

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ COVID-19 PANDEMİSİ
SÜRECİNDE ÇALIŞMA HAYATINDAN KAYNAKLANAN
SORUNLARININ İNCELENMESİ: SAKARYA ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Bahar YOLVERMEZ

**Enstitü Anabilim Dalı : Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri
Enstitü Bilim Dalı : Çalışma Ekonomisi ve Sosyal Siyaset**

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mustafa Çağlar ÖZDEMİR

MAYIS – 2021

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE
ÇALIŞMA HAYATINDAN KAYNAKLANAN SORUNLARININ
İNCELENMESİ: SAKARYA ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Bahar YOLVERMEZ

**Enstitü Anabilim Dalı : Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri
Enstitü Bilim Dalı : Çalışma Ekonomisi ve Sosyal Siyaset**

**“Bu tez sınavı 18/06/2021 tarihinde online olarak yapılmış olup aşağıda isimleri bulunan
jüri üyeleri tarafından oybirliği ile kabul edilmiştir.”**

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ
Prof. Dr. Mustafa Çağlar ÖZDEMİR	BAŞARILI
Dr. Öğr. Üyesi Onur METİN	BAŞARILI
Dr. Öğr. Üyesi Beril BAYKAL	BAŞARILI

		T.C. SAKARYA ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLIK BEYAN FORMU	Sayfa : 1/1
Öğrencinin			
Adı Soyadı :	Bahar YOLVERMEZ		
Öğrenci Numarası :	Y196005008		
Enstitü Anabilim Dalı :	Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri		
Enstitü Bilim Dalı :	Çalışma Ekonomisi ve Sosyal Siyaset		
Programı :	☒ YÜKSEK LİSANS ☐ DOKTORA		
Tezin Başlığı :	SAĞLIK ÇALIŞANLARININ COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE ÇALIŞMA HAYATINDAN KAYNAKLANAN SORUNLARININ İNCELENMESİ: SAKARYA ÖRNEĞİ		
Benzerlik Oranı :	%17		
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,			
☒ Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciyi ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir. Bilgilerinize arz ederim. 03/06/2021 İmza			
Uygundur			
Danışman Unvanı / Adı-Soyadı: Prof. Dr. Mustafa Çağlar ÖZDEMİR Tarih: 03.06.2021 İmza:			
☐ KABUL EDİLMİŞTİR ☐ REDDEDİLMİŞTİR		Enstitü Birim Sorumlusu Onayı:	
EYK Tarih ve No:			

ÖNSÖZ

Covid-19 pandemi süreci tüm dünyayı olduğu gibi Türkiye’yi de büyük ölçüde olumsuz etkilemiştir. Sosyal ve ekonomik tahribatlar yanında çalışma hayatında da önemli değişimler meydana gelmiştir. Birçok çalışan, işini kaybederken kimileri uzaktan çalışmaya başlamış kimileri de daha az süre çalışarak gelir kaybına uğramıştır.

Pandemi sürecinde, belki de en yoğun çaba harcayan kesim sağlık çalışanlarıdır. İnsan hayatını kurtarmak başlı başına önemli bir mevzu olsa da olağanüstü durumlarda gösterdikleri çaba sağlık çalışanlarını daha da kıymetli bir konuma yükseltmiştir.

Virüsün hızla yayılması ve hasta/entübe sayısının giderek artmasıyla birlikte sağlık çalışanlarının çalışma koşulları da bir hayli güçleşmiştir. Çalışmamız, sağlık çalışanlarının pandemi döneminde çalışma hayatından kaynaklanan sorunlarını ortaya koymak ve iyileştirmeler önermek amacıyla hazırlanmıştır.

Bu çalışmanın yürütülmesinde akademik bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşıp titiz ve özverili yönlendirmeleriyle büyük katkı sağlayan tez danışmanım kıymetli hocam Prof. Dr. Mustafa Çağlar ÖZDEMİR’e teşekkür ederim. Araştırmanın hastane uygulamaları alanında yardımlarını eksik etmeyen değerli hemşire arkadaşlarıma, araştırmam esnasında yüksek riskli pandemi şartlarında zaman ayırıp anket sorularımı sabırla yanıtlayan Sakarya İlinin kıymetli sağlık çalışanlarına özel olarak teşekkür ederim. Yapıcı eleştirileri sayesinde müspet düzenlemeler yapma fırsatı sundukları için tez savunma jüri üyelerime de ayrıca teşekkür ederim.

Son olarak tezimi hazırlanma sürecinde harcadığım uzun çalışma saatlerine tahammül edip sabırla araştırmamı destekleyen ve hep yanımda olan değerli aileme, eşime ve varlığıyla bana güç veren biricik oğlum Bilgekağan’a, teşekkürü bir borç bilirim.

Bahar Yolvermez

18.06.2021

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR.....	iv
ŞEKİL LİSTESİ	v
TABLO LİSTESİ.....	vi
GRAFİK LİSTESİ.....	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix

GİRİŞ.....	1
BÖLÜM I: SAĞLIK ÇALIŞANLARI VE COVID-19 PANDEMİSİ	6
1.1. Sağlık Çalışanları Tanım, Kapsam ve Özellikleri	6
1.1.1. Sağlık Çalışanları Tanımı ve Kapsamı.....	6
1.1.2. Sağlık Çalışanlarının Özellikleri.....	9
1.2. COVID-19 Pandemisi ve Yayılış Süreci	12
1.2.1. Pandeminin Dünyadaki Yayılışı.....	13
1.2.2. Pandeminin Türkiye’deki Yayılışı.....	17
1.3. Pandeminin Sağlık Çalışanlarının Sağlık Durumlarına Etkisi	19
1.3.1. Dünyada Sağlık Çalışanlarının Sağlık Durumu	21
1.3.2. Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Sağlık Durumu	23
BÖLÜM II: TÜRKİYE’DE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA HAYATI	26
2.1. Çalışma Ortam ve Koşulları	26
2.1.1. Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamı	28
2.1.1.1. Olumlu Çalışma Ortamlarının Oluşturulması.....	29
2.1.1.2. Sağlıklı ve Güvenli Bir Ortam Oluşturulması	30
2.1.1.3. Olumlu Çalışma Ortamlarında Organizasyon Atmosferi.....	33
2.1.1.4. Olumsuz Çalışma Ortamlarının Etkileri.....	35
2.1.2. Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Çalışma Koşulları	36
2.1.2.1. Personel Politikası	38
2.1.2.2. Çalışma Süreleri	40
2.1.2.3. Nöbet ve Fazla Çalışma.....	41

2.1.2.4. İcâpçılık Usulü.....	42
2.1.2.5. Ücret Durumu	42
2.1.3. Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği	44
2.1.3.1. Çalışma Ortamı ve Mesleki Riskler	45
2.1.3.1.1. Fiziksel Riskler	46
2.1.3.1.2. Kimyasal Riskler	48
2.1.3.1.3. Biyolojik Riskler	48
2.1.3.1.4. Ergonomik Riskler	49
2.1.3.1.5. Psiko-Sosyal Riskler	50
2.1.3.2. İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları	52
2.1.3.2.1. Kesici-Delici Alet Yaralanması	53
2.1.3.2.2. Kan-Vücut Sıvıları İle Maruziyet.....	55
2.1.3.2.3. Şiddet Maruziyeti	55
2.1.3.2.4. Kimyasal İlaç ve İlaçla Maruziyet	57
2.1.3.2.5. Alerjik Reaksiyon	57
2.1.3.2.6. Kas-İskelet Sistemi Yaralanmaları.....	58
2.1.3.2.7. Fiziksel Nedenli Olası İş Kazaları.....	59
2.1.3.2.8. Diğer Kazalar	59
2.2. Sağlık Çalışanlarına COVID-19 Bulaşmasında Etkili Unsurlar	60
2.3. Sağlık Çalışanlarında COVID-19’a Mesleki Maruziyet.....	62
2.4. Sağlık Çalışanlarının Pandemi Sürecinde Mesleki Sorumlulukları	63
2.4.1. Başkalarının Enfekte Olmasını Önleme Yükümlülüğü	64
2.4.2. Hastaları Tedavi Etme İşlevi	64
2.4.3. Yetersiz Tıbbi Kaynakların Hakkanietli Kullanımı	65
2.4.4. Mecburi Sosyal Mesafe Tedbirleri	65
BÖLÜM III: COVID-19 PANDEMİSİNİN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ	
ÇALIŞMA HAYATINDA MEYDANA GETİRDİĞİ SORUNLARIN TESPİTİNE	
YÖNELİK ARAŞTIRMA.....	66
3.1. Araştırma Konusuna İlişkin Arka Plan ve Araştırma Motivasyonu	66
3.2. Araştırmanın Amacı, Kapsamı ve Sınırlılıkları	67
3.3. Araştırmanın Yöntemi	68
3.3.1. Araştırmanın Temel Sorusu ve Alt Soruları.....	69
3.3.2. Soru Formunun Oluşturulması.....	69

3.3.3. Katılımcıları Belirleme ve Veri Toplama Yöntemi.....	70
3.3.4. Analiz Yöntemi	71
3.4. Bulgular	72
3.4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	72
3.4.2. Pandeminin Sağlık Çalışanlarının Çalışma Süreleri Üzerindeki Etkilerine İlişkin Bulgular	75
3.4.3. Pandeminin Sağlık Çalışanlarının Ücretleri Üzerindeki Etkilerine İlişkin Bulgular	78
3.4.4. Pandeminin Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği Üzerindeki Etkilerine İlişkin Bulgular	80
3.4.5. Pandeminin Sağlık Çalışanlarının Çalışma Koşulları Üzerindeki Etkilerine İlişkin Bulgular	82
3.4.6. Pandeminin Sağlık Çalışanlarının Motivasyonu ve Çalışan Psikolojisi Üzerindeki Etkilerine İlişkin Bulgular	85
3.4.7. Pandeminin Sağlık Çalışanlarının İş/Aile Dengesi ve Toplumsal İlişkileri Üzerindeki Etkilerine İlişkin Bulgular	86
SONUÇ	88
KAYNAKÇA.....	97
EKLER	119
ÖZGEÇMİŞ	131

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
CDC	: Hastalık Koruma ve Korunma Merkezleri
COVID-19	: Yeni Koronavirüs Hastalığı (SARS-CoV-2)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EPA	: Amerika Birleşik Devletleri Çevre Koruma Ajansı
ICN	: Uluslararası Hemşireler Birliği
INC	: Uluslararası Gürültü Konseyi Yönergeleri
ICOH	: Uluslararası Mesleki Sağlık Komisyonu
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
IWL	: Çalışma Hayatlarını Geliştirme Standardı
MERS	: Orta Doğu Solunum Sendromu
NHS	: Ulusal Sağlık Sistemi
NIOSH	: Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü
OSHA	: Mesleki Sağlık ve Güvenlik Birliği
PIACT	: Uluslararası Çalışma Koşullarını ve Çevresini İyileştirme Programı
SARS	: Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
TTB	: Türk Tabipleri Birliği

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Sağlık ve Çalışma Yaşamının Bağı.....	32
--	----



TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Sağlık Çalışanlarının Mensup Olduğu Meslek Grupları	7
Tablo 2: Sağlık Çalışanı Sayısının Yıllara Göre Dağılımı.....	8
Tablo 3: Sağlık Çalışanlarının Unvanlara ve Sektörlere Göre Dağılımı	9
Tablo 4: DSÖ Bölgelerine Göre COVID-19 Doğrulanmış Vaka ve Ölüm (WHO oronavirus Disease (COVID-19) Dashboard).....	16
Tablo 5: Toplam Vaka ve Ölüm Sayısına Göre Dünyada İlk 10 Ülke	17
Tablo 6: Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Hastasıyla Temas Durumunun Değerlendirilmesi.....	63
Tablo 7: Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	73
Tablo 8: Sağlık Çalışanlarının Pandemi Öncesi ve Sonrası Haftalık Ortalama Çalışma Sürelerinin Dağılımı.....	76
Tablo 9: Pandemi Öncesi ve Sonrası Haftalık Ortalama Çalışma Sürelerinin Mesleklere Göre Dağılımı	77
Tablo 10: Pandemi Öncesi ve Sonrası Haftalık Ortalama Çalışma Sürelerinin Görev Yapılan Kurumlara Göre Dağılımı	77
Tablo 11: Pandeminin Sağlık Çalışanlarının Ücretlerine Etkisi.....	79
Tablo 12: Pandeminin Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliğine Etkisi	80
Tablo 13: Pandeminin Sağlık Çalışanlarının Çalışma Koşullarına Etkisi.....	83
Tablo 14: Pandeminin Sağlık Çalışanlarının Motivasyonu ve Çalışan Psikolojisine Etkisi.....	85
Tablo 15: Pandeminin Sağlık Çalışanlarının İş/Aile Dengesine ve Toplumsal İlişkilerine Etkisi.....	86

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1: Türkiye’de Gün Bazlı COVID-19 Kaynaklı Toplam Vaka, Toplam İyileşen ve Toplam Ölüm Sayısı Grafiği.....	19
Grafik 2: Pandemi Döneminde Nöbet veya Performans Ücretlerinde Yaşanan Gecikmenin Mesleklere Göre Dağılımı.....	79
Grafik 3: COVID Tanısının Mesleklere Göre Dağılımı.....	81
Grafik 4: Pandemi Döneminde Sağlık Çalışanlarının Çalışma Şekilleri	82



Sakarya Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Özeti

Yüksek Lisans	☒	Doktora	☐
Tezin Başlığı: Sağlık Çalışanlarının Covid-19 Pandemisi Sürecinde Çalışma Hayatından Kaynaklanan Sorunlarının İncelenmesi: Sakarya Örneği			
Tezin Yazarı: Bahar YOLVERMEZ		Danışman: Prof. Dr. Mustafa Çağlar ÖZDEMİR	
Kabul Tarihi: 18.06.2021		Sayfa Sayısı: ix (ön kısım) + 118 (tez) + 12 (Ek)	
Anabilim Dalı: Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri		Bilim Dalı: Çalışma Ekonomisi ve Sosyal Siyaset	
Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinde başlayıp ilerleyen zamanlarda küresel bir boyuta ulaşan COVID-19 hastalığı Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi olarak ilan edilmiştir. Pandemi dünya çapında milyonlarca insanın ölümüne neden olmuş, toplumlar da ciddi ekonomik ve sosyal aksamalara yol açmıştır. Süreçten her meslek grubu çeşitli şekillerde etkilenmiştir. Pandemiden en çok etkilenenlerin başında sağlık çalışanları gelmektedir. Pandeminin sağlık çalışanlarına hem fiziksel hem psikolojik olumsuz etkileri olmuştur. Sağlık çalışanlarının pandemi sürecinde yaşadığı fiziksel veya psikolojik sıkıntılar çalışma hayatıyla doğrudan ilişkilidir. Çalışmamız pandemi sürecinin sağlık çalışanlarının çalışma hayatından kaynaklanan sorunlarını araştırmayı amaçlamıştır. Pratisyen hekim/aile hekimi(12), asistan dr.(4), uzman dr.(3), hemşire(113), ebe(24), fizyoterapi teknikeri(2), sağlık teknisyeni(28), tıbbi sekreter(33), tıbbi görüntüleme teknisyeni(18), tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikeri(7), tıbbi protez ve ortez teknikeri/teknisyeni(3) ve diş hekimi(3) olmak üzere toplam 250 sağlık çalışanına yüz yüze anket uygulanmıştır. Anket "demografik/açıklayıcı" ve "çalışma hayatına yönelik sorular" şeklinde iki bölümden oluşmaktadır. Çalışma hayatına yönelik sorular çalışma süresi, ücret, iş sağlığı ve güvenliği, çalışma koşulları, motivasyon ve çalışan psikolojisi, iş-aile dengesi ve toplumsal ilişkiler şeklinde altı ana başlıkta toplam 38 sorudan oluşmaktadır. Bulgular SPSS V24 programında frekans analizine tabi tutulmuştur. Parametrik olmayan sınıma kapsamında çoklu kategorik veri değerlendirmelerinde ki-kare testinden yararlanılmıştır. COVID-19 Pandemisinin çalışma hayatı kapsamında sağlık çalışanlarının üzerinde sekiz(8) önemli etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Bunlar; haftalık ortalama çalışma süreleri, koruyucu ekipmanların oluşturduğu tahribatlar, artan psikolojik rahatsızlıklar, artan iş yükü, çok hızlı çalışmak zorunda kalma, çalışma koşullarının iş/aile ve yaşamları üzerinde oluşturduğu olumsuz etkiler, artan kaygı ve endişe düzeyi ile kurumların tutumlarıdır.			
Anahtar Kelimeler: COVID-19, Koronavirüs, Sağlık Çalışanları, Çalışma Hayatı			

Sakarya University
Institute of Social Sciences Abstract of Thesis

Master Degree	X	Ph.D.	
Title of Thesis: Examination of the Problems of Healthcare Professionals Resulting from the Working Life During the Covid-19 Pandemic: Sakarya Province Case			
Author of Thesis: Bahar YOLVERMEZ		Supervisor: Prof. Dr. Mustafa Çağlar ÖZDEMİR	
Accepted Date: 18.06.2021		Number of Pages: ix (pretext) + 118 (mainbody) + 12 (app.)	
Department: Labour Economics and Industrial Relations		Subfield: Labour Economics and Social Politics	
The COVID-19 disease was declared as pandemic by the World Health Organization and caused the death of millions of people worldwide, causing severe economic and social disruptions in social life. Amongst the occupational groups, health workers are the most affected ones. The physical or psychological problems experienced by health workers during this process arise from working life. Therefore, this study consists of an interview with general practitioners/family physicians(12), assistant dr.'s(4), specialist dr.'s.(3), nurses(113), midwives(24), physiotherapy technicians(2), health technicians(28), medical secretaries(33), medical imaging technicians(18), medical laboratory and pathology technicians(7), medical prosthesis and orthotics technicians(3) and dentists(3) aimed to investigate the effects on the working life of health professionals. The questionnaire consisting of two parts applied to 250 health workers. Questions about working life consist of 38 questions under six main headings: working time, wage, occupational health and safety, working conditions, motivation and employee psychology, work-family balance and social relations. The findings were subjected to frequency analysis in SPSS V24 program. Within the scope of non-parametric testing, chi-square test was used in multiple categorical data evaluations. As a result, the COVID-19 Pandemic has eight(8) essential effects on health workers within the scope of working life. These; average weekly working hours, the damages caused by protective equipment, increasing psychological disorders, increased workload, working very fast, adverse effects of working conditions on work/family and life, increasing anxiety and anxiety level and attitudes of institutions.			
Keywords: COVID-19, Coronavirus, Healthcare Workers, Working Life			

GİRİŞ

2019 Aralık sonlarında ilk olarak Çin'in Wuhan şehrinde tespit edilen yeni koronavirüs virüsüne bağlı bulaşıcı hastalık (COVID-19) daha sonra tüm dünyaya yayılarak Dünya Sağlık Örgütü tarafından 11 Mart 2020'de pandemi ilan edilmiştir. Pandemi, küresel olarak birden çok ülkeyi ve kıtayı çok geniş bir biçimde etkisi altına alan ve yayılım gösteren salgın hastalıklar şeklinde tanımlanmaktadır. Pandemiler, ciddi oranlarda can kayıplarına neden olmakla birlikte hem fiziksel hem ruhsal olarak toplum genelinde derin izler bırakan bir halk sağlığı tehdididir. COVID-19 Pandemisi geçmişte yaşanan salgınlara kıyasla insandan insana daha kolay ve hızlı bir şekilde bulaşarak yayılış göstermiştir. COVID-19 pandemisi 2021 itibariyle hala dünyanın en öncelikli gündem maddesi olarak insan hayatına etkilerini devam ettirmektedir.

COVID-19 Pandemisinin en çok etkilediği meslek gruplarından biri sağlık çalışanları olmuştur. COVID-19 gibi damlacık yoluyla solunum sistemi üzerinden bulaşan salgınlara en çok hastaneler ve diğer sağlık kuruluşlarında yayılım gösterdiği görülmüştür. Sağlık çalışanları, toplum sağlığının korunması ve sürdürülebilmesi için salgın durumlarında da enfeksiyon riski yüksek çalışma koşullarında kesintisiz şekilde hizmet vermeye devam etmektedir. Çalışma hayatının merkezi "insan" olan sağlık çalışanlarının salgın sürecinde enfekte olmuş kişilerle her gün içinde bulundukları hastane ortamında sürekli temasta bulunmalarından dolayı sağlık durumları sürekli tehlike altındadır. Dünya genelinde sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisine bağlı ölümlerine ilişkin sistemli bir takip yönteminin olmamasıyla birlikte, salgın sürecinde COVID-19'a yakalanarak hayatını kaybeden sağlık çalışanı sayısının 3 binin üzerinde olduğu tespit edilmiştir (Amnesty International, 2020:14). COVID-19 yüzünden hayatını kaybeden sağlık çalışanı sayısı azımsanmayacak düzeydedir.

COVID-19 Pandemisinin dünya genelinde sağlık çalışanlarına hem fiziksel hem psikolojik olarak birçok açıdan olumsuz etkileri olmuştur. Pandeminin sağlık çalışanlarının sağlık durumlarına olan etkisi üzerine yapılan araştırmalar henüz sınırlı sayıda olmakla birlikte, salgının ilk ortaya çıktığı Çin'de yapılan çeşitli araştırmalar sonucunda önemli bulgular ortaya çıkmıştır. İlk olarak 37 sağlık çalışanıyla

gerçekleştirilen bir araştırmada, çalışanların %18,9'unda yüksek seviyede stres belirtileri saptanmış, aralarında orta veya ağır depresyon belirtisi gösterenlere de rastlanmıştır (Cao vd., 2020:2). Sağlık çalışanlarının stres, depresyon, tükenmişlik, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), anksiyete vb. tipik ruh sağlığı bozukluğu belirtilerinin çalışma süresi ve koşullarıyla doğrudan bağlantılı olduğu belirtilmiştir (Huang vd., 2020). Bununla birlikte, COVID tanısı almış hastaların %9,6'sının sağlık çalışanlarından oluştuğu, bunların %46,6'sının hemşire olduğu bildirilmiştir. Hastalanan sağlık çalışanlarının %68,6'sının hastalığının bulaşma seviyesinin fazla olduğu bir dönemde çalıştığı, %47,9'unun COVID geçiren hasta veya mesai arkadaşıyla temasta bulunduğu tespit edilmiştir (Hartmann vd., 2020). Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının yaşadığı fiziksel veya ruhsal sorunların sağlık çalışanlarının çalışma hayatıyla doğrudan ilişkili olduğu görülmektedir. Bu nedenle, COVID-19'un sağlık çalışanları üzerindeki etkilerinin tam anlamıyla tespit edilebilmesi için çalışma hayatı kapsamında ele alınması gerekmektedir.

Çalışmanın Konusu

Bu çalışma, COVID-19 Pandemisi döneminde çok yüksek riskli çalışma ortamlarında kesintisiz şekilde çalışmaya devam eden sağlık çalışanlarının söz konusu dönemde çalışma hayatından kaynaklanan sorunlarının tespit edilip değerlendirilmesine yönelik bir araştırmadır.

Çalışmanın Önemi

Sağlık çalışanlarının pandemi döneminde yaşadığı fiziksel, psikolojik ve toplumsal sıkıntıların birçoğu içinde bulundukları çalışma koşullarından kaynaklanmaktadır. Pandemi döneminin sağlık çalışanlarının çalışma hayatında ne tür değişimlere yol açtığının belirlenmesi sağlık çalışanlarının bu süreçte yaşadığı problemlerin tespiti açısından çok önemli ve kritik bir konu haline gelmiştir. Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının çalışma hayatında karşılaştığı problemlerin tespit edilmesi, alınabilecek önlemlerin belirlenmesi açısından da önemlidir.

Literatürde, COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanları üzerindeki etkilerine ilişkin gerçekleştirilmiş çalışma sayısı sınırlı sayıda olmakla birlikte, önceki çalışmalarda sağlık çalışanlarının pandemi sürecinde karşılaştığı sorunlar genellikle psikolojik açıdan

ele alınıp ruh sağlığı ve iyilik hallerinde yaşanan problemler üzerinde durulmuştur. Çalışmamız, sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisi sürecinde yaşadığı sorunları çalışma hayatı bileşenleri çerçevesinde Türkiye’de inceleyen ilk araştırmalardan biri olma özelliğinden dolayı önemli ve özgün değere sahiptir.

