştır (131).

Araştırmamızda merhamet yorgunluğu meslekle ilişkili bulunmuştur. Ortalama hekimlerde 15.6, hemşire/ebelerde 14.9 ve diğer sağlık çalışanlarında 10.6 saptanmıştır. Yüksek düzeyde merhamet yorgunluğunun hekim, hemşire ve ebelerde diğer sağlık çalışanlarından 2.9 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Benzer şekilde

Yeşil ve arkadaşları merhamet yorgunluğunun doktor ve hemşirelerde (14.6) diğer sağlık çalışanlarından (9.2) daha yüksek olduğunu saptamıştır (131). Tükenmişlik bulgusuyla uyumlu olan bu durumun, hekim ve hemşire/ebelerin yardım edici rolleri nedeniyle hastalarla daha fazla temas halinde olmaları, onlarla daha fazla empati kurmaları ve daha fazla ikincil travmatik stres yaşamaları nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmüştür. Bu durum bu meslek gruplarının iş yüklerinin fazla olması, nöbet tutmaları gibi nedenlere de bağlanabilir (217). Çalışmamızda merhamet doyumu düşük düzeyde saptandığından, merhamet doyumunun hekim ve hemşire/ebeleri tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu yaşamaktan koruyamadığı anlaşılmaktadır.

Araştırmamızda merhamet yorgunluğu gelir düzeyi ve mali sorunlar yaşama ile ilişkili bulunmuştur. Merhamet yorgunluğu ortalamasının tükenmişlikte olduğu gibi 12500TL altında gelire sahip olanlarda daha düşük (10.6), 37500-49999TL arasında gelire sahip olanlarda daha yüksek (16.3) olduğu görülmüştür. Merhamet yorgunluğunun mali sorunlar yaşayanlarda (16.0) daha yüksek olduğu saptanmış, yapılan lojistik regresyon analizinde yüksek düzeyde merhamet yorgunluğunun mali sorunlar yaşayanlarda 1.6 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Araştırmamızla uyumlu olarak Balinbin ve arkadaşları ile Yeşil ve arkadaşları da yüksek gelire sahip olanlarda merhamet yorgunluğunun daha yüksek düzeyde olduğunu bulmuşlardır (131,202). Şahin ve arkadaşları bulgularımızın aksine düşük gelire sahip çalışanlarda merhamet yorgunluğunun daha yüksek olduğunu saptamıştır (218). Hekim ve hemşire/ebelerin gelir düzeyi çalışmamızda diğer sağlık çalışanlarından yüksek bulunmuş ve bu meslek gruplarında hem tükenmişlik hem merhamet yorgunluğu daha yüksek saptanmıştır. Bu durumun gelir düzeyi daha yüksek olan bu meslek gruplarının hastayla olan etkileşimlerinin daha fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür (217). Mali sorunlar yaşayanlarda merhamet yorgunluğunun yüksek olması, Samios'un tükenmişlik için yaptığı saptama doğrultusunda mali sorunların merhamet yorgunluğu için de bir risk faktörü kabul edilebileceğini göstermektedir (203).

Araştırmamızda merhamet yorgunluğunun kamuda çalışanlarda daha yüksek (15.0) olduğu görülmüştür. Nisa ve arkadaşları merhamet yorgunluğunu kamuda veya özel sektörde çalışma ile ilişkisiz bulmuştur (181). Mansur ve arkadaşları ise çalışmamızla uyumlu olarak merhamet yorgunluğunun kamuda çalışanlarda daha

yüksek olduğunu saptamıştır (180). Bu durum kamu hastanelerinin iş yükünün özel sağlık kuruluşlarından daha fazla olmasıyla açıklanabilir.

Araştırmamızda merhamet yorgunluğunun üçüncü basamakta çalışanlarda daha yüksek (15.5) birinci basamakta çalışanlarda ise daha düşük (11.3) olduğu görülmüştür. Bu bulgu tükenmişlik bulgusuyla uyumlu bir bulgudur. Almadani ve arkadaşları çalışmamızın aksine merhamet yorgunluğu ile çalışılan basamağı ilişkisiz bulmuştur (219). Bu durumun üçüncü basamakta çalışanlarda hastalarla etkileşimin daha fazla olması ya da çalışma koşullarının daha ağır olmasıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Araştırmamızda merhamet yorgunluğunun beklenen bir bulgu olarak iş yükü ile ilişkili olduğu ve dört görevi birden yerine getirenlerde daha yüksek (21.4), sadece tek bir görevi yerine getirenlerde daha düşük (13.6) olduğu görülmüştür. Buna ek olarak yapılan lojistik regresyon analizinde yüksek düzeyde merhamet yorgunluğunun iş yükü fazla olanlarda 3 kat (OR=2.98) daha fazla olduğu saptanmıştır. Towey-Swift ve arkadaşları da iş yükünün merhamet yorgunluğu üzerinde belirleyici olduğunu bildirmiştir (187).

Araştırmamızda merhamet yorgunluğunun nöbet tutanlarda daha yüksek (15.3) olduğu görülmüştür. Bellolio ve arkadaşları da nöbet tutan çalışanların daha yüksek ikincil travmatik stres düzeylerine sahip olduklarını ve bu çalışanlarda merhamet yorgunluğu ortaya çıkma riskinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir (220). Bu durum gece çalışmanın işyerinde stres yaratan bir faktör olduğu ve tükenmişliğe de neden olabileceği göz önüne alındığında beklenen bir bulgudur.

İşyerindeki psikososyal stres faktörleriyle ilgili olarak merhamet yorgunluğunun işten sonra dinlenme süresini yetersiz bulanlarda daha yüksek (15.4) olduğu görülmüştür. Chan ve arkadaşları merhamet yorgunluğunun bozulmuş iş ve kişisel yaşam dengesiyle ilişkili olduğunu bildirmiştir (221). Literatürde iş dışı yaşama ayrılan vaktin azalmasının merhamet yorgunluğu gelişimine zemin hazırlayabileceği iyi tanımlanmış bir risk faktörü olarak yer almaktadır (96). Bu grupta tükenmişliğin de yüksek olması bulguların birbirlerini desteklediği şeklinde değerlendirilmiştir.

Beklenen bir bulgu olarak araştırmamızda merhamet yorgunluğunun işyerini güvensiz bulanlarda (15.8 puan) ve işyerindeki fiziksel koşulların yetersiz olduğunu düşünenlerde (15.3 puan) daha yüksek olduğu görülmüştür. Boscarino ve arkadaşları

çevresel faktörlerin merhamet yorgunluğu üzerinde belirleyici etkiye sahip önemli bir faktör olduğunu bildirmiştir (222). Cetrano ve arkadaşları uygun havalandırma, temizlik, uygun ışık ve ses gibi iş çevresiyle ilgili olumlu faktörlerin merhamet yorgunluğundan koruyucu etkileri olabileceğini belirtmiştir (105).

Araştırmamızda merhamet yorgunluğunun işyerindeki riskler hakkında zamanında bilgilendirilmediğini düşünenlerde daha yüksek (16.5) olduğu saptanmış, yüksek düzeyde merhamet yorgunluğunun işyerinde riskler hakkında bilgilendirilmediğini düşünenlerde 2 kat (OR=1.95) daha fazla olduğu görülmüştür. Riskler hakkında zamanında bilgilendirmenin, çalışanlara sağlığı koruma bilgisi kazandırdığından psikolojik dayanıklılığı ve merhamet doyumunu arttırdığı, merhamet yorgunluğu ve tükenmişliği azalttığı bilinmektedir (105,193).

Kişiler arası ilişkiler değerlendirildiğinde merhamet yorgunluğunun; ayrımcılık yapıldığını düşünenlerde (16.3), çalışma arkadaşlarına güvenmeyenlerde (16.5), çalışma hayatında çatışma yaşayanlarda (16.2), engellendiğini düşünenlerde (16.8) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Stamm, Balinbin, Pergol-Metko ve Neville araştırmalarıyla çalışanlar arasındaki olumlu ilişkilerin ve karşılıklı desteğin merhamet yorgunluğunu azalttığını bildirmiştir (98,202,209,211) Örgütsel desteğin olumlu etkisi literatürde iyi tanımlanmış bir faktördür. Bunun tersinin de geçerli olduğu, merhamet yorgunluğu yüksek olduğunda işyerinde kişiler arası ilişkilerin ve desteğin zayıfladığı Dasan ve Hinderer tarafından gösterilmiştir (210,223).

Merhamet yorgunluğu ya da ikincil travmatik stres semptomlarla seyreden bir sağlık sorunudur. Dolayısı ile kişinin sağlık düzeyini olumsuz etkiler ya da başka sağlık sorunu olanlarda semptomlar aşikar hale gelebilir (110). Araştırmamızda merhamet yorgunluğunun sağlık düzeyini kötü olarak algılayanlarda (20.0), COVID-19'dan yakınını kaybedenlerde (15.8) ve istatiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte COVID-19 geçirenlerde (15.3) daha yüksek olduğu görülmüştür. Buna ek olarak yapılan lojistik regresyon analizinde yüksek düzeyde merhamet yorgunluğunun sağlık düzeylerini kötü olarak algılayanlarda 2.7 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Fernandez ve arkadaşları yüksek merhamet yorgunluğuna sahip çalışanların algılanan sağlık düzeylerinin daha kötü olduğunu bildirmiştir (224). Bizim çalışmamızdan farklı olarak Azizkhani ve arkadaşları da kronik hastalığa sahip çalışanlarda merhamet yorgunluğunun daha fazla olduğunu bildirmiştir (168). Türkiye'de Katran ve

arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada COVID-19 geçiren hemşirelerde merhamet yorgunluğu daha yüksek saptanmış ve bu durum COVID-19 geçiren hemşirelerin COVID-19 hastaları ile daha fazla empati kurmalarıyla açıklanmıştır (225).

Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda, yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu yaşamada, cinsiyet, yaş, meslek, aylık gelir gibi sosyodemografik özelliklerin, işyeri ortam faktörlerine kıyasla daha etkili olduğu belirlenmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Rize Merkez İlçe'de her üç basamak sağlık kuruluşunda çalışmakta olan sağlık personeli arasından çok aşamalı nüfusa orantılı olasılıklı küme örnekleme yöntemi ile seçilen 428 çalışanı kapsayan, 2023 yılı Mart-Temmuz ayları arasında yürütülen kesitsel araştırmanın sonuçları aşağıda sunulmuştur.

Katılımcıların yaş ortalaması 32.4 yıldır, yaklaşık dörtte üçü kadındır. Araştırma grubunun %36.2'si hekimler, %52.3'ü hemşire ve ebeler, %11.4'ü diğer sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Çalışanların yaklaşık yarısının (%57.9) meslekte çalışma süresi bir ile on yıl arasındadır.

Çalışanların yarıdan çoğu evlidir, %43.9'u çocuk sahibidir. Evli olmayanlar kadınlar arasında daha yaygındır.

Çalışanların yarıdan çoğu lisans düzeyinde, üçte biri lisansüstü düzeyde eğitime sahiptir. Erkekler arasında lisansüstü düzeyde eğitimi olanların sıklığı kadın çalışanların yaklaşık iki katıdır.

Araştırma grubunun çoğunluğu kamu sektöründe (%93.7), üçte ikisi üçüncü basamakta (yaklaşık %63.8), çoğunluğu dahili ve cerrahi birimlerde (%89.5) çalışmaktadır.

Katılımcıların ortalama aylık geliri 28149 TL'dir ve hemşire/ebelerde daha yüksek olmak üzere çalışanların yaklaşık yarısı mali sorunlar yaşamaktadır. Aylık ortalama gelir erkeklerde, evlilerde, 45 yaş ve üzerindeki çalışanlarda, iki ve daha fazla çocuğu olanlarda, hekimlerde, icap nöbeti tutanlarda, çalışma süresi yirmi yıl ve üzerinde olanlarda, gelirinden memnun olanlarda, mali sorunlar yaşamayanlarda, birinci basamakta çalışanlarda anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

İş stresiyle ilgili olarak araştırma grubunun yaklaşık üçte ikisi nöbet tutmaktadır, kadınlarda ve hemşire/ebelerde daha fazla olmak üzere çalışanların çoğunluğu (%79.6) işten sonra dinlenmek ve aileleriyle vakit geçirmek için kalan süreyi yetersiz bulmaktadır. Çalışanların üçte biri pandemi döneminde alanı dışındaki birimlerde çalışmıştır. Katılımcıların %6.5'i tanı ve tedavi hizmeti sunma, eğitim verme, araştırma yapma, idari görevler yürütme olmak üzere dört görevi aynı anda yerine getirmektedir ve bu grubun çoğunluğunu hekimler oluşturmaktadır.

