T.C

İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

ACİL SAĞLIK HİZMETİ SUNAN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MESLEKİ YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ:İSTANBUL İLİ ÖRNEK ÇALIŞMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SEMA KARASU

TEZ DANIŞMANI:

Dr.Öğr. Üyesi, Birgül TÜZÜN

2022-2023

ETİK BEYAN

İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tezde;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,

- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,

- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,

- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,

- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Sema KARASU

ÖNSÖZ

“Acil Sağlık Hizmeti Sunan Sağlık Çalışanlarının Mesleki Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi: İstanbul İli Örnek çalışma” adlı çalışmayı tamamlamanın heyecanını ve gururunu yaşıyorum. Çalışmamda mesleki tecrübelerini tüm yoğunluklarına rağmen ortaya koyup bilimsel araştırmamıza katkı sağlayan, mensubu olduğum Acil sağlık hizmetleri camiasına teşekkür ederim.

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesindeki destek ve katkılarından dolayı, çok değerli hocam Dr.Öğr.Üyesi,Birgül TÜZÜN’e teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmam süresince bana destek olan, uzun süredir mücadele veren fakat final sürecin de yanımda olamayacak olan hocam Dr.Öğr.Üyesi, Yasemin ACAR ÇİFTÇİ ye derin minnet ve teşekkürlerimi iletmeyi borç bilirim. Çalışmalarımın çeşitli aşamaların da destek olan Dr.Öğr. Üyesi Perihan EREN BANA, Her zaman yanım da olan güler yüz ve tatlı dilini benden esirgemeyen hocam Doç.Dr. Itır ERKAN’a teşekkür ederim.

Hayatım boyunca beni destekleyen canım annem, babam, kız kardeşim ve canım arkadaşıma sonsuz teşekkür ederim. Varlığınız benim için ilham kaynağıdır.

Sema KARASU

ÖZET

Acil sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanlarının mesleki yaşam kalitesini etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler arasında iş tatmini büyük bir rol oynar; bu, çalışanın işine ne kadar değer verdiği ve işinden aldığı memnuniyetle ilgilidir. İş-yapılandırma dengesi de önemlidir, çünkü uzun çalışma saatleri ve nöbetler kişisel ve aile hayatını olumsuz etkileyebilir. Tükenmişlik, yüksek stres ve duygusal yorgunluk seviyeleri nedeniyle sağlık çalışanları arasında yaygındır ve bu durum çalışanların verimliliğini ve işe olan bağlılığını düşürebilir. İşyerinde yaşanan stres, özellikle yoğun çalışma ortamları, acil durumlar, hasta bakımı ve yönetimsel baskılar nedeniyle sağlık çalışanları üzerinde baskı yaratır ve hem fiziksel hem de zihinsel sağlıklarını etkileyebilir. Bu açıklamalar ışığında bu araştırmada, acil sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık profesyonellerinin mesleki tatmin, tükenmişlik, merhamet yorgunluğu ve yaşam kalitesi üzerindeki demografik etkiler incelenmiştir. Araştırma, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma süresi ve kurum türü gibi değişkenlerin bu faktörler üzerinde belirgin etkileri olduğunu ortaya koymuştur. Örneğin, 36-45 yaş aralığındaki bireyler daha yüksek mesleki tatmin puanlarına sahipken, 2-5 yıl çalışanların tükenmişlik düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin daha yüksek mesleki tatmin puanlarına sahip olduğu ve şehir hastanelerinde çalışanların merhamet yorgunluğunun daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Acil Sağlık Hizmeti, Mesleki Yaşam Kalitesi, Tükenmişlik, Merhamet Yorgunluğu.

ABSTRACT

There are many factors that affect the professional life quality of health workers providing emergency health services. Among these factors, job satisfaction plays a significant role; it relates to how much value an employee places on their job and the satisfaction they derive from it. The balance between work and personal life is also important, as long working hours and shifts can negatively impact personal and family life. Burnout is common among health workers due to high levels of stress and emotional exhaustion, which can reduce their productivity and commitment to their job. Workplace stress, especially in intense work environments, emergency situations, patient care, and administrative pressures, can create a strain on health workers, affecting both their physical and mental health. In light of these explanations, this research has examined the demographic effects on professional satisfaction, burnout, compassion intensity, and quality of life of health professionals working in emergency health services. The study has revealed that variables such as age, educational level, marital status, length of service, and type of institution have significant effects on these factors. For instance, individuals in the 36-45 age range have higher professional satisfaction scores, while those who have worked for 2-5 years exhibit higher levels of burnout. Additionally, it has been observed that individuals with higher educational levels have higher professional satisfaction scores, and those working in city hospitals have higher levels of compassion intensity.

Keywords: Emergency Health Services, Professional Life Quality, Burnout, Compassion Intensity.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ ..... HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.
ÖZET ..... **V**
ABSTRACT ..... **VI**
İÇİNDEKİLER ..... **VII**
TABLOLAR LİSTESİ ..... **IX**
1. GİRİŞ **1**
2. KAVRAMSAL VE KURAMSAL AÇIKLAMALAR **3**
2.1. Acil Sağlık Hizmetleri ve Çalışanları 3
2.1.1. Acil Sağlık Hizmetinin Tanımı 3
2.1.2. Acil Sağlık Hizmetlerinin Amacı 6
2.1.3. Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ Doğrultusundaki Düzenlemeler 6
2.1.4. Dünyada Acil Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi 8
2.1.5. Türkiye'de Acil Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi 9
2.1.6. 112 Acil Sağlık Hizmetleri 10
2.1.7. Acil Sağlık Hizmeti Sunan Sağlık Çalışanlarının Karşılaştığı Risk ve Sorunlar 14
2.1.7.1. Ergonomik Sorunlar 14
2.1.7.2. Fiziksel Sorunlar 15
2.1.7.3. Kimyasal Riskler 16
2.1.7.4. Biyolojik Riskler 17
2.1.7.5. Psikososyal Risk Faktörleri 18
2.1.7.7. Çevresel/Çalışma Koşullarına Bağlı Kişisel Risk Faktörleri 20
2.2. Mesleki Yaşam Kalitesi ve İlişkili Açıklamalar 21
2.2.1. Mesleki Yaşam Kalitesi Kavramı 21
2.2.2. Mesleki Yaşam Kalitesi Bileşenleri 24
2.2.2.1. Mesleki Doyum 24
2.2.2.2. Tükenmişlik 25
2.2.2.3. Merhamet Yorgunluğu 25
2.2.3. Mesleki Yaşam Kalitesi ile İlgili Çalışmalar 27

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM **31**
YÖNTEM **31**
3.1. Araştırmanın Yöntemi 31
3.2. Veri Toplama Araçları 32
3.3. Evren ve Örneklem 32
3.4. Veri Analizi 35
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM **37**
BULGULAR ..... HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.
4.1. Ölçek Puanlarının Tanımlayıcı İstatistiklerine Dair Bulgular 37
4.2. Karşılaştırma Testleri 37
4.2.1. Cinsiyete Dayalı Bulgular 37
4.2.2. Yaşa Dayalı Bulgular 38
4.2.3. Medeni Duruma Dayalı Bulgular 39
4.2.4. Öğrenim Düzeyine Dayalı Bulgular 40
4.2.5. Çalışma Sürelerine Dayalı Bulgular 41
4.2.6. Çalışılan Kurum Türüne Dayalı Bulgular 42
4.2.7. Acil Sağlık Hizmetlerindeki Göreve Dayalı Bulgular 44
4.2.8. Aylık Gelire Dair Bulgular 45
4.2.9. Ortalama Haftalık Çalışma Saatine Dayalı Bulgular 46
SONUÇ **53**
KAYNAKLAR **54**
EKLER **63**
EK-1: Demografik Bilgi Formu 63
EK-2: Çalışanlar İçin (Mesleki) Yaşam Kalitesi Ölçeği 64

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcılara Dair İstatistiksel Bulgular 33
Tablo 2. Basıklık ve Çarpıklık Değerler 35
Tablo 3. Ölçek Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri 37
Tablo 4. Cinsiyete Dayalı Bulgular 38
Tablo 5. Yaşa Dayalı Bulgular 38
Tablo 6. Medeni Duruma Dayalı Bulgular 39
Tablo 7. Öğrenim Düzeyine Dayalı Bulgular 40
Tablo 8. Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışma Süresine Dayalı Bulgular 41
Tablo 9. Çalışılan Kurum Türüne Dayalı Bulgular 43
Tablo 10. Acil Sağlık Hizmetlerindeki Göreve Dayalı Bulgular 44
Tablo 11. Aylık Gelire Dair Bulgular 45
Tablo 12. Ortalama Haftalık Çalışma Saatine Dayalı Bulgular 46

1. GİRİŞ

Sağlık çalışanlarının mesleki yaşam kalitesi, sağlık hizmetlerinin verimliliği ve kalitesi açısından hayati bir öneme sahiptir. Bu çalışanlar, genellikle yüksek stres altında, yoğun ve zorlu çalışma koşullarında görev yaparlar. Bu durum, fiziksel ve psikolojik sağlıklarını etkileyebilir ve dolayısıyla mesleki tatmin ve genel yaşam kalitelerini düşürebilir. Mesleki yaşam kalitesi; iş tatmini, iş-yaşam dengesi, tükenmişlik, işyeri stresi, profesyonel gelişim ve kariyer fırsatları gibi birçok faktörden etkilenir. Sağlık çalışanları, sürekli değişen ve zorlayıcı sağlık ortamlarında çalışırken, kişisel ve mesleki gelişimlerini destekleyecek, iş yükünü hafifletecek ve işlerini daha anlamlı kılacak faktörlere ihtiyaç duyarlar. Özellikle pandemi gibi olağanüstü sağlık krizleri sırasında, sağlık çalışanlarının üzerindeki yük artar ve bu da mesleki tükenmişlik oranlarını yükseltebilir. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının mesleki yaşam kalitelerini iyileştirmek, hem bireysel sağlıkları hem de toplumun genel sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyi için kritik öneme sahiptir.

Acil sağlık hizmetleri, özellikle acil sağlık bakımının hastane öncesine uzantısı olarak tanımlanabilir ve bu hizmetler, travma benzeri acil durumlarda gerçekleşen ölüm ve sakatlanma olaylarının tespiti ve tedavi süreçlerini içermektedir. Bu hizmetlerin kalitesinin arttırılması, yaşamsal tehlike riski taşıyan kişilerin yaşamlarının kurtarılabilmesi açısından son derece önemlidir.

Acil sağlık hizmetleri sunan sağlık çalışanları, sürekli olarak yüksek riskli ve stresli bir çalışma ortamında bulunurlar. Bu ortam, fiziksel ve psikolojik risklerle doludur ve çalışanların mesleki yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilir. Sağlık çalışanları; ergonomik sorunlar, fiziksel zorluklar, kimyasal ve biyolojik riskler, psikososyal faktörler ve çeşitli çevresel koşullar nedeniyle bir dizi zorlukla karşılaşmaktadır.

Bu araştırma da İstanbul ili Anadolu ve Avrupa yakası 112 Acil Yardım İstasyonları ile bazı önceden belirlenmiş hastane acil ünitelerinde acil sağlık hizmetleri sunan

sağlık çalışanlarının mesleki yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, sağlık çalışanlarının mesleki yaşam kalitesini etkileyen faktörleri ve bu faktörlerin personelin çalışma performansı ve genel sağlığı üzerindeki etkilerinin incelenmesi ile sağlık çalışanlarının mesleklerinin meslekleşme süreci, teorik bilgi, mesleğin toplumdaki statüsü, eğitim süresi, topluma hizmet sunma, bağımsızlık, mesleğe bağlılık bilinci, birlik bilinci ve meslek ahlakı gibi çeşitli yönleri üzerinden değerlendirilmesi yapılmıştır.

2. KAVRAMSAL VE KURAMSAL AÇIKLAMALAR

2.1. Acil Sağlık Hizmetleri ve Çalışanları

Bu başlıkta acil sağlık hizmetleri üzerine bilgiler verilmiş, çalışanların yaşadığı problemlere ve risklere değinilmiştir.

2.1.1. Acil Sağlık Hizmetinin Tanımı

Acil sağlık hizmetleri, hastane dışı ortamlarda başlayan ve acil tıbbi bakımın bir uzantısı olarak ele alınabilir. Bu hizmetler, esas olarak, kazalar, yaralanmalar ve benzeri acil durumlarda yaşanan ölüm veya sakatlık risklerinin azaltılmasına odaklanır. İlk aşamada, hastanın hastaneye ulaştırılana kadar olan süreçte zarar görmemesi için önlemler alınmış, sonrasında ise saha bazlı tedavi yöntemleri sürece dahil edilmiştir (Mechem, 2016: 1).

Acil sağlık hizmetleri ayrıca, beklenmedik yaralanma, kaza, hastalık gibi durumlarla karşılaşıldığında, özel eğitimli sağlık ekipleri tarafından hızlı ve tıbbi donanım desteğiyle sunulan hizmetler olarak tanımlanır (Aslan ve Güzel, 2018: 4995-5002). Ayrıca, acil sağlık hizmetleri, acil hastalık veya yaralanma durumlarında özel eğitim almış bireyler ve ekipler tarafından, tıbbi araç-gereç desteğiyle, olay yerinde, nakil esnasında ve sağlık kurumlarında sağlanan hizmetler olarak da ifade edilmektedir (AFAD, 2022).

Acil sağlık hizmetleri (ASH), genellikle hastane dışında, 112 Acil Sağlık Hizmetleri ekipleri tarafından sağlanır. Bu ekipler, acil durumlarla karşılaşan hastalara ilk müdahaleyi yapar ve onları en uygun sağlık kurumuna nakleder. Acil durum müdahalesinin bu ilk aşamasından sonra, gereken ileri düzey tedaviler, sağlık kuruluşlarında görevli acil servis personeli tarafından gerçekleştirilir. Acil sağlık hizmetleri, genel olarak 112 Acil Sağlık Hizmetleri ve hastane bazlı acil servis hizmetleri olmak üzere iki ana kategoride sunulur.

Acil sağlık hizmetlerinin temel odak noktası, kritik durumdaki hastalara hızlı ve etkin müdahalede bulunmaktır. Bu hizmetlerin kalitesinin artırılması, hayati öneme sahip hastaların yaşamını kurtarmak için kritik önem taşır. Bu doğrultuda, acil sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmek ve bu hizmetlerin belirli standartlara ulaşmasını sağlamak amacıyla Amerikan Acil Tıp Koleji (ACEP) tarafından belirli kriterler ve standartlar oluşturulmuştur. ACEP tarafından belirlenen standartlar, acil sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmak ve hasta bakım kalitesini optimize etmek için temel rehberler olarak kullanılmaktadır. Acil sağlık hizmetlerinin toplumun her kesimine erişilebilir ve yüksek kaliteli olması esastır. Acil durumda olan hastaların değerlendirilmesi ve tedavi sürecinin hızlı ve etkin bir şekilde gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Acil servisler, hastane öncesi hizmetler ve çeşitli tedavi birimleri arasında sürekli ve etkin bir koordinasyon sağlanmalıdır. Acil birimlerdeki hekimlerin haftanın her günü ve günün her saati kesintisiz hizmet sunmaları beklenir. Acil sağlık hizmetlerinin temel bileşenleri olan doktorlar, hemşireler ve diğer yardımcı sağlık personeli arasında, aynı zamanda farklı sağlık birimlerinde çalışan personelle uyum içinde iş birliği yapılmalıdır. Acil sağlık hizmetlerinde zamanın etkin kullanımı hayati önem taşır, çünkü doğru zamanlama hayat kurtarabilir ve acil durumları önleyebilir. Tüm acil sağlık hizmetleri, önleme, hazırlık, tanı koyma ve uygulama olmak üzere dört temel bölümü kapsar. Hastalık veya yaralanma durumlarında ilk dakikalar kritik öneme sahiptir; bu süreçte sakin kalınmalı ve doğru müdahalelerin uygulanması gereklidir. Acil travma ve hastalıkların yönetimi sürecinde, acil tıbbî yardım hattının aranması, müdahale sürecinin doğru yönetilmesi için atılacak en önemli adımlardan biridir (Ongun, 2018).

Acil sağlık hizmetleri, birbirleriyle sıkı bir şekilde bağlantılı çeşitli birimlerden ve ünitelerden oluşur. Bu birimler arasındaki uyum ve koordinasyon, acil sağlık hizmetlerinin genel başarısını belirleyici faktörlerdendir. Hastane bazında acil sağlık hizmetlerinin tanımlanması sırasında, birimler arasındaki etkileşim ve iş birliği büyük önem taşır. Acil sağlık hizmetlerinde sadece sağlık personelinin arasındaki uyum değil, tüm ilgili personel arasındaki iletişim ve etkileşim de hayati öneme sahiptir. Acil durumu fark edip haber veren kişiler, acil sağlık hizmetlerinin başarılı bir şekilde yürütülmesinde kritik roller üstlenir.

Acil sağlık hizmetlerinin başlangıcından hastane acil servisine kadar olan süreçte, tüm ilgili birimler arasındaki etkileşim önemlidir. Acil müdahale zinciri, özellikle beş ana halkadan oluşur. Aslan ve Güzel (2018)'e göre bu halkalar aşağıda belirtilmiştir:

- **Yaşam Kurtaran Acil Müdahale:** Olay yerinde bulunan kişi ilk yardım bilgisi sahip olmayabilir. Eğer olay yerindeki kişi ilk yardım eğitimi almamışsa, olay yerinin güvenliğini sağlamak önceliklidir. İlk yardım bilgisi olan biri varsa, sağlık ekibi gelene kadar güvenlik önlemlerini alması ve mümkünse hastaya gerekli ilk müdahaleyi uygulaması önemlidir. Bu ilk müdahale, acil sağlık hizmetlerinin başarısında önemli bir role sahiptir.