Çalışmanın Amacı

Çalışmanın amacı pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının çalışma hayatından kaynaklanan sorunlarını ortaya koymak ve çözüm önerileri geliştirmektir. Bu amaç çerçevesinde üç hedef belirlenmiştir: (1) Sağlık çalışanlarının çalışma hayatına yönelik bileşenlerinin tespiti, (2) Tespit edilen bileşenler çerçevesinde sağlık çalışanlarının çalışma hayatının ne düzeyde etkilendiğinin ortaya konulması, (3) Elde edilen bulgular çerçevesinde değişimin ve sorunların tespiti ve çözüm önerilerinin geliştirilmesi.

Çalışmanın Yöntemi

Pandemi sürecinde hastane ortamlarının yüksek bulaş riski bulundurması ve sağlık çalışanlarının çok yoğun bir şekilde çalışmasından dolayı hem sağlık hem zaman açısından nicel araştırma tekniğinin daha uygun olacağı düşünölmüştür. Bu yöntemle sağlık çalışanlarına daha hızlı ve kolay bir şekilde ulaşılmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak temel araştırma sorusunun cevaplandırılmasına yönelik geliştirilmiş orijinal soru formu kullanılmıştır. Araştırma soruları çalışma hayatı alt bileşenleri dikkate alınarak sınıflandırılmıştır. Araştırma soru formu oluşturulurken Sağlık Personeli Yaşam Kalitesi Ölçeği’nden (2011) ve COVID-19 Pandemisinde İstanbul Kamu Hastaneleri Anketi’nden (2020) de yararlanılmıştır.

Oluşturulan anket formu yüz yüze veya yerinde dağıtılıp toplanarak uygulanmıştır. Pandemi süreci tüm sağlık çalışanlarını etkisi altına aldığından araştırma kapsamında kamu veya özel sektör ayrımına gidilmemiştir. Ana kütlede bulunan tüm çalışanlara ulaşım imkânı güç olduğundan ana kütlede örneklem çekilerek uygulanmıştır. Araştırmanın örnekleme, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği Merkezi, İlçe Sağlık Müdürlüğü ve Özel Hastanede görev yapan pratisyen hekim/aile hekimi, asistan dr., uzman dr., hemşire, ebe, fizyoterapi teknikeri, sağlık teknisyeni, tıbbi sekreter, tıbbi görüntöleme teknisyeni, tıbbi laboratuvar ve patoloji

teknikeri, tıbbi protez ve ortez teknikeri/ teknisyeni ve diş hekimlerinden oluşmaktadış. Pandemi döneminde hastane ortamları yüksek bulaş riski taşıdığından daha fazla örnekleme sayısı ve meslek grubuna ulaşmayı zorlaştırmış, araştırmanın kapsamını sınırlandırmıştır. Bu süreçte toplam 250 adet geçerli anket elde edilmiştir.

Araştırmada temel soruyu yanıtlayabilmek için altı (6) alt soruya yanıt aranmıştır. Sorular, pandemi döneminin sağlık çalışanlarının çalışma hayatlarını değiştirdiği ve sorun alanları oluşturduğu varsayımı ile hazırlanmıştır.

Araştırmanın Temel Sorusu

Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının çalışma hayatından kaynaklı sorunları nelerdir?

Araştırmanın Alt Soruları

Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının çalışma sürelerinde herhangi bir değişim yaşanmış mıdır?

Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının ücretlerinde herhangi bir değişim yaşanmış mıdır?

Pandemi dönemi sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğini ne yönde etkilemiştir?

Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının çalışma koşullarında ne tür değişimler yaşanmıştır?

Pandemi döneminin sağlık çalışanlarının motivasyon ve çalışan psikolojisine ne tür etkileri olmuştur?

Pandemi dönemi sağlık çalışanlarının iş-aile dengesini ve toplumsal ilişkilerini ne yönde etkilemiştir?” alt sorularına yanıt aranmıştır.

Elde edilen bulgular SPSS V24 programında frekans analizine tabi tutulmuştur. Ayrıca parametrik olmayan sınaama kapsamında çoklu kategorik veri değerlendirmelerinde ki-kare testinden faydalanılmıştır. Bu sayede, sağlık çalışanları birden çok meslek grubundan oluştuğundan araştırma kapsamındaki meslek grupları arasındaki çapraz ilişkiler açısından mesleksenel farklılıklarının olup olmadığı da ortaya koyulmuştur.

Çalışma üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde sağlık çalışanları ve COVID-19 Pandemisi ele alınmış, pandeminin hem Dünyadaki hem Türkiye’deki gelişimiyle birlikte sağlık çalışanlarının sağlık durumlarına etkilerine yer verilmiştir. İkinci

bölümde sağlık çalışanlarının çalışma hayatına ilişkin açıklamalar yapılmıştır. Bu bölümde, çalışma ortam ve koşulları, çalışma süreleri, ücretler, iş sağlığı ve güvenliği, sağlık alışanlarının COVID-19'a mesleki maruziyeti ve sağlık çalışanlarının pandemi sürecindeki mesleki sorumlulukları konuları incelenmiştir. Son bölüm araştırmaya ayrılmıştır. Araştırmanın konusu, amacı, kapsamı, sınırlılıkları ve yöntemine ilişkin ayrıntılı bilgilere buradan ulaşılabilir. Araştırma kapsamında elde edilen bulgular bu bölümde tablo ve grafikler halinde sunulmuş ve değerlendirilmiştir.



BÖLÜM I: SAĞLIK ÇALIŞANLARI VE COVID-19 PANDEMİSİ

1.1. Sağlık Çalışanları Tanım, Kapsam ve Özellikleri

Sağlık çalışanları, ilgili araştırmalarda ve uluslararası kuruluşlar tarafından farklı şekillerde tanımlanmıştır. Bu bölümde, sağlık çalışanlarının tanımı ve kapsamı ayrıntılı bir şekilde ele alınıp ikinci bölümünde sağlık çalışanlarının özellikleri incelenecektir.

1.1.1. Sağlık Çalışanları Tanımı ve Kapsamı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (World Health Organization –WHO) sağlık çalışanlarını, “toplum sağlığını iyileştirmeye, korumaya ve güçlendirmeye yönelik çalışan tüm kişiler” olarak tanımlanmaktadır (WHO, The World Health Report, 2006).

Sağlık çalışanları, hastalara, doku parçalarına, kontamine¹ tıbbi malzeme, ekipman, çevresel veya hava aracılığıyla bulaşan maddelere maruziyet riski bulunan, sağlık alanında çalışan, ücretli ve ücretsiz kişilerin tümü şeklinde tanımlanır (Meydanlıoğlu, 2013:193).

Bu çerçevede sağlık çalışanları, “toplum sağlığının korunması ve sürdürülebilmesi için her yaş grubu ve cinsiyetten olası bir hastalık halinde olan, yaşlılık veya başka durumlardan kendi kendine bakım kuvvetini kaybeden, çoğunlukla sıkıntı halinde olan özenli şekilde iyi bir bakıma muhtaç bireylerin iyilik halinin tekrar eski haline döndürülebilmesine yönelik gerekenleri yapan ve olağanüstü durumlarda da enfeksiyon riski bulunan çalışma koşullarında kesintisiz şekilde çalışmaya devam eden kişiler olarak” tanımlanabilir.

Sağlık çalışanları farklı görev tanımları ve uzmanlık alanlarına göre sınıflandırılmaktadır. Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Organization-ILO), sağlık hizmet sektöründe çalışanları; doktorlar, diğer profesyoneller (diş hekimi, biyolog, psikolog, eczacı, diyetisyen ve beslenme uzmanı vb.), hemşire, ebe ve sağlık memurları, sağlıkla ilgili diğer çalışanlar (teknisyenler, vb.) ve diğer (sekreter, güvenlik görevlisi, ambulans şoförü vb.) şeklinde sınıflandırmıştır (ILO, 2012:26).

¹Kontamine: Enfeksiyon riski oluşturan maddenin vücut, eşya, su, gıda vb. cisimlerin üstünde bulunmasıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, COVID-19 Sözlüğü, 2020).

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 22.05.2014 tarihli ve 29007 no.lu Resmi Gazetede yayımlanan Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik'te sağlık çalışanlarının mensup olduğu meslek grupları, iş ve görev tanımları yapılmıştır. Tablo 1'de bu kapsamda sağlık çalışanlarının mensup olduğu meslek grupları verilmiştir.

Tablo 1: Sağlık Çalışanlarının Mensup Olduğu Meslek Grupları

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

Sağlık hizmetleri, “bireyin sağlığının korunması, tanısı, tedavisi ve bakımına yönelik bireysel olarak ya da kamu veya özel kuruluşlar tarafından verilen hizmetler” olarak

tanımlanmaktadır (Meydanlıoğlu, 2013:193). Sağlık hizmetleri, insanın var olduğu her alanda ve koşulda verilebilmelidir (Oğan, 2014:14). Sağlık hizmetlerin de kalite ve verimliliğin arttırılabilmesi aynı zamanda sürekliliğinin de sağlanabilmesi açısından yeterli sağlık çalışanının bulundurulması önemlidir. Sağlık hizmetleri, aşırı dikkat gerektirmektedir. Ancak sağlık çalışanlarının iş yükünün fazla olması dikkat dağınıklığına yol açtığından bunun sonucunda ortaya çıkabilecek olan hataların geriye dönüşü olmayacak şekilde sonuçlanmasına neden olabilmektedir (Şensoy, 2019:4). Sağlık hizmetlerine katkılarının yanı sıra hayati sonuçlara sebep olabilecek durumlarla karşılaşmamak için yeterli sayıda sağlık personelinin bulundurulması gerekmektedir. Tablo 2’de sağlık çalışanı sayısının yıllara göre dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 2: Türkiye’de Sağlık Çalışanı Sayısının Yıllara Göre Dağılımı

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Uzman Dr.	75.251	77.662	78.620	80.951	82.894	85.199
Pratisyen Hekim	39.045	41.794	43.058	44.649	44.053	46.843
Asistan Dr.	21.320	21.843	23.149	24.397	26.181	28.768
Toplam Hekim	135.616	141.259	144.827	149.997	153.128	160.810
Diş Hekimi	22.996	24.834	26.674	27.889	30.615	32.925
Eczacı	27.199	27.530	27.864	28.515	32.032	33.841
Hemşire	142.432	152.803	152.952	166.142	190.499	198.103
Ebe	52.838	53.086	52.456	53.741	56.351	55.972
Diğer Sağlık Personeli	138.878	145.943	144.059	155.417	177.409	182.456
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	303.110	311.337	321.952	339.241	376.367	369.660
Toplam Çalışan Sayısı	823.069	856.792	871.334	920.939	1.016.401	1.033.767

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019:211

Tablo 2’de yıldan yıla genel olarak sağlık çalışanı sayısının arttığı aynı zamanda çoğunluğunun hemşire, hekim, diğer personel ve hizmet alımlarından oluştuğu görülmektedir. 2014’te toplam 135.616 olan hekim sayısı 2019’da 160.810’a yükselmiştir. 5 yıllık süre içerisinde 25.194 hekim artışı yaşanmıştır. Bu durum, yıllık yaklaşık 5038 hekimin sağlık sistemine katıldığını göstermektedir. Aynı zamanda

2014'te 142.432 olan hemşire sayısı 2019'da 198.103'e yükselmiştir. Bu dönemde 55.671 hemşire sağlık sektöründe hizmet vermeye başlamıştır. Bu durumda sağlık sektöründe yıllık ortalama 11.134 hemşire istihdam edilmiştir. Buna ek olarak, Tablo 3'te sağlık çalışanlarının unvanlara ve sektörlere dağılımları verilmiştir.

Tablo 3'te görüldüğü gibi, 2019'da Türkiye genelinde toplam 1.033.767 sağlık çalışanı bulunmaktadır. Sağlık personellerinin %63'ü Sağlık Bakanlığı'nda, %13,2'si üniversitede ve %23,8'i özel sektör sağlık kurumlarında çalışmaktadır. Toplam 160.810 hekimin %60,4'ü Sağlık Bakanlığı kurumlarında, %20,9'u üniversitelerde ve %18,6'sı da özel sektörde faaliyet göstermektedir. 2019'da toplam 198.103 hemşirenin yaklaşık %66,8'i Sağlık Bakanlığı kapsamında, %15,8'i üniversitede ve %17,4'ü özel sektörde çalışmaktadır. Görüldüğü gibi, sağlık çalışanlarının büyük bir kısmı Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlarda çalışmaktadır.

Tablo 3: Sağlık Çalışanlarının Unvanlara ve Sektörlere Göre Dağılımı, 2019

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Toplam
Uzman Dr.	44.698	14.822	25.679	85.199
Pratisyen Hekim	42.300	307	4.236	46.843
Asistan Dr.	10.147	18.621	-	28.768
Toplam Hekim	97.145	33.750	29.915	160.810
Dış Hekimi	11.387	4.425	17.113	32.925
Eczacı	3.404	840	29.597	33.841
Hemşire	132.333	31.324	34.446	198.103
Ebe	52.076	809	3.087	55.972
Diğer Sağlık Personeli	124.758	17.050	40.648	182.456
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	229.335	48.331	91.994	369.660
Toplam Çalışan Sayısı	650.438	136.529	246.800	1.033.767

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019:212

1.1.2. Sağlık Çalışanlarının Özellikleri

Sağlık alanı, ağır stres vb. sorunları olan hasta kişilere hizmet verme sıkıntısının yanı sıra çalışanların günlük çalışma periyodlarında sıklıkla kritik vakalarla karşı karşıya kalmalarından dolayı diğer çalışma alanlarına göre farklılık göstermektedir (Yıldız,

Yolsal, Ay ve Kıyan, 2003:35). Sağlık kuruluşları, “yüksek riskli mekânlar ” şeklinde tanımlanmaktadır (Sezgin İnce, 2008:62).

Sağlık hizmetleri, hizmetler sektörü içerisinde önemli bir alanı kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinin insan hayatıyla direkt ilişkili olması, sağlık çalışanlarının teknik yeterlilik ve mesleki bilgilerini diğer sektörlerle göre daha önemli hale getirmektedir (Kavuncubaşı ve Kısa, 2002:37-38). Sağlık alanı, yoğun emek harcamayı gerektiren bir alandır (Sunar ve Çınar, 2017:122). Sağlık hizmetlerinin 7/24 sürekli olarak verilmesi, sağlık çalışanlarının olağan çalışma sürelerinin dışında icapçı ya da nöbet usulü şeklinde çalışmalarına neden olmaktadır. Kesintisiz şekilde hizmet verildiğinden sağlık çalışanları vardiya sistemi şeklinde, aciliyet durumunda vardiyaları haricindeki vakitlerde de çalışmak zorunda kalmaktadır (Devebakan, 2007:130, Mohammad, 2007:84-85).

Çalışma alanlarının konusu “insan” olan sağlık çalışanlarının çalışma hayatında yoğun iletişime maruz kalması, üstlendikleri iş yükünün çok fazla olması, ağır ve ölümcül hastaların bakımıyla ilgilenmesi, gereken zamanlarda hastalara ve yakınlarına duygusal olarak desteklemek zorunda kalması onların stres, gerginlik vb. sorunlarla karşılaşmasına neden olmuştur (Akbolat ve Işık, 2009:33).

Sağlık çalışanları dünya genelinde eşit olmayan bir şekilde dağılmıştır. Göreceli ihtiyacı en düşük olan ülkeler en fazla sayıda sağlık çalışanına sahipken en büyük hastalık yüküne sahip olanlar çok daha küçük bir sağlık işgücüsüyle idare etmek zorunda kalmıştır. Örneğin; Afrika Bölgesi, küresel hastalık yükünün %22'sinden fazlasına sahipken sağlık çalışanlarının yalnızca %3'üne ve dünyanın finansal kaynaklarının %1'inden azına erişebilmektedir (WHO, 2020d). Sağlık çalışanları Amerika Birleşik Devletleri'nin toplam işgücünün %12'sini oluşturmakla birlikte (KFF (Kaiser Family Foundation), 2020), hastanede hizmet veren sağlık çalışanlarının %30'unu hemşireler oluşturmaktadır (U.S. Bureau of Labor Statistics, 2020).

Sağlık çalışanları vaktinin büyük bir kısmını yoğun bir şekilde hastanede çalışarak geçirmektedir (Øvretveit, 2003). Hastanelerin geliştirdiği kurallar çerçevesinde çalışanların kendilerine ait zaman dilimlerinin oluşturulması gerekmektedir. Ayrıca çalışan sağlığına yönelik iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları sektörden sektöre farklılık

göstermektedir. Sağlık çalışanları sürekli hasta kişilerle bir arada olduğundan bu durum onlar açısından daha da önem hale gelmektedir (Karaca, 2013:66).

Sağlık çalışanları, en fazla mesleki risk ve tehlikeyle karşılaşan çalışanlar arasındadır. Öncelikli olarak birinci derece operasyonel çalışmalarda yer almaları bu riskin oluşmasına neden olmaktadır. Mesleki baskı açısından en zor ve yorucu mesleklerden biri olarak karşılaştığı tüm zorlukların göz önüne alınması gerekmektedir. Sağlık çalışanının meslek riskleriyle karşılaşma ihtimali mesleğine, işine ve hizmet verdiği birime göre değişmektedir. Örneğin; nükleer tıp, radyasyon, radyoloji ve sterilizasyon birimlerinde görev yapanlarda civa ve gluteraldehid maruziyeti, ameliyathane bölümünde hizmet verenlerin üzerinde toksik gazların tesiri bulunmaktadır. Hemşirelerin hasta kişilerle oldukça fazla vakit geçirmeleri veya bakımlarıyla bizzat ilgilenmelerinden kaynaklanan sağlık riskleriyle karşılaşma ihtimalleri de diğer sağlık çalışanlarından daha fazladır (Karaca, 2013:67).

Sağlık çalışanları, belirli eğitim aşamalarından geçtikten sonra mesleklerini yapabilmektedir. Bununla birlikte, ilerleyen yaşlarına rağmen emekli olmadıkları, birçok işkoluna kıyasla günümüzdeki yasal emeklilik yaşının (65 yaş) üzerinde olup çalışmaya devam ettikleri görülmektedir (Bilir, 2005:306). 30 yaş üzeri ve mesleki deneyimi 11 yıl ve üzeri, kurum deneyimi 6 yıl ve üzeri olan sağlık çalışanlarının işten ayrılma niyetinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Çankaya, 2020a:134).

Sağlık sektörü kapsamında genel olarak kadın çalışan sayısının yoğun olmasıyla birlikte, hemşirelikte kadın çalışanların, hekimlerde erkek çalışanların ağırlıkta olduğu görülmektedir (Hıdıroğlu, 2006:19). 2018’de Türkiye’de erkek hekim sayısının 62.908, kadın hekim sayısının 37.092, erkek hemşire sayısının 14.845, kadın hemşire sayısının 85.155 olduğu tespit edilmiştir (WHO, 2021). Türkiye’de üniversitelerde hemşirelik bölümlerine erkeklerinde kabul edilmeye başlanmasıyla önceki yıllara göre erkek hemşire sayısı gittikçe artmıştır. Ancak hemşirelik mesleğini çoğunlukla kadınlar tercih etmektedir (Akkaya, 2007:45). Sağlık sektöründe çalışanların çoğunluğu hemşirelerden oluşmaktadır. Bu mesleğin manevi yönü olmasının yanı sıra kısa sürede iş bulabilme imkânının olması da çoğunlukla tercih edilmesinin nedenleri arasındadır (Şensoy, 2019:8).

1.2. COVID-19 Pandemisi ve Yayılış Süreci

Küresel seyahatlerin yaygınlaşması, insanlarla hayvan temasının artması, mevsimsel değişiklikler vb. etkenlerden kaynaklanan salgın hastalıkların 21.yy'ın halk sağlığının en büyük problemlerinden biri olacağı öne sürülmektedir (Gates, 2020:1677-1679, Semenza, Rocklöv, Penttinen and Lindgren, 2016:73). Bu bağlamda, bu dönemin en etkili salgınlarının SARS, İnfluenza, MERS ve Ebola salgınları olduğu görülmektedir. 2009'da İnfluenza (H1N1 virüsü), 2012 ve 2013 arasında Orta Doğu'da MERS (Orta Doğu Solunum Sendromu), 2014'te Batı Afrika'da Ebola salgınları bölgesel sınırlarını aşp üç kıtada da yayılım göstermiştir (Aşkın, Bozkurt ve Zeybek, 2020:306). 2003'te Asya bölgesini etkisi altına alan SARS (Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu) salgını bulaşan her 10 bireyden 1'inin ölümüne yol açarak hızlı şekilde önlemler alınmasına rağmen çok sayıda kişiyi kısa sürede etkilemiştir (Budak ve Korkmaz, 2020:64).

2019 Aralık sonlarında ilk olarak Çin'in Wuhan kentinde SARS epidemisine sebep olan virüsle yapısal benzerliğe sahip yeni bir koronavirüs ortaya çıkmıştır (WHO, 2020a). Yeni tip koronavirüs ilk olarak bu kesimdeki deniz mahsulleri ve hayvan pazarlarında bulunanlarda tespit edilmiş sonrasında kişiden kişiye geçerek Hubei eyaletindeki kentlere, Çin Halk Cumhuriyeti'nin başka eyaletlerine daha sonra dünya genelinde yayılım göstermiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020a). Daha önceden bilinen koronavirüs türlerinden farklı şekilde bu virüse "SARS-CoV-2" adı verilmiştir (Aslan, 2020, Xu vd.,2020). Virüsün neden olduğu hastalık ilk "2019 Novel Coronavirus" şeklinde isimlendirilmiş sonrasında "COVID-19" olarak değiştirilmiştir (WHO, 2020b). Yüzeylerinde taç benzeri çubuksu uzantılar olmasından dolayı Latince'de "taç" anlamına gelen "corona" kelimesinden esinlenerek bu tip antijenlere Coronavirus (taçlı virüs) adı verilmiştir (McIntosh vd., 1967). SARS-CoV-2 (COVID-19) virüsü, kişiden kişiye bulaşan yedinci koronavirüs olarak kayıtlara geçmiştir (Özden, Turanlı, Deniz Başar, Bağdatlı Kalkan ve Erişlik, 2020). Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19), ateş, öksürük gibi solunum yolu semptomları gösteren belirli hastalara yönelik yapılan çalışmalardan sonra 13 Ocak'ta tanımlanabilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020a).

Pandemi, küresel olarak birden çok ülkeyi ve kıtayı çok geniş bir biçimde etkisi altına alan ve yayılım gösteren salgın hastalıklar şeklinde tanımlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2019). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün bir salgının

pandemi sayılabilmesi için üç ölçütü bulunmaktadır. Bunlar; yeni bir virüs veya mutasyon geçirmiş bir etkenin varlığı, kişiye basit şekilde geçebilmesi, kişiden kişiye kolay ve sürekli bir şekilde bulaşmasıdır (TÜBA (Türkiye Bilimler Akademisi), 2020). DSÖ, tüm dünyada çabuk ve aşırı bir şekilde yayılmaya başlayan COVID-19 salgını 30.01.2020’de “Uluslararası Boyutta Halk Sağlığı Acil Durumu”, 11.03.2020’de de “Küresel Salgın (pandemi)” olarak ilan etmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020b). DSÖ’nün Yeni Koronavirüs 66. Durum Raporunda, 26 Mart itibariyle küresel ölçekteki hasta sayısı 462.684, ölüm sayısı 20.834 olarak rapor edilmiştir (WHO, 2020a).

COVID-19 virüsünün en sık görülen belirtilerinin yüksek ateş, halsizlik ve kuru öksürük olduğu tespit edilmiştir. Mevsimsel griple karşılaştırıldığında daha bulaşıcı ve patojenik² olduğu, ölüm olasılığının %0,5-3 arasında değiştiği bilinmektedir (Murthy, Gomersall and Fowler, 2020:1499-1500, Parodi and Liu, 2020:1441-1442). Virüs, yakın temasta bulunan kişiler arasında öksürük, hapşıрма ya da konuşma esnasında damlacıklar yoluyla yayılmaktadır. Öte yandan, nispeten az da olsa semptom göstermeyen enfekte kişilerden de geçebilmektedir (CDC (Centers for Disease Control and Prevention), 2020). Yeni Koronavirüs Hastalığı, SARS ve MERS salgınlarından daha da hızlı yayılma özelliği göstermektedir. Hastalığın bireyi etkileme düzeyi yaş ve diğer kronik hastalıkların olup olmamasına göre değişiklik göstermektedir (Aşkın vd., 2020:306). Hastalığa yakalananlar genellikle üzerinden 7 gün geçtikten sonra hastaneye başvuracak derecede ağırlaşmaya başlamaktadır (Arslan ve Karagül, 2020:7). Sağlık çalışanları ve kalp, astım, diyabet, hipertansiyon vb. ciddi kronik rahatsızlığı bulunanlar, 60 yaşın üzerindeki bireyler COVID-19’un en çok etkilediği grupları oluşturmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020a). COVID-19 ile aynı beta-coronavirus ailesinden olan SARS’ın fatalite hızının %11, MERS’in %35-50 arasında olduğu gözlemlenmiştir (Özlu ve Öztaş, 2020:470). COVID-19’a yakalananların ölüm oranı diğer iki salgından düşük olsa da bölgeden bölgeye önemli farklılıklar göstermektedir.