İşyerinin fizik çevre özellikleriyle ilgili olarak çalışanların yaklaşık üçte biri işyerini güvensiz bulmakta, yaklaşık üçte ikisi işyerindeki fiziksel koşulları yetersiz bulmaktadır.

Hemşire/ebeler ve kadınlar arasında daha fazla olmak üzere çalışanların %40.5'i işyerinde ayrımcılık yapıldığını düşünmektedir. Katılımcıların çoğunluğu (%67.2) iş arkadaşlarına güvendiğini belirtmekle birlikte yaklaşık yarısı çalışma hayatında çatışma yaşadığını, yaklaşık beşte biri işyerinde yöneticiler tarafından engellendiğini/baskı gördüğünü bildirmiştir.

Katılımcıların yaklaşık yarısı, hekim dışı sağlık çalışanlarında daha fazla olmak üzere işyerinde profesyonel becerilerini geliştirmek için kurs, kongre, seminer gibi faaliyetlere katılma imkanının olmadığını belirtmiştir. Bu imkana sahip olduğunu belirtenler hekimler arasında diğer sağlık çalışanlarından fazladır. Hekimlerde daha fazla olmak üzere çalışanların yaklaşık dörtte biri (%27.1) işyerinde riskler hakkında zamanında bilgilendirilmediğini belirtmiştir.

Araştırma grubunun yaklaşık üçte biri, en sık tiroid hastalıkları, bel fıtığı, görme sorunu, boyun fıtığı, hipertansiyon olmak üzere kronik bir hastalığa sahip olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %7.7'si sağlık düzeyini kötü olarak tanımlamış, hekimlerde daha az olmak üzere yaklaşık yarısı COVID-19 geçirmiş, üçte biri COVID-19 nedeniyle yakınını kaybetmiştir.

Araştırmanın bağımlı değişkenlerinden merhamet doyumu ortalama puanı 30.4 saptanmıştır. Merhamet doyumu ile tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu arasında negatif yönde korelasyon saptanmıştır. Merhamet doyumu arttıkça tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu azalmaktadır.

Tek yönlü analizlerde merhamet doyumu ile ilişkili saptanan özellikler:

- Erkeklerde daha düşük saptanmıştır.
- Evli olmayanlarda daha düşük saptanmıştır.
- Merhamet doyumu çocuksuz veya bir çocuğu olanlarda daha düşüktür, çocuk sayısı arttıkça artmaktadır.
- Yaş ile merhamet doyumu arasında U şeklinde bir ilişki saptanmıştır. En genç yaş grubu olan 25 yaş altında merhamet doyumu yüksek iken yaş arttıkça doyum azalmakta ve 45 yaş üzerinde tekrar yükselmektedir.

- Çalışma süresi bir yıldan kısa olanlarda merhamet doyumu yüksek iken çalışma süresi arttıkça (1-9.9 yıl arasında) merhamet doyumu azalmakta ve yirmi yıldan daha uzun süre çalışanlarda tekrar yükselmektedir.
- Gelirle merhamet doyumu arasında paradoksik bir ilişki saptanmıştır. En düşük gelir grubunda merhamet doyumu diğer gelir gruplarından daha yüksektir. Ancak gelirden memnuniyet yönünden merhamet doyumu gelirinden memnun olmayanlarda daha düşüktür.
- Kamu sektöründe ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında çalışanlarda merhamet doyumu daha düşük düzeydedir.
- İş yeri ortam faktörleriyle ilgili olarak merhamet doyumu iş yükü yüksek olanlarda, nöbet tutanlarda, işten sonra dinlenme süresini yetersiz bulanlarda, iş yerini güvenli bulmayanlarda, işyerindeki fiziksel koşulları yetersiz bulanlarda, işyerinde riskler hakkında zamanında bilgilendirilmediğini düşünenlerde, işyerinde ayrımcılık yapıldığını belirtenlerde, çalışma arkadaşlarına güvenmeyenlerde, çalışma hayatında çatışma yaşadığını belirtenlerde, engellendiğini/baskı gördüğünü, baskı gördüğünü düşünenlerde, kurs, kongre, seminerlere katılım gibi profesyonel becerilerini geliştirme imkanına sahip olmadığını belirtenlerde daha düşüktür.
- Merhamet doyumu sağlık düzeyini iyi olarak algılayanlarda daha yüksek, kötü olarak algılayanlarda daha düşüktür. COVID-19 geçirmeyle ilişkili bulunmamıştır.

Çalışanların %58.6'sında merhamet doyumu düşük düzeyde saptanmıştır. Merhamet doyumunun düşük olmasının prediktörleri; kamuda çalışma (OR=6.7), gelirinden memnun olmama (OR=3.7), işyerini güvensiz bulma (OR=3.6), riskler hakkında zamanında bilgilendirilmeme (OR=2.1), çocuk sayısı (OR=2.0), erkek olma (OR=1.8), işyerindeki fiziksel koşulları yetersiz bulma (OR=1.8) ve çalışma arkadaşlarına güvenmemedir (OR=1.7).

Bağımlı değişkenlerden bir diğeri olan tükenmişlik ortalama puanı 23.1 saptanmıştır. Tükenmişlik ile merhamet doyumu arasında negatif, tükenmişlik ile

merhamet yorgunluğu arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Tükenmişlik arttıkça merhamet yorgunluğu artmakta merhamet doyumu azalmaktadır.

Tek yönlü analizlerde tükenmişlik ile ilişkili saptanan özellikler:

- Tükenmişlik, 25-34 yaş grubunda daha yüksek, 25 yaş altı ve 45 yaş üzeri grupta daha düşüktür.
- Lisansüstü eğitime sahip olanlarda daha yüksek, lise düzeyinde eğitime sahip olanlarda daha düşüktür.
- Çocuğu olmayan ya da bir çocuğu olanlarda daha yüksek, iki veya daha fazla çocuğu olanlarda daha düşüktür.
- Hekim ve hemşire/ebelerde diğer sağlık çalışanlarından daha yüksektir.
- Çalışma süresi bir ile on yıl arasında olanlarda daha yüksek, çalışma süresi bir yıldan kısa ve yirmi yıl ve daha fazla olanlarda daha düşüktür.
- En düşük ve en yüksek gelir grubunda diğer gelir gruplarından daha düşüktür. Gelirinden memnun olmayanlar ve mali sorunlar yaşayanlarda daha yüksektir.
- Kamuda çalışanlarda özel sektörde çalışanlardan daha yüksektir.
- Üçüncü basamakta çalışanlarda daha yüksek, birinci basamakta çalışanlarda daha düşüktür.
- İşyeri ortam faktörleriyle ilgili olarak; iş yükü fazla olanlarda, nöbet tutanlarda, işten sonra dinlenme süresini yetersiz bulanlarda, işyerinin güvenli olmadığını düşünenlerde, işyerindeki fiziksel koşulları yetersiz bulanlarda, işyerinde riskler hakkında zamanında bilgilendirilmediğini düşünenlerde, işyerinde ayrımcılık yapıldığını belirtenlerde, birlikte çalıştığı kişilere güvenmeyenlerde, çalışma hayatında çatışma yaşayanlarda, işyerinde engellendiğini düşünenlerde, kurs, kongre, seminer gibi faaliyetlere katılarak profesyonel becerilerini geliştirme imkanına sahip olmadığını belirtenlerde ve pandemide alanı dışındaki birimlerde çalışanlarda daha yüksektir.
- Sağlığını kötü olarak algılayanlarda daha yüksek, iyi olarak algılayanlarda daha düşüktür. COVID-19 geçirme ile ilişkili bulunmamıştır.

Çalışanların yarıdan çoğunun (%57.5) orta düzeyde, yaklaşık dörtte birinin (%24.1) yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığı saptanmıştır.

Yüksek düzeyde tükenmişlik yaşamanın prediktörleri: Sağlık düzeyini kötü olarak algılama (OR=4.3), 25-44 yaş arasında olma (OR=3.6), 37500-49999TL arasında gelire sahip olma (OR=3.2), engellenme/baskı görme (OR=2.1), riskler hakkında zamanında bilgilendirilmeme (OR=2.0) ve profesyonel becerilerini geliştirme imkanına sahip olmamadır (OR=1.8).

Bağımlı değişkenlerden bir diğeri olan merhamet yorgunluğu ortalama puanı 14.7 saptanmıştır. Merhamet yorgunluğu ile merhamet doyumu arasında negatif yönde, merhamet yorgunluğu ile tükenmişlik arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Merhamet yorgunluğu arttıkça tükenmişlik artmakta, merhamet doyumu azalmaktadır.

Tek yönlü analizlerde merhamet yorgunluğu ile ilişkili saptanan özellikler:

- Kadınlarda erkeklerden yüksektir.
- Merhamet yorgunluğu, 25-34 yaş grubunda daha yüksek, 25 yaş altı ve 45 yaş üzeri grupta daha düşüktür.
- Lisansüstü eğitime sahip olanlarda daha yüksek, lise düzeyinde eğitime sahip olanlarda daha düşüktür.
- Hekim ve hemşire/ebelerde diğer sağlık çalışanlarından daha yüksektir.
- En düşük ve en yüksek gelir grubunda diğer gelir gruplarından daha düşüktür. Mali sorunlar yaşayanlarda daha yüksektir.
- Kamuda çalışanlarda özel sektörde çalışanlardan daha yüksektir.
- Üçüncü basamakta çalışanlarda daha yüksek, birinci basamakta çalışanlarda daha düşüktür.
- İşyeri ortam faktörleriyle ilgili olarak; iş yükü fazla olanlarda, nöbet ve icap nöbeti tutanlarda, işten sonra dinlenme süresini yetersiz bulanlarda, işyerinin güvenli olmadığını düşünenlerde, işyerindeki fiziksel koşulları yetersiz bulanlarda, işyerinde riskler hakkında zamanında bilgilendirilmediğini düşünenlerde, işyerinde ayrımcılık yapıldığını belirtenlerde, birlikte çalıştığı kişilere güvenmeyenlerde, çalışma hayatında çatışma yaşayanlarda ve işyerinde engellendiğini düşünenlerde daha yüksektir.

- Sağlığını kötü olarak algılayanlarda daha yüksek, iyi olarak algılayanlarda daha düşüktür. COVID-19 geçirme ile ilişkili bulunmamıştır. COVID-19'dan bir yakınını kaybedenlerde daha yüksektir.

Çalışanların %36.2'sinde yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu saptanmıştır. Yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu prediktörleri: Sağlık düzeyinin kötü olması (OR=2.7), dört görevi birden yerine getirme (OR=3.0), hekim, hemşire/ebe olma (OR=2.9), 25-44 yaş arasında olma (OR=2.1), riskler hakkında bilgilendirmediğini düşünme (OR=2.0), mali sorunlar yaşama (OR=1.6) ve kadın olmadır (OR=1.8).

Sonuç olarak, Rize İl Merkezi'ndeki sağlık çalışanlarında profesyonel yaşam kalitesinin bileşenlerinden merhamet doyumu düşük, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu orta düzeyde saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının yarıdan çoğu yardım etme görevinden yeterli düzeyde tatmin olmamakta, önemli bir kısmı hastalarına etkili bir şekilde yardım edemedikleri için tıbbi danışmanlık ya da istirahat izni gerektirecek düzeyde tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu yaşamaktadır. Merhamet doyumu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunun en başta işyeri ortam faktörleri olmak üzere yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, gelir ve algılanan sağlık düzeyi ile ilişkili olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra araştırma eğitim düzeyi, aylık gelir, iş yaşam dengesi, kendini geliştirme imkanı gibi özellikler yönünden hem cinsiyete hem mesleğe dayalı eşitsizlikler olduğunu ortaya koymuştur. Bulgular, araştırma grubunun profesyonel yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermiştir.

Tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunu azaltmak, merhamet doyumunu arttırmak için bireysel, örgütsel ve ulusal düzeyde önlemler alınması gerekmektedir (116). Bulgulardan yola çıkarak sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitelerinin yükseltilmesi için aşağıdaki öneriler yapılmıştır:

1. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu gibi psikososyal sorunların olduğunun kabul edilmesi,
2. İş sağlığı ve güvenliği birimlerinin tüm basamaklarda faaliyete geçirilmesi,
3. İşe yeni başlayan sağlık çalışanlarının oryantasyon programına alınması, işe giriş muayenelerinin yapılması, iş ile çalışan arasında uyumun gözetilmesi,

4. Erken tanıya yönelik olarak çalışanların periyodik aralıklarla tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu düzeylerinin ProQOL veya benzeri diğer ölçeklerle tespit edilmesi,
5. Ön tanı alan çalışanların ileri tanı, tedavi ve istirahat düzenlemelerinin yapılması,
6. Çalışanlara tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ile ilgili farkındalık eğitimi verilmesi,
7. Çalışanlara ve işverenlere iletişim, problem çözme ve çatışma yönetimi eğitimi verilmesi,
8. Sağlık çalışanlarına işyerlerinde psikolojik dayanıklılıklarını artırmaya yönelik stres yönetimi, meditasyon, gevşeme egzersizleri gibi olanakların sağlanması,
9. Sağlıkla ilgili işyerlerinde çalışanlara yönelik sağlıklı yaşam tarzları kazandırmaya yönelik destekleyici çevre sağlanması,
10. Sağlıkla ilgili işyerlerinde işyeri ortam faktörlerinin iyileştirilmesi ve risklerle ilgili çalışanların bilgilendirilmesi,
11. Sağlık çalışanlarının gelirlerinin iyileştirilmesi, adil ve uygun ücretlendirme politikalarının yaşama geçirilmesi,
12. Sağlık çalışanları arasındaki eğitim, gelir düzeyi gibi sosyoekonomik eşitsizliklerin ortadan kaldırılması,
13. Sağlık çalışanları arasındaki toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin ortadan kaldırılması,
14. Çalışanların görev tanımlarının netleştirilmesi, asli işlerini yapmalarının sağlanması,
15. Çalışanların profesyonel becerilerini geliştirebilmeleri için kurs, kongre, seminer gibi faaliyetlere katılma imkanlarının arttırılması,
16. Konuyla ilgili ülke çapında ileri araştırmalar yapılması,
17. Sağlık sektöründe kalite, güvenlik ve memnuniyeti sağlamak amacıyla "Toplam Çalışan Sağlığı" yaklaşımının benimsenerek uygulanması,
18. DSÖ ve ILO'nun sağlık çalışanlarının sağlığı ile ilgili önerdikleri programların Türkiye'de hayata geçirilmesi.

KAYNAKLAR

1. Fişek NH. Halk Sağlığına Giriş [Internet]. Halk Sağlığı. 1983. p. 4. Available from: https://ets.anadolu.edu.tr/storage/nfs/SAG404U/ebook/SAG404U-16V1S1-08-0-1-SV1-ebook.pdf
2. Öztek Z. Halk Sağlığı Kuramlar ve Uygulamalar. Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı; 2020.
3. WHO. Occupational health: health workers [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 18]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health--health-workers
4. WHO. How Well Do Health Systems Perform. World Heal Rep 2000 [Internet]. 2000;1–206. Available from: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf
5. WHO. Environmental health hazards [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 18]. Available from: https://www.who.int/tools/occupational-hazards-in-health-sector/environmental-health-hazards
6. USAID HS 20/20. 2012. The Health System Assessment Approach: A How-To Manual. Version 2.0. [Internet]. 2012 [cited 2024 Apr 5]. p. 1–434. Available from: https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2015/02/HSAA_Manual_Version_2_Sept_20121.pdf
7. WHO. Health workforce [Internet]. 2024 [cited 2024 May 22]. Available from: https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1
8. Galam É. Vols. 2018-Febru, Revue de l'Infirmiere. 2018. p. 25–6 Caring for those who care for us.
9. Meydanlıoğlu A. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği. Balıkesir Sağlık Bilim Derg [Internet]. 2013; Available from: www.bau-sbdergisi.com
10. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite A ve ÇHDB. Sağlıkta Kalite Standartları, Hastane. 2020.
11. Bilir N. İş Sağlığı ve Güvenliği. Güneş Tıp Kitabevleri; 2016.
12. Yıldız AN, Sandal A. İş Sağlığı ve Güvenliği Meslek Hastalıkları. Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2020.
13. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, WHO. QD85 Burnout

[Internet]. 2024 [cited 2024 May 5]. Available from: https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#129180281

14. Stoewen DL. Veterinary wellness bien-être vétérinaire. Can Vet J. 2019;60(7):783–4.
15. Ersoy EG, Köşger F. Empati: tanımı ve önemi. Osmangazi Tıp Derg. 2016;38(0):9–17.
16. Stamm BH, Figley CR. Brunner-Routledge. 2002 [cited 2024 Jul 29]. p. 107–119 Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. Available from: https://psycnet.apa.org/record/2002-17425-005
17. ILO. Yeni ILO-DSÖ rehberi, sağlık çalışanlarını koruyacak daha geniş güvenceler öngörüyor [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 16]. Available from: https://www.ilo.org/ankara/news/WCMS_837827/lang--tr/index.htm
18. T.C. Sağlık Bakanlığı. Stratejik plan 2010-2014. 2014.
19. McPake B, Maeda A, Araújo EC, Lemiere C, Maghraby A El, Cometto G. Pourquoi les effectifs du marché du travail de la santé sont-ils importants? Bull World Health Organ. 2013;91(11):841–6.
20. Hortaplein V, Busse R, Figueras J, Lessof S, Mcdaid D, Mckee M, et al. Health systems in crisis: Countering shockwaves and fatigue [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 5]. Available from: http://www.healthobservatory.euhttps//www.lse.ac.uk/lse-health
21. Özer, A. Çetinkaya F. Sağlık Hizmetleri ve Postpandemik Dönemde Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. Küresel Salgının Anat İnsan ve Toplumun Geleceği. 2020;111–30.
22. Rahim HFA, Fendt-Newlin M, Al-Harahsheh ST, Campbell J. Our duty of care: A global call to action to protect the mental health of health and care workers. [Internet]. World Innovation Summit for Health, 2022. 2022. 35 p. Available from: https://reliefweb.int/report/world/our-duty-care-global-call-action-protect-mental-health-health-and-care-workers%0Ahttps://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/working4health/20221005-wish-duty.pdf?sfvrsn=a021c187_3&download=true

23. WHO. WHO. 2024 [cited 2024 Apr 18]. Health workforce. Available from: https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1
24. Guilbert JJ. The World Health Report 2006: Working together for health [1]. Educ Heal Chang Learn Pract. 2006;19(3):385–7.
25. Boniol M, Kunjumen T, Nair TS, Siyam A, Campbell J, Diallo K. The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage? BMJ Glob Heal. 2022;7(6):1–8.
26. International Labour Organisation. International Labour Office. Geneva. 2008 [cited 2024 Apr 19]. Updating the International Standard Classification of Occupations (ISCO)\Draft ISCO-08 Group Definitions: Occupations in Health. Available from: http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/docs/d5b.pdf
27. Resmi Gazete. Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik [Internet]. 2014 [cited 2024 Jul 8]. Available from: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=19696&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5
28. Baumler R. Working time limits at sea, a hundred-year construction. Mar Policy [Internet]. 2020 Nov;121:104101. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0308597X20301998
29. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi (ÇASGEM). Türkiye'de İş Sağlığı ve Güvenliği Algısı. 2017. 17–34 p.
30. Alli BO, ILO. Fundamental Principles of Occupational Health and Safety. 2th ed. 2008.
31. Ateş M, Atlı H, Ünal E, Tanrıverdi H, Ağırbaş İ, Kaynak R, et al. Sağlık İşletmeciliği. 1th ed. Ateş M, editor. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.; 2011.
32. Esin A. Yeni Mevzuatın Işığında İş Sağlığı ve Güvenliği. Ankara: TMMOB Makina Mühendisleri Odası; 2004.
33. CDC, NIOSH, Department of Health and Human Services. 2017-112. 2016 [cited 2024 Jun 24]. Fundamentals of Total Worker Health Approaches

Esseintal Elements for Advancing Worker Safety, Health and Well-Being. Available from: https://www.cdc.gov/niosh/docs/2017-112/pdfs/2017_112.pdf
34. NIOSH. About the Total Worker Health Approach [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 29]. Available from: https://www.cdc.gov/niosh/twh/about/index.html
35. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Total Worker Health (TWH) [Internet]. 2015 [cited 2024 Jul 29]. Available from: https://effectivehealthcare.ahrq.gov/products/worker-health/research-protocol#toc-0
36. ASQ. The History of Quality [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 29]. Available from: https://asq.org/quality-resources/history-of-quality
37. Joseph B, Joseph M. The health of the healthcare workers. Indian J Occup Environ Med [Internet]. 2016;20(2):71. Available from: https://journals.lww.com/10.4103/0019-5278.197518
38. Erkan I, Unal M. Total quality management practices in health services. Pressacademia [Internet]. 2022 Dec 30; Available from: http://www.pressacademia.org/archives/rjbm/v9/i4/1.pdf
39. Institute of Medicine (US) Committee to Assess Training Needs for Occupational Safety and Health Personnel in the United States. Significant Events in the History of Occupational Safety and Health [Internet]. 2000 [cited 2024 Apr 29]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225533/
40. Coye MJ, Mooser SB, Bonzo SE. Guidelines for protecting the safety and health of health care workers. 1988.
41. WHO. Protecting health and safety of health workers [Internet]. 2024 [cited 2024 May 7]. Available from: https://www.who.int/activities/protecting-health-and-safety-of-health-workers
42. Ilıman EZ. Türkiye'de Meslek Hastaliklari. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Strat Araştırma Derg [Internet]. 2015;1(1):21–36. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad/issue/16703/173672
43. Resmi Gazete. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu [Internet]. 2012 [cited 2024 Apr 26]. Available from:

https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/06/20120630-1.htm

44. TTB. Türk Tabipler Birliği Tarihi [Internet]. 2024 [cited 2024 Apr 29]. Available from: https://www.ttb.org.tr/ttb_tarihi/giris.html#:~:text=1838'de Cerrahhane açılmış%2C aynı,örgütlülük adımıdır%2C önemli etkileri olmuştur.
45. Resmi Gazete. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu [Internet]. 1930 [cited 2024 Apr 29]. Available from: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.1593.pdf
46. Resmi Gazete. Sosyal Sigortalar Kanunu [Internet]. 1964 [cited 2024 Apr 29]. Available from: https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.506.pdf
47. Koç Y. Türk-İş Eğitim Yay. No.1. 1998 [cited 2024 Jul 29]. Sendikacılık Tarihi. Available from: https://www.yildirimkoc.com.tr/usrfile/1322171321b.pdf
48. Yeşiltaş A. Sağlık Sektöründe Kamu Sendikalaşması. Çalışma Ve Toplum, 4(47), 131-150 [Internet]. 2015; Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/ct/issue/71829/1155476#article_cite
49. Meral Türk. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3.Ulusal Kongresi Kongre Kitabı, Türkiye'de Sağlık Kurumlarında İşçi Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri [Internet]. 2011. Available from: https://www.saglikcalisanisagligi.org/dosyalar/scs3kongrekitabi.pdf
50. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik (2013) / SHKS-Hastane Seti (Versiyon 4) [Internet]. 2013 [cited 2024 Apr 22]. Available from: https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/3582/0/ek1shkshastaneversiyon4pdf.pdf
51. T.C. Sağlık Bakanlığı. Resmi Gazete. 2015 [cited 2024 Jul 29]. Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik. Available from: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/06/20150627-2.htm
52. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi [Internet]. 2015 [cited 2024 Jul 29]. Available from: https://hastane.ksu.edu.tr/depo/belgeler/Anket Uygulama Rehberi_1710261642248279.pdf
53. HASUDER İSÇG, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi. Sağlık Çalışanlarının

Sağlığı Çalıştayı: Çalışan Sağlığı Birimlerinin Organizasyonu, İşlevleri ve Finansmanı [Internet]. Antalya; 2012 [cited 2024 Apr 24]. Available from: https://www.saglikcalisanisagligi.org/dosyalar/SCS-Calistay-Antalya.pdf

54. Resmi Gazete. Çalışanların Sağlık Gözetimine Yönelik Tıbbi Tetkiklerin Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 25]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Mevzuat/Yonetmelikler/Calisanlarin_Saglik_Gozetimine_Yonelik_Tibbi_Tetkiklerin_Usul_ve_Esaslari_Hakkinda_Yonetmelik.pdf
55. Detels R, Gulliford M, Karim QA, Tan CC. Oxford Textbook of Global Public Health Sixth Edition. 6th ed. Oxford University Press; 2015.
56. CDC. Infectious Agents and Healthcare Workers [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 25]. Available from: https://www.cdc.gov/niosh/topics/healthcare/infectious.html
57. CDC. Chemical Hazards for Healthcare Workers [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 25]. Available from: https://www.cdc.gov/niosh/topics/healthcare/chemical.html
58. Akarsu H, Güzel M, ÇASGEM. Sağlık Sektöründe Tehlike ve Riskler [Internet]. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi; 2016. Available from: https://www.casgem.gov.tr/dosyalar/kitap/104/dosya-104-7290.pdf
59. NIOSH, Murphy SSL, Michael Colligan - Naomi Swanson - Joseph Hurrell, Jr. - Frederick Scharf JRS, Tisdale PGLGTAJJAHJ. Stress At Work [Internet]. 1998 [cited 2024 Apr 22]. Available from: https://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/pdfs/99-101.pdf?id=10.26616/NIOSHPUB99101
60. T.C. Sağlık Bakanlığı, Akgün T, Akkuş H, Başkırt D, Bulut M, Çınar E, et al. Hastane Afet ve Acil Durum Planı Hazırlama Kılavuzu. 2th ed. Korkut S, Emer E, editors. 2021.
61. Mohanty A, Kabi A, Mohanty A. Health problems in healthcare workers: A review. J Fam Med Prim Care [Internet]. 2019;8(8):2568. Available from: https://journals.lww.com/10.4103/jfmpc.jfmpc_431_19