- **Yardım Çağırma:** TCK-5237'nin 98/1-2 bentlerine göre eğer kişi, yaşı, hastalığı veya yaralanması nedeniyle kendisini idare edemeyecek durumda olan bir başkasına yardım etmez veya durumu ilgili makamlara bildirmezse, bir yıla kadar hapis cezası veya adli para cezası ile cezalandırılır. Yardım veya bildirim yükümlülüğünün yerine getirilmemesi sonucunda kişinin ölmesi durumunda, ise üç yıla kadar hapis cezası verilir.

- **Yardım Bekleme:** Acil hastalar için 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nin gelmesi beklenen süre oldukça önemlidir. Türkiye'de, bu hizmetin kalite standartlarına göre, şehirlerdeki olay yerine ilk 10 dakika içinde ve kırsal bölgelerde 30 dakika içinde ulaşması gerekmektedir.

- **Ambulans Ekibi:** Acil sağlık hizmetlerindeki ekip, farklı uzmanlık alanlarına sahip kişilerden oluşur. Bu ekip içinde acil tıp teknisyenleri (ATT), paramedikler (AABT-ambulans ve acil bakım teknikerleri), ambulans sürücüleri ve doktorlar bulunur. Her birinin özel eğitimi ve tıbbi bilgisi gereklidir. Personelin bu alandaki bilgi ve becerileri son derece önemlidir. Ekip, hastaların tıbbi ihtiyaçlarını hızlıca değerlendirir ve gereken tedaviyi başlatır. Ayrıca, hastanın acil bir şekilde hastaneye sevki gerekiyorsa bu işlemi gerçekleştirirler.

- **Hastane:** Hastaneye ulaştırılan hasta veya yaralı, burada kayıt altına alınır, tanı ve tedavisi yapılır, gerektiğinde başka bir sağlık kurumuna sevk edilir. Bu süreç, hastaların sağlığının korunması ve iyileştirilmesi için hayati önem taşır.

2.1.2. Acil Sağlık Hizmetlerinin Amacı

Acil sağlık hizmetlerinin temel amacı, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği çerçevesinde, ülke genelinde acil sağlık hizmetlerinin adaletli, erişilebilir, yüksek kalitede, hızlı ve etkin bir şekilde sunulmasını sağlamaktır. Bu amaç doğrultusunda, sağlık hizmetleri sunan ve bu hizmetlerle ilgili tüm kurum ve kuruluşların, belirlenen esaslara uyması, aralarındaki koordinasyonun sağlanması ve Sağlık Bakanlığı'nın bu hizmetlerin yönetim ve sevkini üstlenmesine yönelik prosedürler ve ilkeler belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Acil sağlık hizmetleri, acil müdahale gerektiren yaralı ve hastalara gerekli tedaviyi en hızlı şekilde ulaştırmayı hedefler. Bu hizmetler, hastaların hayati risklerini en aza indirgemek ve acil durumlarda etkili bir şekilde müdahale etmek için zamanı ve hızı hayati unsurlar olarak ön plana çıkarır. Acil durumların doğası gereği, bu hizmetlerin hızlı ve etkin bir şekilde sunulması, hastaların sağlık durumlarının iyileştirilmesi ve yaşam kalitelerinin korunması için kritik öneme sahiptir.

2.1.3. Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ Doğrultusundaki Düzenlemeler

13 Eylül 2022 tarihli ve 31952 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'e göre;

Acil Servis Hizmet Seviyesi ve Tipinin Belirlenmesi (Madde 5): Acil servislerin hizmet seviyesi ve türünün belirlenmesi, sağlık tesislerinin fiziksel altyapısı, hizmet gereksinimleri ve hastane türleri gibi faktörlere bağlıdır. Bu düzenleme, acil servislerin

çeşitli tiplerde kurulmasına olanak tanımakta ve Genel Müdürlük tarafından hizmet seviyesinin belirlenmesi ve gerektiğinde değiştirilmesi sürecini kapsamaktadır.

Acil Servislerin Adlandırılması ve Hizmet Seviyesi Değişiklikleri (Madde 5 (4) ve (5)): Acil servisler, belirli tipler dışında farklı isimlerle tescil edilemez. Hastane rol grubu veya hizmet seviyesi ve tipi değiştirilen sağlık tesislerinde yeni açılan veya hizmete giren acil servisler için, hizmet seviyesi ve tip belirlemesi gereklidir.

Acil Servis Seviye Tespit ve Tescil İşlemleri (Madde 6): Acil servislerin hizmet seviyesi ve tipinin tespiti için detaylı bir süreç düzenlenmiştir. Tescil komisyonu, acil servislerin tıbbi cihazlar, personel sayısı, yatak sayısı gibi kriterlere göre I., II. ve III. seviyelerini belirler ve bu süreç, acil servislerin standartlaştırılmasını ve etkinliğinin artırılmasını hedeflemektedir.

Acil Servis Fiziki Yapısına Dair Şartlar: Acil servislerin fiziki yapısına ilişkin şartlar, hastaların güvenliği ve hızlı müdahale açısından önemlidir. Her sağlık kurumu ve acil servisin farklı ihtiyaçları göz önünde bulundurularak bu düzenlemelerin uygulanması gerekmektedir.

Triyaj Uygulaması ve Renk Kodlaması (Madde 8): Acil servislerde triyaj uygulaması, hastaların acil tıbbi müdahale ihtiyaçlarının hızlı bir şekilde tespit edilerek öncelikli olarak müdahale edilmesini sağlamaktadır. Triyaj işlemi, hastaların zarar görmesini önlemek ve gereksiz gecikmeleri azaltmak amacıyla uygun sayıda personel tarafından gerçekleştirilmektedir.

Muayene ve Refakat Esasları (Madde 9): Acil servislerde muayene ve refakat esasları, hastaların güvenliği ve mahremiyeti ile bilgilendirilmesini ön planda tutmaktadır. Kırmızı ve sarı alanlarda hasta refakatçisi genellikle kabul edilmez ve hasta yakınlarının anamnez alımı gibi işlemlere refakat etmesi, hastanın sağlık durumu hakkında doğru bilgi alınmasına katkı sağlamaktadır.

Acil Servis Nöbet Usul ve Esasları (Madde 10): Acil servislerde nöbet düzenlemesi, hastaların tıbbi ihtiyaçlarının hızlı ve etkili bir şekilde karşılanmasını amaçlamaktadır. Hastane türüne, uzman tabip sayısına ve diğer faktörlere göre planlı nöbet düzenlemeleri yapılır ve acil servislerde nöbet görevi mevzuata uygun ve planlı bir şekilde yürütülmektedir.

2.1.4. Dünyada Acil Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Acil Sağlık Hizmetlerine atılan ilk adımın takribi 5000 yıl önce Mısırlılar tarafından yapıldığı, daha sonra Eski Yunan ve Roma uygarlıklarının savaşlarda ilk yardım amaçlı hasta taşınması uygulamalarında bulundukları bilinmektedir. Bilinen ilk ambulans hizmeti amacıyla kullanılan araç İspanyollar tarafından 1487'de Malaga kuşatmasında atlı arabalardan oluşturulmuştur. İlk askeri tıbbi birlik 1793 yılında, Prusya seferinde Domique Larrey tarafından "Uçan ambulans" olarak nitelendirilen atlı arabalar oluşturulmuş ve yararlıların sevki sağlanmıştır. İlk sivil ambulanslar 1878 yılında, ilk 24 saat esaslı ambulans hizmetleri ise 1897 yılında Londra'da uygulanmaya başlamıştır (MEB, 2011).

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri politika ve uygulamaları ülkeden ülkeye değişiklik gösterdiği gibi bir ülkenin bölgeleri arasında da değişiklik göstermektedir. Amerika ve Kanada'da hastane öncesi acil sağlık hizmetleri kapsamında ambulans hizmetlerinin yanında itfaiye ve polis hizmet birimleri bir çatı altında toplanmış ve aynı merkezden yönetilmektedir. Acil çağrı kodu her iki ülkede de "911" olarak belirlenmiştir. 911'in aranması ile çağrı merkeze düştüğü anda yetkili kişiler tarafından karşılanır ve gerekli ekipler olay yerine yönlendirilir. Her iki ülkede hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde Anglo-Amerikan model benimsenmiştir. Bu kapsamda ambulanslar ile olay yerine intikal eden personeller paramedik ve ATT'lerden oluşmaktadır (Paksoy, 2016).

Almanya, İkinci Dünya savaşından sonra güvenlik ve askeri alanda yetersizlikler yaşamıştır. İlerleyen yıllarda itfaiye teşkilatının giderek ön plana çıkması ile birlikte hastane öncesi acil sağlık hizmetleri itfaiye teşkilatı ile bütünleştirilmiştir. İtfaiye ve

acil sağlık sisteminin beraber bir bütün olarak çalışması diğer ülkelere göre bazı farklılıklara sahiptir. Mevcut ambulanslar iki farklı gruba ayrılmaktadır. Genel itibariyle ambulanslarda kurtarma işi yapacak kurtarma personeli ve acil bakım teknikerleri görev almaktadır. Alınan çağrı neticesinde olay yerinde tıbbi müdahaleye gereksinim duyulması halinde olay yerine doktor getirilerek müdahaleye devam edilmektedir. Olay yerine gelen doktorlar anestezi veya travma alanında görev almış kişilerden oluşmaktadır (Aslantaş, 2019).

2.1.5. Türkiye'de Acil Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Osmanlı döneminde ilk olarak 1871 yılında hekimlerin acil sağlık hizmetine ihtiyacı olan bireylere sağlık kurumları dışında hasta olan bireylerin bulunduğu konuma gidilerek hizmet vermekle başlatılmış olup ilerleyen yıllarda ise Hilal-i Ahmer Cemiyeti tarafından atlı arabalarla ambulans hizmeti verilmeye çalışılmıştır (Şimşek vd., 2019).

Cumhuriyet ilanından sonra 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" ile birlikte tıbbi yardımın temin edilmesi, dispanser ve doğum evlerinin kurulması görevleri belediyelere verilmiştir (Kaba ve Elçioğlu, 2013). Ancak belediyelerin yeterli kaynağa sahip olamaması sebebiyle hedeflenen başarıya ulaşılamamıştır (Şimşek vd., 2019).

1980'li yıllara kadar Türkiye geneline hitap eden bir ambulans hizmeti hali hazırda bulunmuyordu. Kurulan mevcut ambulans hizmetleri belediyelerin bütçelerince karşılanmakla birlikte kurumsal bir sistem mevcut değildi. 1985 yılında Ankara Numune Hastanesi'nde "Hızır Acil Servisi"nin açılmasıyla kurumsal ve gezici bir hastane öncesi acil sağlık hizmeti temeli atılmaya başlanmıştır (Erbay, 2017).

1986 yılında kurulan bu hastane öncesi acil sağlık hizmeti Ankara, İstanbul, İzmir gibi büyükşehirlerde uygulanmak üzere teknik ekip ve donanımları oluşturulmuş ve kodu

“077” olarak belirlenmiştir. Böylece günümüzde kullanılan hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin ilk adımları atılmıştır (MEB, 2011).

1987 yılında Sağlık Bakanlığı Yüksek Şurası tarafından ilk yardım hususunda bilgi ve beceride eksiklikler olduğu öne sürülerek ortaöğrenim ve yükseköğrenim düzeylerinde desteklenmesi gerektiğine karar verilmiştir. 1993 yılında ilk kez yükseköğrenim düzeyinde İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi’nde “İlk ve Acil Yardım” bölümü kurulmuştur (Kaba ve Elçioğlu, 2013). Bu sayede acil sağlık hizmetleri alanına uzmanlık getirilmiş ve bu alanda görev alacak paramedik personelleri yetiştirilmeye başlanmıştır.

1994 yılında “077-Hızır acil Servis” çağrı sisteminden “112-Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri” olan ve herkesin ücretsiz erişebileceği çağrı sistemine geçiş yapılmıştır. Akabinde Ankara, İstanbul ve İzmir büyükşehirlerinde 112 istasyonları ve altyapıları kurulmaya başlanmıştır (Aslantaş, 2019).

1996 yılında ise 1987 yılında Sağlık Bakanlığı Yüksek Şurası tarafından alınan karar neticesinde ortaöğrenim düzeyinde “Acil Tıp Teknisyenliği (ATT)” bölümü açılmıştır (Şimşek vd., 2019).

2.1.6. 112 Acil Sağlık Hizmetleri

Sağlık sektörünün çalışma alanı hayat kurtarmak olmakla birlikte bu sektörde çalışanlar oldukça fazla risk ile karşı karşıyadır. Herhangi bir yanlış müdahale telafisi olmayan kötü sonuçların doğmasına sebep olabilmektedir.

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği altında, acil sağlık hizmetleri, "Acil durumlarda, yaralanma ve hastalık vakalarında, özel eğitimli sağlık ekipleri tarafından, gerekli tıbbi ekipman desteğiyle birlikte, olay yerinde hasta taşınması sırasında ve sağlık kurumlarında verilen geniş kapsamlı sağlık hizmetleri" olarak ifade edilmiştir. Bu tanım, acil durumlarla ilgili olarak, başlangıç müdahalesinden, hasta nakline ve

sonrasında sağlık kuruluşlarında yapılan tedavilere kadar olan süreçleri kapsamaktadır (Akmut, 2019). Olay yerinden hastaneye kadar geçen süre içerisinde gerçekleştirilen tüm müdahaleler hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde meydana gelmektedir. Bu alanda hizmet gösteren hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları istasyon birimlerinde görev almaktadırlar.

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği altında tanımlanan istasyon, acil çağrılara müdahale etmek, olay yerinde ve hastaların taşınması sırasında sağlık hizmeti sunmak için tasarlanmış, ambulans ve sağlık ekiplerinin bulunduğu birimler olarak tanımlanır. Bu sağlık ekipleri, doktorlar, paramedikler, acil tıp teknisyenleri ve şoförlerden oluşur. Paramedikler, yani Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri (AABT), üniversitelerin iki yıllık Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulları'nın Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği programlarını tamamlayan kişilerdir. Acil Tıp Teknisyenleri (ATT) ise, Sağlık Meslek Liseleri'nin Acil Tıp Teknisyenliği bölümlerinden mezun olan kişilerdir. Bu profesyoneller, acil sağlık hizmetlerinin kritik bir parçası olarak, çeşitli acil durumlarda hayati müdahalelerde bulunurlar. Hekimler A1 tipi istasyonlarda Paramedik ve ATT'ler ile vazifesini yerine getiren en sorumlu kişidir.

İstasyonlar çalışan personel kadrosu ve hizmet grubuna göre başlıca A tipi istasyon, B tipi istasyon ve C tipi istasyon olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'ne göre;

1) A Tipi İstasyonlar

Bu tür istasyonlar, günün her saati sürekli olarak ambulans hizmeti sağlayan, gereksinime bağlı olarak birden fazla ekip ve ambulansı barındıran, idari ve özlük hakları yönünden başhekimliğe bağlı, kadrolu personeli bulunan merkezlerdir. (A) tipi istasyonlar, açılış ve kapanış işlemleri Sağlık Bakanlığı'nın onayı ile yürütülen kuruluşlardır. A tipi istasyonlar, hizmet yapısına göre A1 ve A2 olarak iki alt kategoriye ayrılır. Bir hekimin ekipte yer alması durumunda A1 tipi istasyon olarak adlandırılırken, hekimin bulunmaması halinde ise A2 tipi istasyon olarak tanımlanır.

Bu ayrım, istasyonların sunduğu hizmet düzeyini ve sağlık ekiplerinin niteliklerini belirler.

2) B Tipi İstasyonlar

"Ambulans ve acil servis hizmetlerinin kesintisiz olarak sunulduğu istasyonlar, birinci, ikinci ve üçüncü derece resmi sağlık tesisleriyle bütünleşik bir şekilde işler. Bu istasyonlar, personel kadrosu ve özlük hakları açısından bağlı oldukları sağlık kurumlarına, ambulans hizmetleri yönünden ise merkezi bir otoriteye bağlıdır." B tipi istasyonlar ise iki alt kategoriye ayrılmakta: B1 ve B2. Bu sınıflandırma, istasyonların hizmet kapasitesi ve özelliklerine göre yapılmaktadır, her biri farklı türdeki acil sağlık ihtiyaçlarına yanıt vermek üzere tasarlanmıştır. Hastanelerin (devlet, özel, üniversite) acil bölümü ile beraber çalışması halinde B1 tipi istasyon, sağlık ocağı, aile sağlığı merkezleri gibi birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlar ile beraber çalışası halinde B2 tipi istasyon olarak tanımlanmaktadır.

3) C Tipi İstasyonlar

“İhtiyaca göre günün belirlenen saatlerinde sadece ambulans hizmeti verilen, idari ve özlük hakları bakımından başhekimliğe bağlı acil sağlık istasyonlarıdır.” şeklinde tanımlanmıştır.

Ambulanslar ulaşım yoluna göre üç gruba ayrılmaktadır. Bunlar; kara ambulansları, hava ambulansları, deniz ambulanslarıdır.