1.2.1. Pandeminin Dünyadaki Yayılışı

COVID-19 salgını, Çin’de görülmeye başladıktan sonra üç ay gibi az bir sürede bütün dünyada yayılım göstermiştir (WHO, 2020a). Çin haricindeki ilk vaka 13 Ocak 2020’de

²Patojenite: Bir enfeksiyon etkeninin duyarlı konakta hastalık oluşturma yeteneğidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, COVID-19 Sözlüğü, 2020). Patojenik, hastalığa neden olan, hastalığın nedenini oluşturan anlamına gelmektedir.

Tayland'da 61 yaşında olan Çin'in Wuhan şehrinden gelen kadın bir turistte tespit edilmiştir. 16 Ocak'ta Japonya'da, 19 Ocak'ta Güney Kore'de tekrar Çin'den gelen turistler arasında iki vaka gözlemlenmiştir. Böylelikle, Çin haricindeki ilk vakalar özellikle Çin'e yakın ülkelerde raporlanmaya başlamıştır. 30 Ocak 2020'den itibaren Çin'de 7.734 vaka onaylanırken Almanya, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Finlandiya, Fransa, Avustralya, Vietnam, Hindistan, Japonya, Güney Kore, Tayvan, Nepal, Tayland, Filipinler, Malezya, Sri Lanka, Birleşik Arap Emirlikleri, Kamboçya ve Kanada gibi ülkelerden de toplamda 90 vaka daha bildirilmiştir. 16 Şubat'ta bu vaka sayısı 25 ülkede toplam 51.857'ye kadar artmıştır. Aralık 2019'dan Şubat 2020'ye kadar geçen süreçte 57 ülkede 80.000'den fazla hastayı etkileyen ve 9 ülkede 2.924 ölüme yol açan COVID-19'un dünyadaki yayılımı Mart'ta da sürmüştür (TÜSPE (Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü) Rapor, 2020:14). Pandeminin Mart ve Nisan'da Avrupa ve Amerika kıtalarına da yayılması hasta sayısının küresel ölçekte hızlıca artmasına sebep olmuştur. 26 Mart 2020'den itibaren Avrupa'da 265.421 vaka, 15.798 ölüm gerçekleşirken en fazla vaka bildirilen ülkelerin çoktan aza doğru İtalya, İspanya, Almanya ve Fransa'nın olduğu belirlenmiştir. 27 Mart'ta Amerika Birleşik Devletleri (ABD) 100.000 hasta sayısını geçen ilk ülke olarak kayıtlara geçmiştir.

Test ve karantina uygulamalarına yönelik ülkelerin farklı stratejileri olduğu görülmektedir. Güney Kore bir milyon vatandaşı başına yaptığı 5200 test ile yüksek test kapasitesinin salgınların kontrolünde nasıl kullanılabileceğini, Çin Halk Cumhuriyeti'nin uyguladığı agresif karantina önlemleri de salgının bu tür önlemlerle kontrol altına alınabileceğini göstermiştir. Bu ülkeler, diğer dünya ülkelerine spesifik çözümlerin geliştirilmesinin gerekliliğini gösteren ülke örnekleri olarak karşımıza çıkmaktadır (Er ve Ünal, 2020:5). Salgının ilk yayılış gösterdiği dönemlerde mevcut bir aşının olmamasından dolayı dünya genelinde alınan önlemler, hastalığın yayılımının önlenmesine, özellikle de kişisel hijyen kurallarına uyulmasına yönelik geliştirilerek "sokağa çıkma yasağı, sosyal karantina uygulaması, okulların kapatılması, spor müsabakalarının durdurulması, işyerlerinin kapatılması, ülkelerarası sınır geçişlerinin kapatılması" şeklinde uygulanmıştır (Duran ve Acar, 2020:65). Salgının yaşamı durduran niteliği, tüm dünyayı iktisadi, toplumsal ve politik olarak pek çok açıdan etkilemesi küresel bağlamda bir tehdit olarak adlandırılmıştır. DSÖ, salgının pandemi ilan edilmesinden yaklaşık kırk beş gün sonra 27.03.2020'de toplam 199 ülkede

COVID-19 vakasının tespit edildiğini, bunun sonucunda 21.031 bireyin yaşamını yitirdiğini açıklamıştır (Arslan ve Karagül, 2020:17).

Dünya genelinde özellikle pandeminin ilk yayılma evrelerinde bu süreçten en çok etkilenen ülkeler ABD ve İtalya olmuştur. Virüsün ilk görüldüğü Wuhan'da bile salgından hayatını kaybedenlerin sayısı bu ülkelerde görülen günlük vaka sayısının çok altında kalmıştır. DSÖ'nün resmi internet adresinden günlük olarak sürekli güncellenen verilere bakıldığında, ABD'nin koronavirüsten dolayı en fazla kaybın yaşandığı ülke olduğunu söylemek mümkündür (WHO, 2020c). ABD'de bu durumun yaşanmasının arkasındaki sebebin Amerikan sağlık sistemi olduğunu ileri sürenler bulunmaktadır. Genel sağlık sigortası kavramının olmadığı bu karma sistemin içerisinde 65 yaş ve üzeri, engelli ya da belirli gelir düzeyinin altındaki bireylere yönelik Medicare ve Medicaid programları, gazi ve gazi yakınlarına ordu tarafından bağışlanan programlar, çalışan ve ailesine yönelik işverenleri aracılığıyla katıldıkları özel sigorta planları bulunmaktadır. Bu modüler sigorta sistemi toplumun her kesimini kapsamına almamaktadır (Smith and Medalia, 2015).

Pandemiyle mücadelede İtalya'da virüsün ilk tespit edildiği aynı zamanda merkez üssü sayılan Lombardiya bölgesinde salgının başlangıcında gerekli tedbirlerin alınamadan vaka sayılarının birden çoğalması halinde ekipman ve yoğun bakım ünitesine ilişkin eksiklerin bulunması sağlık sisteminin çökmesine sebep olmuştur. Dünyada gelişmiş ülkeler içerisinde bulunan bu ülkelerin pandeminin yarattığı olağanüstü durumlar karşısında öncelikle sağlık alanı olmak üzere birçok sektörde negatif yönde etkilendiği görülmektedir (Sertdemir, 2020:24).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), koronavirüsün pandemi ilan edilmesinin ardından hazırladığı Mart raporunda, COVID-19'un küresel GSYİH üzerindeki etkileri göz önünde bulundurulduğunda salgının küresel işsizlikte bir artışa yol açacağı ve 24,7 milyon insanın işsizlikle karşı karşıya kalabileceğini duyurmuştur (ILO, 2020a). 18 Haziran 2021 itibarıyla en az bir ülkede onaylanan 18 aşının kullanımına başlanmasıyla birlikte, salgının yayılma seviyesi kontrol altına alınmaya başlanmıştır (<https://covid19.trackvaccines.org/vaccines>). Ancak tüm dünyaya yayılan bulaşıcı hastalık hala pandemi seviyesinde sürmektedir (TÜBA, 2020).

Tablo 4: DSÖ Bölgelerine Göre COVID-19 Doğrulanmış Vaka ve Ölüm (WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard) (09.12.2020)

DSÖ Bölgeleri	Doğrulanmış Vaka Sayısı	Ölüm Sayısı
Amerika	28.832.193	756.097
Avrupa	20.869.839	462.615
Güneydoğu Asya	11.195.661	170.284
Doğu Akdeniz	4.378.210	109.229
Afrika	1.571.911	34.979
Batı Pasifik	931.803	17.997
Toplam	67.780.361	1.551.214

Kaynak: <https://covid19.who.int/>

Küresel olarak 9 Aralık 2020 itibariyle 67 milyon 780 bin 361 onaylanmış COVID-19 vakası, 1 milyon 551 bin 214 ölüm gerçekleşmiştir. En çok vaka görülen bölgeler Amerika ve Avrupa'dır. Toplam vakaların yarısından fazlası aynı zamanda en çok ölümün gerçekleştiği Amerika bölgesinde görülmüştür (Tablo 4). “Nüfus, gelir düzeyi, demografik yapı, sağlık sistemi kapasitesi ile alınan önlemler, tanı ölçütleri, test protokolleri ve kapasitesi” gibi birden çok parametreye bağlı olarak değişen vaka ve ölüm sayıları ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir (Üner, 2020:90). Toplam vaka ve ölüm sayısına göre ilk on ülke Tablo 5’te verilmiştir.

Vaka sayısı 1 milyonun üzerinde olan dört ülke bulunmaktadır. Vakanın en çok görüldüğü ülke 14 milyon 756 bine yaklaşan vaka sayısı ile ABD olmuştur. ABD’yi vaka sayısı bakımından Hindistan (9.735.850 vaka), Brezilya (6.623.911 vaka) ve Rusya (2.541.199 vaka) izlemektedir. Bu dört ülkenin ardından 1,5 milyondan fazla vakanın gerçekleştiği Fransa, İtalya, İngiltere ve İspanya eklenmiştir. Ölüm sayısı 100 binin üzerinde olan üç ülke bulunmaktadır. Ölümünün en çok yaşandığı ülke ABD’dir. ABD 200 binin üzerinde ölüm ile tüm vakaların 1/5’inden fazlasına sahiptir. ABD’den sonra en fazla ölümün yaşandığı ikinci ülke Hindistan (141.360) olmuştur. Brezilya, İngiltere, İtalya, Fransa ve İspanya ölüm sayıları açısından bu ülkeleri izlemektedir (Tablo 5).

Tablo 5: Toplam Vaka ve Ölüm Sayısına Göre Dünyada İlk 10 Ülke (09.12.2020)

Ülke	Toplam Vaka Sayısı	Günlük Vaka Sayısı	Toplam Ölüm Sayısı	Günlük Ölüm Sayısı
Amerika	14.755.996	185.473	281.442	1.529
Hindistan	9.735.850	32.080	141.360	402
Brezilya	6.623.911	20.371	177.317	376
Rusya	2.541.199	26.190	44.718	559
Fransa	2.269.668	13.713	55.986	828
İtalya	1.757.394	14.837	61.240	634
İngiltere	1.750.245	12.281	62.033	599
İspanya	1.702.328	0	46.646	0
Arjantin	1.466.309	3.199	39.888	118
Kolombiya	1.377.100	5.997	37.995	187

Kaynak: <https://covid19.who.int/table>

Henüz vaka bildirmemiş ülkeler arasında Asya’da Türkmenistan ve Kuzey Kore yer almaktadır. Bununla birlikte, Solomon Adaları, Samoa ve Vanuatu gibi küçük Pasifik ada ülkeleri dünyada en az vaka sayılarına sahip ülkeler olarak karşımıza çıkmaktadır (JHU (Johns Hopkins University&Medicine) Coronavirus Resource Center, 2020).

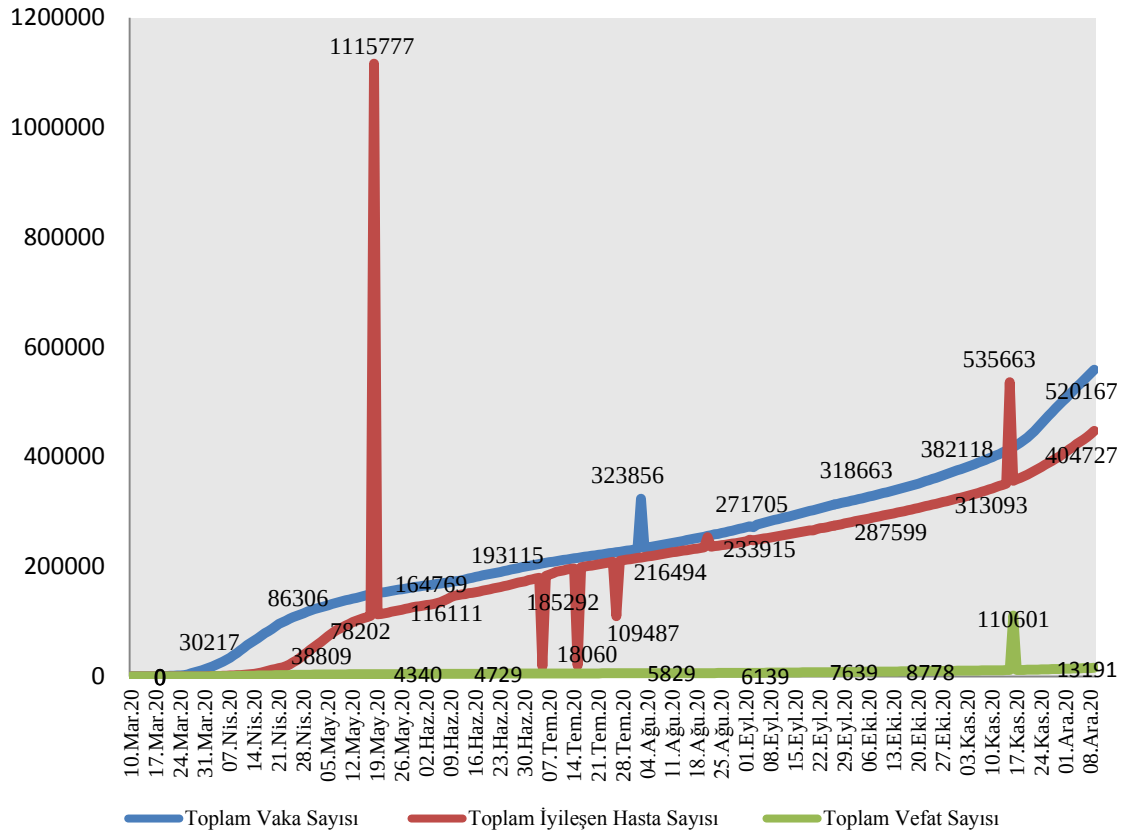
1.2.2. Pandeminin Türkiye’deki Yayılışı

Koronavirüs salgınının yayılımının erken döneminde T.C. Sağlık Bakanlığı’nın hazırladığı Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı’na göre Koronavirüs Bilim Kurulu oluşturulmuştur. 24 Ocak 2020 itibariyle, Sağlık Bakanlığı’nın kontrolünde havalimanlarına kurulan termal kameralar aracılığıyla özellikle Çin’den gelen yolcular kapsamlı bir şekilde taranmaya başlanmış ve koronavirüs belirtileri gösteren kişilerin karantinaya alınacağı bildirilmiştir. Türkiye, 3 Şubat’ta Çin’den gelen tüm uçuşları yasaklayıp 23 Şubat’ta İran Sınırını kapatmış ve 29 Şubat’ta da İtalya, Güney Kore ve Irak gibi ülkelerle uçuşları karşılıklı olarak durdurmuştur. 8 Mart’tan itibaren de çoğu illerde halka açık yerler ve toplu taşıma araçları dezenfekte edilmeye başlanmıştır (Karataş, 2020:5). Sağlık Bakanı Dr. Fahrettin Koca, 2 Mart 2020’ye kadar 940 şüpheli

vakanın tespit edilerek test yapıldığını ve tamamının negatif çıktığını bildirmiştir. Türkiye'nin 11 Mart 2020'de bildirdiği ilk vakanın erkek bir hasta olduğu ve virüsü Avrupa teması olan birinden aldığı ifade edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020b). Türkiye'nin ilk vakasını bildirdiği gün, dünya genelinde 114 ülkede 118.000'den fazla vaka ve 4.291 ölüm bildirilmiş ve DSÖ salgını uluslararası pandemi ilan etmiştir (WHO, 2020b). İlk vaka bildirildikten altı gün sonra 17 Mart'ta Türkiye'de COVID-19 kaynaklı ilk ölümün Çin temaslı bir çalışanından enfekte olan 89 yaşında bir erkek hastanın olduğu bildirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020b). 3 Nisan'da Cumhurbaşkanlığı kararnamesiyle kısmi sokağa çıkma yasağı ilan edilerek toplu halde bulunan alanlarda maske takma zorunluluğu ve belirli şehirlere seyahat kısıtlaması getirilmiştir. COVID-19'dan en çok etkilenen grup olmasından dolayı öncelikli olarak 65 yaş ve üzerinelere sokağa çıkma kısıtlamaları uygulanmaya başlanmıştır (Karataş, 2020:5).

Grafik 1'de Türkiye'deki ilk Covid-19 vakasının tespit edildiği gün olan 11 Mart'tan bu çalışmanın kaleme alındığı 9 Aralık'a kadar geçen periyotta görülen COVID-19 kaynaklı toplam vaka, iyileşen hasta ve ölüm sayısı gün bazlı olarak görülmektedir. Eylül'den itibaren günlük vaka sayısı günlük iyileşen hasta sayısını geçmeye başlamıştır. Özellikle de son iki hafta içerisinde günlük vaka ve ölüm sayılarının hızla artma eğiliminde olduğunu, günlük iyileşen hasta sayısının azaldığını ifade etmek mümkündür (Grafik 1). 9 Aralık'ta Türkiye tespit edilen COVID-19 vaka sayısı sıralamasında dünyada on altıncı ülke konumunda yer almaktadır. Türkiye'de salgının yayılımını önlemek amacıyla alınan tedbirlerin ve sağlık sisteminin etkin müdahalelerinin sonucunda vaka ve ölüm oranlarının başka ülkelerle kıyaslandığında daha az olduğu belirlenmiştir (Karataş, 2020:6).

Türkiye'de toplumun genelini ele alındığı 1586 katılımcılıyla gözlemsel olarak yapılan bir araştırmada, COVID-19'un etkilerine ilişkin bazı temel veriler elde edilmiştir. Bu çalışmanın verilerine göre, insanların pandemiye karşı yüksek düzeyde duyarlılık gösterdiği ve korunma önlemlerine azami ölçüde çaba sarf ettiği, toplumsal veya sosyal güvenin azalış gösterdiği ancak diğer boyutlarla kıyaslandığında ortalamanın üzerinde olduğu gözlemlenmiştir (Bostan, Erdem, Öztürk, Kılıç ve Yılmaz, 2020).



Grafik 1: Türkiye’de Gün Bazlı COVID-19 Kaynaklı Toplam Vaka, Toplam İyileşen ve Toplam Ölüm Sayısı Grafiği

Kaynak: (TÜBİTAK (Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu), 2020)

Grafik 1’de görüldüğü gibi, salgının birinci dalgası kontrol altına alınamamış, 1 Haziran 2020’den itibaren erken açılma ve diğer toplumsal hareketliliği artıran yaklaşımların etkisiyle dalga ikinci tepe noktasına doğru yol almaya başlamıştır (TTB (Türk Tabipleri Birliği), 2020b:103). Öte yandan, Türkiye’de vaka sayısının kısa sürede katlanarak artmasını engellemek amacıyla ihtiyaç halinde alınan önlemler Bilim Kurulu tarafından vakaların son mevcut durumlarına göre sürekli güncellenmektedir (Arslan ve Karagül, 2020:14).

1.3. Pandeminin Sağlık Çalışanlarının Sağlık Durumlarına Etkisi

Pandemi sürecinin sağlık çalışanlarının sağlığına hem fiziksel hem psikolojik olarak birçok yönden açıdan etkileri bulunmaktadır. COVID-19 gibi solunum yolu salgınlarının en çok hastaneler ve diğer sağlık kuruluşlarında yayılım gösterdiği

görülmektedir. Sağlık çalışanlarının her gün içinde bulundukları hastane ortamında enfekte olmuş kişilerle sürekli temasta bulunmalarından dolayı sağlık durumları sürekli tehlike altındadır. Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının çalışma ortamından dolayı ailesini ve yakınlarını enfekte etme endişesi, çalışma arkadaşlarının entübe³ olduğunu görmesi veya hayatını kaybetmesine şahit olması, baktığı hastasını kaybetmesi psikolojik yönden birçok hasara yol açarak güvenlik duyguları üzerinde olumsuz etkiler bırakmaktadır (Enli Tuncay, Koyuncu ve Özel, 2020:490).

Pandemilerde karşılaşılan vaka yükünün fazlalığı buna karşın çalışan sayısının yetersizliği psikolojik zorlanmayı arttırmaktadır (Enli Tuncay vd., 2020:491). Bununla birlikte, çalışma süresinin artması sağlık çalışanlarının strese yönelik tepkilerinin şiddetini doğrudan etkilemektedir. Hastalarla etkileşim sıklığının artması da kullanılan koruyucu giysi ve ekipmanların yükünü arttırarak tükenmişliğe yol açabilmektedir (Sasangohar, Jones, Masud, Vahidy and Kash, 2020). Sağlık personelinin pandemi sürecinde uzun süreli kişisel koruyucu ekipman (KKE) kullanımının tahriş, bası ve yağlanmaya bağlı olarak bası yaraları ve izleri, egzema, akne, sürekli el yıkamaya bağlı ağrılı el lezyonlara sebep olabileceği belirtilmiştir (Yıldırım ve Çetin, 2020:123).

Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının kişisel koruyucu ekipmanların kullanımına (KKE) bağlı cilt hasarı genel yaygınlık oranının birinci basamak sağlık hizmetlerinde %97'ye ulaştığı ve kullanım süresine bağlı olarak arttığı tespit edilmiştir (Lan vd., 2020, Kantor, 2020).

ILO'nun COVID-19 ve Sağlık Sektörü raporunda pandemi sürecindeki uzun çalışma saatlerinin sağlık çalışanlarının COVID-19'a yakalanma riskini artırdığı belirtilmiştir (ILO, 2020b).

Sağlık çalışanlarının enfekte olma korkusunun toplumun genelinden daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Yapılan araştırmalardaki ön sonuçlar, virüsün çoğunlukla sağlık çalışanlarının enfekte aile üyelerinden bulaştığını göstermiştir (Terzioğlu, 2020:77). Sosyal mesafe kuralı hem virüsten korunma hem de yayılımının engellenmesi açısından en etkili yöntem olsa da sağlık çalışanlarının ve ailesinin üzerinde bazı olumsuz etkileri olmuştur.

³Entübe: Solunum problemi yaşayan hasta bireylere solunum desteği vermek amacıyla boru takılması şeklinde tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu Sözlüğü).

COVID-19 öncesi yaşanan benzer salgınlara yönelik yapılan araştırmalarda, sağlık çalışanlarının mesafe kuralları dikkate alınıp hastalarla ve kendi aralarındaki temasları sınırlandığında ve kontrollü bir şekilde sürdürüldüğünde salgının bulaşma oranlarının belirgin düzeylerde düşme gösterdiği tespit edilmiştir (Lee vd., 2005). Salgın sürecinde oluşan stres, psikolojik sıkıntı vb. sorunları azaltmaya yönelik salgın yönetimi kontrol kurallarının doğru bir şekilde uygulanmasının ve kişisel koruyucu ekipmanların yeterliğinin sağlanmasının en etkili faktörler olduğu MERS salgınında görevlendirilen hekim ve hemşirelere ilişkin gerçekleştirilen bir çalışmada belirtilmiştir (Khalid, Khalid, Qabajah, Barnard and Qushmaq, 2016).

Daha önceki yapılan araştırmalarda, sağlık çalışanlarının ve aile üyelerinin toplum tarafından potansiyel virüs taşıyıcısı olarak stigmatizasyona⁴ maruz kaldığı belirtilmiştir. Sağlık çalışanlarının aile bireyleriyle olan kontrollü temaslarının yanı sıra damgalamanın da çalışan ruh sağlığını olumsuz etkilediği ve buna yönelik farkındalığın sağlanması gerektiği belirtilmektedir (Enli vd., 2020:496).

Sağlık çalışanlarının stres, tükenmişlik, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve depresyon gibi tipik ruh sağlığı bozukluğu belirtilerinin çalışma süresi ve koşullarıyla doğrudan bağlantılı olduğu belirtilmiştir (Huang, Han, Luo, Ren and Zhou, 2020). Kişisel güvenlik ve korunma koşullarının tüm çalışanları kapsayacak biçimde yapılandırılması, karantina uygulamalarının hem sağlık kuruluşlarında hem de toplumun genelinde etkin şekilde yürütülmesi, çalışanlar arası olumlu geribildirimlerin sağlanması salgının neden olduğu psikolojik sorunların üstesinde gelebilme de yardımcı olabilecek en etkili araçlar olarak karşımıza çıkmaktadır (Enli vd., 2020:496).