62. WHO. Occupational infections [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 18]. Available from: https://www.who.int/tools/occupational-hazards-in-health-sector/occupational-infections
63. WHO. Unsafe patient handling [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 18]. Available from: https://www.who.int/tools/occupational-hazards-in-health-sector/unsafe-patient-handling
64. WHO. Exposure to hazardous chemicals [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 18]. Available from: https://www.who.int/tools/occupational-hazards-in-health-sector/exposure-to-hazardous-chemicals
65. Akgun S. Work accidents in health sector. Heal Care Acad J. 2015;2(2):67.
66. WHO. Occupational Injuries [Internet]. 2024 [cited 2024 Apr 25]. Available from: https://cdn.who.int/media/images/default-source/occupational-health-2/occupational-injuries-thumb.png?sfvrsn=75b7f9b3_3
67. WHO. Risks in ambient work environment [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 18]. Available from: https://www.who.int/tools/occupational-hazards-in-health-sector/risks-in-ambient-work-environment
68. WHO. Occupational injuries [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 18]. Available from: https://www.who.int/tools/occupational-hazards-in-health-sector/occupational-injuries
69. Pıçakçıefe M, Medeni V, İlhan MN. Halk Sağlığı Acillerinde ve Doğal Afetlerde İş Sağlığı ve Güvenliği "Tehlikeler, riskler, önleme ve kontrol" Kılavuzu [Internet]. 2023 [cited 2024 May 5]. Available from: https://deprem.saglik.gov.tr/depo/deprem/rehberler/revize/hsgm-halk-sagligi-acil-durumlarinda-ve-dogal-afetlerde-is-sagligi-ve-guvenligi-rehberi.pdf
70. Batı H, Civaner M, Çiçeklioğlu M, Durak Hİ, Eskiocak M, Günay T, et al. Olağandışı Durumlarda Sağlık Hizmetleri / Sağlık Çalışanının El Kitabı. 2002.
71. Çebi E, Çöl M. Acil Durumlar ve Afetlerde Halk Sağlığı Hizmetleri. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları; 2023.
72. Gan WH, Lim JW, Koh D. Preventing Intra-hospital Infection and Transmission of Coronavirus Disease 2019 in Health-care Workers. Saf Health Work [Internet]. 2020;11(2):241–3. Available from: https://doi.org/10.1016/j.shaw.2020.03.001

73. Çalışkan Pala S, Metintaş S. Covid-1Pandemisinde Sağlik Çalişanlari. ESTÜDAM Halk Sağlığı Derg. 2020;5:156–68.
74. Eurostat. Possibility of recognising COVID-19 as being of occupational origin at national level in EU and EFTA countries [Internet]. Publications Office of the European Union; 2021. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/documents/7870049/13464590/KS-FT-21-005-EN-N.pdf/d960b3ee-7308-4fe7-125c-f852dd02a7c7?t=1632924169533
75. Nys E, Pauwels S, Ádám B, Amaro J, Athanasiou A, Bashkin O, et al. Recognition of COVID-19 with occupational origin: A comparison between European countries. Occup Environ Med. 2023;80(12):694–701.
76. T.C. Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Covid-19 Nedeniyle Vazife Malullüğü Hakkında Genelge [Internet]. 2020 [cited 2024 Jun 6]. Available from: https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/124088/0/covid-19-nedeniyle-vazife-malullugupdf.pdf
77. Bilir N. Türkiye'de Dünden Bugüne İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri [Internet]. Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı; 2021. Available from: https://ssyv.org.tr/wp-content/uploads/2021/03/TURKIYEDE-DUNDEN-BUGUNE-IS-SAGLIGI-1.pdf
78. WHO. Year of Health and Care Workers 2021 [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 16]. Available from: https://www.who.int/campaigns/annual-theme/year-of-health-and-care-workers-2021#:~:text=2021 has been designated as,%2C under the theme – Protect.
79. T.C. Sağlık Bakanlığı, DSÖ. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2011.
80. Michael Marmot RW. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri. İnsev Yayınları; 2009.
81. Boylu AA, Paçacıoğlu B. Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. J Acad Res Stud. 2016;8(15):2016.
82. TDK. Genel Türkçe Sözlük [Internet]. 2024 [cited 2024 May 8]. Available from: https://sozluk.gov.tr/
83. Fırat ZM. Mesleki doyum, iş-aile çatışmasi ve aile-iş çatışmasının algılanan iş stresi üzerindeki etkisi. Yönetim Bilim Derg /Journal Adm Sci.

2018;16(32):157–76.

84. Drobnič S. Job Quality [Internet]. 2018 [cited 2024 Jun 6]. Available from: https://www.oxfordbibliographies.com/display/document/obo-9780199756384/obo-9780199756384-0207.xml
85. Mehmet Ümit Topçu EP. Malatya İl Merkezinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler. T.C. İnönü Üniversitesi; 2008.
86. Kebriaei A, Moteghedi MS. Job satisfaction among community health workers in Zahedan District, Islamic Republic of Iran. East Mediterr Heal J. 2009;15(5):1156–63.
87. Ladikli MF, Arslan H. Kavramsal ve Kuramsal Olarak İş Doyumu. J Ibn Haldun Stud Ibn Haldun Univ. 2023;8(2):139–74.
88. Aksan A. Çalışan Memnuniyetini Açıklayan Faktörlerin İncelenmesi Ve Kargo Sektöründe Bir Uygulama [Internet]. T.C Uludağ Üniversitesi; 2019. Available from: https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/248649
89. Akar H, Üstüner M. İş Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg. 2017 Aug 17;
90. Kırel Ç. Örgüt Geliştirmede Çalışma Yaşam Kalitesini Destekleyici Programlar Ve Bir Uygulama. Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg [Internet]. 1999;1. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/801015
91. Taşdan M. İş Yaşamı Niteliği Çalışmaları. Veriml Derg [Internet]. 2008;1:127–51. Available from: https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/875742
92. Malhotra P. Quality of Work Life [Internet]. 2018 [cited 2024 May 5]. Available from: https://ebooks.inflibnet.ac.in/mgmtp05/chapter/quality-of-work-life/
93. İlhan MN. Çalışma Yaşamında Psikososyal Risk Etmenleri [Internet]. 2016 [cited 2024 May 7]. Available from: https://hasuder.org.tr/hsg/?p=4009
94. B. Hudnall Stamm PD, The Center for Victims of Torture. ProQOL Health Manuel [Internet]. 2021 [cited 2024 May 6]. Available from: https://proqol.org/proqol-health-manual

95. Stamm BH. The concise ProQOL manual. Pocatello, ID ProQOL org [Internet]. 2010;78. Available from: http://proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf%0Ahttp://proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf%0Ahttps://proqol.org/uploads/ProQOLManual.pdf
96. Yılmaz G. Professional Quality of Life in Nurses: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue. J Psychiatr Nurs. 2018;9(3):205–11.
97. Singer T, Klimecki OM. Empathy and compassion. Curr Biol. 2014;24(18):R875–8.
98. B. Hudnall Stamm PD, Joseph M. Rudolph, Edward M. Varra KD, Debra Larsen, Craig Higson-Smith, Amy C. Hudnall HES, Figley CF. The ProQOL Manual 2005. B. Hudnall Stamm PD, editor. Institute of Rural Health Idaho State University: Sidran Press; 2005. 1–29 p.
99. Nas E. Pozitif Psikolojide Güncel Bir Kavram: Merhamet Doyumu. Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar. 2021;13(4):668–84.
100. Sacco TL, Copel LC. Compassion satisfaction: A concept analysis in nursing. Nurs Forum. 2018;53(1):76–83.
101. Durmuş D, Bölükbaşi N. Kronik yorgunluk sendromuna güncel bir bakiş. Turkiye Fiz Tip ve Rehabil Derg. 2007;53(2):69–73.
102. WHO, ILO. Occupational safety and health in public health emergencies. 2018.
103. CDC. Work and Fatigue [Internet]. 2023 [cited 2024 May 5]. Available from: https://www.cdc.gov/niosh/topics/fatigue/default.html#:~:text=Fatigue has been described as,which disrupt or shorten sleep.
104. Figley CR. Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those Who Treat the Traumatized. Vol. 34, Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services. 1996. 52–52 p.
105. Cetrano G, Tedeschi F, Rabbi L, Gosetti G, Lora A, Lamonaca D, et al. How are compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction affected by quality of working life? Findings from a survey of mental health staff in Italy. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):1–11.
106. Spicer S. Managing Compassion Fatigue is an Organizational Responsibility

[Internet]. 2018 [cited 2024 Apr 4]. Available from: https://www.albertadoctors.org/Member Services Physicians PFSP/vital-signs-dr-sharron-spicer-4-18.pdf

107. Resilient Retreat. Burnout Vs. Compassion Fatigue. 2024.
108. Maffia J, Maffia AJ. Cambridge University Press. 2017 [cited 2024 May 6]. When Helping Hurts: The Effects of Compassion Fatigue on Disaster and Emergency Workers. Available from: https://www.cambridge.org/core/journals/prehospital-and-disaster-medicine/article/when-helping-hurts-the-effects-of-compassion-fatigue-on-disaster-and-emergency-workers/8C9E91DB20217982C0E67ACF4609DF23
109. Oberg G, Carroll A, Macmahon S. Compassion fatigue and secondary traumatic stress in teachers: How they contribute to burnout and how they are related to trauma-awareness. Front Educ. 2023;8(March):1–10.
110. Stoewen DL. Veterinary Wellness Bien-être vétérinaire Moving from compassion fatigue to compassion resilience Part 4: Signs and consequences of compassion fatigue. 2020;1207–9. Available from: https://www.avma.org/javma-news/2011-06-15/
111. Roney LN, Acri MC. The Cost of Caring: An Exploration of Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Job Satisfaction in Pediatric Nurses. J Pediatr Nurs [Internet]. 2018;40:74–80. Available from: https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.01.016
112. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. J Soc Issues [Internet]. 1974 Jan 14;30(1):159–65. Available from: https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
113. Arı G, Bal E. Tükenmişlik kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi. Yönetim ve Ekon Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg. 2008;15(1):131–48.
114. Yılmaz H. Okul Yöneticilerinin Tükenmişlik Düzeyleri (Burnout), Nedenleri ve Bazı Etken Faktörlere Göre İncelenmesi (Orta Anadolu Örneği) [Internet]. T.C. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilimdalı Eğitimde Psikolojik Hizmetler Bilim Dalı; 2000. Available from: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=mYUZJYC-