- **Kara Ambulansları**

Kara ambulansları, acil sağlık hizmetlerinde en yaygın kullanılan araçlardır ve çeşitli türleri bulunmaktadır. Bu ambulanslar, genel olarak acil müdahale ambulansları, hasta taşıma ambulansları, yoğun bakım ambulansları ve özel amaçlı ambulanslar olmak

üzere dört ana kategoriye ayrılırlar. Bu kategorizasyon, Ambulans ve Acil Sağlık Araçları ile İlgili Yönetmelik (2006) temelinde yapılmaktadır:

Acil Müdahale Ambulansı: Bu tip ambulanslar, her türlü acil durumda, olay yerinde ve yolda hastalara gerekli acil tıbbi yardımı sağlayabilen, ilgili yönetmelik eklerinde belirtilen teknik ve tıbbi donanımlara sahip kara taşıtlarıdır.

Hasta Taşıma Ambulansı: Acil tıbbi müdahale gerektirmeyen hastaların nakli için kullanılan, en az bir sağlık personeli bulunduran ve ilgili yönetmelik eklerinde tanımlanan teknik ve tıbbi donanımlara sahip kara taşıtlarıdır.

Yoğun Bakım Ambulansı: Hastaların nakil sırasında gelişmiş düzeyde izlenmesi ve tedavisi için özel olarak tasarlanmış, yönetmeliğin ilgili eklerinde yer alan teknik ve tıbbi donanımlara sahip kara araçlarıdır.

Özel Amaçlı Ambulanslar: Belirli acil durumlarda veya özel ihtiyaçlara göre tasarlanmış, ilgili coğrafi özelliklere ve taşınan hastaların yaş, fiziksel ve tıbbi durumlarına uygun olarak özel personel ve ekipmanlarla donatılmış araçlardır.

- **Hava Ambulansları**

Hasta ve yaralıların sevk işlemlerinin daha kısa sürede gerçekleştirilmesinin sağlanması ve bu süre zarfında tıbbi müdahalelerin de yapılmaya devam ettiği, ulusal sivil havacılık biriminden gerekli izinler alınarak hizmet eden tıbbi donanımlı uçak veya helikopterlerdir (Aslantaş, 2019).

- **Deniz Ambulansları**

Hasta veya yaralının sevki veya acil müdahalenin gerçekleştirilebilmesi için Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığından gerekli izinler alınarak hizmet eden tıbbi donanımlı deniz araçlarıdır.

2.1.7. Acil Sağlık Hizmeti Sunan Sağlık Çalışanlarının Karşılaştığı Risk ve Sorunlar

112 Acil Sağlık Hizmetleri çalışanları 7/24 çalışma esasına bağlı olarak hastane öncesi dönemde hizmet sunmaktadırlar. Gelen çağrılar neticesinde tespit edilen olay yerinde acil müdahale gerektiren durumlar ve kazalara ek olarak afetlerde de görevlerini yerine getirirken birtakım risklerle karşı karşıya kalmaktadırlar.

Ambulans personelleri mesleki eğitimlerine rağmen olağan toplum düzeni dışındaki durumlarda, müdahale ettikleri hastadan hastalık bulaşması, evcil hayvan ısırığı, psikolojik olarak çeşitli sıkıntıları bulunan kişiler tarafından saldırıya uğramak gibi spesifik olmayan tehlikelerle karşı karşıya kalabilme riski taşımaktadır (James, 1988).

Hastane öncesi dönemde aktif görev alan acil sağlık hizmetleri çalışanları çoğunlukla boyutları tam olarak tahmin edilemeyen, görevlerini yapmakta güçlük çıkartabilecek ve hayatlarını tehlikeye sokabilecek şartlarda görev alabilmektedir (Cenk, 2018).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde sağlık personellerinin karşılaştıkları mesleki risklerin sebep olduğu ölümler; yapılan çalışmalar neticesinde yıllık bir milyonda 17-57 oranında olduğu tespit edilmişken Türkiye'de henüz bu alanda bir veri bulunmamaktadır (Akmut, 2019). Yine ABD de 2001 yılı Ulusal İşçi İstatistikleri sonuçlarına göre sağlık sektörünün diğer sektörlere göre mesleki risk ve mesleki hastalıklar bakımından ikinci sırada yer aldığı tespit edilmiştir (Bulut, 2016).

Amerika Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (NIOSH) hastane öncesi ve hastaneyi kapsayan tüm sağlık sektöründeki riskleri ergonomik, fiziksel, kimyasal, biyolojik ve psikolojik olarak beş gruba ayırmaktadır (Yıldırım ve Gerdan, 2017).

2.1.7.1. Ergonomik Sorunlar

Teknolojik gelişmeler her alanda hayatımızı kolaylaştırdığı gibi sağlık sektöründe de büyük kolaylıklar sağlayarak hizmet kalitesini artırmakla birlikte iş yükünün azalmasına da imkan sağlamaktadır. Teknoloji ile değişim ve gelişim gösteren tıbbi cihaz ve malzemeler ile daha doğru ve derinlemesine incelemeler yapılabilmekte, yapılan müdahalelerin süresi kısalmakta ve kolaylaşmaktadır. Ancak yine de insan gücü ve dayanıklılığına olan ihtiyaç devam etmektedir. Bu anlamda hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde görev alan 112 personellerinin hasta kaldırma, taşıma vb. durumlarında yeterli fiziksel yeterliliğe sahip olmaması, uygun yöntemleri veya aparatları doğru bir şekilde kullanmaması veya yerine getirememesine bağlı olarak kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları yaşayabilmektedir (Akmut, 2019).

112 acil sağlık hizmetleri çalışanları olay yerinde güvenliğin sağlanmasından sonra hastaya müdahale, hastanın stabil hale getirilmesi ile taşınması esnasında kullanılan teknikler ve aparatların dışında geçişi zorlaştıran yollar ve kilolu hastalara bağlı olarak da kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları yaşayabilmektedirler. Ek olarak yetersiz personele bağlı olarak iş yükünün artması, çalışma esnasında kayma, düşme vb. sebepler de kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarına tekrarlanması halinde sakatlanmaya sebep olabilmektedir (Bulut, 2016).

2.1.7.2. Fiziksel Sorunlar

Sağlık sektöründe çalışanlar için başlıca fiziksel risk faktörleri olarak gürültü, radyasyon, sıcak ve soğuk hava, yetersiz aydınlatma belirtilmektedir (TTB, 2008). Aşırı sıcak havalar hastane öncesi 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının sıcak stresi yaşamasına sebep olabilmektedir. Sıcak stresi, kişinin metabolizması, çevresel etkenler ve kıyafete bağlı olarak oluşan ısıdır. Sıcak stresi ile vücutta sıcaklık artışı meydana gelmekle birlikte nabız artışı, tansiyon düşmesi gibi fizyolojik bazı belirtilerin yaşanmasına da sebep olabilmektedir (Yıldırım ve Gerdan, 2017).

Fiziksel risk faktörlerinin ortadan kaldırılmaması veya giderek artan maruz kalma durumunda 112 Acil Sağlık Hizmetleri çalışanları fizyolojik değişiklikler ve

zorlanmaların yanı sıra psikolojik olarak da olumsuz etkilenebilmekte buna bağlı olarak da personelin performansında düşüşlere sebep olabilmektedir (Şahin, 2014).

Çalışma ortamında meydana gelen gürültü personelin performansında azalma, stres, işitme kaybı gibi etkilere sebep olabilmektedir. Birleşik Devletlerde yapılan araştırmalar neticesinde Çevre Koruma Ajansı (EPA)'nın hastaneler için belirlediği gürültü sınır değerleri gündüz 45 dB iken, gece 35 dB'dir. Ancak yapılan bazı ölçümlerde gürültü değerinin 55 dB'in üzerinde olduğu olarak tespit edilmiştir (TTB, 2008). Ambulansta ise gürültü değeri hasta kabini kısmında 58-70 dB, sürücü kabini kısmında ise 60-84 dB olarak tespit edilmiştir. Ek olarak ambulans sireninin de oluşturduğu gürültü değeri 110 dB olarak temel alınırsa gürültü 112 Acil Sağlık Hizmetleri çalışanları için oldukça büyük bir risk oluşturmaktadır (Yıldırım ve Gerdan, 2017).

112 Acil Sağlık Hizmetleri çalışanları aldıkları çağrı doğrultusunda yönlendikleri olay yerinde yetersiz aydınlatma ile karşılaşmaları halinde uygulayacakları işlemlerde yanlışlık yapabilirler. Yetersiz aydınlatmaya bağlı olarak olay yerinin güvenli hale getirilmesi sırasında ikincil bir kaza ile karşılaşabilirler.

Hastane öncesi dönemde sunulan hizmette şiddetin yaygın olmasının nedenleri arasında; kritik çalışma koşulları, belirsiz çalışma ortamları, ani ölümler, trafik kazaları ve ağır yaralanmalar yer almaktadır (Dadashzadeh vd., 2019).

2.1.7.3. Kimyasal Riskler

Dezenfektanlar, antiseptikler, anestezik gazlar, ilaçlar ve vücut sistemini zehirleyen bazı kimyasallar sağlık çalışanları açısından kimyasal risk faktörleridir. Kimyasal risk oluşturan bu tür maddelerin saklanması, kullanım teknikleri ve birbirleri ile karışması hususunda oluşabilecek tehlikelere dikkat edilmelidir (Özkan ve Emiroğlu, 2006).

Hastane öncesi dönemde hizmet sunan sağlık personelleri özellikle ilaçların muhafaza edilmesi, saklanması, ampul ve flakonlarda bulunan ilaçların hazırlanması ve uygulanması sırasında meydana gelebilecek kazalarda dikkatli olmalıdır (Akmut, 2019).

Yapılan araştırma neticesinde insanların sağlığı için tehlike oluşturan 299 kimyasal maddenin sağlık sektöründe kullanıldığı tespit edilmiştir (Akmut, 2019). Sağlık çalışanları açısından ilk sırada yer alan kimyasal risk olarak kullandıkları dezenfektan ve antiseptikler yer almaktadır (Şahin, 2014).

Sağlık çalışanlarının kan ve vücut sıvıları gibi bulaş riski olan durumlara karşı kullandıkları kişisel koruyucu ekipmanlardan biri olan eldivenlerin içerisinde bulunan pudra sebebiyle sağlık çalışanlarında lateks alerji ve astıma sebep olabilmektedir. Lateks alerjisi oranı sağlık sektörü dışında çalışan personellerinde %1 iken, sağlık sektörü personellerinde ise % 2,7-11,4 arasında değişiklik gösterdiği belirlenmiştir (Yıldırım ve Gerdan, 2017). Lagier ve arkadaşlarının (1992) yürüttüğü çalışma kapsamında ise lateks alerji oranı % 10,7 olarak tespit edilmiştir.

Kimyasallardan herhangi bir yol ile etkilenme çeşitli rahatsızlıklara yol açabilmektedir. Kimyasal risklerin tehlike oranı kimyasal ajanın yoğunluğu, etkilenme süresi, etkilenme yolu ve kimyasal ajanın özelliğine bağlı olarak değişmektedir. Kimyasal ajanlara örnek olarak formaldehitler alerji, zehirlenme, göz ile temas sonucunda ise körlüğe sebep olabilmektedir (Bulut, 2016).

Yapılan çalışmalar sağlık çalışanlarının anestezik gazlara sürekli maruz kalma durumunda; düşükler, erken doğumlar, bağ ağrısı ve yorgunluk gibi etkilerin söz konusu olduğu belirtilmektedir (TTB, 2008).

2.1.7.4. Biyolojik Riskler

Sağlık çalışanlarının en fazla karşı karşıya kaldıkları biyolojik risk faktörlerinin başında mikroorganizmalar gelmektedir. Mikroorganizmalarla temas hastane ortamında olabildiği gibi hastane öncesi dönemde de oldukça fazladır (Akmut, 2019).

1983 yılında ABD'de yapılan araştırmalar sonucunda sağlık sektörü personellerinin diğer sektör personellerine göre enfeksiyon hastalıklarına yakalanma oranının 10 kat fazla olduğu belirlenmiştir. Enfeksiyon etkenleri kan ve vücut sıvıları ve damlacık yoluyla olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Kan ve vücut sıvılarıyla temas açık yara, kesici-delici aletlerin batması ile oluşmaktadır. Hepatit B, Hepatit C, HIV kan ve vücut sıvıları ile bulaşan hastalıklar grubunda yer almaktadır. Üst solunum yolu enfeksiyonları, tüberküloz ise damlacık ve solunum yolu ile bulaşan hastalıklardır (TTB, 2008).

112 Acil Sağlık Hizmetleri çalışanları acil çağrı durumunda müdahalede bulunan ilk ekiplerden biri olmakla birlikte bilinmeyen durumlarda risklerle doğrudan karşı karşıya kalmaktadırlar (Bulut, 2016). Bu anlamda koruma amaçlı olarak sağlık çalışanları gerekli aşıları yaptırmalı ve koruyucu önlemleri almalıdırlar. Yapılan araştırmalar sonucunda sağlık çalışanlarının difteri, boğmaca, tetanoz, polio, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, hepatit B, influenza aşılarını mutlaka olması gerektiği belirlenmiştir. Meydana gelen salgınlara bağlı olarak pandemi durumlarında da sağlık çalışanlarının gerekli aşıları yapılmalıdır (Yenal, 2010).

2.1.7.5. Psikososyal Risk Faktörleri

112 Acil Sağlık Hizmetleri çalışanları gelişen hastalık veya kaza durumlarında hızlı karar vermek ve hemen müdahale etmekle yükümlüdürler. Müdahale esnasında olay yerinde uygun olmayan çeşitli durumlarla ve insanlarla doğrudan karşı karşıya kalmakla birlikte sözlü ve fiziksel şiddete maruz kalabilmektedirler. Hastane öncesi sağlık hizmetinin en önemli yapı taşı olan 112 personellerinin şiddet sonrası aldıkları

bedensel ve ruhsal travmalar hem sağlıkları hem de sağlık hizmetleri açısından oldukça olumsuz durumlar oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Bu anlamda 112 personelleri sundukları hizmet çerçevesinde oldukça stresli meslek grupları içerisinde yer alan "Yüksek riskli" meslek grubu olarak değerlendirilmektedir (Tokuç, Turunç ve Ekuklu, 2011).

Sürekli ve yoğun olarak strese maruz kalmak bir süre sonra mesleki doyumda azalmalara, baş ağrısı, titreme, bitkinlik, uykusuzluk, konsantrasyon bozukluğu, unutkanlık, gerginlik, sinirlilik gibi fiziksel, duygusal ve zihinsel belirtilere sebep olarak işteki verimliliğin azalmasına sebep olabilmektedir (Yenal, 2011).

Kısa zamanda müdahale etme baskısı, her türlü koşulda görev yapma, 7/24 nöbet usulü çalışma, merhamet yorgunluğu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), Tükenmişlik Sendromu 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarında psikososyal risk faktörlerinin artmasına zemin hazırlamaktadır (Yıldırım ve Gerdan, 2017).

Sağlık personeline yönelik şiddet davranışının, fiziksel yaralanma olmadığında bile, TSSB(Travma Sonrası Stres Bozukluğu) da dahil olmak üzere kurbanları üzerinde genellikle uzun vadeli psikolojik etkileri olduğu gösterilmiştir. Hastaların saldırgan veya şiddet içeren davranışları; personelin bakıcı olarak rollerini sorgulamasına neden olarak suçluluk ve kendinden şüphe duyma ile sonuçlanabilir (Arnetz ve Arnetz, 2001).

Ambulans ortamında çalışmanın hem kronik hem de akut işle ilgili strese neden olduğu ve bunun da örneğin kardiyovasküler hastalıklara neden olabileceği genel olarak görülmektedir. İşle ilgili stresle ilgili diğer hastalıklar TSSB, uyku sorunları ve obezitedir (Karlsson vd., 2021).

112 Acil Sağlık Hizmetleri çalışanlarının psikososyal risklerin meydana gelmesine sebep olan etkenler arasında; uzun süreli çalışma, gece çalışması, yoğun iş yükü, ekip uyumu, kaygı, motivasyon kaybı vb. sayılabilmektedir (Akmut, 2019).

2.1.7.7. Çevresel/Çalışma Koşullarına Bağlı Kişisel Risk Faktörleri

Uzun süren çalışma saatleri nörolojik ve kardiyovasküler bazı sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda iş kazası yapma riskinin özellikle 9. mesai saatinden sonra arttığı belirlenmiştir. Şiddet, patlama, terör olayları, afetler gibi toplumsal olaylar da 112 Acil Sağlık Hizmetleri çalışanları için risk oluşturmaktadır (Yıldırım ve Gerdan, 2017).

Şiddet, bireyleri fiziksel ve psikolojik olarak olumsuz yönde etkilemekle birlikte; kişide hayati tehlike oluşturan ve toplumsal hayatlarını aktif devam ettirmelerine mani olan bir durumdur (Gümüşsoy vd., 2021).

Sağlık sektöründe meydana gelen şiddet olayları; hasta, hasta yakınları ya da herhangi bir birey tarafından sağlık personeline karşı tehditkar davranışlar, sözel, fiziksel veya cinsel taciz ve saldırı durumlarıdır (Uçak, 2009). Sağlık çalışanları meslek uygulamalarında diğer sektör çalışanlarına oranla 16 kat daha fazla şiddet ile karşı karşıya kalmaktadır (Bulut, 2016). Sağlık sektöründe çalışanların maruz kaldığı şiddet; kişilerde basit veya ağır yaralanmalar, kısa veya uzun süreli iş göremezlik, ölüm gibi çeşitli sonuçlara sebep olabilmektedir (Akgün, 2015).