1.3.1. Dünyada Sağlık Çalışanlarının Sağlık Durumu

Dünya genelinde pandemi sürecinin sağlık çalışanlarının üzerindeki etkilerini ölçmeye yönelik yapılan araştırma süreçlerine başlanmıştır. Salgının ilk ortaya çıktığı Çin’de pandeminin sağlık çalışanlarının sağlık durumlarına olan etkisi üzerine yapılan araştırmalar henüz sınırlı sayıda olmakla birlikte, bu araştırmalar sonucunda önemli

⁴Stigmatizasyon (Damgalama): Bireyin yaşadığı toplum içerisinde “normal” olarak kabul edilmeyen kriterlerin dışında kalmasından dolayı bireyi dışlayan, saygınlığını azaltan, itibarını zedeleyen, aşağılayan, gözden düşüren ve suçlayan tüm tutum ve davranışlardır (Toker Uğurlu, Atabay, Yılmaz, Öztürk ve Ateşçi, 2020:254).

bulgular ortaya çıkmıştır. İlk olarak 37 sağlık çalışanıyla gerçekleştirilen bir araştırmada, çalışanların %18,9'unda yüksek seviyede stres belirtileri saptanmış, aralarında orta veya ağır depresyon belirtisi gösterenlere de rastlanmıştır. Aynı zamanda kapsamlı sosyal desteğin, tükenmişliği azaltabildiği gözlemlenmiştir (Cao vd., 2020:2).

69 klinik çalışanıyla gerçekleştirilen diğer bir araştırmada, ağır depresyon belirtisi gösterenlerin oranı %14,5 bulunmuştur (Chung and Yeung, 2020:34). Pandemi sürecinde aktif evrelerde yer alan 230 hekim ve hemşireyle yapılan bir diğer çalışmada, çalışanların %23'ünde klinik anksiyete belirtileri, %27,4'ünde TSSB semptomları gelişim göstermiştir (Huang vd., 2020). 1257 çalışanla gerçekleştirilen bir araştırmada, depresyon (minör düzey %35,6) anksiyete (hafif düzeyde %32,2) belirtileri görülmüştür (Lai vd., 2020). 180 klinik hemşirenin çalışma yükünün incelendiği bir diğer araştırmada, katılımcıların stres düzeyinin yüksek olduğu raporlanmıştır. Stresle birlikte en yaygın görülen duygunun korku olduğu tespit edilmiştir (Mo vd., 2020:1006). Tüm bu çalışmaların sonucunda, pandemi döneminde sağlık çalışanlarının çoğunun anksiyete, depresyon vb. psikolojik sorunlarının daha da arttığı görülmektedir.

ABD'de yapılan bir araştırmada, COVID-19 tanısı almış hastaların %9,6'sının sağlık çalışanlarından oluştuğu, bunların %46,6'sının hemşire olduğu bildirilmiştir. Aynı araştırmada, hastalanan sağlık çalışanlarının %68,6'sının hastalığının bulaşma seviyesinin fazla olduğu bir dönemde çalıştığı, %47,9'unun COVID-19 geçiren hasta veya mesai arkadaşıyla temasta bulunduğu tespit edilmiştir (Hartmann, Rubin, Sato, Yong, Terashita and Balter, 2020).

Dünyada genelinde sağlık çalışanlarının durumu incelendiğinde, 1 Temmuz'daki bilançoda 64 ülkeden 1800 sağlık çalışanının yaşamını yitirdiği, bu kayıpların yaş aralığının 20-99 arasında dağılım gösterdiği gözlemlenmiştir (JHU Coronavirus Resource Center, 2020). Sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisine bağlı ölümlerine ilişkin sistemli bir takip yönteminin olmamasıyla birlikte, salgın sürecinde hayatını kaybeden sağlık çalışanı sayısının dünya genelinde 3 binin üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca pandemi sürecinde vaka ve ölüm oranının en çok gözlemlendiği ABD'de 507, Rusya'da 545, İngiltere'de 540, Brezilya'da 351, Meksika'da 248 ve İtalya'da 188 sağlık çalışanının yaşamını yitirdiği ortaya koyulmuştur (Amnesty International, 2020:14).

ABD’de 90.000 sağlık çalışanın enfekte olduğu, 1000’den fazla hayatını kaybeden sağlık çalışanın 260’dan fazlasının da hemşirelerden oluştuğu belirtilmiştir (Saatçi, 2020:156). İngiltere’de pandeminin en çok etkilediği ve ölümlerin en fazla yaşandığı sağlık çalışanları grubunun aile hekimlerinden ve ruh sağlığı hemşirelerden oluştuğu tespit edilmiştir (Bandyopadhyay vd., 2020:2). 4 Nisan verilerine göre, İtalya’da koronavirüs nedeniyle hayatını kaybeden hekim sayısı 141, hemşire sayısının 40’dan fazla olduğu bildirilmiştir (Nava, Tonelli and Clini, 2020:1). Bununla birlikte, DSÖ Afrika Bölge Yöneticisi Dr. Matshidiso Moeti tarafından yapılan açıklamaya göre, Afrika Bölgesinde 100 bini aşkın sağlık çalışanına hastalığın bulaştığı, yaşanılan en büyük zorluğun kişisel koruyucu ekipman yokluğu olduğu belirtilmiştir (Powell, 2020). Ayrıca COVID-19 kaynaklı yaşamını yitiren sağlık çalışanlarının çoğunluğunun 50 yaş üzerindeki çalışanlar olduğu çeşitli yayınlarda rapor edilmiştir (TTB, 2020d:28).

1.3.2. Türkiye’de Sağlık alışanlarının Sağlık Durumu

Türkiye genelinde yaklaşık 1 milyon 60 bin sağlık alışanı COVID-19 salgınıyla mücadele etmektedir (TTD (Türk Toraks Derneği), 2020). Yapılan bilimsel çalışmalar doğrultusunda, sağlık alışanlarının COVID-19 testinin pozitif çıkma riskinin toplum geneline göre 12 kat fazla olduğu, sağlık çalışanlarının uygun kişisel koruyucu ekipmana ulaşılamaması durumunda bu riskin %31 arttığı gözlemlenmiştir. Bununla birlikte, Türkiye’de sağlık alışanlarının COVID-19 enfeksiyon oranı %13,9 olarak tespit edilmiştir (TTD, 2020). Bu oranının toplum genelinde antikor tespit edilenlerin 17 katı olduğu, sağlık çalışanlarının toplum geneline göre 46 katından yüksek bir oranda koronavirüse yakalandığı belirtilmiştir. Yalnızca Türkiye kapsamında gerçekleştirilen çalışmalarda saptanan bu oranların dünya genelinde bu konuya ilişkin yapılan çalışmalarda saptanan oranlarla karşılaştırıldığında Türkiye’deki oranların dünya genelinde tespit edilen oranların çok üzerinde olduğu görülmektedir (TTD, 2020).

1 Eylül 2020’den itibaren Türkiye’de 36’sı hekim toplam 72 sağlık çalışanın COVID-19 kaynaklı yaşamını yitirdiği bilinmektedir. Saptanan yüksek risk düzeyleri ve ölümlere rağmen sağlık çalışanlarının pandeminin başından günümüze kadarki zaman

diliminde PCR⁵ taramasına alınmadığı belirtilmiştir. Bununla birlikte, sağlık çalışanlarının COVID-19'un yoğun riskli alanları olan acil servis ve yoğun bakım alanlarında değil de hastayla yoğun biçimde karşılaşılacak poliklinik ve servis birimlerinde enfekte oldukları tespit edilmiştir. Enfekte olan sağlık çalışanlarının birlikte yaşadığı aile üyelerinde de COVID-19 pozitifliği anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (TTD, 2020).

Nisan'da Sağlık Bakanı Dr. Fahrettin Koca tarafından, "Bir milyon sağlık çalışanının içerisinde 7 bin 428'inin enfekte, toplam vakaların içerisindeki oranı yaklaşık %6,5'e yakın" olarak ifade edilen enfekte olan sağlık çalışanı sayısının Eylül'de 29.865 olduğu açıklanmıştır. 12 Eylül 2020 itibarıyla de koronavirüs nedeniyle yaşamını yitiren sağlık çalışanlarının sayısı 85'e yükselmiştir. Bunların 41'i (%48,2) hekimlerden oluşmaktadır (Saatçi, 2020:157). Bununla birlikte, 6 Kasım 2020'de Sağlık Bakanlığı Toplum Bilim Kurulu Üyesi Prof. Dr. Mustafa Necmi İlhan tarafından, Türkiye'de salgının başından bu yana 40 bini aşkın sağlık çalışanına hastalığın bulaştığı, yarısının hekimlerden oluştuğu 100'den fazla sağlık çalışanının da hayatını kaybettiği belirtilmiştir (Sert Karaaslan, 2020). 10 Kasım itibarıyla de COVID-19 kaynaklı yaşamını yitiren sağlık çalışanı sayısının 152 olduğu, %66'sının hekimlerden oluştuğu belirtilmiştir (TTB, 2020c:18).

Türkiye genelinde 44 il kapsamındaki tüm sağlık kurumlarında toplam 3474 sağlık çalışanının COVID-19 tanısı aldığı gözlemlenmiştir. Bunların %38'inin hekimlerden oluştuğu belirtilmiştir. COVID-19 tanısı alan hekimlerin en çok İstanbul, Ankara, Eskişehir, İzmir ve Adana'da olduğu tespit edilmiştir. İstanbul'da 960'ının hekimlerden oluştuğu toplam 2005 sağlık çalışanının koronavirüse yakalandığı belirtilmiştir (TTB, 2020a). 14 Aralık itibarıyla, 90'ı hekimlerden oluşan toplamda 241 sağlık çalışanı COVID kaynaklı yaşamını yitirmiştir (Ankara Tabip Odası, 2020). Tüm bu veriler doğrultusunda, sağlık meslek grupları içerisinde en çok can kaybının hekimlerde olduğu görülmektedir.

⁵PCR testi: Virüslerin genetiğini saptayan moleküler bir tanı veya antijen testi olarak tanımlanmaktadır. COVID-19'a yakalanan ve virüsü aktif olarak bulunduran kişilerin tespit edilmesini sağlamaktadır (<https://www.memorial.com.tr/covid19testleri/kurumsal>).

Türkiye’de pandeminin sağlık çalışanlarının üzerindeki etkilerini ölçmeye yönelik yapılan bir araştırmada, katılımcıların yarısından fazlasının (%63,88) bu süreçte psikolojik olarak tükenmişlik yaşadığı gözlemlenmiştir (Yüncü ve Yılan, 2020:395). Mayıs 2020’de İstanbul’da pandemi hastanesinde çalışan 384 sağlık çalışanıyla yapılan bir araştırmaya göre de, bulaşma riskini azaltmaya yönelik kullanılan kişisel koruyucu ekipmanların, çalışanların ruh sağlığı ile ilişkili olduğu noktalar tespit edilmiştir. Aynı araştırmada, pandemi sürecinde aktif rol alan sağlık çalışanlarının %11,7’sinin çok ileri düzeyde depresyonlu, %22,7’sinin anksiyete düzeylerinin çok ileri seviyede olduğu gözlemlenmiştir. Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, kadın sağlık çalışanlarının anksiyete ve stres seviyelerinin erkeklere oranla daha yüksek çıktığı gözlemlenmiştir (Polat ve Coşkun, 2020:53). Sağlık çalışanlarının pandemi öncesi ve pandemi sürecindeki depresyon ve anksiyete düzeylerindeki ortalamalarına bakıldığında anlamlı artışların yaşandığı tespit edilmiştir. Öte yandan, enerji, pozitif ve genel iyilik halleri düzeylerinde anlamlı azalışların olduğu bulgularına erişilmiştir (Çankaya, 2020b:455).

BÖLÜM II: TÜRKİYE’DE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA HAYATI

2.1. Çalışma Ortam ve Koşulları

Günümüz “insan odaklı” yönetim anlayışının odak noktasını “çalışanlar” oluşturmaktadır. Çalışanlar arasında sağlıklı, iki yönlü ve güvene dayalı ilişkilerin oluşturulması, çalışanların etkinliğinin sağlanması, çalışanlarda aidiyet duygusunun geliştirilmesi, çalışanların motive edilmesi çalışma yaşamının kalitesinin iyileştirilmesine ilişkin uygun çalışma ortamlarının oluşturulmasını sağlamaya yönelik uygulamalardır (Demir ve Tatar, 2000:84). Çalışanların özelliklerinin, çalışma yaşamından beklentilerinin belirlenmesi hastane ve diğer sağlık kuruluşları gibi emek yoğun sektörler açısından büyük önem taşımaktadır (Bostan ve Köse, 2011:179).

Çalışma ortamı, “kişinin kendisinin ve davranışlarında etkili olan çalışma faktörlerinin tamamı” olarak tanımlanmaktadır. Çalışma ortamı, “çalışma saatleri ve koşullarını, iş sağlığı ve güvenliğini, ücret ve çevresel faktörleri” kapsamaktadır. Bu kavramlar dışında “uzman kimliği, işin anlamlılığı, özerklik ve kararlara katılım, işverenlerle ve çalışma arkadaşlarıyla ilişkiler, güçlü liderlik anlayışı, güvene dayalı çalışma ilişkileri, uzmanlaşma ve gelişimin sağlanması, bedensel ve ruhsal güvenlik, güçlü iletişime dayalı ekip çalışması” gibi faktörleri içinde barındıran bir kavramdır (Saygılı, 2008:4).

Çalışma ortamı ve çalışan sağlığı arasında çift taraflı etkileşim bulunmaktadır. Sağlık çalışma ortamını, çalışma ortamı da sağlığı etkilemektedir. Sağlığın bedenlen, ruhen veya toplumsal açılardan tam manasıyla bir iyilik hali şeklinde belirtildiği tanımındaki “toplumsal” kavramı bireyin öncelikle çalışıyor olması, işine uyum sağlaması ve sağlıklı koşullarda çalışması kavramlarını da içinde barındırmaktadır (Parlar, 2008:547).

Çalışanların çalışma ortamı ve çevresinden kaynaklanan olumsuz etmenlerden dolayı yaşadıkları sorunların etkisiyle kuruma uyum sağlayamadığı, verimli olamadığı ve doyumsuzlaştıkları gözlemlenmiştir (Çam, Akgün, Babacan Gümüş, Bilge ve Ünal Keskin, 2005:218). Hem sağlıklı hem de güvenli çalışma ortamlarının oluşturulması, çalışan güvenliğini, sağlığını, iş verimini olumlu yönde etkilemesinin yanı sıra çalışanın sosyal yaşamından çalışma yaşamına kadar iyilik halinin sürekliliğinin sağlanması açısından önem arz etmektedir (Parlar, 2008:547).

Çalışma ortamlarında yüksek risk taşıyan çalışanların (hamile bir hemşirenin ağır bir hastayı kaldırması), alanların (hepatit açısından diyaliz üniteleri), öğelerin ve aşamaların (kemoterapötik ilaçların karıştırılması) düzenli şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Böylelikle, var olan ya da olası risklerin, çalışanların kendilerinin fark edemediği sorunların tespiti sonucunda var olan denetimlerin etkinliğinin artırılması sağlanabilmektedir (Sezgin İnce, 2008:63).

Çalışma koşulları kavramının, “hiç kimsenin yaşı, cinsiyeti veya kuvvetiyle uyuşmayan bir işte çalıştırılmaması” şeklinde sözlük tanımı, bir çalışmada da; “çalışma ortamında iş davranışına etki eden faktörlerin tümü” şeklinde kısa bir tanımı yapılmıştır. Literatürde, “çalışma şartları” ya da “iş koşulları” biçiminde de yer verilen çalışma koşulları kavramının “bilindik bir kavram” düşüncesinden hareketle farklılaştırılmış bir tanımı yapılmamıştır (Saygılı, 2008:5). Daha sonraki incelemelerde de iki kavramın birlikte kullanıldığı görülmektedir.

Çalışma koşulları kavramı, “çevresel faktörler, çalışma süreleri, ücret, iş sağlığı ve güvenliği, iş doyumu ve organizasyonu” kapsamında ele alınırken sosyal, siyasal, ekonomik, kültürel ve insan hakları alanlarında yaşanan gelişmelerle birlikte, çalışma koşulları kavramının kapsamı da genişlemiştir. Çalışan talepleri, toplumsal baskılar, işveren ve hükümetlerin bakış açılarını değiştirmesi gibi faktörlerin yanı sıra ilk olarak ILO’nun daha sonra birçok uluslararası örgütün çalışmaları da bu genişlemede etkili olmuştur (Saygılı ve Çelik, 2011:42).

Çalışma koşulları kavramına Türkiye’nin de taraf olduğu Avrupa Sosyal Şartı’nda “Adil Çalışma Koşulları Hakkı” (Bölüm II, m.2), “Güvenli ve Sağlıklı Çalışma Koşulları Hakkı (Bölüm II, m.3) başlıklarında yer verilmiştir. 94 sayılı ILO Sözleşmesi’nde “... çalışma şartları...”, 151 sayılı ILO Sözleşmesi’nde de “çalışma koşullarının belirlenmesi yöntemleri” şeklinde yer almış, mevzuatta da ayrıntılı olarak düzenlenmiştir (Nalbant, 2006:25).

ILO’nun kurulduğu tarihten itibaren çalışanların olumsuz çalışma koşullarına karşı korunmalarına yönelik çalışmalarının sonucunda, 1976’da PIACT (Uluslararası Çalışma Koşullarını ve Çevresini İyileştirme Programı) kabul edilmiştir. PIACT, "iş daha insani hale getirmeyi" amaçlayan eylemlere destek vermek için tasarlanmıştır. Geniş tanımıyla

çalışma yaşamının kalitesinin iyileştirilmesine yönelik olan program, iş kazalarının ve meslek hastalıklarının önlenmesini, ergonomi ilkelerinin geniş şekilde uygulanmasını, iş organizasyonunun geliştirilmesini, çalışma süreleri, teknoloji tercihi, kadın ve erkek personellerin pozisyonlarına etki eden konuları içermektedir. Ayrıca ILO, 1984 konferansından sonra çalışma koşullarının ve çevresel faktörlerin iyileştirilmesinin sağlanmasının sosyal adaletin zorunlu bir ögesi olduğunu belirtmiştir (Alper ve Kaya, 1995:180).

2.1.1. Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamı

Sağlık sektörünün birçok alanı özellikle de hastaneler hem çalışan sağlığını olumsuz yönde etkileyen risk faktörlerini hem de birden fazla işkolunu içinde bulunduran çalışma ortamlarıdır. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarında; elektrikli aletlerin devamlı kullanımı, ağır araç-gereçlerin taşınması, kimyasal ve radyoaktif maddelerin yoğun kullanımı, enfeksiyon riski bulunduran biyolojik araçlar, kesici ve delici aletlerin bir arada bulunması, binlerce personel için çalışan mutfak, sürekli temiz giysi bulundurulmasını sağlayan çamaşırhane, sterilizasyon birimi, birbirinden farklı büro ve depoların bulunmasının yanı sıra aşırı kalabalık olan bir ortamın varlığı da söz konusudur. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarının getirileri olan “ağır, uzun ve kesintisiz çalışma süreleri, elverişsiz çalışma koşulları ve işe bağlı stres” sonucunda sağlık çalışanları diğer sektörlerde çalışanlara kıyasla sağlığını olumsuz yönde etkileyen daha çeşitli mesleki risklerle karşı karşıya kalmaktadır (Parlar, 2008:548, Abbasoğlu, Emiroğlu, İlhan, Koşar, Kesedar ve Müezzinoğlu, 2006:175). Hastane de hizmet veren sağlık çalışanlarının işten kaynaklanan yaralanma, hastalık vb. durumları yaşama oranının en yüksek olduğu çalışan grubu olduğu bilinmektedir (Sezgin İnce, 2008:64).

Sağlık çalışanları çalışmalarının çoğunu aydınlık olmayan, havalandırılmamış, kapalı ve elverişsiz alanlarda, zemin katlarda sağlık açısından uygun olmayan koşullarda gerçekleştirip bu tür ortamlarda uzun süreli çalışıp nöbet tutmaktadır. Sağlık çalışanlarının sosyal gereksinimlerini sağladığı bölümler (giyinme ve dinlenme odaları, yemekhane vb.) yeterli bulunmamaktadır. Sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde karşılaşılan olumsuzluklar, eksik ve yanlış uygulamalar, olmayan ya da yetersiz tüm güvenlik önlemleri çalışma ortamına ilişkin sorunları daha da arttırmaktadır (Oğan, 2014:15).

Sağlıklı ve güvenli iş ortamlarının oluşturulması, hastane gibi riskli ve emek yoğun örgütlerde çalışan sağlık çalışanları açısından çok önemlidir. Çalışma ortamlarından kaynaklanan tehlikeler çalışan sağlığını doğrudan etkilediğinden sağlıklı çalışma ortamlarının oluşturulmasının gerekliliğini açıkça ortaya koymaktadır (Parlar, 2008:547).

2.1.1.1. Olumlu Çalışma Ortamlarının Oluşturulması

Dünya çapında özellikle hemşirelik alanında işgücü krizi yaşandığı, bu krizin hemşirelerin sayısında önemli azalışlara yol açtığı görülmüştür. Hemşirelerin performansını yavaşlatan, yabancılaştıran, çoğunlukla da uzaklaştıran sağlıksız iş ortamlarının bu azalmaya neden olduğu, bazen de belirli iş ortamlarından ya da hemşirelik mesleğinin kendisinden kaynaklanabileceği de vurgulanmıştır. Buna yönelik, hemşirelerin üstün performansını destekleyen aynı zamanda hemşireleri mesleğe çekebilen ve bağlayabilme gücü bulunan ortamların var olduğu, bu ortamların “olumlu çalışma ortamları” şeklinde tanımlandığı ifade edilmiştir. Sağlıksız iş ortamlarının oluşturduğu olumsuzlukların ortadan kaldırılabilmesi için olumlu çalışma ortamlarının meydana getirilmesi gerektiği belirtilmiştir (ICN (Uluslararası Hemşireler Birliği), 2007:1).

Olumlu çalışma ortamlarının özellikleri alt başlıklar halinde sınıflandırılmıştır (ICN, 2007:1) :

- İşe alma ve işte tutma odaklı yenilikçi politikalar
- Eğitime ve sürekli kendini geliştirmeye yönelik stratejiler
- Çalışanların emeklerinin karşılığını alması
- Bilinçlenme programları
- Yeterli donanım ve malzeme
- Güvenli bir çalışma ortamıdır.

Olumlu çalışma ortamlarının gelişme aşamalarının birden çok yönü olmakla birlikte, organizasyonun çeşitli seviyelerinde gerçekleşmekte ve birden çok faktörü kapsamaktadır. İlk olarak her organizasyonun bir işgücü profili geliştirmesi gerekmektedir. İşe devamsızlık ve işi bırakma oranlarının, boş kadro ölçütlerinin

yanında yaş/tecrübe vb. demografik verileri de içeren bu profil kararların verilebilmesi açısından somut bir zemin sağlamaktadır (ICN, 2007:26).

Tüm sağlık çalışanlarının çalışma şartlarını inceleyen ve araştıran ülke çapında oluşturulan somut politikalar, örgüt veya kurum açısından yön gösterici bir kılavuz olarak kullanılabilmektedir. Örneğin; İngiltere’de IWL (Çalışma Hayatlarını Geliştirme Standardı) oluşturulmuştur. Bu standart sağlıklı işyeri uygulamaları ve bütün NHS (Ulusal Sağlık Hizmetleri) işverenlerinin öngördüğü ölçütlerden oluşmaktadır (Baumann, Yan, Degelder and Malikov, 2006). Aynı zamanda çalışana yönelik şiddete sıfır tolerans vb. NHS politikalarını tamamlamaktadır (National Task Force on Violence Against Social Care Staff, 2001).

Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapan 245 hekimin çalışma koşulları ve gelişme olanakları açısından yönetimle ilgili beklentilerinin karşılanma düzeylerinin analizi yapılmıştır. Çalışma koşulları bakımından beklentileri; “nöbet sonrası dinlenme olanağı verilmesi, çalışma ortamının fiziksel koşullarının (ısı, ışık, havalandırma vb.) ve işe ulaşım imkânlarının yeterli olması, aylık nöbet sayısının yaklaşık 2 veya 3 gün olması, çalışma ortamındaki araç-gereçlerin yeterli olması, kurumun koyduğu kuralların çalışma yaşamını kolaylaştırması ve çalışma ortamında sağlık ve güvenlik tedbirlerinin yeterli olması” olarak tespit edilmiştir. Bilimsel ya da uygulamaya ilişkin bilgi ve yeteneklerinin güçlendirilmesine yönelik beklentileri; “bilimsel araştırma amaçlı kütüphane ve laboratuvar olanaklarının geliştirilmesi, günlük çalışma süresinin bir bölümünün akademik çalışma yapma fırsatı sağlayacak şekilde düzenlenmesi, kurumun kişisel bilgi, beceri ve yetenekleri geliştiren olanaklar tanınması” yönünde olmuştur (Demir ve Teke, 2000).