SpuoE-PqBmVzUQ&no=mYUZJYC-SpuoE-PqBmVzUQ

115. Konstantinos Papazoglou DMB. POWER [Internet]. Elsevier; 2020. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/C20180023075
116. Surgeon General of the United States VM. Addressing Health Worker Burnout, The U.S. Surgeon General's Advisory on Building a Thriving Health Workforce. 2022; Available from: https://www.hhs.gov/sites/default/files/health-worker-wellbeing-advisory.pdf
117. Lemaire JB, Wallace JE. Burnout among doctors. BMJ. 2017;358:1–2.
118. Bianchi R, Schonfeld IS. Examining the evidence base for burnout. Bull World Health Organ. 2023;101(11):743–5.
119. Edú-Valsania S, Laguía A, Moriano JA. Burnout: A Review of Theory and Measurement. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022 Feb 4;19(3):1780. Available from: https://www.mdpi.com/1660-4601/19/3/1780
120. CDC, Tom Cunningham, PhD; L. Casey Chosewood, MD, MPH; and Jennifer Tyrawski P. Health Worker Mental Health Initiative [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 2]. Available from: https://blogs.cdc.gov/niosh-science-blog/2022/05/24/mental-health-initiative/
121. Kahil A, Palabıyıkoğlu NR. İkincil Travmatik Stres. 2018;10(1):59–70.
122. Özbağrıaçık-Çağlayan P. Çocuklukta Cinsel İstismar ve Buna BağlıDuygusal Bastırma:Yetişkinlerle PsikoterapiSüreci ve Sürecin Terapiste Etkileri. AYNA Klin Psikol Derg [Internet]. 2014 Mar 1;1(1):13–25. Available from: http://dergipark.org.tr/tr/doi/10.31682/ayna.470573
123. Hydon S, Wong M, Langley AK, Stein BD, Kataoka SH. Preventing Secondary Traumatic Stress in Educators. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2015;24(2):319–33.
124. Sprang G, Ford J, Kerig P, Bride B. Defining secondary traumatic stress and developing targeted assessments and interventions: Lessons learned from research and leading experts. Traumatology (Tallahass Fla) [Internet]. 2019 Jun;25(2):72–81. Available from: https://doi.apa.org/doi/10.1037/trm0000180
125. Köse S, Tetik S, Ercan C. Örgüt Kültürünü Oluşturan Faktörler. Yönetim ve Ekon Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg [Internet]. 2001;7(1):219–42. Available from:

https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/145795

126. Şahin A. The relationship between organizational culture-management and efficiency of managerial. Maliye Derg [Internet]. 2010;159:21–35. Available from: https://ms.hmb.gov.tr/uploads/2019/09/AliŞAHİN.pdf
127. New Zeland Nurses Organisation. Health Workers' Rights [Internet]. 2014 [cited 2024 Jul 30]. Available from: https://www.nzno.org.nz/support/workplace_rights/your_rights
128. Özel Okmeydanı Hastanesi. Çalışan Hakları [Internet]. 2022 [cited 2024 Aug 2]. Available from: https://www.ozelokmeydani.com/calisan-haklari
129. Işık Ş, Karaırmak Ö, Aydoğan D, Atalay NÜ, Çaykuş TM, Demir ÖO, et al. Psikolojik Sağlamlık. Ağar M, Aydın E, editors. Ankara: T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, UNICEF; 2021.
130. WHO, ILO. Caring for those who care National Programmes for Occupational Health for Health Workers [Internet]. 2020. Available from: https://books.google.com.tr/books?id=MsJqEAAAQBAJ&pg=PP4&lpg=PP4&dq=ISBN+(WHO)+978-92-4-001157-1&source=bl&ots=XE_cSp1jQT&sig=ACfU3U2PEzYcwUNFn3ZOII93zOA4C4d3Nw&hl=tr&sa=X&ved=2ahUKEwjZ6fz1lf6FAxXRSPEDHUi5CNcQ6AF6BAgLEAM#v=onepage&q=ISBN (WHO) 978-92-4-00
131. Yeşil A, Ergün Ü, Amasyalı C, Er F, Nihal Olgun N, Aker AT. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Uyarlaması Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Nöro Psikiyatr Arşivi. 2011 Sep 15;48(3):1–1.
132. WHO Europe. Health workforce [Internet]. 2023 [cited 2024 May 8]. Available from: https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/health-workforce#:~:text=Health workforce densities vary 5,200 per 10 000 population.
133. T.C. Sağlık Bakanlığı, Başara DBB, Çağlar İS, Aygün A, Özdemir TA, Kulali B, et al. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 [Internet]. 2022nd ed. Yılmaz H, Başara DBB, Çağlar İS, Aygün A, Özdemir TA, Kulali B, editors. T.C. Sağlık Bakanlığı; 2022. Available from: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf
134. Kartsonaki MG, Georgopoulos D, Kondili E, Nieri AS, Alevizaki A, Nyktari

V, et al. Prevalence and factors associated with compassion fatigue, compassion satisfaction, burnout in health professionals. Nurs Crit Care. 2023;28(2):225–35.

135. Szabo S, Nove A, Matthews Z, Bajracharya A, Dhillon I, Singh DR, et al. Health workforce demography: a framework to improve understanding of the health workforce and support achievement of the Sustainable Development Goals. Hum Resour Health [Internet]. 2020 Dec 29;18(1):7. Available from: https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-020-0445-6
136. WHO. WHO report reveals gender inequalities at the root of global crisis in health and care work [Internet]. 2024 [cited 2024 May 13]. Available from: https://www.who.int/news/item/13-03-2024-who-report-reveals-gender-inequalities-at-the-root-of-global-crisis-in-health-and-care-work
137. WHO. Gender and health [Internet]. 2021 [cited 2024 May 8]. Available from: https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/gender-and-health
138. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler. 2011;61–8.
139. Kanber NA, Gürlek Ö, Çiçek H, Gözlükaya A. Bir Sağlık Kurumunda Sağlık Çalışanlarının Memnuniyeti. Sağlıkta Performans ve Kalite Derg [Internet]. 2010;2(2):114–26. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/spkd/issue/29280/313470
140. SASAM Enstitüsü, Bilgin V, Ready FN. Sağlık-Sen Yayınları-50. 2020 [cited 2024 May 2]. Sağlık Çalışanları Sosyo-Demografik Durum Belirleme Araştırması. Available from: https://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/366562df21bb68c3545b66f14d05c671.pdf
141. BMA. Supporting an ageing medical workforce [Internet]. 2019 [cited 2024 May 10]. Available from: https://www.bma.org.uk/media/2073/bma-ageing-medical-workforce-report-feb-2019.pdf
142. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması [Internet]. 2017 [cited 2024 May 5].

Available from: https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SAGEMpersonelMemnuniyeti2017.pdf

143. Acar T. The role of educational attainment and educational pairings in women's marriage behavior in Turkey. Womens Stud Int Forum [Internet]. 2022 Jul;93:102616. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277539522000577
144. Moore A, Global Health Council. 2023 Global Health Briefing Book [Internet]. 2023 [cited 2024 May 8]. Available from: https://globalhealth.org/wp-content/uploads/2023/05/2023GlobalHealthBriefingBook.pdf
145. NTV, Anadolu Ajansı. İngiltere'de doktorlar son bir yılda 10'uncu kez grevde [Internet]. 2024 [cited 2024 May 12]. Available from: https://www.ntv.com.tr/dunya/ingilterede-doktorlar-son-bir-yilda-10uncu-kez-grevde,PH0sJji_GUOvMIBleTsF9w
146. Azzopardi-Muscat N, Zapata T, Kluge H. Moving from health workforce crisis to health workforce success: the time to act is now. Lancet Reg Heal - Eur [Internet]. 2023 Dec;35:100765. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2666776223001849
147. İşlek E, TÜSEB. Sağlık Çalışanlarının Memnuniyeti: Sorunlar ve Çözüm ve Önerileri. TÜSPE Yayınları; 2018.
148. T.C. Sağlık Bakanlığı. COVID-19 Pandemisi nedeniyle Sağlık Tesislerinde Yapılacak Ek Ödeme [Internet]. 2021 [cited 2024 Jul 25]. Available from: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/40730/0/covid-19-pandemisi-nustyazipdf.pdf?_tag1=85D168DF3639E0427AB5042FAC473D147E2E2D0F
149. Waitzberg R, Aissat D, Habicht T, Hernandez-Quevedo C, Karanikolos M, Kroneman M, et al. Compensating healthcare professionals for incoming losses and extra expenses during COVID-19. Eurohealth (Lond). 2020;26(2):83–7.
150. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Müdürlüğü HM. Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu. 2011.

151. Sağlık-Sen. Sağlık Çalışanları Sosyo-Demografik Durum Belirleme ve Tükenmişlik Araştırması [Internet]. Sağlık-Sen Yayınları; 2012 [cited 2024 May 12]. Available from: https://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/d93e1bf8b763deaf975336fac812b829.pdf
152. Gholami M, Fawad I, Shadan S, Rowaiee R, Ghanem H, Hassan Khamis A, et al. COVID-19 and healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. Int J Infect Dis [Internet]. 2021 Mar;104:335–46. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1201971221000230
153. Eşref Nas RS. Merhamet Doyumu Ölçeğinin Geliştirilmesi. 2021;20(80):2019–36.
154. Alkema K, Linton JM, Davies R. A Study of the Relationship Between Self-Care, Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Burnout Among Hospice Professionals. J Soc Work End Life Palliat Care [Internet]. 2008 Oct 10;4(2):101–19. Available from: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15524250802353934
155. Mason HD, Nel JA. Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction: Prevalence among nursing students. J Psychol Africa. 2012;22(3):451–5.
156. Yadollahi M, Razmjooei A, Jamali K, Niakan MH, Ghahraman Z. The relationship between professional quality of life (ProQol) and general health in Rajaee trauma hospital staff of Shiraz,Iran. Shiraz E Med J. 2016;17(9):10–4.
157. Coşkun S. Psikiyatri Hemsirelerinde Ogrenilmis Güçlülük Düzeyi Ve Is Yasami Kalitesi : Karsilastirmali Bir Çalisma. 2016;(January 2015).
158. Katsantoni K, Zartaloudi A, Papageorgiou D, Drakopoulou M, Misouridou E. Prevalence of Compassion Fatigue, Burn-Out and Compassion Satisfaction Among Maternity and Gynecology Care Providers in Greece. Mater Sociomed. 2019;31(3):172–6.
159. Yeşil A, Polat Ş. Investigation of psychological factors related to compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among nurses. BMC Nurs. 2023;22(1):1–12.
160. Çolak Yılmazer Y, Buldukoğlu K. Hemşirelerin Mesleki Tatmin, Tükenmişlik ve Eşduyum Yorgunluğu Düzeylerinin İncelenmesi: Bir Üniversite Hastanesi

Örneği. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg. 2021;8(2):144–50.
161. Demirbilek Ö, Uzman E. 112 Acil Sağlık Çalışanları Arasında Eşduyum Yorgunluğu, Eşduyum Tatmini ve Tükenmişlik - Kayseri ili örneği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2021;10(1):56–69.
162. Düzgün ASÖ. Onkoloji Alanında Çalışan Hekimler İle Dermatoloji Alanında Çalışan Hekimlerin Tükenmişlik Sendromu Açısından Karşılaştırılması. T.C. İstanbul Üniversitesi; 2009.
163. Sevin B, Partlak Günüşen N. The Role of Psychological Resilience Levels of Nurses in Predicting of Compassion Fatigue, Burnot and Compassion Satisfaction. E-Journal Dokuz Eylul Univ Nurs Fac. 2021;14(4):379–86.
164. Yoder EA. Compassion fatigue in nurses. Appl Nurs Res [Internet]. 2010 Nov;23(4):191–7. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0897189708001006
165. Ruiz-Fernández MD, Ramos-Pichardo JD, Ibáñez-Masero O, Cabrera-Troya J, Carmona-Rega MI, Ortega-Galán ÁM. Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. J Clin Nurs. 2020;29(21–22):4321–30.
166. Pehlivan Sarıbudak T, Aydın Z. Predictors of Professional Quality of Life, Stress and Coping Styles Among Frontline Nurses During Covıd-19: A Cross-Sectional Study. Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2023;403–15.
167. Dosil M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo I, Picaza M, Jaureguizar J. Psychological Symptoms in Health Professionals in Spain After the First Wave of the COVID-19 Pandemic. Front Psychol. 2020;11(December):1–11.
168. Azizkhani R, Heydari F, Sadeghi A, Ahmadi O, Meibody AA. Professional quality of life and emotional well-being among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Iran. Front Emerg Med. 2022;6(1):1–7.
169. Azizkhani R, Meibody AA, Sadeghi A, Meibody-Tabar G, Flechon-Meibody F, Ataei B, et al. Quality of professional life and its association with emotional well-being among COVID-19 physicians and nurses. Adv Biomed Res. 2023;12(1):1.
170. Tomar B, Suman S, Singh P, Raj P, Nathiya D. Mental health outcome and

professional quality of life among healthcare workers during COVID-19 pandemic: A frontline-COVID survey. Hamdan Med J. 2020;13(4):196.

171. Yiğit İ, Akpınar AT, Taş Y. İş Güvenliğinin Tükenmişliğe Etkisini Belirlemeye Yönelik Üniversite Hastanesinde Bir Araştırma. Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg. 2016;12.
172. McGrath K, Matthews LR, Heard R. Predictors of compassion satisfaction and compassion fatigue in health care workers providing health and rehabilitation services in rural and remote locations: A scoping review. Aust J Rural Health. 2022;30(2):264–80.
173. Clark A, Oswald A, Warr P. Is job satisfaction U-shaped in age? J Occup Organ Psychol. 1996;69(1):57–81.
174. Yılmaz G, Üstün B. Sociodemographic and professional factors influencing the professional quality of life and post-traumatic growth of oncology nurses. J Psychiatr Nurs. 2019;10(4):241–50.
175. Alonazi O, Alshowkan A, Shdaifat E. The relationship between psychological resilience and professional quality of life among mental health nurses: a cross-sectional study. BMC Nurs [Internet]. 2023;22(1):1–13. Available from: https://doi.org/10.1186/s12912-023-01346-1
176. Wu S, Singh-Carlson S, Odell A, Reynolds G, Su Y. Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among oncology nurses in the United States and Canada. Oncol Nurs Forum. 2016;43(4):E161–9.
177. Medgyesi M, Zólyomi E. Job satisfaction and satisfaction in financial situation and their impact on life satisfaction. Eur Comm / Res note no6/2016 [Internet]. 2016;(6):6–31. Available from: https://ec.europa.eu/social/search.jsp?advSearchKey=Research+note+no.+6%2F2016&mode=advancedSubmit&langId=en
178. Wanous JP, Lawler EE. Measurement and meaning of job satisfaction. J Appl Psychol [Internet]. 1972 Apr;56(2):95–105. Available from: http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/h0032664
179. Ryu IS, Shim JL. The Relationship between Compassion Satisfaction and Fatigue with Shift Nurses' Patient Safety-Related Activities. Iran J Public Health. 2022;51(12):2724–32.