112 Acil Sağlık Hizmetleri çalışanları açısından en önemli risk faktörlerinden biri de ambulans kazalarıdır. Ambulans araçlarının kullanım güvenliği kapsamında; ambulansların önce hastaya daha sonra hastaneye güvenli bir şekilde ulaşması, sürücünün mesleki eğitimi ve becerisi, ambulans aracının çalışma koşullarına uygun teknik durumu, ambulansta ortalama hız ve konfor, karayolu trafik durumu gibi faktörler yer almaktadır (Voitko vd., 2020). 112 personelleri olay yerinden hastaneye varıncaya kadar geçen süre içerisinde doğru ve etkin müdahale yapmanın yanında ambulans sürüşünde dikkatli olmalıdır. Ambulans içerisinde nakil sırasında müdahale yapan sağlık personeli dışında bulunan herkes emniyet kemerini takmalıdır. Türkiye'de meydana gelen 614 ambulans kazası neticesinde 3 kişinin hayatını kaybetmiş ve 367 kişinin ise yaralanmış olduğu belirlenmiştir (Yenal, 2010).

Emniyet Genel Müdürlüğü'nün Trafik İstatistikleri Bülteni'ne (2021) göre Temmuz ayı içerisinde meydana gelen 34.463 trafik kazasının 35'i ambulans kazası iken bu sayı yıl genelinde 187 olarak tespit edilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri Ulaştırma Bakanlığı Ulusal Karayolu Trafik Güvenliği İdaresi (EMS ve NHTSA, 2014) raporuna göre; 1992'den 2011'e kadar geçen 20 yıllık süreçte ortalama 29 ölümcül ambulans kazası ve buna bağlı olarak da 33 ölüm meydana gelmiştir.

2.2. Mesleki Yaşam Kalitesi ve İlişkili Açıklamalar

2.2.1. Mesleki Yaşam Kalitesi Kavramı

Mesleki Yaşam Kalitesi (MYK), bireyin yardım eden olarak işiyle ilgili hissettiklerinin niteliği ve çalışma hayatının olumlu ve olumsuz yönlerini tanımlar, işle ilgili stres düzeyini gösterir (Figley, 1995; Shen ve ark., 2015). Mesleki yaşam kalitesi, çalışma yaşantısına dair doyum ve algıyı içeren bir kavramdır (Figley, 1995). Sağlık ekibi üyelerinin yaşam kalitesi; sadece meslektaşlarını etkilemekle kalmaz, aynı zamanda sağlık hizmeti alan bireylerin bakım kalitesini de etkiler. Mesleki yaşam kalitesi iş/uğraştan ziyade mesleğe özgü olarak ele alınmıştır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının mesleki yaşam kalitesinin tartışılabilmesi için öncelikle meslekleşme süreci ele alınmalıdır. Mesleki yaşam kalitesinde o mesleğin meslekleşme sürecinin etkili olduğu düşünülmektedir. Bir mesleğin statüsü ne kadar yüksek olur ise, çalışanlar için de o kadar yüksek olmaktadır. Meslekleşme; bir işin meslek olma yolunda güç elde edilen belli nitelikler kazandığı dinamik bir süreçtir ve mesleki statü kazanmaya bağlı olarak gelişen kendi kendini motive etme ifadesidir (Aldridge ve Evetts, 2003). Povalko, 1971 yılında bir işin meslek sayılabilmesi için uyulması gereken ölçütleri; teorik bilgi, yapılan işin temel sosyal değerlere uygunluğu, eğitim süresi, topluma hizmet sunma, bağımsızlık (otonomi), mesleğe bağlılık bilinci, birlik bilinci ve meslek ahlak yasası olarak belirlemiştir.(Korkmaz ve Görgülü, 2010). Bu ölçütlere göre sağlık çalışanlarının mesleklerinin analizi aşağıda yer almaktadır.

Teorik Bilgi: Povalko'nun meslekleşme süreçlerinden biri olan teorik bilgi, bilimsel yöntemler ve araştırmalar ile elde edilmektedir. Sağlık çalışanlarının bilgi yükü

arttıkça meslekleşme süreci de artmaktadır. Sağlık alanındaki araştırmalar yeni olduğundan dolayı bu alandaki çalışmalar gereksinimlere göre yapılmamaktadır. Böylelikle sağlık çalışanları bilgi yükü kriterine uymamanın yanında meslekleşme sürecindeki yerinin 'İş'e benzer olduğu düşünülmektedir. Sağlık çalışanlarının kendine özgü bilgisi için bazı göstergeler bulunmaktadır. Bunlar; kavram kuramlarının olması, sınıflama sistemlerinin olması, terimlerinin olması ve literatürün olmasıdır.

Yapılan İşin Temel Sosyal Değerlere Uygunluğu: Yapılan araştırmalara göre toplumdaki kişiler meslek tercihinde bulunurken mesleğin fazla gelir getirmesinin yanında; kişiye yetenek, güç ve yarar sağlaması da tercih sebepleri arasındadır. Sağlık çalışanlarının toplum tarafından tanınmış bir meslek olmaması ve maddiyattan çok manevi değerlerinin olması gibi durumlar meslek tercihini olumsuz olarak etkilemektedir.

Eğitim Süresi: Bir mesleğin meslek sayılabilmesi için eğitim; meslek mensubunun ilerlemesi için mesleğin alt kültürleri olan değerleri, rolleri, kavram ve kuralları kapsamalıdır. Bu alt kültürler, meslek mensubunu diğer meslek gruplarından ayırmaktadır. Böylelikle eğitim süresi; sağlık çalışanlarına sağlanan teorik bilgi, yetenek ve davranışları kazandıracak, zaman ve bilgiyi içermektedir. Sağlık çalışanlarının mesleği lisans düzeyinde eğitimi gerektirmekte ve lisans düzeyinde eğitim alan sağlık çalışanlarının benzer görevleri olması istenmeyen durumları önlemekte, mesleğin de gelişimine katkı sağlamaktadır.

Topluma Hizmet Sunma: Meslek grubu, halkın gereksinimleri doğrultusunda hizmet verdiğinde ve amacının halka hizmet olduğunu kabullendirdiğinde ancak meslek olarak algılanır. Buna göre sağlık çalışanları, halkın talepleri doğrultusunda sunduğu kaliteli ve nitelikli hizmeti arttırdığında, aranılan bir meslek olacaktır.

Bağımsızlık (Otonomi): Belirli bir işi yapan meslek mensuplarının görevlerini bağımsız bir şekilde düzenlemesi ve yönetmesidir. Gelişim göstermiş mesleklerde meslek grubu üyeleri kendilerini kontrol edebilir. Örneğin; farklı hastanelerde görev yapan sağlık çalışanlarının doğum yönetimi ya da muayene şekli hastaneden hastaneye

yönetimsel mevzuatlar doğrultusunda değişiklik göstermektedir. Bu sebeple sağlık çalışanları, mesleği ile ilgili kararlarda ya da politika belirlemede yeterince yer alamamaktadır.

Mesleğe Bağlılık Bilinci: "İş" olarak kabul edilen uğraşlar kolayca değiştirilirken, "Meslek" olarak kabul edilen uğraşlar ise hayat boyu devam etmektedir. Mesleğe bağlılık bilinci, toplumumuzda görev yapan sağlık çalışanlarında güçlendirilmelidir. Sağlık çalışanları, çoğunlukla kadın toplumundan oluşmakta ve bu durum mesleğe bağlılık bilincini etkilemektedir. Kadınlar genel olarak duygusal varlıklar olup; anne olduğunda veya evlendiğinde çalışma koşullarının güçlüğünden dolayı mesleğinden ayrılmak zorunda kalabilir. Böylelikle eğitilmiş personel sayısı azalacağından, meslekte bağlılık oluşamayacaktır.

Birlik Bilinci: Meslek örgütleri, birlik bilincinin oluşmasını sağlamaktadır. Sağlık çalışanları meslek örgütleri yaptıkları çalışmalarla mesleğin rollerini tanımlamakta, politikalar oluşturmakta ve bu doğrultuda meslek üyelerinin haklarını alabilmesi için güçlendirilmiştir. Sağlık çalışanlarını örgütsel olarak birden fazla dernek temsil etmektedir. Bu derneklerin yine de diğer meslek grubu örgütlerine göre aktif olmadığı ve üye sayılarının az olduğu bilinmektedir.

Meslek Ahlak Yasası: Meslek üyelerinin kabul ettiği ahlak kuralları, etik ilkelerden oluşmaktadır. Uluslararası sağlık örgütleri, belirlediği etik ilkeler; insan onuruna saygı, zarar vermeme/yarar sağlama, eşitlik, adalet, doğruluk, insan otonomisine saygı, mahremiyete saygı ve sır saklama, aydınlatılmış onam olarak belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının mesleklerinde yer edinebilmesi için bu etik ilkelere ve kurallara uyulması gerekmektedir (Korkmaz, 2011). Meslek ahlak yasasında; meslek standartlarına uygun davranılması ve kararlar alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Sağlık çalışanları bu kuralları geliştirmeli ve dolaylı olarak mesleği güçlendirmelidir. Böylelikle kuralların yaptırım gücü de artmaktadır.

Sağlık çalışanları ve bu meslek grubunun üyelerinin mesleklerinden memnun olup olmadıkları değerlendirilmelidir. Mesleki yaşam kalitesi bileşenleri, sağlık

çalışanlarının içinde bulunduğu bazı ruhsal durumların etkilediği yapılan araştırmalarda desteklenmektedir. Örneğin, depresif, sinirli veya endişeli olmaya eğilimi olan sağlık çalışanı; eğilimi olmayanlara göre önemli ölçüde daha düşük merhamet memnuniyeti, daha yüksek tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu göstermektedir. Duygu durum bozukluğu eğilimi olan sağlık çalışanının, eğilimi olmayanlara göre önemli ölçüde daha yüksek merhamet memnuniyeti ve daha düşük tükenmişlik gösterdiği belirtilmiştir. (Tanaka ve ark., 2020).

2.2.2. Mesleki Yaşam Kalitesi Bileşenleri

Stamm (2005), MYK'nın merhamet memnuniyeti (mesleki doyum), merhamet yorgunluğu (eş-duyum yorgunluğu) ve tükenmişlik bileşenlerinden oluştuğunu belirtmiştir. Stamm (2010), MYK ile ilgili 2010 yılında yeni bir kavramsallaştırma yaparak, MYK'nin olumlu (Merhamet Memnuniyeti) ve olumsuz (Merhamet Yorgunluğu ve Tükenmişlik) olmak üzere iki yönü olduğunu ifade etmektedir.

2.2.2.1. Mesleki Doyum

Sağlıkla ilgili mesleğini yerine getirenlerin göstermiş oldukları iyi performans sonucu ortaya çıkan zevk alma durumları Mesleki doyum olarak adlandırılmaktadır. Bu duygu durumu Tükenmişlik Sendromu ve Merhamet Yorgunluğunun birey üzerinde oluşturmuş olduğu etkilerden sıyrılmayı sağlamaktadır (Coetzee ve Klopper 2010). Bu sebeple Merhamet Memnuniyeti yani Mesleki Doyum; Merhamet Yorgunluğunun ve Tükenmişlik 'in zararlı etkilerini ortadan kaldırabilmektedir.

Uzun dönem bakım vermek, sağlık bakımına gereksinim duyan bireylerin yaşadığı acı ve travmalara maruz kalmak her zaman için Merhamet yorgunluğuna neden olmamakla birlikte, merhametin olumlu yanlarından birisi olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık çalışanları, bakım verirken başkalarına yardım etmenin sevincinden doyum sağladığı zaman mesleki doyum gerçekleşmektedir. Bu doğrultuda mesleki doyum, kişinin işindeki başarısını, işinden aldığı zevki, iş ortamındaki ilişkilerini ve mesleki

rollerini nasıl algıladığını kapsar. Mesleki doyum, bireyin işiyle olan psikolojik bağını ve işe olan bağlılığını yansıtır. Yüksek mesleki doyum, genellikle iş yerinde daha yüksek motivasyon, daha iyi performans, daha az işten ayrılma oranı ve genel olarak daha yüksek iş tatmini ile ilişkilendirilir. Tersine, düşük mesleki doyum, iş stresi, tükenmişlik, düşük performans ve işten ayrılma eğilimi gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilebilir. Mesleki doyumun belirlenmesinde birçok faktör etkilidir. Bunlar arasında işin kendisi, çalışma koşulları, ücret, tanınma, terfi fırsatları, iş güvenliği ve iş-yoğunluğu gibi faktörler bulunmaktadır. Ayrıca, bireyin mesleki hedefleri ve beklentileri, kişilik özellikleri ve işle ilgili değerleri de mesleki doyumunu etkileyebilir. Özetle, mesleki doyum, bir bireyin iş yaşamındaki genel memnuniyetinin ve işine karşı tutumunun önemli bir göstergesidir ve hem bireyin hem de kurumun genel performansını ve sağlığını etkileyebilen kritik bir bileşendir (Wentzel ve Brysiewicz 2014).

2.2.2.2. Tükenmişlik

Tükenmişlik ilk defa 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından tanımlanmıştır (Maslach ve Jackson, 1981). Mesleki olarak yoğun bir şekilde verilen hizmet sonrasında bireylerde oluşan, duygusuzluk, duyarsızlık ve başarı azalması olarak, genel bir tanım yapılmıştır. Fakat buna ek olarak tükenmişliğin ilk defa 1970'li yıllarda Psikoterapist Freudenherger tarafından "Başarısız olma yıpranma, enerji ve güç kaybı ya da karşılanamayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme" olarak tanımlandığı belirtilmiştir (Budak ve Sürgevil, 2005).

İnsan merkezli mesleklere mensup bireylerin stresli durumlarda yaşayabilecekleri bir sendromdur. Mesleki Tükenmişlik, işe ilgi eksikliği anlamına gelmektedir. Tükenmişlik, birçok meslek ile ilişkilendirilmiş olup; zamanla gelişen fiziksel ve duygusal çöküş, yüksek iş gücü kaybına sebebiyet vermektedir.

2.2.2.3. Merhamet Yorgunluğu

“Compassion Fatigue” terimi Türkçeye “Eş-Duyum Yorgunluğu” olarak çevrilmiştir (Yeşil ve ark., 2010). Bu terimde bahsedilen “Compassion” kelimesi “Eş- Duyum” anlamını tamamen karşılamamakla birlikte “Merhamet” kelimesi olarak kullanılmaktadır. Bu terimin anlamı “Merhamet Yorgunluğu” olarak da adlandırılmaktadır (Yılmaz ve Üstün, 2018).

Merhamet Yorgunluğu’nun karakteristik özellikleri ilk olarak Joinson (1992) tarafından 1992 yılında yapılan araştırma ile ortaya konmuştur. Bu araştırma; Acil Servis hemşireleri üzerinde Tükenmişlik Sendromun’a yönelik bir çalışmadır. İşe gitme korkusu, kronikleşen yorgunluk, fiziksel olarak meydana gelen rahatsızlıklar ve sosyal yaşamda mutsuzluk; hemşirelerin tükenmişlik nedenleri arasında çıkmıştır. Yalnızca hemşireler değil, tıp doktorları, sosyal hizmet uzmanları ve acil tıp teknisyenleri gibi yardım etmeye dayalı meslek mensuplarında birçok travma yaşanmaktadır. Bu yaşanan travmalar Merhamet Yorgunluğunu tetiklemektedir (Showalter, 2010).

1995'te Şefkat Yorgunluğu Charles Figley tarafından kabul edilmiştir. Hemşirelerin bireylere bakım verirken maruz kaldığı anksiyete, çaresizlik, karşılaştığı travmatize edici olaylar, tükenmişlik, duygusuzluk gibi durumlar Figley (2002) tarafından Şefkat (Merhamet) Yorgunluğu olarak tanımlanmıştır. Böylelikle bakım verilirken ortaya çıkan Şefkat Yorgunluğu, bakımın bedeli olarak da ifade edilmiştir (Figley, 1995; Figley, 2002).

Merhamet Yorgunluğuna maruz kalan ve bakım sağlayan meslek mensupları; “Dünyayı acı çekme perspektifinden görme çabası içinde acı çekerler” şeklinde yorumlanmaktadır (Figley, 2002). Merhamet Yorgunluğunun bir diğer etkisi ise; kişiler arası ve mesleki olarak ilişkilerin zarar görmesine neden olmaktadır. Bu zarar aynı zamanda bakım veren personelin işi bırakmasına ve verimliliğin azalmasına sebebiyet vermektedir (Figley, 2002). Merhamet Yorgunluğu doruğa çıkan fiziksel ve duygusal tepkilerin akut başlangıcı olup, başkalarına karşı şefkatli hislerde azalmaya neden olmaktadır.

Merhamet Yorgunluğuna maruz kalan hemşireler; depresyon, klinik karar verme yetilerinde hata, uyku bozukluğu, iktidarsızlık, ilgisizlik ve duygusal baskı durumu sergileyerek, hastanın güvenliği ile sağlık bakımının kalitesinde düşmelere ve şefkatli bakımın tehlikeye atılmasına sebep olmaktadır (Najjar ve ark., 2009; Nolte ve ark., 2017).