2.1.1.2. Sağlıklı ve Güvenli Bir Ortam Oluşturulması

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, “yalnız hastalık veya sakatlık hallerinin bulunmama durumu değil, tüm bedensel, psikolojik ve toplumsal iyilik hali” şeklinde açıklamaktadır (WHO, 1948).

DSÖ’nün “sağlık” tanımıyla birlikte, yalnız tıbbi bir unsur şeklinde nitelendirme anlayışı terk edilerek sağlık olgusu toplumsal, iktisadi ve medeni taraflarıyla da ele alınmaya başlanmıştır (Nalbant, 2006:37). Sağlığın çok boyutlu olarak ele alınmasının

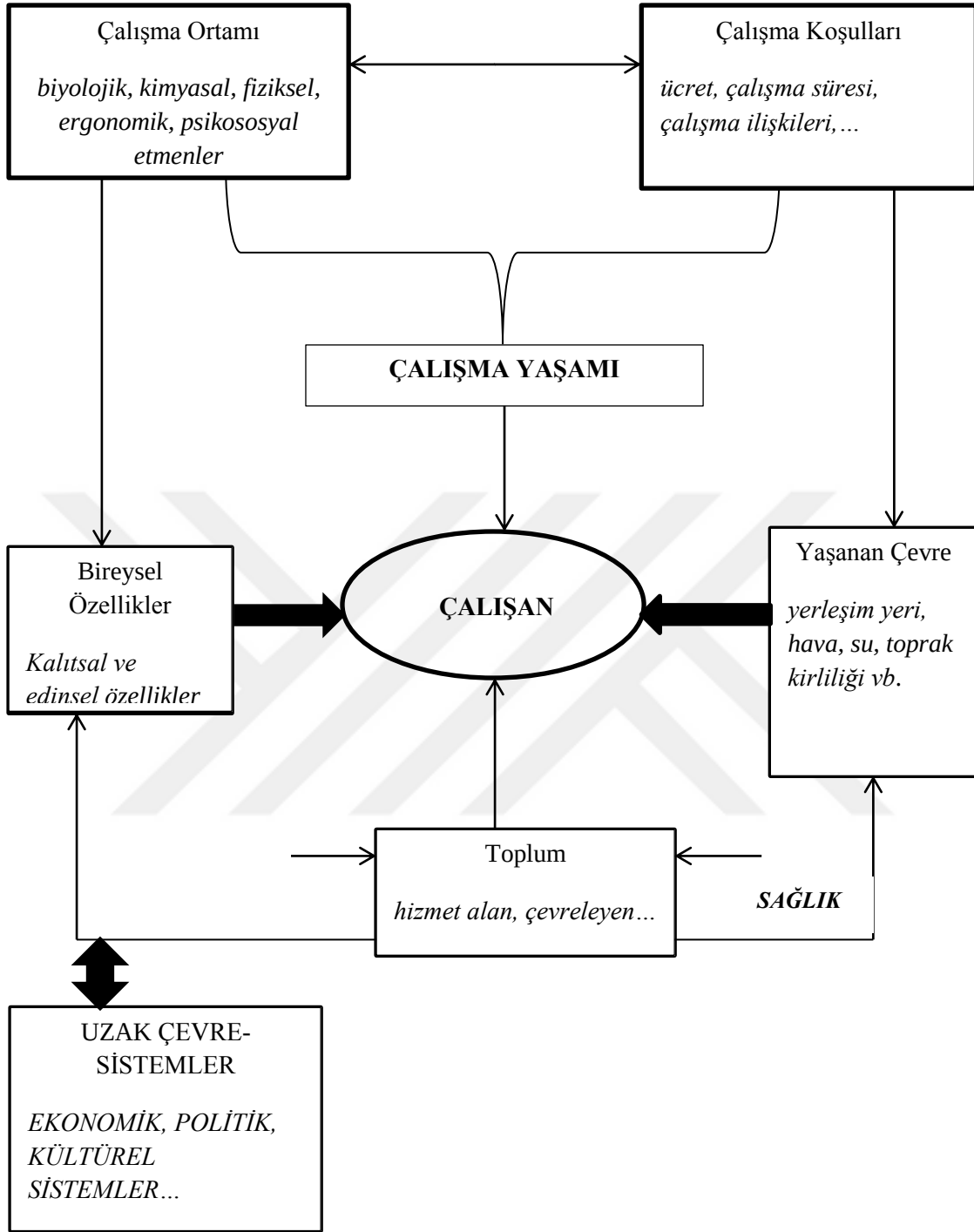
yanı sıra iyi olma haline de dikkat çekildiği görülmektedir (Korkut Owen ve Demirbaş Çelik, 2018:441).

Tüm çalışanların sağlıklı, güvenli ve risk durumlarından arındırılmış çalışma ortamlarını talep etmeye başlaması işyeri güvenliği ve sağlığı politikalarını özellikle de “çalışan sağlığı ve sağlıklı çalışma ortamı” kavramlarını gündeme getirmiştir (Tengilimoğlu, Zekioğlu ve Topçu, 2019:456).

Çalışma ortamı (fiziksel, kimyasal, biyolojik vb.), çalışma koşulları (ücret, çalışma süresi, çalışma ilişkileri vb.), bireysel özellikler, yaşanan çevre çalışan sağlığına doğrudan etki etmektedir. Öte yandan, içinde bulunulan toplumun özelliği ve ekonomik, kültürel ve politik sisteminde çalışan sağlığına etkilerinin olduğu görülmektedir (Şekil 1).

Sağlık alanında yaşanan esaslı değişimlerle birlikte, ILO 1970’lerde OSHA (Mesleki Sağlık ve Güvenlik Birliği), NIOSH (Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü), Amerikan Hastaneler Birliği ve sağlık sendikalarının katılımıyla tüm çalışanlar gibi sağlık çalışanlarının da sağlık hakkının ve güvenli ve sağlıklı çalışma ortamlarında çalışma hakkının olduğunu, bunun gerçekleştirilebilmesi için de hastanelerde buna yönelik birimlerin kurulmasının gerekliliğini belirtmiştir. Bununla birlikte, ILO 1985’te tüm ülkelerde sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğine yönelik komitelerin oluşturulması ve gelişiminin sağlanması yönünde önemli bir karar almıştır. 1990’da ICOH (Uluslararası Mesleki Sağlık Komisyonu), sağlık personellerinin sağlığının işçi sağlığı yaklaşımı açısından ele alınması ve bunun sağlanabilmesi için kurumlarda ilgili hizmet alanının kurulmasının gerekliliğini belirtmiştir (Özkan ve Emiroğlu, 2006:45).

ABD’deki Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu, 1990’larda hastanelerde sağlık ve güvenlik komitesinin bulundurulması şartını getirmiştir. Tüm bu gelişmeler doğrultusunda, sağlık alanındaki sorunların engellenmesine yönelik 1974’te NIOSH ve sağlık sendikaları aracılığıyla hastane sağlık ve güvenlik programı geliştirilerek ulusal sağlık sistemine tabi ilk komite ABD, Almanya ve İspanya’da (1974) sonrasında İngiltere (1975) ile Finlandiya’da (1978) kurulmuştur (Saygılı, 2008:11).



Şekil 1: Sağlık ve Çalışma Yaşamının Bağı

Kaynak: Ergör, A. (2003). Birinci Basamakta İş Doyumu ve Bunu Etkileyen Etmenler. I. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu Bildiri Kitabı, 27-33

Hastanede sağlık çalışanlarına ilişkin sağlık ve güvenlik biriminin adı, OSHA ve NIOSH'nin de sunduğuna benzer şekilde ‘‘Hastane Sağlık ve Güvenlik Komitesi’’ olarak belirlenmiştir. NIOSH ile OSHA, Hastane Sağlık ve Güvenlik Komitesi'ni ‘‘nceliği sağlık çalışanlarının sağlığını muhafaza etmek, hastalıklarının engellemek olan ayaktan tedaviye yönelik birinci basamak sağlık hizmeti’’ şeklinde tanımlamıştır. Sağlık alışanlarının sağlığı ve güvenliğinin güçlendirilmesi ve sağlığa ilişkin olumsuz sonuçlarının engellenmesi hizmetin temel amacını oluşturmaktadır. Diğer bir deyimle, üretim aşamaları, çalışma koşulları ile ilişkilerinden doğan, sağlık açısından olumsuz sonuçlara yol açan fiziksel, biyolojik, psikolojik, kimyasal ve ergonomik mesleki risklerin, iş kazalarına ve meslek hastalığına sebep olacak etmenlerin olmadığı sağlıklı ve güvenli hastane ortamlarının oluşturulmasıdır. Komitenin güvenlik ve sağlığa ilişkin hizmet yrtmleri çalışanlar, hastane ortamı ve üretim süreci, diğer hizmetler şeklinde üç ana alanda uygulanmaktadır (Uçak, 2009:7).

Türkiye’de hastane sağlık çalışanlarına ilişkin ilk önce 1999–2001 döneminde Sağlık alışanlarının Sağlığı Ulusal Kongrelerinde Türk Dişhekimleri Birliği, Türk Eczacıları Birliği, Türk Tabipleri Birliği, Türk Hemşireler Derneği ve Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği vb. 15 sağlık meslek rgt ve sendikanın desteğiyle bu kurulan komitenin işlevlerine yönelik tartışmalar yapılmıştır. 2000’de Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Genel Kurulunda ncelikli olarak hastaneler ve bütün sağlık kuruluşlarında sağlık personellerinin birinci basamak sağlık hizmeti alabilmesi, mesleki sendikal örgütlenmesinin sağlanabilmesine yönelik buna benzer bir komitenin oluşturulmasına yönelik karar alınmıştır. Kamu hastanelerinde komitenin oluşturulmasına yönelik pilot çalışmalara başlanmış ancak çeşitli sebeplerden dolayı kurulamamıştır (zkan, 2001).

Günümüzde Türkiye’deki kamu kuruluşlarında sağlık ve güvenlik komitesi bulunmamakla birlikte, mevcut enfeksiyon kontrol komiteleri bu birimin fonksiyonlarıyla kıyaslandığında daha dar içerikli hizmetlerden oluşmaktadır (Saygılı ve elik, 2011:44).

2.1.1.3. Olumlu alışma Ortamlarında Organizasyon Atmosferi

Organizasyon atmosferi, bireylerin çalışma ortamına yönelik paylaştıkları tutumlardan oluşmaktadır. Organizasyon atmosferi, çalışma ortamına ilişkin sorunların tanımlanması ve anlaşılması açısından faydalı bir terim olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışanlar

organizasyon atmosferini tanımlarken kendi deneyimleriyle birlikte iş arkadaşlarının deneyimlerine ilişkin algılarını da aktarır, bu da organizasyonun bilişsel haritasını göstermektedir. Şirket kültürü, iş doyumu ve liderlik şekliyle ilişkili bir kavram olmakla birlikte, ayrı şekilde ele alınmaktadır (ICN, 2007:16).

Atmosfer kavramı, organizasyonun genel havasıyla ilişkili pek çok etmeni içinde barındırmaktadır. Kültür ve atmosfer bir organizasyonun geleneklerini, inançlarını, değerlerini ve ideolojisini tanımlamak için birbirinin yerine kullanılabilen kavramlardır. Olumlu çalışma ortamlarının sağlanabilmesi için hem hastalar hem hemşireler açısından güvenli bir atmosferin, yaşam boyu öğrenmeye dayalı organizasyon desteği atmosferinin ve liderlik atmosferinin sağlanması gerekmektedir (ICN, 2007:16).

Olumlu organizasyon atmosferi, yaratıcı ve üretken çalışmalara destek veren, işbirliğinin hâkim olduğu, kırıncı konuşma ve davranışların olmadığı, dedikodunun bulunmadığı çağdaş bir çalışma ortamını ifade etmektedir. Olumlu organizasyon atmosferinin yedi ölçütü bulunmaktadır. Bunlar; “destekleyen, yetkilendiren, bütünleştiren, karşılıklı güvene dayanan, saygı içeren ve açık ilkelere dayalı olmasıdır” (Saygılı ve Çelik, 2011:45).

Sağlık hizmetlerinde olumlu çalışma ortamları hem çalışanlara hem de hastalara güvenli bir atmosfer sağlamaktadır. Organizasyon içindeki güvenlik atmosferinin hem fiziksel hem de ruhsal tarafları bulunmaktadır. Fiziksel açıdan yeterli ve güvenli teknik donanımın sağlanmasını ve elverişli çalışma ortamlarını içermektedir. Ruhsal açıdan da çalışanlara yönelik ödül ve teşvikleri kapsamakla birlikte, çalışanların işverenlerinden azar işitme kaygısı olmadan soru sorabilme rahatlığına sahip olmalarını gerektirmektedir (ICN, 2007:16).

Organizasyon içindeki öğrenme atmosferi, olumlu çalışma ortamlarının tabanını hazırlamaktadır. Organizasyonlar profesyonel gelişim ve karşılıklı bilgi bölüşümünü destekleyip yaşam boyu öğrenmeye yönlendirdiklerinde öğrenme organizasyonu haline gelmektedir. Bununla birlikte, liderlik unsuru da organizasyon atmosferinin belirlenmesi açısından önem taşımaktadır. Liderler, organizasyonun amaçlarına yönelik bir vizyon oluşturup gereken motivasyon araçlarının, bilgi ve becerilerin çalışma ortamlarında bulunmasını sağlamaktadır (ICN, 2007:17).

Organizasyon atmosferi, çalışanların bireysel olarak güçlendirilmesini desteklediğinde çalışanların iş doyumunu artarken hastaların iyileşme hızının arttığı gözlemlenmiştir (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski and Silber, 2002, McClure, 2005).

2.1.1.4. Olumsuz Çalışma Ortamlarının Etkileri

Olumsuz çalışma ortamları, çalışanların fiziksel veya ruhsal iyilik halini, sosyal davranışlarını, iş doyumunu ve kuruma olan bağlılıklarını etkileyerek verilen hizmetin kalitesini düşürmekte aynı zamanda hastalarla ilgili olumsuzlukların yaşanmasına neden olmaktadır (Saygılı ve Çelik, 2011:45).

Sağlık bakımında, hastalıktan değil de uygulanan tedaviden kaynaklanan hasar ya da yaralanmalar ortaya çıkabilmektedir. Hastaların güvenliğine ilişkin çoğunlukla karşılaşılan riskler; “ilaç hatalarını, hastane enfeksiyonlarını, yüksek miktarda radyasyonda kalmayı ve sahte ilaç kullanımını” kapsamaktadır. Hastanede çalışan sayısının yetersiz olmasından kaynaklanan (hastaların düşmesi, yatak yarası, ilaç hatası, hastane kaynaklı enfeksiyon vb.) olumsuz durumların, ölüm oranlarının artmasına ve hastanede daha uzun süreli kalmaya yol açtığı tespit edilmiştir (ICN, 2007:35). Çalışan yetersizliği, moral düşüklüğü ve teknik donanımın yetersizliğinden kaynaklanan çalışanın kötü performansı hasta güvenliğini doğrudan etkilemektedir. Düşük nitelikli sağlık bakımı, birçok olumsuz durumun yanı sıra sağlık bakım harcamalarında ciddi artışa yol açmaktadır (Saygılı, 2008:15).

Sağlıksız çalışma ortamları sağlık çalışanlarının fiziksel ve psikolojik iyilik halini, ağır iş yükü, uzun çalışma süreleri, statü düşüklüğü, sorunlu çalışma ilişkileri, uzman rollerini gerçekleştirmedeki sorunlar ve çalışma ortamı içerisinde bulunan birden çok tehlikeyle birlikte etkilemektedir. Sağlık çalışanlarının uzun süreli iş stresinin bireysel ilişkilerini etkilediği, sağlıksız çalışma ortamlarından kaynaklanan rahatsızlıklarının işte devamsızlık, iş çatışması ve tatminsizliğine yol açtığı görülmüştür. Bununla birlikte, sağlıksız çalışma ortamlarının işten ayrılma oranını ve verimsizliğini artırdığı gözlemlenmiştir (Blythe, Baumann and Giovannetti, 2001).

Türkiye’de sağlık çalışanlarının %88’inin işinden memnun olduğu, %85,2’sinin iş yükünün çok fazla olduğu tespit edilmiştir (Tekir, Çevik, Arık ve Ceylan, 2016).

ABD, Kanada, İngiltere, İskoçya ve Almanya’da hemşirelere yönelik gerçekleştirilen bir çalışmada, hemşirelerin %41’inin işlerinden hoşnut olmadığı, %22’sinin bir yıldan daha az bir sürede ayrılmayı planladığı görülmüştür. Aynı zamanda bu çalışma, işyeri stresinin hemşirelerin motivasyonu, işte doyumu, çalıştığı kuruma bağlılığı ve kurumdan ayrılma kararları üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır (Aiken vd., 2001).

Türkiye’de sağlık çalışanlarının işten ayrılma niyetinin oldukça düşük olduğu (Öngel ve Gerni, 2021) ve iş-aile çatışması ile iş stresi arasında pozitif anlamlı ilişkinin varlığı gözlemlenmiştir. Gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin iş tatmin düzeyleri daha yüksek olduğundan iş-aile rolleri arasında çatışma olmadığı saptanmıştır (Tekingündüz, Kurtuldu ve Öksüz, 2015).

Lesotho’da genel olarak hemşirelerin %37’sinin mevcut işlerinden memnun olmadığı tespit edilmiştir. Bu oran ruh sağlığı hemşirelerinde %80’e yükselmiştir. Bu çalışmaya göre, iş doyumsuzluğuna sebep olan temel etmenlerin çalışma ortamı eksikliklerini de içinde bulunduran (donanım yokluğu gibi) kötü çalışma koşullarının ve yetersiz kazancın olduğu belirtilmiştir (Schwabe, McGrath and Leretholi, 2004). Motivasyonu düşük olan sağlık çalışanlarının ülke dışına göçtüğü tespit edilmiş, bu bulgu beş Afrika ülkesinde yapılan bir çalışmayla da doğrulanmıştır (Awases, Nyoni, Gbary and Chatora, 2003).

2.1.2. Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Çalışma Koşulları

Sağlık çalışanları, Türkiye’nin birçok bölgesinde özellikle de az gelişmiş bölgelerinde ağır çalışma koşullarında hizmet vermektedir. Çalışanların barınma ihtiyacını karşılayacak lojmanların, asgari koşulların yeterli düzeyde sağlanmadığı belirtilmektedir. Mesleki risklerin azaltılması ve işten kaynaklanan hastalık ve sakatlanma durumlarına yönelik tazminat ve güvence konularına ilişkin düzenlemeler de yetersiz bulunmaktadır (Saygılı, 2008:17).

Sağlık çalışanlarının mesleki olarak sürekli gelişim ve eğitim imkânları ve sendikal örgütlenmeleri gelişmiş düzeyde değildir. Öte yandan, “artan çalışma saatleri” bir günlük mesai diliminde “mesleki riskle karşılaşılan süre” şeklinde ele alındığında, sağlık çalışanlarının çalışma sürelerinin artması doğrudan mesleki risklerini de artırmaktadır. Yapılan araştırmalarda, çalışanların kurumdaki haftalık çalışma süreleri

arttıkça kaza geçirme ihtimalinin yükseldiği ve iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin bilgi sahibi olmayanların daha fazla kaza geçirdiği belirtilmiştir (Azap, Memikoğlu, Ergönül ve Yeşilkaya, 2005). Personel yetersizliği ve görev tanımlamalarındaki belirsizliklerden dolayı sağlık çalışanları çoğunlukla eğitime uygun hizmet verememektedir (Meydanlıoğlu, 2013:194). Özellikle taşeron sağlık çalışanlarının çoğunun mesleğe başlamadan sağlık risk eğitimini almaması, mesleki risklerle ilgili işveren tarafından bilgilendirilmemesi, gerekli aşılarının yapılmaması ve koruyucu donanımının yetersiz olması gibi problemlerle karşı karşıya kalması diğer sağlık çalışanlarına kıyasla daha büyük iş sağlığı güvenliği sorunlarının olduğunu göstermektedir (İzgi ve Öztürk Türkmen, 2012). Tüm bu etmenler, sağlık çalışanlarının olağan çalışma şartlarında da yoğun ve stresli çalışma şartlarını birçok açıdan zorlaştırmıştır.

2001’de Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan tespitlere göre, sağlık çalışanlarının vazife, izin ve sorumluluklarını planlayan görev çözümlemelerinin bulunmadığı, buna yönelik mevzuatın yetersiz olduğu gözlemlenmiştir. Personel istihdamı ve yönetimi açısından esneklik olmadığı belirtilmiştir. Uygulanan kadro standartlarının yetersizliğinin yanı sıra bu ölçütlerin iş yükü ve hizmet kullanımına yönelik değil de nüfus ve yatak sayılarına göre belirlenmesi personel istihdamı bakımından problemlere yol açmaktadır. Öte yandan, ücretlerin yetersizliği, motivasyon düşüklüğü, ücret ve terfilerin performansla ilişkilendirilmemiş olması, gelişmemiş bölgelerde çalışmayı teşvik edici önlemlerin olmaması gibi sorunlar da bulunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2001).

2003’te Sağlık Bakanlığı’nın gerçekleştirdiği başka bir çalışmada, sağlık çalışanlarıyla ilgili olarak ülke genelindeki dengesiz dağılım, çalışanlar arasındaki sayısal dengesizlik, insan kaynakları planlamasının eğitim ve uygulamalarının ayrı ayrı kurumlar tarafından yapılması, sabit ücret alınması ve çalışanlara merkezden müdahale edilmesi gibi sorunlardan bahsedilmektedir (Akdağ, 2003:84).

Personel alımları ve tıbbi araç ve gereçlere ilişkin yetersizliklerin, hasta bakımı haricindeki fonksiyonların öncelikli hale gelmesi gibi durumların kurumsallaşmış hastanelerde bile olduğu görülmektedir. Çalışanlar bakım işlevinin haricinde kendi alanıyla ilgili olmayan işleri yapmak zorunda kaldıklarından çalışanlarda çoğunlukla öfkelenme, öz saygıda azalma, tükenme ve iş doyumsuzluğu vb. durumlar oluşmaktadır (Saygılı, 2008:17).

2.1.2.1. Personel Politikası

Sağlık hizmetlerindeki insan gücü planlaması, sağlık sisteminin düzenli ve sürekli şekilde devam ettirilmesini sağlamaktadır. Etkin şekilde yürütülen personel politikasıyla işyerlerinde olması gerekenin üzerinde veya altında personelin çalışması engellenerek hizmete yönelik vasıflı ve yeterli sayıda çalışan görevlendirilip işgücünün verimli bir şekilde kullanılması sağlanabilmektedir. Türkiye’de sağlık hizmetlerinde çalışan sayısı, hasta ve nüfus sayısı ile kıyaslandığında daha az sayıda kalmaktadır. Bu noktada, personel politikaları ön plana çıkmaktadır. Bu bakımdan öncelikle tüm sağlık sektörüne ilişkin eğitim, işgücü ve istihdam planlamalarının yapılmış olması gerekmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007).

2003’te harekete geçirilen SDP (Sağlıkta Dönüşüm Programı) sağlık çalışanlarının istihdamında mühim bir dönüşümü ifade etmektedir. SDP, sağlık sektörünün örgütlenmesine ve sunumuna ilişkin önemli değişiklikler gündeme getirmiştir. Sağlık Bakanlığı’nın “planlayıcı ve denetleyici” rolünün hukuki alt yapısı hazırlanarak sağlıkta “sözleşmelilik” ve “hizmet alımı” uygulamaya girmiştir. Sağlık çalışanlarının istihdam şartları ve üretim süreci değiştirilirken sağlık finansmanı tekrardan yapılandırılmıştır. SDP, gerekli bilgi ve yeteneğe sahip, yüksek motivasyonla hizmet verecek sağlık insan gücünü oluşturmayı amaçlamıştır. “Aile Hekimliği” ve “Kamu Hastane Birlikleri” sağlık hizmetlerindeki örgütlenme değişimini yansıtan modellerdir (Özkal Sayan ve Küçük, 2012:173).