180. Mansur F, Özzeybek Taş M, Ekinci N. Sağlık Çalışanlarında Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğunun Sürekli Öfke Düzeyine Etkisi. Adıyaman Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg [Internet]. 2022 Apr 29;(40):436–69. Available from: http://dergipark.org.tr/tr/doi/10.14520/adyusbd.1005629
181. Nisa WT, Muhammad D, Khan A. Levels of Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout among Nurses in Public and Private Sector Tertiary Care Hospitals of Peshawar, Pakistan. Liaquat Natl J Prim Care. 2022;4(2):84–9.
182. Maddigan J, Brennan M, McNaughton K, White G, Snow N. The Prevalence and Predictors of Compassion Satisfaction, Burnout and Secondary Traumatic Stress in Registered Nurses in an Eastern Canadian Province: A Cross-Sectional Study. Can J Nurs Res. 2023;55(4):425–36.
183. Potter P, Deshields T, Divanbeigi J, Berger J, Cipriano D, Norris L, et al. Compassion Fatigue and Burnout. Clin J Oncol Nurs. 2010;14(5):E56–62.
184. Kula Şahin S, Erdoğan Z. Professional Quality of Life of Nurses Providing Care for Patients with COVID-19. Online Türk Sağlık Bilim Derg. 2022;7(4):517–25.
185. Barreto Colichi RM, Mangini Bocchi SC, Molina Lima SA, Popim RC. Interactions between quality of life at work and family: integrative review. Int Arch Med [Internet]. 2016; Available from: http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/2126
186. Ruiz-Fernández MD, Pérez-García E, Ortega-Galán ÁM. Quality of life in nursing professionals: Burnout, fatigue, and compassion satisfaction. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(4).
187. Towey-Swift K, Whittington R. Person-job congruence, compassion and recovery attitude in Community Mental Health Teams. J Ment Heal [Internet]. 2021;30(4):431–9. Available from: https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1608931
188. Murphy SSL, Michael Colligan - Naomi Swanson - Joseph Hurrell, Jr. - Frederick Scharf JRS, Tisdale PGLGTAJJAHJ. Stress at work. DHHS (NIOSH) Publication No. 99-101. National Institute for Occupational Safety

and Health (NIOSH); 2006.

189. Howell AM. Working in the Trenches: Compassion Fatigue and Job Satisfaction among Workers Who Serve Homeless Clients. Soc Work Master's Clin Res Pap 50, Univ St Thomas, Minnesota St Catherine Univ. 2012.
190. Suliman M, Aljezawi M. Nurses' work environment: indicators of satisfaction. J Nurs Manag. 2018;26(5):525–30.
191. Dutra CK dos R, Guirardello E de B. Nurse work environment and its impact on reasons for missed care, safety climate, and job satisfaction: A cross-sectional study. J Adv Nurs. 2021;77(5):2398–406.
192. Mum S, Bozyiğit S. Hizmet İçi Eğitimin Tükenmişlik Sendromu Üzerindeki Etkisinin Cinsiyet Bağlamında İncelenmesi. Hitit Sos Bilim Derg [Internet]. 2022 Jun 30;15(1):1–28. Available from: http://dergipark.org.tr/tr/doi/10.17218/hititsbd.1063341
193. Scarlet J, Altmeyer N, Knier S, Harpin RE. The effects of Compassion Cultivation Training (CCT) on health-care workers. Clin Psychol [Internet]. 2017 Jul 1;21(2):116–24. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1111/cp.12130
194. Deniz M, Kumru S. Hizmet İçi Eğitim Faaliyetleri İle Çalışan İş Doyumu Ve Performansı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Özel Hastane Örneği [Internet]. T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi; 2020. Available from: https://acikerisim.medipol.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12511/7957/Deniz-Musa-2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
195. Aslanhan B. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 5. Ulusal Kongresi. Olağandışı Durumlarda Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2015.
196. Kerai S, Doda P, Saxena KN. Professional Quality of Life in Intensive Care Unit Professionals during COVID-19 Pandemic: A Prospective Observational Cross-sectional Study. Indian J Crit Care Med. 2022 May 1;26(5):602–10.
197. Emine Sarıca SK. Pandemi Döneminde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Ölüm Kaygısı , İş Yaşam Kalitesi ve Motivasyonları Death Anxiety , Quality of Work Life , and Motivation of Healthcare Professionals during the COVID-

19 Pandemic. 2023;709–28.

198. Zhang M, Li S, Han D, Wu Y, Zhao J, Liao H, et al. Association of Job Characteristics and Burnout of Healthcare Workers in Different Positions in Rural China: A Cross-Sectional Study. Int J Public Health. 2023;68(August):1–9.
199. Demir A, Ulusoy M, Ulusoy MF. Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. Int J Nurs Stud. 2003;40(8):807–27.
200. Cañadas-De la Fuente GA, Ortega E, Ramirez-Baena L, De la Fuente-Solana EI, Vargas C, Gómez-Urquiza JL. Gender, marital status, and children as risk factors for burnout in nurses: A meta-analytic study. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(10).
201. Kavlu I, Pinar R. Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. Turkiye Klin J Med Sci. 2009;29(6):1543–55.
202. Balinbin CB V., Balatbat KTR, Balayan ANB, Balcueva MIC, Balicat MGB, Balidoy TAS, et al. Occupational determinants of compassion satisfaction and compassion fatigue among Filipino registered nurses. J Clin Nurs. 2020;29(5–6):955–63.
203. Samios C. Burnout and Psychological Adjustment in Mental Health Workers in Rural Australia: the Roles of Mindfulness and Compassion Satisfaction. Mindfulness (N Y). 2018;9(4):1088–99.
204. Pıçakçıefe M, Demirel AH, İlhan İÖ, N.İlhan M, Alataş ET, Beyan AC, et al. Çalışma Yaşamıyla İlgili Özel Konular-4. HASUDER; 2022.
205. Çam O. The burnout in nursing academicians in Turkey. Int J Nurs Stud. 2001;38(2):201–7.
206. Greenglass ER, Burke RJ, Fiksenbaum L. Workload and burnout in nurses. J Community Appl Soc Psychol. 2001;11(3):211–5.
207. Kocalevent R, Pinnschmidt H, Selch S, Nehls S, Meyer J, Boczor S, et al. Burnout is associated with work-family conflict and gratification crisis among German resident physicians. BMC Med Educ. 2020;20(1):1–8.
208. Çıngı F, Şantaş G. 112 Çalışanlarında İş-Aile Çatışması, Tükenmişlik Ve İş

Yükü Fazlalığı Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Derg. 2023;393–424.

209. Neville K, Cole DA. The relationships among health promotion behaviors, compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in nurses practicing in a community medical center. J Nurs Adm. 2013;43(6):348–54.
210. Hinderer KA, VonRueden KT, Friedmann E, McQuillan KA, Gilmore R, Kramer B, et al. Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress in trauma nurses. J Trauma Nurs. 2014;21(4):160–9.
211. Pergol-Metko P, Staniszewska A, Metko S, Sienkiewicz Z, Czyzewski L. Compassion Fatigue and Perceived Social Support among Polish Nurses. Healthc. 2023;11(5):1–10.
212. Muğla Tabip Odası. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi [Internet]. 2021 [cited 2024 Aug 7]. Available from: https://www.muglatabip.org.tr/wp-content/uploads/2021/10/fiili_hizmet_kanun_teklifi.pdf
213. Ruiz-Fernández MD, Ramos-Pichardo JD, Ibañez-Masero O, Sánchez-Ruiz MJ, Fernández-Leyva A, Ortega-Galán ÁM. Perceived health, perceived social support and professional quality of life in hospital emergency nurses. Int Emerg Nurs. 2021;59.
214. Özkahraman E, Ensari M, Yağımlı M. Covid-19 Pandemisi Döneminde Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyinin İncelenmesi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folk Tıp Derg [Internet]. 2022 Sep 30;12(3):590–9. Available from: http://dergipark.org.tr/tr/doi/10.31020/mutftd.1094464
215. Salur H, Yildirim N. Compassion Fatigue in Chest Disease Clinicians: The Effect of Psychological Capital and the Relationship between Colleagues. Turkish Thorac J. 2021;22(3):205–11.
216. Baum N. Secondary Traumatization in Mental Health Professionals: A Systematic Review of Gender Findings. Trauma, Violence, Abus. 2016;17(2):221–35.
217. Garnett A, Hui L, Oleynikov C, Boamah S. Compassion fatigue in healthcare

providers: a scoping review. BMC Health Serv Res [Internet]. 2023 Dec 1;23(1):1336. Available from: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-023-10356-3

218. Sahin S, Arioz Duzgun A, Unsal A, Inan Kirmizigul E, Ozdemir A. Assessment of Compassion Fatigue and Empathy Levels in Nurses During the COVID-19 Outbreak: Turkey's Case. J Relig Health [Internet]. 2023;62(2):1343–57. Available from: https://doi.org/10.1007/s10943-023-01749-z
219. Almadani AH, Alenezi S, Algazlan MS, Alrabiah ES, Alharbi RA, Alkhamis AS, et al. Prevalence and Predictive Factors of Compassion Fatigue among Healthcare Workers in Saudi Arabia: Implications for Well-Being and Support. Healthcare [Internet]. 2023 Jul 26;11(15):2136. Available from: https://www.mdpi.com/2227-9032/11/15/2136
220. Bellolio MF, Cabrera D, Sadosty AT, Hess EP, Campbell RL, Lohse CM, et al. Compassion fatigue is similar in emergency medicine residents compared to other medical and surgical specialties. West J Emerg Med. 2014;15(6):629–35.
221. Chan AO, Chan YH, Chuang KP, Ng JS, Neo PS. Addressing physician quality of life: understanding the relationship between burnout, work engagement, compassion fatigue and satisfaction. J Hosp Adm. 2015;4(6):46.
222. Boscarino JA, Figley CR, Adams RE. Compassion fatigue following the September 11 terrorist attacks: A study of secondary trauma among New York City social workers. Int J Emerg Ment Health. 2004;6(2):57–66.
223. Dasan S, Gohil P, Cornelius V, Taylor C. Prevalence, causes and consequences of compassion satisfaction and compassion fatigue in emergency care: A mixed-methods study of UK NHS Consultants. Emerg Med J. 2015;32(8):588–94.
224. Ruiz Fernández MD, Lirola MJ, Ramos-Pichardo JD, Ortíz-Amo R, Ibáñez-Masero O, Rodríguez Gómez S, et al. Emotional Intelligence and Perceived Health Related to Expressed Compassion Fatigue: A Study in Health Sector at Regional Level. Front Psychol. 2021;12(November):1–8.

225. Katran HB, Gür S, Arpag N, Çavuşlu M. COVID-19 Pandemisinde Yoğun Bakım Hemşirelerinde Merhamet Yorgunluğu. Yoğun Bakım Hemşireliği Derg [Internet]. 2021; Available from: https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1616384

EK-1 Etik Kurul İzni

T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

K - Q TSE-ISO-EN 9000

Sayı : E-40465587-050.01.04-591 25.01.2023
Konu : Etik Kurul

Sayın Prof. Dr.Leyla KARAOĞLU

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "**Rize Merkez'de Çalışmakta Olan Sağlık Çalışanlarında Profesyonel Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörler**" isimli başvurunuz etik kurulumuz yönergesine göre 19.01.2023 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, 2023/20 karar numarası ile bilimsel ve etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

Doç. Dr. Tahsin Gökhan TELATAR
Başkan

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu : 25be5487b5fc Belge Takip Adresi: http://ebys.erdogan.edu.tr/EBYS/eimzadogrulama

Fener Mah. Zihni Derin Yerleşkesi 53100 Rize / TÜRKİYE
Telefon No :+90 (464) 223 61 26 Faks No :+90 (464) 223 53 76
e-Posta : İnternet Adresi:http://www.erdogan.edu.tr/
Kep Adresi:

Bilgi için : BURAK HANKAYA
Bilgisayar İşletmeni

EK-2 İl Sağlık Müdürlüğü onayı

T.C.
RİZE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-64960800-799-206540980 10.01.2023
Konu : Prof.Dr.Leyla KARAOĞLU/Bilimsel Araştırma İzni

DAĞITIM YERLERİNE

Prof.Dr.Leyla KARAOĞLU, kurumumuza bağlı Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Rize Devlet Hastanesi,İl Ambulans Servisi Başhekimliği ve bağlı İstasyonlarda,Merkez Toplum Sağlığı Merkezi ve bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinde **" Rize Merkez'de Çalışmakta Olan Sağlık Çalışanlarında Profesyonel Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörler"** konulu çalışmasını yapmak üzere tarafına izin verilmesini talep etmektedir.