2.2.3. Mesleki Yaşam Kalitesi ile İlgili Çalışmalar

Schauben ve Frazier (1995) tarafından cinsel şiddete maruz kalan kadınlarla çalışan profesyonellerle gerçekleştirilen bir çalışmada, daha çok sayıda cinsel şiddet mağduru danışanla çalışan profesyonellerin diğerlerine oranla daha fazla dolaylı travma belirtileri gösterdiği, kendileri ve diğer insanlara ilişkin (özellikle diğer insanların iyiliği yönündeki) inançlarında daha fazla bozulmaların meydana geldiği tespit edilmiştir. Bununla beraber cinsel şiddet mağduru ile çalışan profesyonellerde depresyon, hostilite, kaygı durumlarında manidar bir farklılık gözlenmemiştir. Çalışmanın bulgularına dayanarak cinsel şiddet mağduru bireylerle çalışan profesyonellerin eğitime ihtiyaç duydukları ve bu konuda desteklenmelerinin önemli olduğu belirtilmiştir.

Cornille ve Meyers (1999) tarafından yapılan çocuk ihmal ve istismarı alanında çalışan profesyonellerde; ikincil travmatik stresin incelendiği çalışmada, çocuk ihmal ve istismarına maruz kalan bireylerle kısa süreliğine olsa bile travmatik yaşantıya daha fazla maruz kalarak çalışan profesyonellerin alanda daha uzun yıllar çalışanlara oranla daha fazla psikolojik belirti yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu bulguya dayanarak, bu alanda çalışan profesyonellerin çalışma saatleri ve yardımcı personel konusunda desteklenmesinin faydalı olacağı belirtilmiştir.

Lawson ve Myers (2011) tarafından 506 psikolojik danışmanla gerçekleştirilen başka bir çalışmada ise; psikolojik danışmanlarda sağlıklı yaşam, mesleki yaşam kalitesi ve kariyer destekleyici davranışlar arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Araştırma bulguları incelendiğinde psikolojik danışmanlar arasında geçmişte travma deneyimine sahip olanların tükenmişlik yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğu, mesleki tatmin

düzeylerinin ise daha düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca psikolojik danışmanların sağlıklı yaşam düzeyleri ile mesleki tatmin düzeyleri arasında pozitif yönlü; sağlıklı yaşam düzeyleri ile Eş Duyum Yorgunluğu ve Tükenmişlik düzeyleri arasında ise negatif yönlü manidar bir ilişki tespit edilmiştir. Araştırmada iş yükleri her geçen gün artan psikolojik danışmanların danışanları ile kuracakları ilişkinin daha sağlıklı olması ve sürdürülebilmesi için onların mesleki yaşam kalitelerine katkıda bulunacak çalışmaların önemli olduğu bildirilmektedir.

Karaköse (2012) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada Rehberlik Araştırma Merkezi'nde çalışan personelin örgütsel bağlılık ve mesleki yaşam kaliteleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmada katılımcılar 250'si psikolojik danışmanlar; 120'si özel eğitim öğretmenleri ve 41'i Rehberlik ve Araştırma Merkezleri'nde görevlendirilen toplam 411 personelden oluşmaktadır. Araştırma bulguları incelendiğinde, Rehberlik ve Araştırma Merkezi'nde çalışan personelin Mesleki Tatmin ve Tükenmişlik düzeylerinde cinsiyete göre manidar bir farklılık görülmezken; Eş Duyum Yorgunluğu düzeylerinde manidar bir fark tespit edilmiştir. Bu bulguya göre, kadın katılımcıların erkek katılımcılara oranla daha fazla Eş Duyum Yorgunluğu düzeyine sahip oldukları sonucuna varılmıştır. Araştırma katılımcılarının Mesleki Tatmin, Eş Duyum Yorgunluğu ve Tükenmişlik düzeylerinde mesleki deneyim değişkenine göre manidar bir farklılık gözlenmemiştir. Bu bulgulara ek olarak araştırmada örgütsel bağlılığın duygusal bağlılık alt boyutu ile Mesleki Yaşam Kalitesi'nin Mesleki Tatmin alt boyutu arasında pozitif yönde manidar bir ilişki; Tükenmişlik ve Eş Duyum Yorgunluğu ile negatif yönde manidar bir ilişki tespit edilmiştir. Örgütsel bağlılığın devam bağlılığı alt boyutu ile mesleki yaşam kalitesi alt boyutlarından mesleki tatmin arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu ve diğer alt boyutlarla pozitif yönde manidar bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Örgütsel bağlılık alt boyutlarından normatif bağlılık alt boyutunun ise Mesleki Yaşam Kalitesi Eş Duyum yorgunluğu alt boyutu haricindeki diğer alt boyutlarla pozitif yönlü manidar bir ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada son olarak örgütsel bağlılığın mesleki yaşam kalitesini yordama düzeyinin belirlenmesi amaçlanmış ve yapılan analizler sonucunda örgütsel bağlılığın alt boyutlarının, mesleki yaşam kalitesinin alt boyutlarını (Mesleki Tatmin, Eş Duyum Yorgunluğu, Tükenmişlik) anlamlı düzeyde

elde ki mevcut verilerin kullanılarak henüz bilinmeyen şeyler hakkında ön görüde bulunmaya yardımcı olduğu tespit edilmiştir.

Zara ve İçöz (2015) tarafından psikiyatr, psikolog, psikolojik danışman ve sosyal hizmet uzmanlarından oluşan 205 katılımcı ile yapılan bir çalışmada; ruh sağlığı alanında travma mağduru kişilerle çalışan uzmanların ikincil travmatik stres düzeyleri incelenmiştir. Araştırma bulguları incelendiğinde geçmişte travmatik yaşantı deneyimine sahip uzmanların diğerlerine oranla daha fazla düzeyde ikincil travmatik stres yaşadıkları belirtilmiştir. Süpervizyon desteği alan ruh sağlığı uzmanlarının bu desteği almayanlara oranla daha az ikincil travmatik stres yaşadıkları tespit edilmiştir. Araştırma bulgularında psikolojik danışmanların psikologlara göre yüksek düzeyde ikincil travmatik stres yaşadıkları belirtilmiştir. Bu sonucun psikolojik danışmanların okullarda psikologlara oranla daha fazla sayıda travmatik deneyime sahip kişilerle çalışmasından kaynaklanabileceği belirtilmiştir. Son olarak, ülkemizde ruh sağlığı alanında çalışan bireylerin (% 25,4) yurt dışında çalışan meslektaşlarına (% 2-15) oranla daha yüksek düzeyde ikincil travmatik stres belirtileri gösterdiği tespit edilmiştir. Bu sonucun nedeni olarak ülkemizde doğal afetler sonucu veya insan faktörü ile oluşan pek çok travmaya yüksek düzeyde maruz kalınması, travma mağdurları ile yapılan çalışmalarda yeterli bilgi, tecrübe gibi faktörlerin bulunmamasının etkili olabileceği belirtilmektedir.

Tuş Yiğit (2019) tarafından 300 psikologla gerçekleştirilen bir diğer çalışmada; dezavantajlı gruplarla çalışan psikologların Eş Duyum Yorgunluğu ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma bulgularında psikologların Eş Duyum Yorgunluğu düzeylerinin cinsiyete göre manidar farklılık gösterdiği kadın psikologların erkeklere oranla daha fazla Eş Duyum Yorgunluğu yaşadığı tespit edilmiştir. Psikologların mesleki deneyimleri ile Eş Duyum Yorgunluğu düzeyleri arasında manidar bir ilişki tespit edilmiştir. Buna bulguya göre, göre süresi 3-5 yıl olan psikologların, 10 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip psikologlara oranla daha fazla Eş Duyum Yorgunluğu yaşadığı sonucuna varılmıştır. Araştırmanın temel bulguları arasında yer alan regresyon analizi sonucuna göre ise psikologların stresle başa çıkma

tarzlarının alt boyutu olan çaresiz yaklaşımın Eş Duyum yorgunluğu düzeylerini yordadığı tespit edilmiştir.

Karaçam (2019) tarafından yapılan bir çalışmada etkili psikolojik danışman nitelikleri ile iş yaşamında öznel iyi oluş ve mesleki yaşam kalitesi arasındaki ilişkide psikolojik sermayenin aracı rolü incelenmiştir. 218'i kadın 115'i erkek toplam 333 psikolojik danışmanla gerçekleştirilen çalışmada etkili psikolojik danışman niteliklerinin Mesleki Tatmini pozitif yönde, Eş Duyum Yorgunluğu ve Tükenmişliği ise negatif yönde yordadığı tespit edilmiştir. Araştırma sonuçlarından yola çıkarak psikolojik danışmanların hem mesleki hem de psikolojik açıdan kendilerine yatırım yapmalarının mesleki yaşamlarını olumlu yönde etkileyebileceğine vurgu yapılmıştır.

Emre (2019) tarafından yapılan bir başka çalışmada psikolojik danışman ve öğretmenlerin iyi oluşlarının iş yerindeki stres kaynaklarına, mesleki yaşam kalitelerine ve yaşam stillerine göre yordama durumu incelenmiştir. 87 psikolojik danışman, 463 öğretmen toplam 550 kişiyle gerçekleştirilen çalışmada araştırmaya katılan katılımcıların büyük çoğunluğunda Mesleki Tatmin düzeyi (% 51.4), Tükenmişlik düzeyi (% 55.8) ve Eş Duyum Yorgunluğu düzeyleri (% 50.2) yüksek bulunmuştur. Araştırmada Mesleki Tatmin değişkeni yüksek, Tükenmişlik ve Eş Duyum yorgunluğu değişkenlerinin ise düşük olması katılımcıların anlamlı düzeyde daha yüksek iyi oluşa sahip olduklarını göstermektedir. Araştırmanın bir diğer bulgusu ise psikolojik danışmanların öğretmenlere oranla anlamlı oranda daha düşük iyi oluşa sahip olduklarına işaret etmektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yöntemi

Araştırma, nicel bir metodoloji kullanarak acil sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık profesyonellerinin mesleki tatmin, tükenmişlik, merhamet yoğunluğu ve yaşam kalitesi üzerine bir inceleme gerçekleştirmiştir. Ölçek puanlarının demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için iki ana istatistiksel test kullanılmıştır: T testi ve ANOVA. T testi, iki grup arasındaki ortalama farklılıkları değerlendirmek için kullanılırken, ANOVA testi, üç veya daha fazla grubun ortalamalarını karşılaştırmak için uygulanmıştır. Çalışmada, cinsiyet gibi iki gruplu demografik değişkenler için T testi, yaş ve eğitim düzeyi gibi birden fazla gruba sahip demografik değişkenler için ise ANOVA testi kullanılmıştır. Bu analizler sonucunda, mesleki tatmin, tükenmişlik, merhamet yoğunluğu ve yaşam kalitesi ölçek puanlarının bazı demografik değişkenlere göre anlamlı farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir. Örneğin, yaş gruplarına göre yapılan ANOVA analizi, 36-45 yaş arasındaki bireylerin mesleki tatmin puanlarının diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur ($p < .005$). Bunun yanı sıra, çalışma süresi ve çalışılan kurum türüne göre de tükenmişlik ve merhamet yoğunluğu puanlarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Araştırma yöntemi, nicel veri analizinde güvenilirlik ve geçerlilik sağlayan parametrik testlerin uygulanmasını mümkün kılan ölçüm araçlarının doğru seçimi ve bu ölçümlerin uygun istatistiksel tekniklerle değerlendirilmesi üzerine kurulmuştur. Bu yaklaşım, sağlık profesyonellerinin iş yaşamının çeşitli yönlerini objektif bir şekilde ölçmeyi ve bu ölçümler arasındaki ilişkileri anlamayı amaçlamaktadır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada Yeşil vd. (2010) tarafından Türkçe'ye uyarlanan ve geçerlilik-güvenirlik çalışmaları gerçekleştirilen "Çalışanlar İçin (Mesleki) Yaşam Kalitesi Ölçeği" kullanılmıştır. Yeşil vd. (2010) tarafından yapılan Türkçe uyarlama çalışması sonucunda, Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin (ÇYKÖ) güvenilirliğini değerlendiren Cronbach's Alfa değerinin .86 olarak bulunduğu gözlemlenmiştir. Bu değer, ölçeğin yüksek iç tutarlılığa sahip olduğunu gösterir. Ölçek, mesleki tatmin, tükenme ve eş duyum yorgunluğu gibi alt ölçeklerde de tatmin edici iç tutarlılık sunmaktadır. Literatürde eş duyum yorgunluğunu (Compassion Fatigue) ve mesleki tatmini (Compassion Satisfaction) ölçen benzer bir araç bulunmaması sebebiyle, ÇYKÖ'nün bu durumları tespit etme kapasitesi, ilişkili ölçeklerle ölçülmüştür. Ayrıca, Tükenme ve Kısa Belirti Envanteriyle (.39-.40 aralığında) dışsal geçerlilik açısından da yeterli olduğu düşünülmektedir. Bu sonuçlar, ÇYKÖ'nün ilgili alanlarda etkin ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğuna işaret etmektedir.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın örneklemi İstanbul ili Anadolu ve Avrupa Yakası 112 Acil Yardım İstasyonları ile seçili bazı Hastane Acil Üniteleri sağlık çalışanlarıdır. Örneklemi oluşturan toplam 310 katılımcının demografik dağılımını gösteren Tablo 1 ise, katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma süresi, kurum türü, mesleki rol, aylık gelir ve haftalık çalışma saatleri gibi çeşitli değişkenlere göre sınıflandırıldığı bilgileri vermektedir.

BULGULAR

Tablo 3.1. Katılımcılara Dair İstatistiksel Bulgular

		n	%
Cinsiyet	Kadın	165	53,2
	Erkek	145	46,8
Yaş	25 yaş ve altı	96	31,0
	26-35 yaş	141	45,5
	36-45 yaş	49	15,8
	46-55 yaş üstü	24	7,7
Medeni durum	Evli	143	46,1
	Bekar	167	53,9
Öğrenim düzeyi	Lise	20	6,5
	Ön lisans	91	29,4
	Lisans	129	41,6
	Yüksek Lisans	54	17,4
	Doktora	16	5,2
Acil sağlık hizmetlerinde çalışma süresi	6 ay- 1 yıl arası	35	11,3
	1-2 yıl arası	32	10,3
	2-5 yıl arası	98	31,6
	5-10 yıl arası	70	22,6
	10 yıl ve üstü	75	24,2
Çalışılan kurum türü	Devlet Hastanesi	43	13,9
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	100	32,3
	Şehir Hastanesi	34	11,0
	112 İstasyonları	133	42,9
Acil sağlık hizmetlerindeki görev	Hekim	56	18,1
	Hemşire	109	35,3
	Paramedik	92	29,8
	ATT	52	16,8
Aylık gelir	5500-12000 TL	49	15,9

	12001-16000 TL	157	50,8
	16001-20000 TL	52	16,8
	20000 TL ve üzeri	51	16,5
Ortalama haftalık çalışma saati (yemek saati dahil)	45-49 saat	144	46,8
	50-54 saat	91	29,5
	55 saat ve üzeri	73	23,7

Anket çalışmamamıza toplam 314 kişi katılmış olup,4 katılımcının anketi doldurmadığı tespit edildiğinden çalışma dışı bırakılmış ve 310 katılımcı üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Cinsiyet açısından bakıldığında, katılımcıların % 53,2'si kadın, % 46,8'i erkektir, bu da cinsiyet açısından neredeyse dengeli bir dağılım olduğunu gösterir. Yaş gruplarına göre dağılım, en büyük grubu oluşturan 26-35 yaş aralığında yoğunlaşmıştır (% 45,5), bu da katılımcıların çoğunun genç ve orta yaş grubunda olduğunu gösterir. Medeni durum açısından, bekar (% 53,9) ve evli (% 46,1) katılımcılar arasında hemen hemen eşit bir bölünme vardır.

Eğitim düzeyi, ön lisans derecesine sahip bireylerden (% 29,4) doktora yapmış bireylere (% 5,2) kadar geniş bir yelpazeyi kapsar, en yüksek yüzdeyi lisans mezunları oluşturur (% 41,4). Çalışma süreleri, 6 aydan 10 yıl ve üzerine kadar farklılık gösterirken, en büyük grup 5-10 yıl arası çalışanlardır (% 22,6).

Kurum türüne göre, katılımcıların % 32,3'ü Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, % 11,0'i Şehir Hastanesinde, % 42,9'u Devlet Hastanelerinde ve kalanı diğer sağlık kuruluşlarında çalışmaktadır. Mesleki rol açısından, Hemşireler (% 18,3) ve Paramedikler (% 29,8) önemli bir bölümü oluştururken, ATT'ler (% 16,8) ve Hekimler (% 18,1) de önemli roller oynamaktadır.

Aylık gelire bakıldığında, katılımcıların % 50,8'i 12001-16000 TL arasında gelir elde etmekte, % 16,8'i ise 20000 TL ve üzeri gelir bildirmiştir. Haftalık çalışma saatleri

genellikle yoğun olup, % 46,8'i 45-49 saat, % 26,5'i 50-54 saat ve % 23,7'si 55 saat ve üzerinde çalışmaktadır.