Türkiye’de devlet hastanelerinde çalışan sağlık çalışanı sayısı, çalışanların denetimi ve gözetimi devletin kontrolündedir. Bununla birlikte, bu kurumlarda taşeron çalışanlar da bulunmaktadır. Son gelişmelerle birlikte, taşeron çalışanların kadroya alınmasına ilişkin düzenlemeler gerçekleştirilmiştir (Kılış ve Demir, 2012:25). Bu düzenlemeler sonucunda taşeron çalışanların büyük bir kısmı Resmi Gazetede yayımlanan tebliğ kararıyla birlikte kadroya geçirilmiştir (T.C. Resmi Gazete, 1 Ocak 2018, sayı: 30288).

Sağlık Bakanlığı, Türkiye genelinde sağlık hizmetlerinde eşitliğin sağlanabilmesine yönelik yeterli düzeyde ve nitelikli sağlık çalışanı istihdamına ve kurumların dolum seviyelerinin arttırılmasına önem vermektedir. Sağlık çalışanlarının dolum oranlarına bakıldığında, doktor ve diğer sağlık çalışanlarının istihdamında sorunların yaşandığı görülmektedir. Özellikle gelişmemiş bölgelerde, nitelikli ve yeterli düzeyde uzman

doktor bulunmamaktadır. Bu tür sorunların ortadan kaldırılmasına yönelik nakil ve atama yönetmeliğinde getirilen yenilikler sonucunda meslek gruplarının, görev puanlarının ölçütleri ve personel atamaları belirlenmiştir. Mazeret veya kusur durumlarına yönelik katı düzenlemeler yapılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007).

Sağlık alanında zorunlu hizmet düzenlemeleri sonucunda, gelişmemiş bölgelerde, hem pratisyen hekimlerin bulunmadığı kesimlerde uzman hekimler hizmet vermeye başlamış hem de sağlık çalışanı sayısı arttırılmıştır (Şensoy, 2019:18). Bu kapsamda yürütülen çalışmalar sürdürülmeye devam etse de sağlık hizmetlerindeki istihdam yetersizliği hala kapatılamamıştır. Bu durum, çalışan başına düşen iş yükünün daha da fazlalaşmasına neden olmaktadır. Sağlık çalışanlarının büyük bir kısmının kadınlardan oluşması, kadın çalışanlara yönelik doğum izni/süt izni gibi izinler nedeniyle çalışan sayısında ortaya çıkan azalışların kapatılmasını zorlaştırmaktadır. İzne çıkan kadın sağlık çalışanlarının yerine başkasının alınamaması mevcut kadroların dolu gözükmemesine sebep olmaktadır (Duymaz Şahin, 2014:42-43).

Kadın sağlık çalışanlarının doğum iznine çıkması aynı bölümde görev yapan diğer çalışanların iş yükünü arttırmaktadır (Yenal ve Durgun Ozan, 2013:6). Benzer bir durum, erkek sağlık çalışanları askere gittiklerinde de yaşanmaktadır. Yönetmelikler ve mevzuata göre kurumlardaki hasta sayısı göz önünde bulundurularak sağlık çalışanı görevlendirilmektedir. Fakat uygulama kısmında, çalışanlar aynı anda birden çok hastanın bakımıyla ilgilenmekte ve bu durum onların vereceği hizmetin kalitesini etkilemektedir (Öztürk, Babacan ve Anahar, 2012:254). 2006'da sağlık çalışanlarının planlanmasına yönelik Sağlık Bakanlığı tarafından taşra teşkilatında çalışan ihtiyacının ve paylaşımının belirlenebilmesi için PDC (Personel Dağılım Cetveli) çalışması başlatılmıştır (Bektemür, 2018:21).

SDP sürecinde insan kaynakları politikası oluşturulmasına yönelik ilk kapsamlı çalışma 24-28 Nisan 2007 arasında yapılan "Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı" sektörler arası katılımlarla gerçekleştirilmiş olup Türkiye'de sağlık işgücünün istihdamının ve yetiştirilmesinin ihtiyaca göre yapılmasında birtakım sorunlar olduğu, istihdam eden ve yetiştiren tarafların planlarının birbiriyle bütünleşmediği yönünde temel görüş birliği oluşmuştur (Bektemür, 2018:20).

2011’de yayımlanan 663 sayılı KHK (Kanun Hükümünde Kararname), Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yasasını yeniden şekillendirmesinin yanı sıra insan kaynakları yönetimini de tamamen değiştirmiştir. Personel Genel Müdürlüğü tarafından tek elden yürütülen insan kaynakları yönetimi büyük oranda yeni kurulan bağlı kuruluşlara devredilerek buna yönelik yeni kurulan Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile personel işlemleri gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. Yeni teşkilat yasasının personel politikası açısından getirdiği en önemli yenilik, Kamu Hastaneleri Birlikleri kapsamında sağlık personelinin verimlilik esasına dayalı bir sözleşme modeliyle hizmet vermesi olmuştur. Bununla birlikte, 2014’te Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan “Dünya Sağlık Örgütü İş Yüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi Birinci Basamak Sağlık Kurumları Uygulaması Çalışması”, geleneksel nüfusa dayalı personel alım standardının gerçek ihtiyaçların belirlenmesinde yeterli olmadığını, kurumların ihtiyaca yönelik bir personel alım standardı oluşturması ve bu duruma yönelik daha etkili yöntemler kullanması gerekliliğini ortaya koyarak sağlık hizmetlerindeki personel politikalarına yön vermiştir (Bektemür, 2018:21).

2.1.2.2. Çalışma Süreleri

Çalışma ve dinlenme süreleri sağlık çalışanlarının sağlığını ve verimliliğini doğrudan etkilemekle birlikte, verilen sağlık hizmetinin niteliğine ve çalışanların sosyal ve aile yaşantılarına da etki etmektedir. Hizmetin sürekli gece ve tatil günlerinde de devam etmesi, sağlığı başka alanlardan farklılaştıran en önemli farktır. Sağlık sektöründe hizmet veren kurumların farklılığı ve meslek dallarının çokluğu, standart bir çalışma süresinin belirlenmesindeki önemli engeller olarak karşımıza çıkmaktadır (Nalbant, 2006:27). Sağlık sektörü, yetersiz çalışan sayısına karşın kesintisiz şekilde hizmet verilen bir sektör olduğundan çalışanların çoğunluğu normal çalışma sürelerinin üzerinde hizmet vererek aradaki farkı kapatmaya çalışmaktadır (Kavuncubaşı ve Kısa, 2002:38).

Sağlık çalışanlarının haftalık ortalama çalışma süresi 40 saat, normal mesai şeklinde çalışanların saat aralığı 08.00-16.00 olarak belirlenmiştir. Ancak bu durum sağlık çalışanlarının 12.00-13.00 arasında dönüşümlü şekilde öğle yemeği molasına çıkması ve sağlık hizmetlerinin geciktirilmemesi halinde geçerli olmaktadır. Bunların dışında 08.00-17.00 arasında mesai yapılmaktadır. Bunun nedeni, Yataklı Tedavi Kurumları

İşletme Yönetmeliği'ne göre sağlık hizmetinin zorunlu olarak 24 saat kesintisiz bir şekilde sürdürülmesidir. Bu yönetmeliğin çalışma düzeni ve çalışma saatleri başlığında; doktor, uzman doktor, diş hekimi, psikolog, diyetisyen, eczacı, sosyal hizmet uzmanı ile genel idari hizmet personellerinin mesailerinin 08.00'da başlayacağı, bakım hizmetlerinde çalışanların mesai saatlerinin 07.00-19.00 arasında olacağı açıklanmıştır (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1982).

Hastane ve diğer sağlık kurumlarında çalışan ve yoğun radyasyona uğrayan çalışanların günlük çalışma saati 7 saat, haftalık çalışma saati 35 saat olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda olan çalışanlara 1 aylık sağlık izni hakkı verilmiş olup özel haklarda tanınmıştır. Bununla birlikte, kullandıkları izinlerden dolayı maaş veya döner sermaye kesintisi yapılmamaktadır. Bu kapsamda çalışan sağlık çalışanları, 12 ay çalıştıklarında 15 ay çalışmış olarak değerlendirilmektedir (Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi Müesseseleri Hakkında Nizamname, 1937).

Sağlık çalışanlarının çoğunluğunun (%64,5) haftalık ortalama çalışma süresinin 48 saat ve yukarısı olduğu, %35,4'ünün de haftalık çalışma süresinin 40-47 saat arası olduğu tespit edilmiştir (Çarıkçı ve Yavuz, 2009).

2.1.2.3. Nöbet ve Fazla Çalışma

Sağlık sektöründe kesintisiz hizmet zorunluluğunun sağlanabilmesi için nöbet ve fazla çalışma usulleri kullanılmaktadır. Buna yönelik, birçok ülkede sağlık çalışanlarına yönelik ikramiye ya da yüksek maaş gibi ilave ödemeler veya nöbet ve vardiya izni, haftalık çalışma süresinin kısaltılması gibi ek izinler yoluyla denkleştirme yapılmaktadır. Sağlık çalışanlarının bu hakları hem yasa yoluyla hem de toplu sözleşmelere dayanan hükümlerle güvence altına alınmıştır (Nalbant, 2006:29).

Türkiye'de hem nöbet hem de vardiya çalışması uygulanmakta olup tanımı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde yapılmıştır. Yönetmeliğin 41. maddesinde nöbet; “normal çalışma saatleri dışında ve resmi tatil günlerinde dışarıdan gelecek hastalarla, kurum içindeki hastaların acil durumlarında tıbbi ve bununla ilgili idari ve teknik yardımları vaktinde sağlayabilmek, olması muhtemel idari ve teknik olay ve kazalara zamanında müdahale edilmek amacını güder.” şeklinde tanımlanmaktadır. Fakat yapılan tanım hem tıbbi uygulamalar bakımından hem de nöbet usulünün acil

vakalar dışında poliklinik servislerinde de uygulanmasından dolayı eksik kalmaktadır (Yenimahalleli, 1999:106-107).

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği m.41’de; nöbetin 08.00’den ertesi gün 08.00’e kadar süreceği, icap nöbeti haricinde nöbet tutanların kurumdan ayrılamayacağı belirtilmiştir.

Yönetmeliğin 42. maddesinde nöbetler; icapçı nöbeti (ev nöbeti), normal nöbetler, acil nöbetler ve branş nöbeti olmak üzere dört gruba ayrılmıştır.

Sağlık çalışanlarının %68,4’ünün gündüz, %17,8’inin vardiya ve %13,8’inin de nöbet şeklinde çalıştığı tespit edilmiştir (Işık ve Akbolat, 2010).

2.1.2.4. İcapçılık Usulü

İcapçılık usulü, çalışanların olağan çalışma süreleri haricindeki zaman dilimlerinde, gündüz veya gece, bulunduğu konumdan göreve her an çağrılmaya hazır beklediği çalışma şeklidir. Bu çalışma usulü genellikle yataklı tedavi kurumlarında, nüfusu az olan kırsal bölgelerde ve büyük sağlık merkezlerine uzakta bulunan yerlerde uygulanmaktadır. İcapçılık usulü, çoğunlukla uzman hekim, radyoloji ve röntgen, eczane ve klinik laboratuvarlarında çalışanların yanı sıra elektrikle ilgili araç-gereçlerin bakımı, ambulans vb. destek hizmetin de çalışanları da kapsamına almaktadır (Nalbant, 2006:33).

Çoğu ülkede genel çalışma süreleri icapçılık usulü çalışılan saatlerin de hesaba katılmasıyla hem toplu sözleşme hem yasa yoluyla belirlenmektedir. Fakat ülkelere göre veya görev esnasında işyerine gidilip gidilmemesine bağlı olarak farklılıklar görülebilmektedir (Yenimahalleli, 1999:111).

2.1.2.5. Ücret Durumu

Türkiye’de sağlık çalışanlarının ücret durumu memurlara yönelik uygulanan genel sistemle belirlenmektedir. Ücretler, çalışanların öğrenim derecelerine göre belirlenmektedir. Memurların öğrenim dereceleri ilk ve ortaokul, lise, ön lisans, lisans vb. şeklinde sınıflandırılmıştır. Bununla birlikte, sağlık çalışanlarının ücretlendirilmesine ilişkin sağlık sektöründe 1991’den beri döner sermaye uygulanmaya başlamıştır (Nalbant, 2006:35).

Sağlık kurumlarında çalışanların maaşlarına ek ödeme olarak verilen döner sermaye ücretlerinin performansa göre değerlendirilmesi yapılmaktadır. Performansa dayalı ücretlendirme sistemi, üretimi ve verimliliği arttırmanın yanı sıra çalışanlara motivasyon sağlama ve teşvik etmeye yönelik oluşturulmuş bir ücretlendirme sistemidir (Şensoy, 2019:22). Performansa dayalı döner sermayeye ilişkin ücretlendirme sistemi ilk olarak 2003'te deneme amaçlı 10 hastanede daha sonra 2004'te tüm Sağlık Bakanlığı kuruluşlarında uygulanmaya başlamıştır. 31.01.2011'den itibaren üniversite hastanelerinde de uygulanmaktadır (Etiler, 2015:6).

Hekimler muayene sayısı ve müdahale işlem puanına göre performans ücreti alırken diğer personeller hizmet verilen gün sayısı, kadro, unvan gibi ölçütlere bağlı olarak ücretlendirilmektedir. Sağlık memuru ya da hemşireler tarafından yapılan girişimsel işlemlerin tamamının hekimlerin adına kaydedilmesinden dolayı hekimlerin daha yüksek performans ücreti almaları diğer sağlık çalışanlarının motivasyonlarının azalmasına yol açmıştır (Şensoy, 2019:22). Bu sistem, büyük ölçüde hekimlerin bir bölümünün ücretlerini arttırmıştır. Ancak genel kamu sağlık çalışanlarının ücretleri arasında büyük ölçüde eşitsizlikler oluşmuştur. Bununla birlikte, kamu sektöründe tam gün hizmet veren hekimlerin döner sermaye gelirlerinin aylık maaşlarının üzerine çıktığı görülmüştür. Bu artış, uzman ve pratisyen hekimlerin döner sermaye gelirlerindeki artıştan kaynaklanmaktadır (Etiler, 2015:7).

Sağlık çalışanlarının genel olarak taban ücretlerinden memnun olmadığı, iş yüküne ve yaptığı mesleğe göre aldıkları performansa dayalı ek ödeme sistemini yeterli ve adaletli bulmadığı tespit edilmiştir (Çakır ve Sakaoğlu, 2014).

Pandemi döneminde COVID-19 polikliniklerinde görev yapan kadın sağlık çalışanlarının maaşlarını oldukça düşük bulduğu, döner sermaye ücretlerinin hakkaniyete dayalı dağıtılmadığını düşündükleri, özellikle hemşirelerin döner sermaye ödemelerinin fazlasıyla düşük tutulduğu ve diğer yardımcı personelin de bu ödemelerden neredeyse hiç yararlanamadığı tespit edilmiştir (Nakışci Kavas ve Develi, 2020).

2.1.3. Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği

İş, çalışan bireyin sosyal, ekonomik ve kültürel yaşamının çoğunluğunu oluşturmaktadır. İşte ya da işyerinde bulunan risk ve tehlikelere yönelik koruyucu tedbirlerin sağlanması iş kazası ve meslek hastalıklarının oluşumunun engellenmesini ya da azaltılmasını sağlamaktadır (Solmaz ve Solmaz, 2017:148).

İş sağlığı kavramı, sadece meslek hastalığı veya iş kazalarıyla birlikte bahsedilen bir kavram olmanın ötesinde işten kaynaklanan her tip sağlık sorunlarına ilişkin önlemlerin alındığı, çıktı üretiminin her evresinde öncelikli olarak niteliği hedef alan iş sağlığı algısı kapsamında ele alınmalıdır. Bu kapsamda, hayat kalitesi, iş doyumu vb. önemli unsurlar olarak ele alınmaktadır (Øvretveit, 2003:236).

Sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğine yönelik uygulamalar ve hizmetler ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. ILO, 1950’lerde tüm çalışanların sağlık hizmetlerinden yararlanmasının, güvenli ve sağlıklı çalışma ortamının olmasının yaşama hakkının kapsamında bir insanlık hakkını ifade ettiğini ve bütün devletlerin bu gereklilikleri sağlaması gerektiğini vurgulamıştır (Özkan ve Emiroğlu, 2006:45). DSÖ’ye göre tüm insanlar için sağlık hakkı, herkesin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine, ihtiyaç duyduğu yerde ve zamanda mali zorluk çekmeden erişmesi gerektiği anlamına gelmektedir (WHO, 2017).

ILO ve DSÖ iş sağlığı ve güvenliğini, “Bütün çalışan bireylerin bedensel, zihinsel ve toplumsal refahının en üst seviyeye çıkartılması ve devamlılığının sağlanması, çalışma şartlarının, çevresinin ve çıktılarının sağlığa aykırı sonuçlarının ortadan kaldırılması, çalışanın yaralanmasına ve kazalara neden olabilecek risk faktörlerinin ortadan kaldırılması, çalışanın fiziksel ve zihinsel özelliklerine uygun işlere yerleştirilmesi ve buna yaraşır bir iş ortamı oluşturulmasıdır” şeklinde tanımlamaktadır (WHO, 2001, ILO, 2014).

ILO, DSÖ ve diğer kurumların önerileri doğrultusunda iş sağlığı ve güvenliğinin hedefleri aşağıdaki ana başlıklar altında toplanmaktadır (Oğan, 2014:8);

- Çalışanların fiziksel, ruhsal ve tıbbi sağlık kapasitelerini en üst seviyeye yükseltmek

- Her çalışanı bedensel ve zihinsel yeteneklerine yaraşır işlerde çalıştırmak, işe uyumlarını hızlandırmak
- Çalışmanın olumsuz şartlarından kaynaklı çalışan sağlığının tahribatını engellemek
- İş ile çalışan arasındaki uyumu sağlayıp en az yorgunlukla en üst düzeyde verim almak
- Çalışma ortamındaki sağlığa zarar veren faktörleri, sağlıklı koruma önlemleriyle ortadan kaldırmak
- Ortaya çıkan sağlık hasarlarını, işten kaynaklanan zehirlenmeleri ve meslek hastalıklarını tespit edip tedavilerini sağlamak
- Geçirdiği meslek hastalığı ya da iş kazasından dolayı hasar görenlere yeniden işe geri dönüş fırsatlarını yaratmak
- Oluşan hasarların düzeylerini objektif, bilimsel ve etik yöntemlerle ortaya koymak ve değerlendirmektir.

Tüm bu amaçların gerçekleştirilebilmesi için uygun işe yerleşimlerin sağlanması, çalışma ortamı faktörlerinin değerlendirilmesi, sağlık açısından risk kontrollerinin yapılması, periyodik ve aralıklı kontrol ve sağlık muayenelerinin yapılması, işyerinde sağlık hizmetlerinin sağlanması, sağlık eğitimi ve danışmanlık kurallarına uyulması gerekmektedir (Oğan, 2014:8).

İş güvenliği, “kişilerin geçimini sağlamak için çalıştığı iş esnasında iş kazası geçirmelerini engellemeye yönelik güvenli çalışma ortamlarının oluşturulması için alınması gerekli olan önlemler dizisi” olarak tanımlanmaktadır (Solmaz ve Solmaz, 2017:148).

İş sağlığı kavramı, çalışanın iş ortamındaki var olan ve olması muhtemel sağlığı etkileyebilecek tehlikelere karşı korunmasını (iş hijyeni, bulaşıcı hastalıklardan korunma vb.), iş güvenliği kavramı çalışanın işin yapılması sırasındaki tehlikelere yönelik korunmasını kapsamaktadır (Demir, 2006:5).

2.1.3.1. Çalışma Ortamı ve Mesleki Riskler

Hastane ortamları, İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği’ne göre “Çok tehlikeli işyeri” olarak değerlendirilmektedir (T.C. Resmi Gazete, 26 Aralık

2012, sayı: 28509). Sağlık çalışanları, çalışma ortamından kaynaklanan birden çok mesleksi tehlike altındadır. Sağlık çalışanın çalışma ortamlarında karşılaştığı mesleki risk ve tehlikeler; biyolojik, fiziksel, ergonomik, kimyasal ve psiko-sosyal şeklinde sınıflandırılmaktadır. Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü hastane ortamlarında 29 tür fiziksel, 25 tür kimyasal, 24 tür biyolojik, 6 tür ergonomik ve 10 tür psiko-sosyal risk ve tehlikenin var olduğunu belirtmiştir (Meydanlıoğlu, 2013:193). Tüm bu riskler, çalışanların verimliliğinin azalmasına, kurumda mali düşüslere, iş kazası ve meslek hastalıklarının artışına ve çalışanların bakımıyla ilgilendiği hastaların doğrudan tehlike altında kalmasına yol açmaktadır (Solmaz ve Solmaz, 2017:148).

2.1.3.1.1. Fiziksel Riskler

Çalışan sağlığına etki eden fiziksel risk faktörleri; aydınlatma, gürültü, nem, toz, titreşim (vibrasyon), termal konfor şartları (MEB, 2017:12), yüksek ve düşük basınç, iyonize ve non-iyonize radyasyon ve kas-iskelet sisteminin birikimsel zedelenmeleridir (Nalbant, 2006:39).

Hastanelerde sürekli gürültü bir ortamın var olması yapısal veya operasyonel sebeplerden kaynaklanmaktadır. “Havalandırma ve ısıtma-soğutma sistemleri, pencere-kapı oluşumu” yapısal sebepler, “Personel ve medikal araç-gereçler” operasyonel sebepler olarak karşımıza çıkmaktadır (Krueger, Schue and Parker, 2007). Uluslararası örgütler hastane ortamlarındaki gürültü seviyelerine ilişkin önerilerde bulunmuştur. EPA (Amerika Birleşik Devletleri Çevre Koruma Ajansı) hastane ortamlarındaki gürültü düzeyinin gece 35dB-gündüz 45dB, INC (Uluslararası Gürültü Konseyi Yönergeleri) gece 20dB-gündüz 45dB, NIOSH (Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü) gece 35dB-gündüz 45dB ve WHO (Dünya Sağlık Örgütü) gece 30dB-gündüz 35dB ‘i aşmaması önerisinde bulunmuştur (Berglund vd., 1995, Cordova vd., 2013).

Hastanelerde aydınlatmanın yetersiz olması veya aşırı derecede olması çalışanların sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Aşırı aydınlatmanın, ışığın ve elektromanyetik alanların yoğun olmasından dolayı yorgunluğa ve pineal bezin işlevlerinde bozukluğa yol açtığını gösteren çalışmalar vardır. Bu durum, uzun süreli maruz kalımda meme kanserine, üremeye ilgili sorunlara ve depresyona neden olabileceği gibi özellikle gece

nöbeti tutan ve yoğun bakım birimlerinde çalışanlar için daha da önemlidir (Solmaz ve Solmaz, 2017:151).

Çalışma ortamlarına ilişkin dışsal (nem, ısı kaynakları vb.) faktörlerden ve işe ilişkin bireyler etmenlerden (yaş, kilo vb.) oluşan termal konfor koşullarının tümünün gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Ortamın nem ve sıcaklık seviyesinin üst düzeyde olmasının aşırı uyku hâli, yorgunluk, tansiyon ve vücut direncinin düşmesi, baş dönmesi, aşırı terleme, kaşıntıya neden olan kırmızı lekeciklere, verimliliğin düşmesi, aşırı hassiyet, kaygı ve odaklanma bozuklukları gibi olumsuz etkileri olabilmektedir (MEB, 2017:18).

Radyasyondan en çok etkilenen radyoloji, nükleer tıp ve radyoterapi çalışanları olmakla birlikte, radyasyonun çalışma ortamlarından dolayı iyonizan ve non-iyonizan radyasyon ışınlarına ⁶ maruz kalan tüm sağlık çalışanlarının üzerinde mutajenik, kanser yapıcı ve doğumsal kusurlara neden olan etkileri bulunmaktadır (Meydanlıoğlu, 2013:193). Bunların dışında meslek hastalığına neden olabilecek ışınlar; korpusküler, lazer ve kızılöltesi ışınlarıdır ve gözde katarakta neden olmaktadır (Nalbant, 2006:41).

Diş hekimlerinin kullandığı birçok mekanizma hareketli parçalarından dolayı titreşim oluşturmaktadır. Makineden yayılan vibrasyon doğrudan makinenin ucundan ele iletildiğinden hem etkileşim alanını hem de hekimin vücudunu etkilemektedir. Bu durum, Karpal Tünel Sendromuna⁷, el ve kollarda ağrı ve güçsüzlüklere, el kavrama kuvvetinde azalışa neden olmaktadır (Solmaz ve Solmaz, 2017:151).