Çalışma planı "Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu" tarafından incelenmiş olup,çalışma süresince değişikliğe gidilmeden;sunulan hizmeti aksatmayacak şekilde,hasta mahremiyeti ve bilgi güvenliği hususlarında güvenlik tedbirleri alınarak çalışmanın yürütülmesi, yapılacak çalışma sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi ve çalışma sonucu ile ilgili tarafımıza bilgi verilmesi kaydıyla kurumumuza bağlı ilgili sağlık tesislerinde **01/03/2023-30/09/2023** tarihleri arasında yapılması uygun görülmüştür.

Olurlarınıza arz ederim.

Dr. Hakan GÖRGÜLÜ
Başkan

OLUR
Dr. Mustafa TEPE
İl Sağlık Müdürü

Ek: DR.LEYLA KARAOĞLU PROTOKOL.PDF

Dağıtım:
Gereği
Rize İl Sağlık Müdürlüğüne

Bilgi
T.c. Sağlık Bakanlığı Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Baştabipliğine
Rize Devlet Hastanesi Baştabipliğine

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: B2755000-A9C5-4E18-8BAF-E9141C8EE60E Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

Paşakuyu Mahallesi , Zübeyde Hanım Caddesi , Sağlık Kompleksi Kat:3-4-5
Merkez/Rize 53000
Telefon No: 04642130357
e-Posta: rizesm@saglik.gov.tr İnternet Adresi: https://www.rizeism.gov.tr/
Kep Adresi: rizesm@hs01.kep.tr

Bilgi için: Esra Nur ŞENTÜRK
Ebe
Telefon No: 04642130357 - 2358

EK-3 Anket Formu

RİZE MERKEZ'DE ÇALIŞMAKTA OLAN SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA PROFESYONEL YAŞAM KALİTESİ ANKETİ

Sayın katılımcı, bu anket Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilimi Dalı tarafından hazırlanan bir araştırma projesi kapsamında (tez) Rize il merkezinde çalışan sağlık çalışanlarının mesleki yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri saptamaya yönelik hazırlanmıştır. Sağlık çalışanlarının mesleki tatminlerini, tükenme durumlarını, stres durumunu tespit ederek, elde edilen bulgular doğrultusunda hem sağlık çalışanlarının memnuniyetini hem sunulan sağlık hizmetinin etkililiğini artırmaya yönelik çözüm önerileri oluşturmak hedeflenmektedir. Ankete vereceğiniz cevaplar araştırmacılar dışında kimse tarafından kullanılmayacak, işverenlerinizle paylaşılmayacak, verdiğiniz bilgiler titizlikle gizli tutulacaktır. İsim ve kimlik bilgileriniz alınmayacaktır. Veriler yalnızca bilimsel araştırma için kullanılacaktır. Araştırmaya gönüllü katılımınız esastır. Araştırma sonuç raporunun siz sağlık çalışanlarına geri bildirimi sağlanacaktır.

Anket sorularına içtenlikle doğru olarak cevap vermenizin ve araştırmamıza gönüllü katılımınızın genel olarak sağlık çalışanı sağlığı konusunda yol gösterici olacağını düşünmekteyiz.

Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Prof.Dr. Leyla Karaoğlu , Arş.Gör.Dr. Alp Güray

Tarih: ……../……../…….

1. Çalıştığınız kurum:

1. Eğitim Araştırma Hastanesi
2. Devlet Hastanesi
3. Birinci basamak (ASM,TSM)
4. Özel hastane
5. Özel Sağlık Merkezi

2. Şu anda çalışmakta olduğunuz birimi işaretleyiniz.

1. Acil Tıp	2. Aile Hekimliği Anabilim Dalı
3. 1 No'lu ASM	4 .Anestezi ve Reanimasyon
5. 3 No'lu ASM	6. Çocuk Hastalıkları
7. 12 No'lu ASM	8. Fizik Tedavi
9.Cildiye	10. Göğüs Hastalıkları
11.Enfeksiyon Hastalıkları	12. İç Hastalıkları
13.Genel Cerrahi	14. Kardiyoloji
15.Göz Hastalıkları	16. Ortopedi
17. Kadın Doğum	18. Radyoloji
19.KBB	20. Mikrobiyoloji
21.Psikiyatri	22. KETEM

23.Biyokimya 24. ÇEKÜS
25. Verem Savaş Birimi
26. TSM polikliniği
Diğer, yazınız…….

3. Yaşınızı yazınız:……

4. Cinsiyetiniz:

1.Erkek 2. Kadın (gebeyseniz belirtiniz) → 1. Şu an gebeyim 2. Gebe değilim

5. Eğitim düzeyiniz ve diploma dereceniz:

1. Lise
2. Ön lisans (2 yıllık)
3. Lisans (4 yıl)
4. Yüksek lisans
5. Doktora ya da uzmanlık
6. Dr.Öğretim üyesi, doçent, profesör gibi öğretim üyeliği

6. Profesyonel mesleğiniz:

7. Doktor
8. Hemşire
9. Ebe
10. Laboratuar teknisyeni (laborant)
11. Röntgen teknisyeni
12. Diğer teknisyen: yazınız (radyoloji, EKG, vs)…….
13. Psikolog
14. Paramedik
15. ATT
16. Diyetisyen
17. Sosyal hizmet uzmanı
18. Diğer, yazınız…….

7. Medeni durumunuz:

1. Evli
2. Bekar
3. Dul
4. Boşanmış

8. Çocuğunuz var mı:

1. Var. Kaç çocuk, yazınız (1,2,3, vs şeklinde……..)
2. Yok

9. Evliyseniz eşiniz gelir getiren bir işte çalışıyor mu?

1. Hayır, ev hanımı. 2. Evet, mesleğini yazınız……..

10. Kaç yıldır mesleğinizi uyguluyorsunuz, yazınız…….

11. Kaç yıldır bu birimde çalışıyorsunuz, yazınız……

12. Mesleğinizi uygulama karşılığında kişisel olarak elde ettiğiniz aylık gelirinizi işaretleyiniz (Sizin meslek dışındaki gelirlerinizi ya da ailenizdeki diğer bireylerin gelirlerini hesaba katmayınız).

1. <10.000 TL
2. 10 000-15 000 TL
3. 16 000-20000 TL
4. 21 000-25 000 TL
5. 26 000- 30 000 TL
6. 31 000-35 000 TL
7. 36 000-40 000 TL
8. 41 000-45 000 TL
9. 46 000-50 000 TL
10. 51 000-55 000 TL
11. 56 000-60 000 TL
12. 61 000-65 000 TL
13. 66 000-70 000 TL
14. 71 000-75000 TL
15. 76 000-80 000 TL
16. 81 000-85 000 TL
17. 86 000-90 000 TL
18. 91 000-95 000 TL
19. 96 000-100 000 TL
20. 101 000 TL ve üzeri

13.Gelirinizden memnuniyetinizi nasıl değerlendirirsiniz?

1. Çok memnunum
2. Memnunum
3. Orta düzeyde memnunum
4. Memnun değilim
5. Hiç memnun değilim

14. Nöbetler hariç bir günde ortalama kaç saat çalışıyorsunuz:…….

15. Nöbetlerle ilgili aşağıdakilerden hangisi size uyar?

1) Hiç nöbet tutmuyorum

2) Nöbet tutmuyorum icapçı oluyorum ⟹ Bir ayda ortalama kaç kez icapçı oluyorsunuz, yazınız.…

3) Nöbet tutuyorum ⟹ Bir ayda ortalama kaç nöbet tutuyorsunuz, yazınız……

16.Bir iş gününde 24 saat içinde genellikle kaç saat uyursunuz? (5.0, 5.5, 6.0,, 6.5, 8.0, şeklinde yazınız) ……saat

17. Genel olarak şu anda sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

1) Çok iyi
2) İyi
3) Ne iyi, ne kötü (orta düzeyde)
4) Kötü
5) Çok kötü

18. Halen doktor tarafından tanısı konulmuş tedavi altında olduğunuz bir hastalığınız mevcut mu?

1) Hayır

2) Evet

1) Romatizma, artrit
2) Boyun fıtığı
3) Yürüme problemi
4) İşitme sorunu
5) Kalp hatalığı
6) Hipertansiyon
7) Kanser
8) Bel fıtığı
9) Peptik ülser, gastrit
10) Kırık ya da eklem hasarı
11) Solunum problemi (astım, KOAH, gibi)
12) Görme sorunu
13) Böbrek hastalığı
14) Şeker
15) Depresyon/ruhsal hastalık
16) Tiroid sorunu (Hiperiroidi, hipotiroidi)
17) Diğer, yazınız……..

19. Son 5 yıl içinde mesleğiniz nedeniyle sağlık sorunu yaşadınız mı? (COVID-19 pandemisi, Hepatit B gibi bulaşıcı hastalık, kesi vs)

1. Evet 2. Hayır

20. Son 5 yıl içinde yaşadığınız mesleki hastalık işten uzak kalmanıza ya da rapor almanıza neden oldu mu?

1. Rapor almamı gerektirdi 2. Rapor almamı gerektirmedi

21. Bir sağlık çalışanı olarak sağlık hizmetine ihtiyacınız olduğunda hizmete ulaşma konusunda düşünceniz nedir?

1. Kolaylıkla ulaşıyorum 2. Ulaşmakta zaman zaman zorluk yaşıyorum 3. Ulaşmakta daima zorluk yaşıyorum

22.Tamamlayıcı bireysel sağlık sigortanız var mı?

1. Evet 2.Hayır

23. Sağlık çalışanı olarak hastaların tamamlayıcı ya da bireysel sağlık sigortası (özel sigorta) olması konusundaki düşünceniz nedir?

1. Çok gerekli 2. Gerekli 3. Hem gerekli hem değil 4. Gerekli değil 5. Hiç gerekli değil

24. Mevcut sağlık sistemimizi nasıl değerlendirirsiniz?

1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta düzeyde 4. Kötü 5. Çok kötü

ÇALIŞANLAR İÇİN PROFESYONEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Yaptığımız işin veya mesleğin gereği olarak insanlara yardım etmek (Hizmet vermek), onların yaşantısıyla doğrudan temasa geçmemizi sağlar. Duygularımız ya da yaşanılan acıyı paylaşabilmemiz ve hissedebilmemiz yardım ettiğimiz kişinin olumlu ve olumsuz yaşantılarından veya durumundan etkilenecektir. Mesleğinizin özelliklerinden kaynaklanabilecek olumlu ve olumsuz deneyimleriniz hakkında sorular sormak istiyoruz. Lütfen, her soruyu içinde bulunduğunuz durumu göz önüne alarak değerlendiriniz. **GEÇTİĞİMİZ SON BİR AYDAKİ (30 gün)** duygu ve düşüncelerinizi dikkate alarak içinde

bulunduğunuz durumu ne kadar sıklıkla yaşadığınızı, aşağıdaki çizelgede her satırda belirtilen koşullarla ilgili yanındaki size uyan seçeneği daire içine alınız.