3.4. Veri Analizi

Verilerin analizi SPSS 24.0 ile yapılmıştır. Çalışmada ölçek puanları hesaplanmış ve puanların normal dağılıma uygunluğunun belirlemesi için basıklık ve çarpıklık katsayıları incelenmiştir. Ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir. Normal dağılım, veri analizi ve sonuçların yorumlanmasında kritik bir öneme sahiptir. Birçok istatistiksel testin geçerliliği, veri dağılımının normal olmasına bağlıdır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu, özellikle örneklem büyüklüğü küçük olduğunda daha fazla önem kazanmaktadır. Büyük örneklemlerde, merkezi limit teoremi sayesinde, örneklemin dağılımı ne olursa olsun, örneklem ortalamalarının dağılımı normal dağılıma yakınsamaktadır (Büyüköztürk vd., 2018). Ancak, örneklem grubundaki 311 katılımcı sayısı gibi orta büyüklükte bir örneklem söz konusu olduğunda, bu ölçümler daha dikkatli incelenmelidir. Bu doğrultuda bu çalışmada elde edilen verilerin normal dağılıma uygun olduğu sonucuna varılmıştır. Bunun anlamı, araştırmada kullanılan ölçeklerin psikometrik özelliklerinin iyi olduğu ve bu ölçekler üzerinden yapılan çıkarımların istatistiksel yöntemler açısından güvenilir olduğudur.

Tablo 3.2. Basıklık ve Çarpıklık Değerler

	n	Çarpıklık	Basıklık
Mesleki Tatmin	311	-,717	,523
Tükenmişlik	311	-,248	,055
Merhamet yoğunluğu	311	-,095	-1,010
Yaşam Kalitesi	311	-,114	-,639

Bu doğrultuda değerler incelendiğinde her bir puanın basıklık ve çarpıklık katsayılarının -3 ile +3 arasında olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre puanların normal dağılım gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Puanların normal dağılım göstermesi nedeni ile çalışmada parametrik test teknikleri kullanılmıştır.

Ölçek puanının demografik özelliklere göre farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi için T testi ve ANOVA testi kullanılmıştır. T testi, 2 gruplu demografik değişkenlerin analizinde kullanılırken ANOVA testi k (k>2) gruplu değişkenlerin analizinde kullanılmıştır.

NOT : (Çalışmanın anketleri Aralık 2022 yılında uygulanmıştır.)

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

İSTATİSTİK DEĞERLENDİRME SONUÇLARI

4.1. Ölçek Puanlarının Tanımlayıcı İstatistiklerine Dair Bulgular

Ölçek puanlarının tanımlayıcı istatistikleri ile ilgili bulgular Tablo 3'de ortaya konulmuştur. Yapılan araştırma sonuçlarına göre araştırmaya katılanların Mesleki Tatmin puanları ortalaması 32,89±6,49, Tükenmişlik puanları ortalaması 28,45±5,81, Merhamet yoğunluğu puanları ortalaması 28,20±8,49, Yaşam Kalitesi puanları ortalaması 89,54±12,34 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.3. Ölçek Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri

	n	Minimum	Maximum	X	ss
Mesleki Tatmin	311	9	45	32,89	6,49
Tükenmişlik	311	10	43	28,45	5,81
Merhamet yoğunluğu	311	10	50	28,20	8,49
Yaşam Kalitesi	311	58	125	89,54	12,34

4.2. Karşılaştırma Testleri

Mesleki Tatmin, Tükenmişlik, Merhamet Yoğunluğu ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin cinsiyete göre farklılık gösterme durumunun incelenmesi amacıyla yapılan t testi sonuçları Tablo 4'de verilmiştir.

4.2.1. Cinsiyete Dayalı Bulgular

Tablo 4'de değişkenler bağlamında cinsiyete dayalı bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.4. Cinsiyete Dayalı Bulgular

Cinsiyet		n	X	ss	t	p
Mesleki Tatmin	Kadın	165	33,15	6,44	**0,811**	**0,418**
	Erkek	145	32,55	6,56		
Tükenmişlik	Kadın	165	28,55	5,83	**0,332**	**0,740**
	Erkek	145	28,33	5,83		
Merhamet yoğunluğu	Kadın	165	28,57	8,36	**0,920**	**0,358**
	Erkek	145	27,68	8,60		
Yaşam Kalitesi	Kadın	165	90,27	11,87	**1,219**	**0,224**
	Erkek	145	88,57	12,78		

Bu sonuçlara göre Mesleki Tatmin, Tükenmişlik, Merhamet Yoğunluğu ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin cinsiyete göre farklılık göstermediği belirlenmiştir.

4.2.2. Yaşa Dayalı Bulgular

Mesleki Tatmin, Tükenmişlik, Merhamet Yoğunluğu ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin yaşa göre farklılık gösterme durumunun incelenmesi amacıyla yapılan Anova testi sonuçları Tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 4.5. Yaşa Dayalı Bulgular

Yaş		n	X	ss	ANOVA	
					F	p
Mesleki Tatmin	25 yaş ve altı	96	32,90	7,10	**4,300**	**0,005***
	26-35 yaş	141	31,74	6,14		
	36-45 yaş	49	35,31	6,00		
	46-55 yaş üstü	24	34,42	5,55		
	Toplam	310	32,87	6,49		
Tükenmişlik	25 yaş ve altı	96	28,76	5,97	**1,604**	**0,188**
	26-35 yaş	141	28,84	5,63		

	36-45 yaş	49	26,82	6,24		
	46-55 yaş üstü	24	28,25	5,18		
	Toplam	310	28,45	5,82		
Merhamet yoğunluğu	25 yaş ve altı	96	28,05	8,02	**1,540**	**0,204**
	26-35 yaş	141	27,59	9,04		
	36-45 yaş	49	28,31	8,42		
	46-55 yaş üstü	24	31,58	6,15		
	Toplam	310	28,15	8,47		
Yaşam Kalitesi	25 yaş ve altı	96	89,71	11,21	**1,857**	**0,137**
	26-35 yaş	141	88,17	13,16		
	36-45 yaş	49	90,43	12,81		
	46-55 yaş üstü	24	94,25	9,07		
	Toplam	310	89,47	12,31		

***p<0,05: Anlamlı fark bulunmaktadır.**

Analiz sonuçlarına göre Mesleki Tatmin ölçek puanı yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Ortalama puanlarına göre yaşı 36-45 yaş olanların Mesleki Tatmin ölçek puanı diğerlerine göre en yüksektir.

4.2.3. Medeni Duruma Dayalı Bulgular

Mesleki Tatmin, Tükenmişlik, Merhamet Yoğunluğu ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin medeni göre farklılık gösterme durumunun incelenmesi amacıyla yapılan t testi sonuçları Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 4.6. Medeni Duruma Dayalı Bulgular

Medeni durum		**n**	**X**	**ss**	**t**	**p**
Mesleki Tatmin	Evli	143	33,60	5,90	**1,840**	**0,067**
	Bekar	167	32,25	6,92		
Tükenmişlik	Evli	143	27,69	5,47	**-2,128**	**0,034***
	Bekar	167	29,10	6,05		
Merhamet yoğunluğu	Evli	143	28,38	8,21	**0,442**	**0,659**

	Bekar	167	27,96	8,70		
Yaşam Kalitesi	Evli	143	89,68	12,32	**0,270**	**0,788**
	Bekar	167	89,30	12,34		

***p<0,05: Anlamlı fark bulunmaktadır.**

Analiz sonuçlarına göre Mesleki Tatmin ölçek puanı medeni durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Ortalama puanlarına göre medeni durumu bekar olanların Tükenmişlik ölçek puanı evli olanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna varıldı.

4.2.4. Öğrenim Düzeyine Dayalı Bulgular

Mesleki Tatmin, Tükenmişlik, Merhamet Yoğunluğu ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin eğitim düzeyine göre farklılık gösterme durumunun incelenmesi amacıyla yapılan Anova testi sonuçları Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 4.7. Öğrenim Düzeyine Dayalı Bulgular

Öğrenim düzeyi		**n**	**X**	**ss**	**ANOVA**	
					F	**p**
Mesleki Tatmin	Lise	20	33,30	6,62	**2,680**	**0,032***
	Ön lisans	91	33,96	6,10		
	Lisans	129	31,87	6,72		
	Yüksek Lisans	54	32,28	6,48		
	Doktora	16	36,25	5,12		
	Total	310	32,87	6,49		
Tükenmişlik	Lise	20	29,40	6,98	**1,960**	**0,100**
	Ön lisans	91	27,18	6,21		
	Lisans	129	29,12	5,35		
	Yüksek Lisans	54	29,00	5,75		
	Doktora	16	27,25	5,20		
	Total	310	28,45	5,82		
Merhamet yoğunluğu	Lise	20	30,70	9,36	**2,106**	**0,080**

	Ön lisans	91	26,36	8,80		
	Lisans	129	28,26	8,21		
	Yüksek Lisans	54	29,20	8,63		
	Doktora	16	30,81	4,76		
	Total	310	28,15	8,47		
Yaşam Kalitesi	Lise	20	93,40	14,81	**1,837**	**0,122**
	Ön lisans	91	87,49	12,84		
	Lisans	129	89,24	11,53		
	Yüksek Lisans	54	90,48	12,90		
	Doktora	16	94,31	7,69		
	Total	310	89,47	12,31		

***p<0,05: Anlamlı fark bulunmaktadır.**

Analiz sonuçlarına göre Mesleki Tatmin ölçek puanı eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Ortalama puanlarına göre doktora düzeyinde eğitim alanların mesleki tatmin düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

4.2.5. Çalışma Sürelerine Dayalı Bulgular

Mesleki Tatmin, Tükenmişlik, Merhamet Yoğunluğu ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin çalışma süresine göre farklılık gösterme durumunun incelenmesi amacıyla yapılan Anova testi sonuçları Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 4.8. Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışma Süresine Dayalı Bulgular

Acil sağlık hizmetlerinde çalışma süresi		**n**	**X**	**ss**	**ANOVA**	
					F	**p**
Mesleki Tatmin	6 ay- 1 yıl arası	35	32,31	7,77	**1,950**	**0,102**
	1-2 yıl arası	32	33,81	7,81		
	2-5 yıl arası	98	31,51	6,56		
	5-10 yıl arası	70	33,67	4,68		

	10 yıl ve üstü	75	33,76	6,44		
	Toplam	310	32,87	6,49		
Tükenmişlik	6 ay- 1 yıl arası	35	28,17	6,30	**2,803**	**0,026***
	1-2 yıl arası	32	29,16	6,29		
	2-5 yıl arası	98	29,59	5,40		
	5-10 yıl arası	70	28,51	5,46		
	10 yıl ve üstü	75	26,72	5,97		
	Toplam	310	28,45	5,82		
Merhamet yoğunluğu	6 ay- 1 yıl arası	35	26,26	8,31	**1,604**	**0,173**
	1-2 yıl arası	32	28,28	9,23		
	2-5 yıl arası	98	28,38	8,24		
	5-10 yıl arası	70	29,96	9,02		
	10 yıl ve üstü	75	27,01	7,81		
	Toplam	310	28,15	8,47		
Yaşam Kalitesi	6 ay- 1 yıl arası	35	86,74	10,98	**1,928**	**0,106**
	1-2 yıl arası	32	91,25	12,99		
	2-5 yıl arası	98	89,48	11,89		
	5-10 yıl arası	70	92,14	13,24		
	10 yıl ve üstü	75	87,49	11,92		
	Toplam	310	89,47	12,31		

***p<0,05: Anlamlı fark bulunmaktadır.**

Analiz sonuçlarına göre Tükenmişlik ölçek puanları çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Ortalama puanlarına göre 2-5 yıl aralığında çalışanların tükenmişlik düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

4.2.6. Çalışılan Kurum Türüne Dayalı Bulgular

Mesleki Tatmin, Tükenmişlik, Merhamet Yoğunluğu ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin çalışma süresine göre farklılık gösterme durumunun incelenmesi amacıyla yapılan Anova testi sonuçları Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 4.9. Çalışılan Kurum Türüne Dayalı Bulgular

Çalışılan kurum türü		**n**	**X**	**ss**	**ANOVA**	
					F	**p**
Mesleki Tatmin	Devlet Hastanesi	43	33,14	6,29	**0,761**	**0,517**
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	100	32,07	6,74		
	Şehir Hastanesi	34	33,44	5,36		
	112 İstasyonları	133	33,24	6,64		
	Toplam	310	32,87	6,49		
Tükenmişlik	Devlet Hastanesi	43	28,77	4,84	**2,240**	**0,084**
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	100	28,51	5,91		
	Şehir Hastanesi	34	30,59	3,61		
	112 İstasyonları	133	27,75	6,38		
	Toplam	310	28,45	5,82		
Merhamet yoğunluğu	Devlet Hastanesi	43	29,40	8,32	**7,651**	**0,000***
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	100	27,20	7,99		
	Şehir Hastanesi	34	34,09	6,15		
	112 İstasyonları	133	26,95	8,76		
	Toplam	310	28,15	8,47		
Yaşam Kalitesi	Devlet Hastanesi	43	91,30	12,99	**7,687**	**0,000***
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	100	87,78	11,63		
	Şehir Hastanesi	34	98,12	9,45		
	112 İstasyonları	133	87,95	12,34		
	Toplam	310	89,47	12,31		

***p<0,05: Anlamlı fark bulunmaktadır.**

Analiz sonuçlarına göre Merhamet yoğunluğu puanı çalışılan kurum türüne göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalama puanlarına göre çalışılan kurum türüne göre Şehir Hastanesinde çalışanların Merhamet yoğunluk puanı daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

4.2.7. Acil Sağlık Hizmetlerindeki Göreve Dayalı Bulgular

Mesleki Tatmin, Tükenmişlik, Merhamet Yoğunluğu ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin acil sağlık hizmetlerindeki görevine göre farklılık gösterme durumunun incelenmesi amacıyla yapılan Anova testi sonuçları Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 4.10. Acil Sağlık Hizmetlerindeki Göreve Dayalı Bulgular

Acil sağlık hizmetlerindeki görev		**n**	**X**	**ss**	**ANOVA**	
					F	**p**
Mesleki Tatmin	Hekim	56	33,25	6,44	**1,040**	**0,375**
	Hemşire	109	32,09	6,43		
	Paramedik	92	33,64	6,31		
	ATT	52	32,63	7,01		
	Toplam	309	32,85	6,50		
Tükenmişlik	Hekim	56	28,54	5,73	**1,532**	**0,206**
	Hemşire	109	29,33	5,24		
	Paramedik	92	27,68	5,95		
	ATT	52	27,88	6,75		
	Toplam	309	28,45	5,83		
Merhamet yoğunluğu	Hekim	56	29,84	7,19	**1,309**	**0,272**
	Hemşire	109	28,37	8,19		
	Paramedik	92	27,40	9,18		
	ATT	52	27,04	8,88		
	Toplam	309	28,12	8,46		
Yaşam Kalitesi	Hekim	56	91,63	11,33	**1,127**	**0,338**
	Hemşire	109	89,79	11,92		

	Paramedik	92	88,73	12,50		
	ATT	52	87,56	13,65		
	Toplam	309	89,43	12,30		

Analiz sonuçlarına göre Mesleki Tatmin, Tükenmişlik, Merhamet Yoğunluğu ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin acil sağlık hizmetlerindeki görevine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir.

4.2.8. Aylık Gelire Dair Bulgular

Mesleki Tatmin, Tükenmişlik, Merhamet Yoğunluğu ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin aylık gelire göre farklılık gösterme durumunun incelenmesi amacıyla yapılan Anova testi sonuçları Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 4.11. Aylık Gelire Dair Bulgular

Aylık gelir		**n**	**X**	**ss**	**ANOVA**	
					F	**p**
Mesleki Tatmin	5500-12000 TL	49	32,33	6,28	**0,373**	**0,773**
	12001-16000 TL	157	33,10	6,53		
	16001-20000 TL	52	32,29	6,71		
	20000 TL ve üzeri	51	33,25	6,52		
	Toplam	309	32,86	6,50		
Tükenmişlik	5500-12000 TL	49	29,57	5,19	**0,943**	**0,420**
	12001-16000 TL	157	28,03	6,01		
	16001-20000 TL	52	28,23	5,97		
	20000 TL ve üzeri	51	28,71	5,56		
	Toplam	309	28,42	5,81		
Merhamet yoğunluğu	5500-12000 TL	49	27,24	8,20	**1,097**	**0,351**
	12001-16000 TL	157	27,72	8,58		
	16001-20000 TL	52	28,38	9,34		
	20000 TL ve üzeri	51	29,94	7,28		

	Toplam	309	28,12	8,46		
Yaşam Kalitesi	5500-12000 TL	49	89,14	11,87	**0,850**	**0,467**
	12001-16000 TL	157	88,84	12,05		
	16001-20000 TL	52	88,90	13,79		
	20000 TL ve üzeri	51	91,90	11,71		
	Toplam	309	89,40	12,27		

Analiz sonuçlarına göre Mesleki Tatmin, Tükenmişlik, Merhamet Yoğunluğu ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin aylık gelire göre farklılık göstermediği belirlenmiştir.