İşten kaynaklanan kas-iskelet sistemi hastalıkları, yinelenen ya da devamlı güce dayalı olan iş etkinliklerinden kaynaklanan ve çoğalan kas ve iskelet hastalıklarından oluşmaktadır. Daktilo ve bilgisayarı yoğun şekilde kullananlarda ve çoğunlukla

⁶Radyasyon, etkilediği atomların molekül veya elektronlarını etkileyebiliyor ve elektronları dışarı atabiliyorsa *iyonize ışın*, etkilediği molekül yapılarını etkileyebiliyor ama elektronlarını dışarı atamıyorsa *iyonize olmayan ışın (non-iyonize radyasyon)* olarak tanımlanmaktadır. Tehlikeli olan ışınlar, iyonize olan ışınlarıdır ancak diğer ışınlarında muhtemel riskleri tartışma konusu olmaktadır (Emiroğlu, 2001:182-183).

⁷İnsan elinin avuç içi kısmında yer alan karpal tünelde bulunan ve median sinir adı verilen sinir üzerine baskı uygulanması sonucunda el ve kollarda uyuşma, karıncalanma ve halsizliğe karpal tünel sendromu adı verilmektedir (<https://www.acibadem.com.tr/ilgi-alani/karpal-tunel-sendromu/#genel-tanitim>).

cerrahlarda görülen Karpal Tünel Sendromu ve De Quervain hastalığı⁸ bu durumun en tipik örnekleridir (Saygılı, 2008:23).

2.1.3.1.2. Kimyasal Riskler

Sağlık kuruluşlarında kişinin sağlığını negatif etkileyen toz, buhar, gaz ve sıvı olarak 299 farklı kimyasal bileşenin kullanıldığı yapılan araştırmalarda tespit edilmiştir (Bayhan, 2005:9). Sağlık çalışanlarının çoğunlukla karşılaştığı kimyasal risk ve tehlikelerin anestezi gaz, dezenfektan, deterjan, kimyasal sterilize ilaç ve sterilizanlar olduğu belirtilmektedir (Akgün, 2015:72). Genellikle de dermatit (deri iltihabı) ve işe bağlı astıma sebebiyet veren kimyasal risklerle karşı karşıya kalmaktadır. Laboratuvar işlemlerinde yararlanılan asit ve alkaliler, tuz, boya, uçucu organik solventler (çözücüler), antineoplastik (tümör hücrelerinin gelişimini önleyen) ilaçlar vb. ilaçlar alerji ve kanser tipi birden çok hastalığın oluşmasına sebep olan risk unsurları olarak karşımıza çıkmaktadır (Özkan, 2005). Bununla birlikte, sıklıkla maden alanlarında çalışanlarda rastlanılan meslek hastalığı silikozise⁹, diş protez laboratuvarlarında çalışanlarda da sıkça rastlanmaktadır (Meydanlıoğlu, 2013:193).

Literatürde, patoloji laboratuvarlarında kullanılan ksilen (uçucu, zehirli, kanserojen bileşik) türündeki unsurların göze sıçradığı zaman körlüğe sebep olabileceği belirtilmiştir. Sağlık bakım alanındaki kimyasalların çalışanlara solunum, sindirim, deri ve iğne batması aracılığıyla da geçebildiği görülmektedir (Solmaz ve Solmaz, 2017:150).

2.1.3.1.3. Biyolojik Riskler

Sağlık çalışanlarının günlük çalışma ortamlarında en çok maruz kaldığı risk faktörleri biyolojik etmenlerden oluşmaktadır (Solmaz ve Solmaz, 2017:148). Biyolojik risk etmenleri genellikle “virüs, bakteri, parazit, mantar ve bunlara bağlı gelişen toksinleri içeren canlılardan üreyen organizmalardan” oluşmaktadır (MEB, 2017:23). Tüm sağlık

⁸De Quervain Hastalığı, Bilek ve ön kolun başparmağının köküne doğru yayılım gösteren ağrı ve şişliğe neden olan tendon kılıfı iltihaplanmasıdır. Başparmağın hareket etmesine, parmaklardan uzaklaşmasına ve geriye doğru bükmesine yardımcı olan kasların tendonlarının apse yapmasıdır (<https://isom.com.tr/de-quervain-hastaligi-2>).

⁹Silikozis, kuvars biçimindeki kristal yapıli silika tozlarının bir süre solunması sonucunda akciğerde gelişen ve kalıcı zararlara neden olabilen bir meslek hastalığı olarak tanımlanmaktadır (<http://www.nefesalalim.com/11/meslek/56/silikoze-silikoze-nedir>).

bakım alanlarında bulunan biyolojik riskler, hasta bireylerin kan ve kana bulaşmış vücut sıvılarına temas etmesiyle gerçekleşen İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü (HIV), Hepatit B, Hepatit C'ye benzer etkili patojenlere, tüberküloza, Brucella ve Salmonella'ya benzer mikropların yayılımına neden olmaktadır (Meydanlıoğlu, 2012:193).

Sağlık çalışanlarının mesleki riskleri arasında bulunan solunum yolu ile bulaşan enfeksiyonlar, hastaneye değişik yollardan (insan, hava akımı, cihazlar vb.) girip uygun bir ekolojik ortamda üremesi sonucunda havaya karışıp mikropların oluşumuna sebep olmaktadır (Salman ve Karahan, 2014). Türkiye'de toplum geneline oranla biraz daha düşük olmakla birlikte, sağlık çalışanlarında son 10 yıl içinde yapılan çalışmalarda HBV taşıyıcılığı %0,40-1,70 arasında ve sağlık çalışanlarında anti-HBs pozitifliği %35-89 arasında saptanmıştır (Apaydın, Demir ve Karadeniz, 2021). Türkiye'de acil servislerde çalışan sağlık çalışanlarının yaklaşık dörtte birinde lateks alerjisi ve üçte birinde el egzeması bulunduğu tespit edilmiştir (Yıldırım Öztürk, Uyar, Öztürk ve Şahin, 2021).

Sağlık çalışanlarının hastanelerde bulaşıcı hastalıklara ilişkin enfeksiyonlardan korunmasını sağlamak amacıyla aşılama programları ve sağlık muayenelerinin yapılması gerekmektedir. Maruziyetin önlenemediği durumlarda da kişisel koruyucu ekipmanlar kullanılmalı, hijyen önlemleri kontrollü bir şekilde alınmalıdır (Solmaz ve Solmaz, 2017:149).

2.1.3.1.4. Ergonomik Riskler

Ergonomi, bireyin bedensel ve ruhsal özelliklerini göz önünde bulundurarak birey-makine-çevre uyumunu saf bilimsel yöntemlerle araştırma ve geliştirme çalışmalarını ifade etmektedir. Ergonomi, aydınlatma, elle ağırlık kaldırma, termal konfor gibi birden çok alanı içinde barındırmaktadır (MEB, 2017:26).

Sağlık hizmetinde uzun ve kesintisiz çalışmalardan dolayı ayakta kalma, hasta bakımı sırasında hastanın yataktan kaldırılması için yapılan vücut hareketleri (eğilme, kaldırma, tutma, dönme vb.) sağlık çalışanlarının kas ve iskelet sistemi sorunlarına yol açmaktadır (Solmaz ve Solmaz, 2017:152).

Sağlık çalışanlarında kas-iskelet sorunlarına hastayla yakın temas gerektiren aktivitelerin neden olduğu görülmektedir. Yaygın olan kas-iskelet sistemi problemleri boyun, bel, omuz ağrıları ve karpal tünel sendromundan oluşmaktadır. Bel ağrısı görülme sıklığının mesleğe, en uzun süre bulunulan yere, cinsiyete, bel ağrısı başlama ve bel fıtığı tanısı alma zamanına göre değişiklik gösterdiği belirlenmiştir. Bununla birlikte, hemşirelerin %44,4'ünün, sağlık memurlarının %42,8'inin ve hekimlerin %25,9'unun hafif düzeyde bel ağrıları olduğu tespit edilmiştir (Kabataş Solak, Kocuk ve Küçükler, 2012). Bel ağrısının en çok acilde çalışan sağlık çalışanlarında yoğun şekilde görüldüğü, mesleksi olarak karşılaştırıldığında da hemşire ve ebelerin doktor ve diğer sağlık personellerine göre bel ağrısı sıklığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Demirpolat, Oğuzöncül ve Kurt, 2021).

Ergonomide insan hataları ve kazaları önemli bir araştırma alanını oluşturmakla birlikte, tıp alanında bu alana tıbbi mekanizmaların tasarım kusurları da eklenmektedir. Bu alana ilişkin ergonomik yetersizlikler tıbbi süreçlerde olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Teşhis ve tedavi süresini hızlandırmaya yönelik yararlanılan röntgen cihazları, bilgisayarlı tomografi, EKG, ultrasonografi vb. modern teknolojik cihazlarla birlikte farklı sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Solmaz, 2017:152).

Sistematik incelemeler sonucunda, ergonomik riskleri en aza indirilebilmesi amacıyla ergonomik organizasyonların belirlenmesi, çevresel etmenlerin değerlendirilmesi, işyeri tasarımlarının ve organizasyonlarının sağlanması, özellikli alanlarda çalışanlar için ergonomik çözüm yollarının üretilmesi, çalışanların memnun, üretken, etkin ve güvende olduğu işyeri ortamının sağlanması gerektiği belirtilmiştir (Günüşen ve Üstün, 2010).

2.1.3.1.5. Psiko-Sosyal Riskler

Sağlık alanında, özellikle birçok hastanın veya ölen kişinin bakımından doğrudan sorumlu olmanın verdiği stresle birlikte artan iş yükü, aşırı ve düzensiz çalışma şekilleri (vardiya, nöbet, gece çalışmaları, icapçılık usulü vb.) sağlık çalışanlarının iyilik halini olumsuz yönde etkilemiştir. Bu durum, yaygın olarak kronik uykusuzluğa, yorgunluğa, konsantrasyon bozukluklarına, yaralanmalara, bazı kanser çeşitlerine, duygu/durum bozukluklarına, tükenmişliğe, yabancılaşmaya ve ailevi problemlere yol açmaktadır (Meydanlıoğlu, 2013:194).

Sağlık alanındaki yetersizlikler, personel ve görev dağılımındaki dengesizlikler çalışanların motivasyonunu kaybetmesine ve gerginliğine yol açmaktadır. Tüm bunların sonucunda ortaya çıkan iş kaynaklı gerginlik ve tükenmişlik de bireyde psikolojik problemlere (anksiyete, çaresizlik duyguları vb.) ve bedensel problemlere (migren, kas gerginliği vb.) neden olmaktadır (Solmaz ve Solmaz, 2017:152). Bununla birlikte, mobbing (psikolojik yıldırma), hastanelerde yaygın biçimde görülen kritik bir çalışan sağlığı ve güvenliği tehlikesi şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Mobbinge maruz kalanlar, genel olarak bıkırma, yıldırma, dışlanma, kurum hizmetlerinden mahrum edilme, küçük düşürölme, izinlerden faydalandırılmama, zorla tayin edilme gibi psikolojik tacize yol açabilecek tutum ve davranışlarla karşılaşmaktadır. Buna yönelik yapılan araştırmalarda, sağlık çalışanlarının %18-37 arasında kasıtlı olarak mobbinge uğradığı, bunun iş doyumsuzluğuna, işi bırakmaya, depresyona ve heyecana sebep olduğı tespit edilmiştir (Demirel ve Yoldaş, 2008).

Sağlık çalışanlarına yönelik yapılan araştırmalarda, çalışma ortamındaki stresörlerin çalışanların bedensel ve ruhsal sağlığının yanı sıra iş doyumunu da negatif yönde etkilediğı gözlemlenmiştir. Stresli çalışma ortamının fiziksel sağlık sorunlarına (baş ağrısı, yorgunluk vb.), ruh sağlığı problemlerine (alkol ve madde bağımlılığında artış, tükenmişlik, depresyon vb.), mesleki ve sosyal problemlere (iş tatminsizliği, işle ilgili özgüvende azalma, ilaç alışkanlığı, aile ilişkilerinde bozulma, bireyler arasında iletişimsizlik vb.) yol açtığı gözlemlenmiştir (Özcanarşlan, 2009:18).

Bilhassa son yıllarda artış gösteren sağlık çalışanlarına yönelik fiziksel veya sözel şiddet, her düzeydeki sağlık kurumu ve sağlık çalışanının maruz kaldığı bir risk unsuru olarak görölmektedir. Şiddete maruz kalım sonrasında anksiyete, tedirgin ve endişe düzeylerinde artış vb. sağlık problemlerinin ortaya çıktığı görölmektedir (Meydanlıoğlu, 2013:194).

Sağlık çalışanlarının çalışma ortamına bağılı yaşadığı stres ve buna yönelik başa çıkma durumlarının belli sürelerde tespit edilerek elde edilen bulgulara göre, çalışma koşullarında düzenlemeler yapılması, stresörlerin tanınması, stresle başa çıkmaya yönelik yöntemleri öğrenme ve problem çözme yeteneğinin geliştirilmesi, rehberlik ve danışmanlık hizmetlerinin kendini tanımaya yardımcı olması, kuruluşlardaki iş yükü göz önüne alınarak çalışan ve araç-gereç yetersizliklerinin ortadan kaldırılabilmesi için

gerekli düzenlemelerin yapılması gibi çalışan sağlığı ve güvenliğine katkı sağlayacak yönde çalışmalar yapılması gerekmektedir (Solmaz ve Solmaz, 2017:153).

Pandemi döneminde Çin’de 1200’den fazla sağlık çalışanıyla gerçekleştirilen araştırma sonucunda, sağlık çalışanlarının depresyon, anksiyete, uykusuzluk ve psikolojik sıkıntı seviyelerinin arttığı gözlemlenmiştir. Bununla birlikte, yalnızca COVID-19 hastalarının bakımıyla ilgilenen sağlık çalışanlarının COVID-19 hastasına bakmayan sağlık çalışanlarından daha yüksek seviyede ruhsal problemleri olduğu tespit edilmiştir (Shanafelt, Ripp and Trockel, 2020).

2.1.3.2. İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları

İş kazası, işin yapılışı ve uygulamaları esnasında tehlikeli durum ve davranışların aynı yer ve zamanda gerçekleşmesinden meydana gelen yaralanma, ölüm, hasara ya da kayba sebep olan istenmeyen olaylar olarak tanımlanmıştır (Akgün, 2015:68).

İş kazası ILO tarafından, “belirli bir yaralanmaya ya da zarara sebep olan, baştan planlanmamış ve beklenmedik olay” olarak tanımlanmaktadır (ILO, 1999).

İş kazası DSÖ tarafından, “önceden planlanmamış, çoğunlukla incinmelere, makine ve araç-gereçlerin hasar almasına veya üretimin aksamasına sebebiyet veren olay” olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2001).

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’nda iş kazası, “İşyerinde veya işin yürütümü nedeniyle meydana gelen, ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da bedenen engelli hâle getiren olay” şeklinde ifade edilmiştir (m.3/g). Bu kanunda, iş kazasının genel bir tanımı yapılarak 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu m.13’te;

a) “Sigortalının işyerinde bulunduğu sırada,

b) İşveren tarafından yürütülmekte olan iş nedeniyle sigortalı kendi adına ve hesabına bağımsız çalışıyorsa yürütmekte olduğu iş nedeniyle,

c) Bir işverene bağlı olarak çalışan sigortalının, görevli olarak işyeri dışında başka bir yere gönderilmesi nedeniyle asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda,

d) Emziren kadın sigortalının, iş mevzuatı gereğince çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda,

e) Sigortalıların, işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere gidiş gelişi sırasında, meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedenen ya da ruhen engelli hâle getiren olay” olarak detaylıca tanımlanmıştır.

5510 sayılı kanun m.13’te; “sigortalıyı hemen veya sonradan bedenen ya da ruhen engelli hale getiren olay” ifadesiyle olayın gerçekleşmesinden daha sonra ortaya çıkabilecek haller de iş kazası kapsamına alınmıştır.

Meslek hastalığı, “mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalık” şeklinde tanımlanmıştır (6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, m.3/1).

5510 sayılı kanun m.14’te; “sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal engellilik halleri” şeklinde tanımlanmaktadır. Bu hastalıkların oluşumu uygun çalışma şartlarında engellenebilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre, meslek hastalıkları sadece bilinen ve kabul edilen şekillerde değil, oluşum ve gelişim aşamalarında çalışma ortam ve şekillerinin diğer nedenler içerisinde önemli bir etken olduğu hastalıklardır (Nalbant, 2006:49).

Sağlık çalışanlarının sıklıkla geçirdiği kazalar; yırtık, kesilme, kırılma ve sırt yaralanmalarıdır. Özellikle laboratuvar kısmında çalışanlar yangın, patlama vb. durumlara sıklıkla maruz kalmaktadır. Bununla birlikte, acil çalışanları başta olmak üzere bütün sağlık çalışanlarına hasta/hasta yakınlarından gelebilecek her türlü şiddet sayılabilir (Saygılı, 2008:28).

2.1.3.2.1. Kesici-Delici Alet Yaralanması

Sağlık kurumlarında, “hastaların tedavilerinde yararlanılan enjektör, sütür iğnesi, bistüri ucu, jilet vb. gereçlerle yaralanmalar” kesici ve delici alet yaralanmaları olarak karşımıza çıkmaktadır (Akgün, 2015:69). Sağlık çalışanlarının sıklıkla yaşadığı iş kazalarını kesici ve delici alet yaralanmaları oluşturmaktadır. Kesici-delici alet yaralanması, özellikle kontamine olanlarla meydana gelmişse hem çalışan hem hasta açısından önemli düzeyde enfeksiyon tehlikesi oluşturmaktadır (Yazar, Yücetaş, Özkan ve

Zulcan, 2016:5). Sağlık çalışanları bu yaralanmalar sonucunda kan ya da kontamine vücut sıvılarından özellikle HIV ve Hepatit B, C ve D ve 20 civarında patojen bulaşması yönünden devamlı tehlike altındadır (Akgün, 2015:69).

CDC verilerine göre, sağlık çalışanlarının iğne ucu ve perkütan yaralanmalarının sayısı yıldan yıla artmakla birlikte, hastane çalışanlarında her yıl 385.000 iğne ve günlük yaklaşık 1000 kesici ve delici alet yaralanması gerçekleştiği tahmin edilmektedir (Dinç, 2015:9). Yapılan sörveyans çalışmalarına göre, hastanelerde 100 yatak/yıl için ortalama 30 iğne ve diğerk kesici alet yaralanmasının gerçekleştiği gözlemlenmiştir (Gürbıyık, 2005, Özen, Mısıroğlu Özen, Kayabaş, Köroğlu ve Topaloğlu, 2006:87, Yeşildal, 2005:283). Hijyenik olmayan keskin bir tıbbi cihazla yaralanma sonucunda, üç çalışandan en az birinin Hepatit B, otuz çalışandan en az birinin Hepatit C ve üçyüz çalışandan en az birinin AIDS virüsü bulaşma riskine maruz kaldığı gözlemlenmiştir (Yeşildal, 2005:289).

Kesici-delici alet yaralanmalarının en çok görüldüğü meslek grubu hemşireler (%44) olmakla birlikte, doktorlar (%28), teknisyenler (%15), temizlik ve çamaşırhane personelleri, diğerk yardımcı çalışanlar ve alt basamaktaki diğerk personellerde de genel olarak gözlemlenmektedir (Akgün, 2015:70).

Sağlık personelinin hastaların yatağının başında kan alırken ve iğne yaparken gerçekleştirdiği işlemler esnasında, ameliyathanelerde, polikliniklerde, laboratuvarında, genel olarak çalıştığı her alanda kesici-delici alet yaralanmasına maruz kalmaktadır. Kesici-delici alet yaralanmalarının %32'si tek kullanımlık iğnelerle, %19'u sütür iğneler ve %12'si çelik iğneler aracılığıyla gerçekleşmektedir. Bununla birlikte, kesici ve delici alet yaralanması raporlarının yetersiz olduğu belirtilmektedir. Bir çalışmanın bulgularına göre, meydana gelen yaralanmaların %60'ı bildirilmemiştir (Yeşildal, 2005:283, Turhan, 2006:20). Bu durum, bilhassa hekim haricindeki sağlık çalışanının kendini ciddi risk altında hissetmemesi, gerçekleşen maruziyetin genellikle rapor edilmemesi ya da önemsenmemesinden kaynaklanmaktadır. Hepatit C ve HIV'den korunmaya yönelik aşının ve etkin bir iyileşme yönteminin bulunmaması, hastalık sonucu tahminlerinin kötüleşmesi durumun mühimliğini göstermektedir. Hepatit B'ye karşı korunma çalışan kişinin maruz kalım sonrasında derhal Hepatit B aşısı yaptırmasıyla mümkün olmaktadır (Kişioğlu, Öztürk, Uskun ve Kırbıyık, 2002).

Sağlık çalışanlarının son 1 yıl içerisinde kesici-delici alet yaralanma sıklığının %15,5, en çok kesici-delici alet yaralanması yaşayan meslek gruplarının sağlık memurları ve hemşireler olduğu tespit edilmiştir (Işıklar Özberk ve Kutlu, 2021:267).

Kesici ve delici aletler belirli kaplara güvenilir şekilde atılmalı, önceden kullanılmış olan iğne kapakları tekrar takılmamalı, hijyenik olmayan giysi ve eldivenler dâhil olmak üzere kan ve vücut sıvılarına bulaşan her şey kalın plastik torbalar aracılığıyla ortadan kaldırılıp daha sonra yakılmalıdır. Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşmış devamlı kullanılan medikal ve dişçilik aletleri de ulusal prosedürlere uygun şekilde dezenfekte ve sterilize edilmelidir (Saygılı, 2008:29).

2.1.3.2.2. Kan-Vücut Sıvıları İle Maruziyet

Kan ve kan ürünleriyle ilişkili işlemleri gerçekleştiren ve ilgili alanlarda hizmet veren ya da hastaya cerrahi uygulamalar yapan bütün sağlık çalışanları kan-vücut sıvıları ile bulaş riski altındadır. Bu bağlamda, kan-vücut sıvıları ile maruziyet hasar gören deri (açık yara), kesik, sıyrık yoluyla, hastalardan damlacık ve damlacık çekirdeği şeklinde dökülen solunum salgılarıyla ya da mukozaya sıçraması sonucunda gerçekleşmektedir (Akgün, 2015:71).

Sağlık çalışanlarına hastaların kan ve vücut sıvılarıyla teması durumunda otuz civarında Hepatit A, B, C, D ve HIV vb. bakteri bulaşmaktadır. Bu tür viral enfeksiyonlar haricinde çalışandan hastaya, hastadan çalışana genel olarak direkt temas veya solunum yoluyla bulaşan herpes virüs enfeksiyonları, influenza (grip), SARS, salmonella, tüberküloz, herpes simpleks, parvovirüs ve adenovirüs vb. viral ve bakteriyel hastalıkların da bulaşma riskini göz önünde bulundurmak gerekmektedir (Uçak, 2009:21).

2.1.3.2.3. Şiddet Maruziyeti

İş kazaları içerisinde değerlendirilen iş yerinde şiddet konusu son yıllarda daha da artış göstererek mücadele edilmesi gereken evrensel bir halk sağlığı problemi haline gelmiştir (Yeşildal, 2005:281, Akgün, 2015:71).

DSÖ'ye göre şiddet, "Tehdit altında veya eylemsel şekilde kendine, başka bir bireye veya bir gruba, topluma yönelik yara alma, ölüm, ruhsal hasar, kötü gelişme veya

mahrumiyetle sona eren veya sona erme ihtimali yüksek olan bedensel güç ya da gücün kasıtlı kullanımı” olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2002).

Şiddetin bireyin kişiliğine, insan haklarına yönelik bir saldırı niteliği taşımasının yanı sıra fiziksel saldırı, tehdit ve tacizi kapsayan birçok türü ve ölüme yol açabilecek birçok boyutu bulunmaktadır (Altıntaş, 2006:7).

ABD İş Sağlığı literatüründe şiddet, “hizmet esnasında bireylere yöneltilmiş bedensel saldırı ya da saldırı tehdidi” şeklinde tanımlanmaktadır. İş yerinde şiddetin düşük işçi morali, artan iş stresi ve işçi devri, yönetime ve iş arkadaşlarına olan güvenin azalması gibi olumsuz örgütsel sonuçlara neden olabileceği ifade edilmiştir (NIOSH, 2002).

Avrupa Komisyonu (AK) işyerinde şiddeti, “işe ilişkin niteliklerin işe gidiş-geliş dâhil olmak üzere açık ya da dolaylı olarak çalışanın güvenliğini, iyilik halini, sağlığını olumsuz etkileyen, çalışanın tehdit edildiği, tacize veya saldırıya uğradığı olaylar” şeklinde tanımlamaktadır (ILO, ICN, WHO, PSI, 2003).