Aşağıdaki önermelerde yer <u>alan yardım etmek kavramını sağlık hizmeti vermek şeklinde ele alınız</u>.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

0=Hiçbir zaman 1=Nadiren 2=Bazı zamanlar 3=Sıkça 4=Sık Sık 5=Çok Sık

	Hiçbir zaman 0	**Nadiren 1**	**Bazı zamanlar (bazen) 2**	**Sıkça 3**	**Sık Sık 4**	**Çok Sık, daima 5**
25. Kendimi mutlu hissediyorum.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima
26. Yardım ettiğim kişiler zihnimi aşırı meşgul ediyor.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima
27. İnsanlara yardım edebiliyor olmaktan memnun oluyorum.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima
28. Başkalarıyla ilişki kurabildiğimi hissediyorum.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima
29. Ani ya da beklenmedik ses duyunca sıçrıyor ya da ürküyorum.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima
30. Başkalarına yardım ettikten sonra kendimi daha güçlü hissediyorum.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima
31. Yardım eden rolümle kendi özel hayatımı birbirinden ayırmakta zorlanıyorum.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima
32. Yardım ettiğim kişinin yaşadığı çok acı bir olay uykumun bozulmasına neden oluyor.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima
33. Yardım ettiğim kişilerin yaşadığı stresin bana da geçebileceğini düşünüyorum.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima
34. Yardım eden olarak kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima
35. Yardım için yaptığım çalışmalarımdan dolayı zaman zaman kendimi zorda hissediyorum.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima
36. İşimi seviyorum.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima
37. Yardım eden olmamın sonucunda kendimi çökkün hissediyorum.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima

38. Yardım ettiğim kişilerin başlarından geçen çok acı yaşantıları sanki kendim yaşıyormuş gibi hissettiğim oluyor.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima
39. Bana güç veren inançlarım var.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima
40. Bildiğim yardım yöntemlerini ne kadar çok kullanabilirsem o kadar iyi hissediyorum.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima
41. Her zaman olmak istediğim gibi bir insanım.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima
42. İşim beni tatmin ediyor.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima
43. Kendimi tükenmiş hissediyorum.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima
44. Yardım ettiğim kişiler ve onlara yaptığım yardımlarla ilgili olumlu düşünce ve duygular taşıyorum.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima
45. Yaptığım işin yoğunluğu veya yardım ettiğim kişilerin çokluğu gibi nedenlerle kendimi tükenmiş hissediyorum.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima
46. İşimde yaptıklarımla bir fark yaratabileceğime inanıyorum.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima
47. Bana, yardım ettiğim insanların korku verici yaşantılarını hatırlattığı için çeşitli etkinlik ve durumlarda bulunmaktan kaçınıyorum.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima
48. Yardım edebildiğim durumlardan gurur duyuyorum.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima
49. Yardım etmemin sonucu olarak sıkıntı verici veya korkutucu düşüncelerim oluyor.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima
50. Çalışma sisteminden dolayı kendimi çıkmaza girmiş gibi hissediyorum.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima
51. Yardım eden olarak kendimi “başarılı” hissediyorum.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima
52. Travma mağdurlarıyla yaptığım çalışmaların önemli bölümlerini hatırlayamıyorum.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima
53. Çok hassas bir insanım.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima

54. Bu işi seçtiğim için mutluyum.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık, daima

Aşağıda STRESLİ YAŞAM OLAYLARI'nın bir listesi bulunmaktadır. Lütfen şu anda sizde stres meydana getiren ya da son 3 yılda sizde stres meydana getirmiş olaylarla ilgili seçeneği daire içine alarak belirtiniz.

	Evet	**Hayır**
55. Boşanma, sevdiğinden ayrılma	Evet	Hayır
56. Aile içinde çatışma olması	Evet	Hayır
57.Çalışma hayatında çatışma olması	Evet	Hayır
58.İşten çıkarılma endişesi yaşama	Evet	Hayır
59. Meslekle ilgili soruşturma geçirme	Evet	Hayır
60. Deprem ve sonuçları	Evet	Hayır
61. Sevilen birinin hasta olması (yakın akraba ya da arkadaş)	Evet	Hayır
62. Sevilen birinin ölümü (yakın akraba ya da arkadaş)	Evet	Hayır
63.COVID-19 geçirme	Evet	Hayır
64.COVID-19'dan arkadaş ya da yakın akraba ölümü	Evet	Hayır
65. Taşınma (oturulan ev ya da şehir olarak)	Evet	Hayır
66. Mali sorunlar (geçinme zorluğu, borç, kredi ödemesi vs)	Evet	Hayır
67. Size ait fikri ya da maddi bir şeyin çalınması, hırsızlık	Evet	Hayır
68. Kendinizin ciddi bir kaza geçirmesi	Evet	Hayır
69. Saldırıya uğrama (Şiddet görme)	Evet	Hayır
70. Travmatik bir deneyim (yakınlarından birinde intihar, cinayet)	Evet	Hayır
71. Pandemide alanım dışındaki birimlerde çalışma	Evet	Hayır
72. Hizmet sözleşmesi imzalamış olmak	Evet	Hayır
73. Bakmakla yükümlü olduğum yeni kişiler ortaya çıkması (Yaşlı, hasta, depremzede vs…)	Evet	Hayır

İŞ YÜKÜ SORULARI

74. Mesleğinizi uygularken aşağıda sıralanan işlerden hangileri iş yükünüzü oluşturmaktadır. Birden fazla işaretleyebilirsiniz.

1. Muayene, bakım, tedavi, takip
2. Öğrenci eğitimi
3. Araştırma yapma
4. İdari, yönetimsel işler

75. Bir iş günü bittikten, işten çıkış ile uyku arasında rahatlamak gevşemek eğlenmek ya da ailenizle zaman geçirmek için kalan süre yeterli oluyor mu?

1. Yeterli
2. Yetersiz

76.Çalıştığınız kurumda işinizle ilgili riskler konusunda zamanında bilgilendirilir misiniz?

1. Evet
2. Hayır

77. Kurumunuzdaki fiziksel koşullar genel olarak yeterli midir? (ısıtma, aydınlatma, havalandırma, temizlik, gürültüsüz bir ortam, çalışmak için olması gereken alan genişliği, vb)

1. Yeterli
2. Yetersiz

78. İş kazaları ve meslek hastalıkları açısından iş yerinizin güvenliği hakkında düşünceniz nedir?

3. 1. Güvenli 2. Güvenli değil 3. Orta düzeyde güvenli

79.Kurumunuz tarafından yapmış olduğunuz işle ilgili profesyonel becerilerinizi geliştirmek için seminer, kurs, kongre gibi eğitim faaliyetlerine katılma imkânınız var mı?

1. Evet 2.Hayır

80.İş yerinizde işin dağıtılmasında ayrımcılık/adaletsizlik yapılıyor mu?

1. Evet
2. Hayır

81.Yardıma ihtiyacınız olduğu zaman birlikte çalıştığınız kişilere güvenir misiniz?

1)Kesinlikle güvenirim 3)Ne güvenirim ne güvenmem 5)Kesinlikle güvenmem

2)Güvenirim 4) Güvenmem

82.İş yerinde yöneticiler tarafından engellendiğiniz/baskı gördüğünüz oluyor mu?

1)Evet 2)Hayır 3)Bazen

83. Halen (Son 6 aydır) sigara içiyor musunuz?

1.Her gün en az bir tane 2.Günde birden az, haftada en az bir tane
3.Haftada bir taneden daha az içiyorum 4.İçmiyorum

84. Alkollü içecekleri ne sıklıkta kullanırsınız?

1.Hiçbir zaman 2.Ayda birden az 3.Ayda bir 4.Haftada 1
5.Haftada 2-4 kez 6.Haftada 5 veya daha fazla

85. Çalışma hayatınız sağlıklı beslenmenizi ne şekilde etkiliyor?

1.Olumsuz etkiliyor 2.Bir etkisi yok 3. Olumlu etkiliyor

86. Çalışma hayatınız spor ya da düzenli fizik aktivite yapmanızı ne şekilde etkiliyor?

1.Olumsuz etkiliyor 2.Bir etkisi yok 3. Olumlu etkiliyor

87. Stresle başa çıkmak için sigara ya da alkol kullandığınız olur mu?

1. Evet 2. Hayır 3. Bazen

88. İleri araştırmalar için sağlık çalışanlarının sağlığı ile ilgili hangi konuların tartışılmasını önerirsiniz? Birden fazla işaretleyebilirsiniz.

1. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet
2. İş yerindeki kimyasal, fiziksel ve biyolojik tehlikeler, iş yeri güvenliği
3. Çalışma koşullarının zorluğu, nöbetlerin fazlalığı, izinlerin azlığı
4. Maaşların düşüklüğü, ödeme yöntemleri, hizmet sözleşmesi
5. Başka birimlere ya da yerlere görevlendirmeler
6. İşyerinde sağlıklı yaşam koşullarının olmayışı (sağlıklı diyet, egzersiz gibi olanakların eksikliği)
7. Sevk sisteminin olmayışı
8. Basamaklı sağlık sistemine uyulmaması
9. Hizmet içi pratik eğitimlerin yetersizliği
10. Diğer yazınız…….

ÖZGEÇMİŞ

Eğitim

Lisans: Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi 2012-2020

Mesleki deneyim

Arş.Gör. RTEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD 2020-2024

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler

1. Karaoğlu L., Telatar T. G., Harbawi Z. K. , Okur A., Baykal M. H. , Karagöz D., et al. (2020). Bir Köydeki Covid 19 Salgını ve Sosyal Toplantılarla Ilişkisinin Retrospektif Olarak İncelenmesi**.** 4. Uluslararası 22. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Çevrimiçi, Türkiye, 13 Aralık 2020, 280-281. https://uhsk.org/2020/kongre-kitabi.pdf
2. Telatar T. G., Alpdoğan S. M., Karagöz D., Güray A., Tomakin H. B., Hatipoğlu H. İ., Bülbül A. B., Kenal M., Karaoğlu L. (2021). Rize'de tıp fakültesi öğrencilerinde COVID-19 ile ilgili bilgi, tutum, davranış düzeyi ve ilişkili faktörler. 5. Uluslararası 23. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Çevrimiçi, Türkiye, 13 – 18 Aralık 2021, 751-753. https://hasuder.org/Kongreler/EKitapIndir/318c950a-30a7-51e0-d5cc-3a0307b48d3c.
3. Telatar T. G., Karagöz D., Güray A., Tomakin H. B., Alpdoğan S. M., Hatipoğlu H. İ., Bülbül A. B., Kenal M., Karaoğlu L. (2021). Rize'de tıp fakültesi öğrencilerinin COVID-19'a yönelik korku düzeyleri ve ilişkili faktörler. 5. Uluslararası 23. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Çevrimiçi, Türkiye, 13 – 18 Aralık 2021,753-755
4. Alp Güray, Leyla Karaoğlu. Rize Merkez'de Çalışmakta Olan Sağlık Çalışanlarında Profesyonel Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörler. 14.Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi. Antalya, 01-04 Kasım 2023,64. (Özet Bildiri/Sözlü Sunum).
5. Leyla Karaoğlu, Alp Güray. Rize'de görev yapan sağlık çalışanlarının algılanan sağlık düzeyi, riskli sağlık davranışları ve sağlık hizmetlerine ulaşım sorunları. 5. Uluslararası Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Kongresi. Antalya, 01-04 Kasım 2023. (Özet Bildiri/Sözlü Sunum).

6. Leyla Karaoğlu, Tahsin Gökhan Telatar, Mehtap Kenal, Seda Mercan, Alpdoğan, Hüseyin Burak Tomakin, Mehmet Mustafa Yıldırım, Alp Güray, Aliye Bahar Bülbül Çan, Emine Merve Arıcı, Demet Karagöz, Asuman Okur. Rize merkezde postpartum kontraseptif kullanım düzeyi, kurum tabanlı kesitsel bir araştırma. 8. Uluslararası Sağlıklı Yaşam Kongresi. Kasım 2023, 231-232. (Özet Bildiri/Sözlü Sunum).
7. Karaoğlu Leyla, Tahsin Gökhan Telatar, Mehtap Kenal, Mehmet Mustafa Yıldırım, Seda Mercan Alpdoğan, Aliye Bahar Çan, Alp Güray, Burak Tomakin, Merve Arıcı, Asuman Okur, Demet Karagöz. Bir eğitim araştırma hastanesinde pandemide gerçekleşen ölümlerin tanımlayıcı epidemiyolojisi. 7. Uluslararası 25. Ulusal Halk Saglığı Kongresi, Antalya, Aralık 2023, 171. (Özet Bildiri/Sözlü Sunum).

Katıldığı kongreler:

1. 4. Uluslararası 22. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Çevrimiçi, Türkiye, Aralık 2020

2. 5. Uluslararası 23. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Çevrimiçi, Türkiye, Aralık 2021

3. 4. Uluslararası Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Kongresi, Aralık 2022

4. 14.Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi. Antalya, 01-04 Kasım 2023 ve 5. Uluslararası Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Kongresi. Antalya, 01-04 Kasım 2023

Katıldığı kurslar

Tarih	**Şehir**	**Etkinlik**
2020	Çevrimiçi	"R_0 Hesaplaması" kursu
2021	Çevrimiçi	"Tütün kontrolünde toplum liderliği için kapasite geliştirme" kursu

Ödüller

1. Alp Güray, Leyla Karaoğlu. Rize Merkez'de Çalışmakta Olan Sağlık Çalışanlarında Profesyonel Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörler. 14.Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi. Antalya, 01-04 Kasım 2023. En iyi araştırma birincilik ödülü.

2. Leyla Karaoğlu, Alp Güray. Rize'de görev yapan sağlık çalışanlarının algılanan sağlık düzeyi, riskli sağlık davranışları ve sağlık hizmetlerine ulaşım sorunları. 5. Uluslararası Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Kongresi. Antalya, 01-04 Kasım 2023. En iyi araştırma üçüncülük ödülü.