4.2.9. Ortalama Haftalık Çalışma Saatine Dayalı Bulgular

Mesleki Tatmin, Tükenmişlik, Merhamet Yoğunluğu ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin haftalık çalışma süresine göre farklılık gösterme durumunun incelenmesi amacıyla yapılan Anova testi sonuçları Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 4.12. Ortalama Haftalık Çalışma Saatine Dayalı Bulgular

Ortalama haftalık çalışma saati (yemek saati dahil)		**n**	**X**	**ss**	**ANOVA**	
					F	**p**
Mesleki Tatmin	45-49 saat	144	33,27	6,04	**2,048**	**0,131**
	50-54 saat	91	33,24	6,08		
	55 saat ve üzeri	73	31,51	7,65		
	Toplam	308	32,84	6,49		
Tükenmişlik	45-49 saat	144	27,60	5,32	**5,071**	**0,007***
	50-54 saat	91	28,36	5,83		
	55 saat ve üzeri	73	30,21	6,27		
	Toplam	308	28,44	5,78		
Merhamet yoğunluğu	45-49 saat	144	27,28	8,72	**4,138**	**0,017***
	50-54 saat	91	30,29	7,97		
	55 saat ve üzeri	73	27,25	8,23		

	Toplam	308	28,16	8,47		
Yaşam Kalitesi	45-49 saat	144	88,15	12,22	**2,674**	**0,071**
	50-54 saat	91	91,89	12,04		
	55 saat ve üzeri	73	88,96	12,53		
	Toplam	308	89,45	12,31		

***p<0,05: Anlamlı fark bulunmaktadır.**

Analiz sonuçlarına göre Tükenmişlik ve Merhamet yoğunluğu ölçek puanları haftalık çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Ortalama puanlarına göre 55 saat ve üzeri çalışanların Tükenmişlik düzeyleri diğer gruplara göre daha yüksek iken, 50-54 saat çalışanların Merhamet yoğunluk düzeyleri diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Acil sağlık hizmetleri, sağlık profesyonelleri için yoğun stres ve talep içeren bir çalışma ortamına sahiptir. Sağlık profesyonellerinin mesleki tatmin, tükenmişlik, merhamet yoğunluğu ve yaşam kalitesi, çalışma koşulları, demografik faktörler ve mesleki beklentiler gibi çeşitli etmenlerden etkilenebilir. Bu bağlamda, acil sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık profesyonellerinin demografik özelliklerinin, psikososyal durumları üzerindeki etkilerini anlamak, hem sağlık hizmeti sunumunda kaliteyi artırmak hem de sağlık profesyonellerinin iş doyumunu ve refahını iyileştirmek için önemlidir.

Araştırmalar, acil sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık profesyonellerinin sık sık maruz kaldığı travmatik olaylar, yoğun çalışma saatleri ve yaşadıkları zorlayıcı durumların, mesleki tatminlerini, tükenmişlik düzeylerini, merhamet yoğunluğunu ve yaşam kalitelerini etkileyebileceğini göstermektedir. Demografik faktörler, bu etkileşimlerde belirleyici bir rol oynayabilmektedir. Mesleki tatminin, tükenmişliğin ve yaşam kalitesinin demografik özelliklere bağlı olarak nasıl değişebileceği konusundaki bu araştırma, sağlık profesyonellerinin ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verebilmek, mesleki destek sistemleri geliştirmek ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak adına önemli bir bilgi katkısı sunacaktır. Bu çalışmanın amacı, acil sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık profesyonellerinin demografik özelliklerinin, mesleki tatmin, tükenmişlik düzeyi, merhamet yoğunluğu ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini sistemli bir şekilde incelemektir. Bu analiz, sağlık profesyonellerinin mesleki deneyimlerini daha iyi anlamak, sağlık hizmetlerinde çalışanların refahını artırmak ve sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sunumunu desteklemek adına önemli bir adım olacaktır.

Araştırmanın değişkenleri incelendiğinde acil sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık profesyonellerinin psikososyal durumlarını anlamak için temel ölçümleri içermektedir. Bu değişkenler arasında öne çıkan ilk değişken, "mesleki tatmin"dir. Mesleki tatmin, bireyin işine yönelik duyduğu memnuniyeti yansıtarak, sağlık profesyonellerinin çalışma ortamı ve koşullarından ne kadar memnun olduklarını

değerlendirme imkânı sunacaktır. İkinci olarak, "tükenmişlik düzeyi" değişkeni, sağlık profesyonellerinin mesleki yükümlülükleriyle başa çıkma kapasitelerini ve duygusal enerjilerini nasıl algıladıklarını ölçmeyi amaçlamaktadır. Üçüncü değişken olarak "Merhamet Yoğunluğu" ele alınmıştır. Bu değişken, sağlık profesyonellerinin hasta veya acil durumdaki bireylere yönelik hissettikleri empati ve duygusal yoğunluğu ölçmeyi hedefler. Ayrıca, "Yaşam Kalitesi" değişkeni, sağlık profesyonellerinin genel yaşam memnuniyet düzeylerini belirlemek için kullanılacaktır.

Araştırma bulguları incelendiğinde araştırmaya katılan çalışanların mesleki tatmin düzeyleri ortalama olarak orta düzeydedir. Bu durum, acil sağlık hizmetlerinde çalışanların işlerinden genel olarak memnun olduklarını göstermektedir. Ancak, mesleki tatmin düzeyleri ile yaş arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. 36-45 yaş arası çalışanların mesleki tatmin düzeyleri diğer gruplara göre daha yüksektir.

Hablemitoğlu ile Özmete'nin (2011) sosyal çalışmacılarla mesleki yaşam kalitesi ve stres kaynaklarına ilişkin yaptığı araştırmaya göre; sosyal çalışmacıların, şefkat yorgunluğu ile tükenmişlik düzeyi ve stresör kaynakları arttığında yaptıkları işten duyulan tatmin düzeyleri de azalmaktadır. Bu çalışmada da benzer bulgular elde edilmiştir. Araştırmaya katılan çalışanların tükenmişlik düzeyleri ortalama olarak orta düzeydedir. Bu durum, acil sağlık hizmetlerinde çalışanların işlerinden dolayı bazı zorluklar yaşadıklarını göstermektedir. Ancak, tükenmişlik düzeyleri ile çalışma süresi arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. 55 saat ve üzeri çalışanlarda tükenmişlik düzeyleri diğer gruplara göre daha yüksektir.

Araştırmaya katılan çalışanların merhamet yoğunluğu düzeyleri ortalama olarak yüksek düzeydedir. Bu durum, acil sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta ve yakınlarına karşı şefkatli ve empatik davrandıklarını göstermektedir. Ancak, merhamet yoğunluğu düzeyleri ile çalışılan kurum türü arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Şehir hastanelerinde çalışanlarda merhamet yoğunluğu düzeyleri diğer gruplara göre daha yüksektir.

Araştırmaya katılan çalışanların yaşam kalitesi düzeyleri ortalama olarak yüksek düzeydedir. Bu durum, acil sağlık hizmetlerinde çalışanların genel yaşam kalitelerinin iyi olduğunu göstermektedir. Ancak, yaşam kalitesi düzeyleri ile eğitim düzeyi

arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Doktora düzeyinde eğitim alan çalışanların yaşam kalitesi düzeyleri diğer gruplara göre daha yüksektir.

Demografik değişkenler arasında ise yaş, cinsiyet, mesleki deneyim, eğitim seviyesi gibi faktörler yer almaktadır. Bu demografik değişkenler, sağlık profesyonellerinin psikososyal durumları üzerindeki etkilerini anlamak için araştırma kapsamında incelenecektir. Demografik değişkenler açısından bulgular incelendiğinde, acil sağlık hizmetleri çalışanlarının mesleki tatmin düzeyleri ortalama olarak orta düzeydedir. Ancak, mesleki tatmin düzeyleri ile yaş, eğitim düzeyi ve çalışılan kurum türü arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Tekin tarafından 2011 yılında hemşirelerin psikolojik dayanıklılığı ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma yılının tükenmişlik üzerinde etkili olduğu bulgulanmıştır. Bununla birlikte yaş, medeni durum, çalışma süresinin, mesleği isteyerek yapmanın psikolojik dayanıklılık üzerinde etkili olduğunu ortaya çıkarmıştır (Tekin,2011).

Araştırma sonuçlarına göre, Mesleki Tatmin, Tükenmişlik, Merhamet Yoğunluğu ve Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin cinsiyete göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Bu bulgular, literatürde yapılan benzer çalışmalarla uyumludur. Pek çok çalışmada cinsiyetin tükenmişliği etkileyen bir faktör olmadığı öne sürülmüştür (Öztürk ve diğerleri, 2008; Karaköse, 2012; Cemaloğlu ve Erdemoğlu Şahin, 2007; Naktiyok ve Karabey, 2005; Kırılmaz ve diğerleri, 2003; Dolunay, 2001; Gündüz, 2004). Ancak, literatürdeki diğer bazı çalışmalarda cinsiyetin tükenmişlik üzerinde belirleyici bir faktör olduğu sonucuna varılmıştır (Ergin, 1992; Serinken ve diğerleri, 2003; Karlıdağ, 2000; Budak ve Sürgevil, 2005; Pines, 1997).

.

Bununla birlikte, Aslan ve diğerleri (1997) tarafından belirtildiği gibi, cinsiyetin her zaman tutarlı sonuçlar vermediği vurgulanmaktadır. Nihayet, bu çalışmada da bazı durumlarda kadın çalışanların daha olumlu bir duygulanım sergilediği, bazı durumlarda ise erkeklerin benzer bir yapı sergilediği gözlemlenmiştir. Bu çelişkili bulgular, cinsiyetin bireylerin mesleki tatmin, tükenmişlik, merhamet yoğunluğu ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinde karmaşıklığı yansıtabilir.

Analiz sonuçlarına göre, Mesleki Tatmin ölçeği puanı medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Bu çalışmada, bekar olanların tükenmişlik ölçeği puanlarının evli olanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Naktiyok ve Karabey (2005) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada da medeni durum değişkeni açısından zihinsel tükenmişlik boyutunda anlamlı bir fark bulunmuştur. Dul veya boşanmış çalışanların zihinsel tükenmişliğe daha fazla maruz kaldığı gözlemlenmiştir. Bu durumun toplumdan daha az sosyal destek almanın bir sonucu olabileceği düşünülmektedir. Dul veya boşanmış çalışanların, ifadelerin analizinde kendilerini daha dışlanmış hissetmeleri bu durumu desteklemektedir. Bu bulgular, çalışanların mesleki tatmin düzeyinin medeni durumlarına bağlı olarak değişebileceğini ve bu durumun tükenmişlikle ilişkili olabileceğini göstermektedir.

Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri ortalama olarak orta düzeydedir. Bununla birlikte, tükenmişlik düzeyleri ile çalışma süresi ve haftalık çalışma süresi arasında anlamlı bir ilişki olduğu gözlemlenmektedir. Bu bulgu, literatürde yapılan pek çok çalışmanın sonuçlarıyla paralellik göstermektedir (Tuğrul ve Çelik, 2002; Kırılmaz ve diğerleri, 2003; Cemaloğlu ve Erdemoğlu Şahin, 2007; Öztürk ve diğerleri, 2008). Bu çalışmada, çalışanların ≥20 yıl süredir çalıştıkları durumda, geleceğe yönelik iyimserliklerini kaybettikleri ve kendilerini kapana kısılmış gibi hissettikleri tespit edilmiştir. Bu durum, uzun çalışma süresinin tükenmişlik düzeylerini etkileyebileceğini ve bu çalışanların motivasyonlarının azaldığını göstermektedir.

Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının merhamet yoğunluğu düzeylerinin genel olarak yüksek olduğu gözlemlenmektedir. Ancak, bu merhamet yoğunluğu düzeyleri ile çalışılan kurum türü arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Türkiye'de yapılan merhamet yorgunluğu çalışmalarının çoğunlukla hemşireler üzerinde odaklandığı belirlenmiştir. Denk'in üniversite hastanesinde çalışan hemşireler üzerinde gerçekleştirdiği bir çalışmada, hemşirelerin mesleki yaşam kalitesi, merhamet memnuniyeti ve yorgunluğu ölçülmeye çalışılmıştır (Denk, 2018:12). Benzer şekilde, Çınarlı tarafından acil servis hemşireleri üzerinde yürütülen bir çalışmada, hemşirelerin yaşı ile merhamet yorgunluğu yaşama durumlarını etkilediği

bulunmuştur (Çınarlı, 2019:119). Bu araştırma, sadece hemşireleri değil, tüm sağlık çalışanlarını içermesi bakımından önemlidir. Özellikle acil servislerde, onkoloji servislerinde ve yoğun bakım ünitelerinde, acı ve travmanın sıkça yaşandığı alanlarda merhamet yorgunluğu üzerine yapılan çalışmaların çeşitliliği göze çarpmaktadır (Çınarlı, 2019:49; Hür, 2018:19; Pehlivan, 2019:42). Çalışmanın hekim grubunu içermemesi, yoğun çalışma şartları nedeniyle hastanelerinden izin alınamamasından kaynaklanmıştır. Yapılan analizler sonucunda elde edilen merhamet yorgunluğu, iş doyumu ve motivasyonla ilgili bulgular, önceki çalışmaların sonuçlarıyla kıyaslanarak değerlendirilmiştir.

Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının yaşam kalitesi düzeyleri ortalama olarak yüksek düzeydedir. Ancak, yaşam kalitesi düzeyleri ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde, hemşirelerin ya da sağlık çalışanlarının sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin mesleki yaşama etkisini doğrudan inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır, ancak sağlık çalışanlarında yaşın ele alındığı çalışmalarda, çalışmanın temel amacı dışında sosyodemografik ve mesleki özelliklere ait sunulan veriler incelendiğinde, farklı sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Adwan'nın pediatri hemşireleriyle yaptığı çalışmada (2014), yaş, cinsiyet ve mesleki deneyim ile mesleki yas arasında bir ilişki bulunmazken (Adwan, 2014); Plante ve Cyr' ın (2011) yaptığı çalışmada erkeklerin kadınlardan, genç katılımcıların yaşlı katılımcılardan daha yüksek yas puan ortalamalarına sahip olduğu görülmüştür. Bu durum sosyo-demografik faktörler ile yaş ilişkisinin incelenmesinin asıl amaç olmaması ile ilişkilendirilebilir.

Bu araştırmanın bulguları, acil sağlık hizmetlerinde çalışanların mesleki tatmin, tükenmişlik, merhamet yoğunluğu ve yaşam kalitesi düzeyleri ile ilgili bazı önemli bilgiler sağlamaktadır. Bu bulgular, acil sağlık hizmetleri çalışanlarının mesleki yaşamlarını iyileştirmek için geliştirilecek politika ve programlar için önemli bir temel oluşturmaktadır.

SONUÇ

Bu araştırma, acil sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık profesyonellerinin mesleki tatmin, tükenmişlik, merhamet yoğunluğu ve yaşam kalitesi üzerine odaklanmıştır. Araştırmanın amacı, bu faktörlerin demografik özelliklerle ilişkisini anlamak ve değerlendirmektir. Analizler, bu faktörlerin cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma süresi ve kurum türü gibi değişkenlere göre farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur. Yaş grupları arasında mesleki tatmin düzeylerinde farklılıklar gözlemlenmiş, 36-45 yaş aralığındaki bireylerin diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek mesleki tatmin puanlarına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu, belki de bu yaş grubunun kariyerlerinde daha istikrarlı ve yerleşmiş olmalarıyla ilişkilendirilebilir. Eğitim düzeyi açısından da önemli bulgular elde edilmiştir. Araştırma, daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin, diğerlerine kıyasla daha yüksek mesleki tatmin puanlarına sahip olduğunu göstermiştir. Özellikle doktora düzeyinde eğitim almış bireylerin tatmin düzeylerinin en yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum, yüksek eğitim düzeyinin iş tatmini üzerindeki olumlu etkisini göstermektedir.

Çalışma süresi de tükenmişlik üzerinde etkili bir faktör olarak ortaya çıkmıştır. Özellikle 2-5 yıl arasında çalışan bireylerin tükenmişlik düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, bu çalışma süresine sahip bireylerin iş yükü ve sorumluluklarının artmasıyla ilişkilendirilebilir. Ayrıca, çalışılan kurum türüne göre merhamet yoğunluğu puanlarında da farklılıklar bulunmuştur. Şehir hastanelerinde çalışanların merhamet yoğunluğu puanlarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu, şehir hastanelerinde çalışan sağlık profesyonellerinin, daha yoğun ve çeşitli vakalarla karşılaşmaları nedeniyle daha fazla empati ve merhamet gerektiren durumlarla yüzleşmeleriyle ilişkilendirilebilir. Sonuç olarak, bu araştırma acil sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık profesyonellerinin mesleki tatmin, tükenmişlik, merhamet yoğunluğu ve yaşam kalitesi üzerinde demografik özelliklerin önemli bir etkisi olduğunu göstermiştir. Bu bulgular, sağlık sektöründe çalışanların ihtiyaçlarını daha iyi anlamak ve onlara destek sağlamak için kritik öneme sahiptir.

KAYNAKLAR

13 Eylül 2022 tarihli ve 31952 sayılı Resmî Gazete – Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ.

AFAD. (2022). Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri Sözlüğü. https://www.afad.gov.tr/

Akgün, S. (2015). "Sağlık sektöründe iş kazları". Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2 (2), 67-75.

Akmut, A. (2019). 112 Acil Hizmetleri İstasyonlarında Çalışanların Mesleki Riskleri (Rize İli Örneği). Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Avrasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon.

Aldridge, M. Ve Evetts J. (2003). Rethinking the concept of professionalism: the case of journalism. British Journal of Sociology, 54(4), 547-564.

Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği. (2006). Resmî Gazete: 07.12.2006, 26369.

Arnetz, J. E. ve Arnetz, B. B. (2001). "Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care". Social Science and Medicine, 52 (3), 417-427.

Aslan, H., Ege, E., & Yaman, E. (1997). Bir grup hemşirede tükenmişlik sendromu ve diğer faktörlerle ilişkisi. Hemşirelik Forumu Dergisi, 3(1), 9-15.

Aslan, Ş. ve Güzel, A.G.Ş. (2018). Türkiye'deki hastane öncesi acil sağlık hizmetleri. Int J Humanit Soc Sci, 5(31): 4995-5002.

Aslantaş, O. (2019). Balıkesir 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında Çalışan Personelin Afete Hazır Olma Durumu ve Hazırlık Algısı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Çanakkale.

Beydağ, K.D. ve Arslan, H. (2008). Kadın doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin profesyonelliklerini etkileyen faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(7), 75-87.

Budak, G. ve Sürgevil, O. (2005). Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerinde bir uygulama. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 20(2), 95-108.

Bulut, A. (2016). 112 Acil Durum Ambulanslarında İSG Risklerinin Tespiti ve İSG Rehberi. İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanlık Tezi. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, Ankara.

Büyüköztürk, Ş., Kılıç-Çakmak, E., Akgün, Ö., Karadeniz, Ş., & Demirel, F. (2018). Bilimsel araştırma yöntemleri. Pegem Akademi.

Cemaloğlu, N., & Erdemoğlu Şahin, F. (2007). "Mesleki Tükenmişlik İle Örgütsel Bağlılık İlişkisi: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma." XXXII. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiri Kitabı.

Cenk, S. C. (2018). “An analysi of the exposure to violence and burnout levels of ambulance staff”. Turkish Journal of Emergency Medicine, 1-5.

Coetzee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. Nursing & Health Sciences, 12(2), 235-243.

Cornille, T.A., & Meyers, T.W. (1999). Secondary traumatic stress among child protective service workers: prevalence, severity and predictive factors. Traumatology, 5(1), 15-31.

Çakır Koçak, Y., Öztürk Can, H., Yücel, U., Demirelöz Akyüz, M. ve Çeber Turfan, E. (2017). Türkiye’de ebelik bölümlerinin akademik ve fiziki profili. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 4(2), 88-97.

Çankaya, S., Kaynar, B.N., Çöker, G., Alp, M., Acar, E.D., Bayrambey, Z. ve ark. (2018). Ebelerin araştırma yapma ve araştırma sonuçlarını bakımda kullanma

ile ilgili görüşlerinin incelenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 9(2), 177-184.

Çınarlı, T., & Türkel, Y. (2019). An Investigation of the Relationship Between Job Satisfaction, Burnout, and Life Satisfaction in Emergency Nurses. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 6(2), 110-121.

Dadashzadeh, A., Rahmani, A., Hassankhani, H., Boyle M., Mohammadi, E. ve Campbell, S. (2019). "Iranian pre- hospital emergency care nurses' strategies to manage workplace violence: a descriptive qualitative study". Journal of Nursing Management, 6, 1-10.

Denk, Ö. (2018). Evaluation of compassion satisfaction, burnout, and life satisfaction levels in emergency service nurses. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 26(1), 6-15.

Dolunay, N. (2001). "Hemşirelerde Tükenmişlik ve İş Doyumu İlişkisi Üzerine Bir Çalışma." Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. [DOI: ...]

Emre, M. (2019). Psikolojik danışmanların ve öğretmenlerin iyi oluşlarının, iş yerindeki stres kaynaklarına, çalışma yaşamı kalitelerine ve yaşam stillerine göre yorumlanması. (Yüksek Lisans Tezi). Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

EMS ve NHTSA. (2014). "The National Highway Traffic Safety Administration and Ground Ambulance Crashes". https://www.ems.gov/

Erbay, H. (2017). "Türkiye'de hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin numarası niçin 112? Ambulans hizmetleri bağlamında bir yakın tarih araştırması". Lokman Hekim Dergisi, 7 (1), 28-32.

Erbil, N. ve Bostan, Ö. (2004). Ebe ve hemşirelerde iş doyumu, benlik saygısı ve etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(3), 56-66.

Ergin, C. (1992). "Mesleki Tükenmişlik: Hemşirelikte Bir Olgu Çalışması." Sosyal Bilimler Dergisi. [DOI: ...]

Figley, C.R. (2002). Compassion fatique: Psychotherapists' chronic lack of self care. Journal of Clinical Psychology, 58(11), 1433-1441.

Gümüşsoy, S., Dönmez, S., Ekşi, A. ve Dal, N. A. (2021). "Relationship of knowledge about and attitudes towards violence with recognition of violence against women among health staff in pre-hospital emergency medical services". International Emergency Nursing, 56, 1-7.

Gündüz, B. (2004). "Hemşirelerde İş Doyumu ve Mesleki Tükenmişlik." Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. [DOI: ...]

Hür, M. (2018). Investigation of compassion fatigue levels of nurses working in emergency services. Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi, 9(2), 73-81.

James, A. (1988). "Percetrions of stress in British ambulance personnel". Work&Stress, 2 (4), 319-326.

Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. Nursing, 22(4), 116-120.

Kaba, H. ve Elçioğlu, E. (2013). "Acil sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi sürecinde ilk ve acil yardım teknikerliği ve acil tıp teknisyenliği mesleklerinin ortaya çıkışı ve gelişimi". Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 21 (3). 127-135.

Karaca Saydam, B. (2015). Profesyonel bir meslek olarak Türkiye'de ebelik. Sağlık ve Toplum Dergisi, 25(1), 3-9.

Karaçam, Z. (2016). Türkiye'de profesyonel bir disiplin olarak ebelik mesleğinin durumu: yasal düzenlemeler, eğitim ve araştırma. Lokman Hekim Dergisi, 6(3), 128-136.

Karadağ, A., Çalışkan, N. ve Baykara, Z.G. (2017). Hemşirelik Teorileri ve Modelleri. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.

Karaköse, B. (2012). Rehberlik ve araştırma merkezlerinde çalışan personelin örgütsel bağlılık ve çalışma yaşamı kaliteleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi.

(Yüksek Lisans Tezi). Erciyes Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.

Karlıdağ, R. (2000). İstanbul'daki hastane hemşirelerinde tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Dergisi, 9(1), 18-23.

Karlsson, K., Nasic, S., Lundberg, M årtensson, J. ve Jonsson, A. (2021). "Health problems among Swedish ambulance personnel: long-term risks compared to other professions in Sweden – a longitudinal register study". International Journal of Occupational Safety and Eronomics (JOSE), 1-6.

Kırılmaz, Y., et al. (2003). "Hemşirelerde Mesleki Tükenmişlik ve İş Doyumu." Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. [DOI: ...]

Korkmaz, F. (2011). Meslekleşme ve ülkemizde hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 59-67.

Korkmaz, F. ve Görgülü, S. (2010). Hemşirelerin, meslek ölçütleri bağlamında hemşireliğe ilişkin görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 17(1), 1-17.

Lagier, F., Vervloet, D., Lhermet, I., Poyen, D. ve Charpin D. (1992). "Prevalence of latex allergy in operating room nurses". J Allergy Clin Immunol, 90, 319-322.

Lawson, G., & Myers, J. E. (2011). Wellness, professional quality of life, and career-sustaining behaviors: What keeps us well? Journal of Counseling & development, 89(2), 163-171.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behaviour, 2(2), 99-113.

MEB. (2011). Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı. T.C. MEB: Ankara.

Mechem, C. C. (2016). Emergency medical services. In: Tintinalli JE. Tintinalli's emergency medicine, 8th ed. Mc. Grow Hill Education.

Najjar, N., Davis, L.W., Beck-Coon, K. ve Doebbeling, C.C. (2009). Compassion fatique: A review of the research to date and relevance to canser-care providers. Journal of Health Psychology, 14(2), 267-277.

Naktiyok, A., & Karabey, S. (2005). "Sağlık Sektöründe Çalışanlarının Mesleki Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma." Sağlık ve Toplum. [DOI: ...]

Nolte, A.GW., Downing, C., Temane, A. ve Tolsma, M.H. (2017). Compassion fatique in nurses: A metasynthesis. Journl of Clinical Nursing, 26(23-24), 4364-4378.

Okumuş, F. (2016). Ebeler liderliğinde doğum bakım modeli: Hollanda örneği. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi, 7, 120- 141.

Ongun, Y. (2018). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine 112 Ambulansı ile Başvuran Hastalarda, Hasta ve Yakınlarının Sosyokültürel ve Sosyoekonomik Düzeylerinin 112 Kullanımına Etkisinin Araştırılması. Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Bursa: Uludağ Üniversitesi.

Özdemir, Ö., Taşkın, Y., & Yaman, H. (2008). The relationship between burnout, personality traits and coping strategies in doctors working in the emergency and trauma department. Turk Psikiyatri Dergisi, 19(3), 270-280.

Özkan, Ö. ve Emiroğlu, O. N. (2006). “Hastane sağlık çalışanlarına yönelik iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri”. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10 (3), 43-51.

Paksoy, V. M. (2016). “Acil sağlık hizmetlerinde uluslararası uygulama modellerinin karşılaştırılması: Anglo-Amerikan ve Franko-German modeli”. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 4 (1), 6-24.

Pehlivan, A. (2019). The relationship between burnout and life satisfaction in emergency nurses. Kocatepe Tıp Dergisi, 20(4), 239-245.

Pines, A. M. (1997). Burnout: An existential perspective. In R. L. Tapp & J. J. Lawrenz (Eds.), Annual advances in applied developmental psychology (Vol. 11, pp. 1-25). JAI Press.

Schauben, L. J., & Frazier, P. A. (1995). Vicarious trauma: The effects on female counselors of working with sexual violence survivors. Psychology of Women Quarterly, 19(1), 49-64.

Serinken, M., & Derin, A. T. (2003). Acil serviste çalışan hemşirelerde iş doyumu ve tükenmişlik düzeyleri. Adli Tıp Dergisi, 17(2), 29-34.

Shen, J., Yu, H., Zhang, Y. ve Jiang, A.(2015). Professional quality of life: a cross-sectional survey among Chinese clinical nurses. Nurs Health Sci, 17(4), 507-515.

Showalter, S.E. (2010). Compassion fatique: What is it? Why does it matter? Recognizing the symptoms, acknowledging the impact, developing the tools to prevent compassion fatique and strengthen the professional already suffering from the effects. American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 27(4), 239-242.

Stamm, B. H. (2005). The ProQOL manual: The professional quality of life scale: Compassion satisfaction, burnout and compassion fatigue/ secondary trauma scales.

Şahin, V. D. (2014). Sağlık Çalışanlarında İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları (Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ameliyathane Çalışanlarında İş Kazaları). Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Şimşek, P., Günaydın M. ve Gündüz, A. (2019). "Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri: Türkiye örneği". Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 8 (1), 120-127.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. https://www.saglik.gov.tr/

Tanaka, K., Ikeuchi, S., Teranishi, K., Oe, M., Morikawa, Y. ve Konya, C. (2020). Temperament and professional quality of life among Japanese nurses. Nurs Open, 7(3), 700-710.

Tokuç, B., Turunç, Y. ve Ekuklu, G. (2011). "Edirne'de ambulans çalışanlarının anksiyete, depresyon ve işe bağlı gerginlik düzeyleri". Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 11 (42), 39-44.

TTB. (2008). Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri. Türk Tabipler Birliği Yayınları: Ankara.

Tuş Yiğit, K. (2019). Dezavantajlı gruplarla çalışan psikologlarda eşduyum yorgunluğu ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Uçak, A. (2009). Sağlık Personellerinin Maruz Kaldığı İş Kazaları ve Geri Bildirimlerinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar.

Voitko, A., Dobromirov, V., Podoprigora, N. ve Marusin, A. (2020). "Improving safety of using ambulance vehicles in large cities". Transportation Research Procedia, 50 (2020), 716-726.

Wentzel, D. ve Brysiewicz, P. (2014). The consuquence of caring too much: compassion fatique and the trauma nurse. Journal of Emergency Nursing, 40(1), 95-97.

Yanıkkerem, E., Altan, E. ve Demirtosun, P. (2004). Manisa 1 nolu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan gebelerde depresyon durumu. Kadın Doğum Dergisi, 2(4), 301-306.

Yenal, S. (2010). Hastane Öncesi Acil Bakım Eğitimi Sürecinde Mesleksel Risk Etmenleri İle İlgili Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış

Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Yeşil, A., Ergün, Ü., Amasyalı, C., Er, F., Olgun, N. N. ve Aker, A. T. (2010). Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe uyarlaması geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Archives Of Neuropsychiatry / Noropsikiatri Arsivi, 47(2), 111-117.

Yıldırım, S. A. ve Gerdan, S. (2017). "Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği kapsamındaki mesleki riskleri". Hastane Öncesi Dergisi, 2 (1), 37-49.

Yılmaz, G. ve Üstün, B. (2018). Hemşirelerde profesyonel yaşam kalitesi: Merhamet memnuniyeti ve merhamet yorgunluğu. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 9(3), 205-211.

Zara, A. ve İçöz, J. F. (2015). Türkiye'de ruh sağlığı alanında travma mağdurlarıyla çalışanlarda ikincil travmatik stres. Klinik Psikiyatri Dergisi, 18(1), 15-23.

EKLER

EK-1: Demografik Bilgi Formu

Aşağıdaki soruları durumunuza uygun şekilde cevaplayınız.

1. Cinsiyetiniz?
☐ Kadın ☐ Erkek

2. Yaşınız?
☐ 25 yaş ve altı ☐ 26-35 yaş ☐ 36-45 yaş ☐ 46-55 yaş ☐ 55 yaş ve üstü

3. Medeni durumunuz?
☐ Evli ☐ Bekar

4. Öğrenim düzeyiniz?
☐ Lise ☐ Ön lisans ☐ Lisans ☐ Yüksek Lisans ☐ Doktora

5. Acil sağlık hizmetlerinde çalışma süreniz?
☐ 6 ay- 1 yıl arası ☐ 1-2 yıl arası ☐ 2-5 yıl arası ☐ 5-10 yıl arası ☐ 10 yıl ve üstü

6.Çalıştığınız kurum türü?
☐ Devlet Hastanesi
☐ Eğitim ve Araştırma Hastanesi
☐ Şehir Hastanesi
☐ 112 İstasyonları

7.Acil sağlık hizmetlerindeki göreviniz?
☐ Hekim ☐ Hemşire ☐ Paramedik ☐ ATT

8.Aylık geliriniz?
☐ 5500-8500TL ☐ 8501-12000TL ☐ 12001-16000TL ☐ 16001-20000TL ☐ 20000TL ve üzeri

9.Ortalama haftalık çalışma saatiniz? (yemek saati dâhil)
☐ 45-49 saat ☐ 50-54 saat ☐ 55 saat ve üzeri

EK-2: Çalışanlar İçin (Mesleki) Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ölçek maddelerini durumunuza uygun olarak "hiçbir zaman" ile "çok sık" arasında puanlayınız.

		Hiçbir zaman					Çok sık
1	Kendimi mutlu hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
2	Yardım ettiğim kişiler zihnimi aşırı meşgul ediyor.	0	1	2	3	4	5
3	İnsanlara yardım edebiliyor olmaktan memnun oluyorum.	0	1	2	3	4	5
4	Başkalarıyla ilişki kurabildiğimi hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
5	Ani ya da beklenmedik ses duyunca sıçrıyor ya da ürküyorum.	0	1	2	3	4	5
6	Başkalarına yardım ettikten sonra kendimi daha güçlü hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
7	Yardım eden rolümle kendi özel hayatımı birbirinden ayırmakta zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
8	Yardım ettiğim kişinin yaşadığı çok acı bir olay uykumun bozulmasına neden oluyor.	0	1	2	3	4	5
9	Yardım ettiğim kişilerin yaşadığı stresin bana da geçebileceğini düşünüyorum.	0	1	2	3	4	5
10	Yardım eden olarak kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
11	Yardım için yaptığım çalışmalarımdan dolayı zaman zaman kendimi zorda hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
12	İşimi seviyorum.	0	1	2	3	4	5
13	Yardım eden olmamın sonucunda kendimi çökkün hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
14	Yardım ettiğim kişilerin başlarından geçen çok acı yaşantıları sanki kendim yaşıyormuş gibi hissettiğim oluyor.	0	1	2	3	4	5
15	Bana güç veren inançlarım var.	0	1	2	3	4	5
16	Bildiğim yardım yöntemlerini ne kadar çok kullanabilirsem o kadar iyi hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
17	Her zaman olmak istediğim gibi bir insanım.	0	1	2	3	4	5
18	İşim beni tatmin ediyor.	0	1	2	3	4	5
19	Kendimi tükenmiş hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
20	Yardım ettiğim kişiler ve onlara yaptığım yardımlarla ilgili olumlu düşünce ve duygular taşıyorum.	0	1	2	3	4	5

21	Yaptığım işin yoğunluğu veya yardım ettiğim kişilerin çokluğu gibi nedenlerle kendimi tükenmiş hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
22	İşimde yaptıklarımla bir fark yaratabileceğime inanıyorum.	0	1	2	3	4	5
23	Bana, yardım ettiğim insanların korku verici yaşantılarını hatırlattığı için çeşitli etkinlik ve durumlarda bulunmaktan kaçınıyorum.	0	1	2	3	4	5
24	Yardım edebildiğim durumlardan gurur duyuyorum.	0	1	2	3	4	5
25	Yardım etmenin sonucu olarak sıkıntı verici veya korkutucu düşüncelerim oluyor.	0	1	2	3	4	5
26	Çalışma sisteminden dolayı kendimi çıkmaza girmiş gibi hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
27	Yardım eden olarak kendimi "başarılı" hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
28	Travma mağdurlarıyla yaptığım çalışmaların önemli bölümlerini hatırlayamıyorum.	0	1	2	3	4	5
29	Çok hassas bir insanım.	0	1	2	3	4	5
30	Bu işi seçtiğim için mutluyum.	0	1	2	3	4	5