Günümüzde sağlık kurumlarında şiddet yeni görülmeyen ancak giderek artan bir psikososyal bir sorun haline gelmiştir. Sağlık alanında şiddet, “hasta/hasta yakınlarından veya başka kişiler tarafından sağlık çalışanlarına karşı herhangi bir tehlike durumu oluşturan tehdit veya sözel tehdit, fiziksel veya cinsel saldırı vb. hallerin varlığı” şeklinde ifade edilmektedir (Saines, 1999).

Yapılan çalışmalarda, diğer sektörlerle kıyaslandığında işyeri şiddetinin en sık sağlık alanında görüldüğü ve diğer alanlarda yaşanan şiddetten farklı şekillerde oluştuğu belirtilmiştir. Sağlık çalışanlarının şiddet maruziyeti yaşama ihtimalinin diğer hizmet alanlarında çalışanlarla kıyaslandığında 16 kat fazla bulunduğu görülmüştür (Kingma, 2001). Şiddete sıklıkla maruziyet yaşayanların acil servis çalışanlarının olduğu, madde bağımlılığı veya psikolojik rahatsızlığı olan hastaların risk faktörlerinin başında geldiği belirtilmiştir (Fernandes vd., 1999).

Sağlık sektöründe gerçekleşen şiddet vakaları genel olarak tüm işyerlerinde yaşanan şiddet vakalarının ortalama %25’ini oluşturmaktadır. ABD’de yapılan ulusal bir araştırmada, ortalama şiddet riski olasılığı hemşirelerde %5, diğer sağlık çalışanlarında %4 ve tüm çalışanlarda %1,5 olarak gözlemlenmiştir. Yapılan araştırmalarda, şiddet

maruziyeti sonrasında sağlık alışanlarında uzun süreli moral düşüklüğü, işte devamsızlık ve işten ayrılma, güven eksikliği ve sakatlık vb. olumsuz durumların oluştuğu gözlemlenmiştir. Bu konuya ilişkin araştırmalarda, sağlık alanında rapor edilen şiddet maruziyeti sayısının yetersiz olduğu belirtilmektedir (Akgün, 2015:72).

2.1.3.2.4. Kimyasal İlaç ve İlaçla Maruziyet

Kimyasal maruziyet, kimyasal maddelerin insan vücuduna karışmasının sonucunda hastalık ya da olumsuz sağlık durumlarının oluşması durumudur (Öksüz, 2019:26). Kimyasal risklerin şiddeti maddenin yoğunluğuna, özelliğine, maruziyet zamanına ve biçimine bağlı olmakla birlikte, ameliyathanede veya anestezi aletlerinden ve kaçak vanalardan sızan gazlara sağlık çalışanlarının kronik şekilde maruziyeti bulunmaktadır. Anestezik gazların kronik maruziyeti sonrasında kendiliğinden gelişen düşük, erken doğum, karaciğer ve böbrek hastalıkları, kanser, zihinsel işlevlerin azalması, baş ağrısı, yorgunluk ve uyumsuz sinirlilik hali vb. sağlık problemleri ortaya çıkmaktadır (Akgün, 2015:72).

Sağlık alışanları hastaların ilaçlarının hazırlanmasında ve uygulanmasında ilaç ya da antineoplastik ilaç verilen hastaların süprüntüsü ile kontamine olan çeşitli malzemelerden kaynaklanan antineoplastiklere maruziyet riski yaşamaktadır. Bu durum, ilaç tozları ve sıvı damlacıkların solunum aracılığıyla veya ten teması sonucunda gerçekleşebileceği gibi ilacın sağlık çalışanlarının gıdalarına bulaşması halinde farkında olmadan ağızdan alım şeklinde de oluşabilmektedir (Uçak, 2009:24). Ayrıca sterilizasyonda kullanılan etilen oksit vb. maddelerde sağlık çalışanlarının sağlığı açısından risk barındırmaktadır. Etilen oksit, yanıcı bir madde olmakla birlikte, yoğunluğu %3'e yükseldiğinde patlama özelliği taşımaktadır. Bu durumun solunumla ilgili sıkıntılara ve nörolojik bulgulara yol açtığı, yüksek oranda maruz kalındığında kanser yapıcı ve mutajenik etkilerinin olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Akgün, 2015:73).

2.1.3.2.5. Alerjik Reaksiyon

Alerjik reaksiyon, “vücudun immün sistemi aracılığıyla yabancı moleküllere yönelik gösterdiği tepki” şeklinde tanımlanmaktadır. Alerjik tepkimeler, astıma, burun tıkanıklığı ve dolgunluğuna az da olsa şok ve ölüme neden olmakla birlikte, akut,

kronik ya da subakut (akut-kronik arasında) şeklinde de görülebilmektedir. Alerjik reaksiyon, polen ve lateks, ilaç ve kimyasal molekül, toz, tüy, besin vb. maddelere karşı gelişim göstermektedir (Uçak, 2009:25).

Sağlık çalışanları pudralı eldiven kullanımından dolayı alerjene maruz kalmaktadır. Özellikle cerrahi bölümlerde çalışanlarda en sık karşılaşılan alerjik problem olan lateks alerjisinin büyük önem taşıdığı yapılan çalışmalarda belirtilmiştir. Eldiven kullanımı sonucunda oluşan lateks maruziyetine yönelik gelişen vücut tepkimesi alerjik kontakt dermatittir. Alerjik kontakt dermatit, kaşıntıya, göz sulanmasına, mide bulantısına, dudak ve dilin terlemesine, nefesin kısılmasına, hırıltılı solunuma, abdominal bölge ağrısına, baygınlığa, kalp ritim bozukluğuna ve şok/ölüme yol açabilmektedir. Lateks alerjenlerine yönelik gelişen tip 1 alerjik reaksiyonunun anafilaktik¹⁰ reaksiyona kadar ilerleyebildiği gibi ameliyathanelerde kullanılan kimyasallardan klorheksidin¹¹ glukonatin da alerjik kontakt dermatit, nefes darlığı vb. ciddi alerjik tepkimelere neden olabildiği belirtilmiştir (Akgün, 2015:73).

2.1.3.2.6. Kas-İskelet Sistemi Yaralanmaları

Sağlık çalışanları, endüstri sektöründe çalışanlara benzer şekilde fiziksel yaralanma riski taşımaktadır. Diğer sektörlerle karşılaştırıldığında sağlık sektöründe tarım ve inşaat sektörüne göre kaza ve yaralanmaların üst düzeyde olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca kas ve iskelet sistemi yaralanmalarının sıklıkla görülen ciddi yaralanmalar içerisinde yer aldığı belirtilmiştir (Bayhan, 2005:20).

Sağlık çalışanları günlük çalışmaları esnasında sürdürdükleri aktivitelerden dolayı devamlı kas-iskelet sistemine ilişkin yaralanmalara ve hastalıklara maruz kalmaktadır. Kas-iskelet sistemi sorunları genellikle hasta ile yakın temas gerektiren faaliyetlerden kaynaklanmaktadır. Uzun vakitlerce ayakta kalma, çok ağır madde taşıma, vücuda uygun taşıma mekanizmalarının ve yöntemlerinin kullanılmaması, kişinin kuvvetinden fazla ağırlık kaldırması, uygun taşıma araç-gereçlerinin yetersiz olması, çalışan

¹⁰Anafilaksi, kişinin bağışıklık sistemi yoluyla alerjik tepkiye girmesine sebep olabilecek kimyasalları salmasından dolayı anında tedavisi gereken, ciddi hayati risklere yol açan alerjik bir reaksiyondur. Ani tansiyon düşmesi, solunum yolunda daralma gerçekleşir. Bu durum, kişinin nefes almasının yanı sıra vücudunun oksijen ihtiyacını karşılamasını engellemektedir (<https://www.acibadem.com.tr/ilgi-alani/anafilaksi/>).

¹¹Klorheksidin (chlorhexidine), deri ve mukoza antiseptiği olarak kullanılan bir madde olarak tanımlanmaktadır (<https://saglik.sozlugu.org/chlorhexidine/>).

yetersizliğinden dolayı bedensel yükün artması, vücut mekaniği kullanımı hakkında bilgi eksikliğinin olması, çalışma ortamının ergonomik olmaması, kayma buna bağlı gelişen düşme, çarpma ya da tekrarlanması zorunlu hareketlerin varlığı kas ve iskelet sistemi yaralanmalarına sebep olmaktadır (Akgün, 2015:73).

2.1.3.2.7. Fiziksel Nedenli Olası İş Kazaları

Fiziksel risk faktörleri içinde yer alan aydınlatma sağlık çalışanının sağlığına birçok yönden etki etmektedir. Aydınlatmanın uygun olmayışı ameliyathanelerde görüş açısını kısıtlayarak iş kazasına neden olabilmektedir (Solmaz ve Solmaz, 2017:151).

Hastane içinde yapılan anonslar, tıbbi cihazlar, ısıtma ve soğutma sistemlerinin sesleri aynı zamanda çalışanların ve hastaların yüksek sesle yaptığı konuşmalar rahatsız edici seviyede gürültü kirliliğine neden olmakla birlikte, iş kazası riskine yol açmaktadır. Sinirlilik, yorgunluk ve kan basıncını arttırmasının yanı sıra çalışma performansını azaltarak uyku bozukluğu, stres, kulak çınlaması veya tamamen duyma özelliğini yitirmeye sebep olan iç kulak tahribatına yol açmaktadır (Akgün, 2015:73).

Her yıl ortalama 2,5 milyon radyoloji ve 32 milyon nükleer tıp incelemesinin ve 5,5 milyon seans radyoterapinin uygulandığı, dünya genelinde radyasyona maruz kalan ortalama 2,3 milyon sağlık çalışanının bulunduğu belirtilmiştir. Radyasyonun hücreyle etkileşimde bulunması kromozom hasarına neden olmakla birlikte, bu durum biyolojik etkilerin oluşmasına yol açmaktadır. Örneğin; ışının miktarı yükseldikçe radyasyon sonrası ilk saatlerde baş ağrısı, ateş, bulantı, kusma, bilinç kaybı vb. semptomlar, iki/üç haftadan sonra saç dökülmesi, iştahta azalma, halsizlik hallerinde artış, ateşin yükselmesi gibi sağlık problemleri yaşanmaktadır. Bununla birlikte, hamile bir sağlık çalışanı radyasyona maruz kaldığında fetüsün gelişim aşamalarına göre, anne karnında ölüm veya gelişim geriliği ve bebekte nörolojik etkilerin oluşmasına neden olabilmektedir. Ayrıca çalışanların uzun bir zaman diliminde seyrek şekilde ve az miktarda radyasyona maruz kalması kansere ve gözde katarakta, yaşam süresinde kısaltmaya yol açmaktadır (Akgün, 2015:74).

2.1.3.2.8. Diğer Kazalar

İş kazası tanımında da belirtildiği gibi, çalışma esnasında ya da çalışmanın yürütümü nedeniyle gerçekleşebilecek her çeşit kaza, iş kazası kapsamında nitelendirilmektedir.

Buna ilişkin, takılma, çarpma ve düşme, elektrikle ilgili kazalar, gaz kaçağı, patlama, yangın, radyasyon kaynaklı kazalar ve işyerine gidiş-geliş esnasında gerçekleşen trafik kazası vb. kazalar diğer kazalar niteliğinde ele alınmaktadır (Uçak, 2009:27).

2.2. Sağlık Çalışanlarına COVID-19 Bulaşmasında Etkili Unsurlar

Sağlık çalışanları, pandemi sürecinde günlük çalışma şartlarından kaynaklanan risk faktörlerinden farklı olarak çeşitli sorunlara maruz kalmıştır. Çalışma ortamlarında COVID-19 bulaş riskinin çok yüksek olması ve farkında olmadan virüsün yayılmasına neden olabilmeleri sağlık çalışanlarının bu dönemde karşılaştığı sorunların başında gelmektedir (Çalışkan Pala ve Metintaş, 2020:159).

Sağlık çalışanlarında;

- Pandemiye yol açan patojen özelliklerinin tam olarak anlaşılamaması
- Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) kullanımına yönelik farkındalıkların ve eğitimlerin yeterli olmaması
- Enfeksiyon kontrolü ve tedbirlerine ilişkin bilgi eksikliği yaşanması
- Enfekte hastalarla uzun süreli temas nedeniyle bulaş riskinde artış görülmüştür (Çalışkan Pala ve Metintaş, 2020:159).

Diğer taraftan;

- KKE yetersizliği
- Pandemi sürecine yönelik eğitim ve sistematik uygulamalar için yeterli zamanın olmaması
- Sağlık çalışanlarının pandemi döneminde kontrollü bulaş takibinin yapılamaması
- Çalışma sürelerinin uzun olması ve aşırı düzeyde yorulma
- Ruhsal problemler, stigmatizasyon (damgalama)
- Bedensel ve ruhsal şiddet kaynaklı immün sistemde zayıflama gibi faktörler sağlık çalışanlarının enfekte olma riskini arttırmaktadır (Çalışkan Pala ve Metintaş, 2020:159).

Çin eyaletlerinde COVID-19'un hızlı yayılış gösterdiği dönemlerde, yayılma hızının yavaşladığı periyotlarda oluşan rahatlama nedeniyle kişisel koruyucu ekipman kullanımının azalması ya da uygun şekilde kullanılmaması sonucunda sağlık çalışanları,

hasta yakınları ve hastalar arasında yüksek bulaş hızıyla sonuçlanan bir artış olduğu tespit edilmiştir (Wang, Ferro, Zhou, Hashimoto and Bhatt, 2020:704).

2003'te gerçekleşen SARS salgınında Çin ve Tayvan'daki sağlık çalışanlarının, hastalığa yakalanan veya hayatını kaybeden çalışma arkadaşlarına şahit olduklarında kaygı düzeylerinin arttığı, ilerleyen zamanlarda da gittikçe isteksizleştikleri tespit edilmiştir. Bununla birlikte, sağlık çalışanlarının uğradığı stigmatizasyon veya onlara karşı oluşan güven sorunları da kaygı düzeylerini arttırmıştır (Su vd., 2007). Sağlık çalışanlarına duyulan gereksinimin pandemi sürecinde hızlı bir şekilde artmasının, kaygı düzeylerinde artışa ve çalışma isteklerinde azalışa yol açtığı gözlemlenmiştir (Wong, Wong, Kung, Cheung, Gao and Griffiths, 2020:3).

Sağlık çalışanlarına COVID-19 bulaşmasında etkili unsurlar;

- COVID-19 hakkında bilgi eksikliği
- Enfekte hastalarla uzun temas
- Sekonder enfeksiyonlar ve mesleki riskler
- Sistematik eğitim ve uygulamalar için yeterli denetim ve rehberliğin olmaması
- KKE yetersizliği ve kullanımı hakkındaki bilgi eksiklikleri
- Stres, anksiyete, depresyon gibi ruhsal sıkıntılar, yorgunluk, damgalanma, fiziksel ve ruhsal şiddete maruz kalmadır (Ali, Noreen, Farooq, Bugshan and Vohra, 2020).

Asya Bölgesinde gerçekleşen SARS ve İnfluenza (H1N1) salgınları sırasında sağlık çalışanlarının karşılaştığı zorlukların kontrol veya önlem eksikliklerinden dolayı enfekte olma, hasta tedavilerinde tecrübesizlik yaşama ve hasta bireylerden enfekte olan çalışma arkadaşlarıyla temasta bulunma gibi faktörlerden kaynaklandığı tespit edilmiştir (Çalışkan Pala ve Metintaş, 2020:161).

Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının kendisi ve ailesi için hissettiği risk seviyesi, kendisini ve ailesini hastalığa karşı ne şekilde koruyacağına yönelik endişelerinin olması ve pandemiye hazırlık aşamasında yeterli düzeyde bilgi ve becerisinin olmaması vereceği sağlık hizmetini etkilemektedir (Wong vd., 2008, Draper vd., 2008).

2.3. Sağlık Çalışanlarında COVID-19'a Mesleki Maruziyet

Sağlık çalışanlarına COVID-19 tanısı konulduğunda, hastalığın çalışma ortamından mı yoksa çevresel faktörlerden mi meydana geldiğini veya hangi etkenle ne şekilde enfekte olduğunu kanıtlaması sağlık çalışanları açısından zor olmaktadır. Sağlık çalışanlarının enfekte olma olasılığı, iş dışı çevresel/toplumsal etmenlerden daha çok çalışma ortamlarındaki enfekte hastalardan kaynaklanmaktadır. Bu durum, virüsün toplum genelinde nispeten daha az yoğun olduğu salgının yayılımının ilk döneminde ve sağlık çalışanlarının enfekte bireylere yakın bir şekilde çalıştığı durumlarda daha kolay belirlenebilmektedir. Ancak pandeminin daha da ilerlemesi durumunda toplumun büyük bir kısmı etkenle karşılaşacağından kaynağın ayrımını yapmak daha da zorlaşacaktır (Şahan, Özgür, Arkan, Alagüney ve Demiral, 2019:4).

Sağlık çalışanları SARS-CoV-2 maruziyeti açısından en çok risk taşıyan meslek grubunu oluşturmakla birlikte, SARS-CoV-2'ye maruz kalım düzeyleri risk kategorisine göre “çok yüksek” ve “yüksek” şeklinde ele alınmaktadır. SARS-CoV-2'ye maruz kalım risk sınıflandırmasında yakın temaslı, bilinen ve şüphelenilen COVID-19 vakalarında aerosol üreten prosedürler, numune toplama ve işleme prosedürleri, ölen vakaların otopsi işlemlerini içeren iş kolları “çok yüksek”, yakın temaslı ancak aerosolize olmayan süreçlerde tanısı konan ya da şüphe duyulan COVID-19 tanısı alan hastalara maruz kalma “yüksek” riskli olarak kabul edilmektedir. Çok yüksek riskli iş kollarında; doktor, diş hekimi, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık görevlisi, numune toplayan sağlık ve laboratuvar personeli, otopsi yapan morg çalışanları yer alırken yüksek riskli iş kollarında; doktorlar, hemşireler, hasta odalarına girmesi gereken diğer hastane personeli, ambulans aracı operatörleri ve morg işçileri bulunmaktadır (Şahan vd., 2019:9).

Sağlık Bakanlığı Bilimsel Danışma Kurulu tarafından belirlenen COVID-19 hastasıyla temas eden sağlık çalışanlarının temas sırasında yaptığı işlemlere ve aldığı önlemlere göre temas durumlarının değerlendirilmesi Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6: Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Hastasıyla Temas Durumunun Değerlendirilmesi

	Sağlık Çalışanının KKE Kullanma Durumu	Temas Riski
Tıbbi (Cerrahi) maske takılmış COVID-19 hastasıyla yoğun temas	Tıbbi maske veya N95 kullanmamış veya N95 endikasyonu olan durumda tıbbi maske kullanmış	Orta
	Göz koruyucu kullanmamış	Düşük
	Eldiven ve önlük kullanmamış	Düşük
	Tüm KKE'yi uygun şekilde kullanmış	Riskli Değerlendirilemez
Tıbbi maske takılmamış COVID-19 hastası ile yoğun temas	Tıbbi maske veya N95 kullanmamış	Yüksek
	N95 endikasyonu olan durumda tıbbi maske kullanımı	Orta
	Göz koruyucu kullanmamış	Orta
	Eldiven ve önlük kullanmamış	Düşük
	Tüm KKE'yi uygun şekilde kullanmış	Riskli Değerlendirilemez

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2020). COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Temaslı Takibi, Salgın Yönetimi, Evde Hasta İzlemi ve Filyasyon. Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması, 9

18 Aralık 2020'de Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan genelgeyle birlikte COVID-19 sağlık çalışanları için meslek hastalığı olarak kabul edilmiştir. Genelgede, COVID-19 kaynaklı maruziyet yaşayan veya hayatını kaybeden sağlık çalışanlarına meslek hastalığı/vazife malullüğü hükümlerinin uygulanabilmesi için gerekli işlemler belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020c).

2.4. Sağlık Çalışanlarının Pandemi Sürecinde Mesleki Sorumlulukları

Pandemi sürecinde sağlık hizmetlerinin hakkaniyetli, tutarlı ve yeterli bir şekilde yürütülebilmesi bu sürecin tüm aşamalarında etkin rol oynayan sağlık çalışanlarına bağlı olmakla birlikte, sağlık çalışanlarının pandemiye ilişkin dört ana mesleki

sorumlulukları bulunmaktadır. Bunlar; başkalarının enfekte olmasını önleme yükümlülüğü, hastaları tedavi etme işlevi, yetersiz tıbbi kaynakların hakkaniyetli kullanımı ve mecburi sosyal mesafe tedbirlerinin sağlanmasıdır (Çalışkan Pala ve Metintaş, 2020:162).

2.4.1. Başkalarının Enfekte Olmasını Önleme Yükümlülüğü

Salgın sırasında enfeksiyon kontrol tedbirlerinin uygun şekilde alınmaması, kendimiz dışında başkalarının hayatını da tehlikeye atmak demektir. Bu tür tehlikeler, kişinin enfekte ve bulaşıcı olduğunun bilindiği durumlarda belirgin, asemptomatik (belirti göstermeyen) vakalarda kritik komplikasyonlara sebep olabilmektedir. Bu gibi olayların engellenebilmesine yönelik geçerli hijyen ve maske kurallarına, farklı kişilerle etkileşimde bulunurken sosyal mesafeye kurallarına, karantina ve sosyal izolasyon uygulamalarına dikkat etmek gerekmektedir (Çalışkan Pala ve Metintaş, 2020:162).

Sosyal izolasyon, sadece temel ihtiyaçlara yönelik günlük kısa süreli dışarıda bulunma durumu dışında tamamen iç mekanda kalmayı ifade etmektedir. Sosyal izolasyonun ilk aşaması sosyal mesafedir. Bu aşama, kamu toplantılarının yasaklanmasını, okulların kapatılmasını ve diğer insanlardan en az 2 metrelik mesafede durma durumlarını kapsamaktadır. Kurallara uyulduğu takdirde, başka bireyleri enfekte etme riski önemli ölçüde azalmaktadır (Erdoğan ve Hoccoğlu, 2020:77).

2.4.2. Hastaları Tedavi Etme İşlevi

Yaşamsal tehlikesi bulunan salgın hastalıkların sağlık çalışanlarının mesleklerinin bir parçası olduğuna ve buna yönelik tedavi hizmeti verilirken dolaylı yoldan risk almaya razı olduklarına inanılmaktadır. Sağlık çalışanları, spesifik bir eğitim-öğretim aldıklarından zorlu ve sıkıntı dönemlerde de kesintisiz bir sağlık hizmeti vermeleri beklenmektedir (Huber and Wynia, 2004). Fakat sağlık hizmeti verilmesi sırasında sağlık çalışanlarının çoğu enfekte olduğundan ve bulaştırma potansiyeli taşıdığından ailesine, yakınlarına ve çalışma arkadaşlarına istemeden de olsa zarar verebilmektedir. Öte yandan, sağlık çalışanının görevinden ayrılması durumunda çalışma arkadaşlarının içinden birisinin bu görevi üstlenmek zorunda kalması, ekip çalışması şeklinde yürütülen sağlık hizmetini kesintiye uğratıp sistemin çalışmamasına neden olabilmektedir (Selgelid, 2009:257).

2.4.3. Yetersiz Tıbbi Kaynakların Hakkaniyetli Kullanımı

Salgın sırasında enfekte olan ihtiyaç sahibi kişilere ilaç, aşı ve ventilatör ihtiyaçlarının sağlanması konusunda zorluklar yaşanmaktadır. Salgın koşullarında kaynakların kullanımına yönelik öncelik durumunun belirlenmesinde sağlık çalışanlarının hangi hususları göz önünde bulundurması gerektiğine dair etik sorunlar bulunmaktadır. “Hastaların özellikleri, durumun aciliyeti, sağlık sistemi ve yönetici tutumları” bu gibi durumlarda sağlık çalışanlarının davranışlarına doğrudan doğruya ya da dolaylı yoldan etki etmektedir (Abuhanoğlu, Teke, Demir, Çelen ve Karadağ, 2013). Belli kişilerin yaşamını devam ettirebilmesini sağlayacak tedavilere erişimini sağlamak diğer yandan hasta olan kişileri ihtiyacı olduğu tedavilerden mahrum etmek ahlaki olarak uygun mudur? Şayet öyleyse hangi kararların kimler tarafından verileceği önem taşımaktadır. Ülkelerin pandemiye yönelik hazırladığı eylem planlarının birçoğu bu tür etik konuları içermekle birlikte, çok azı öncelik belirleme konusunda sistematik etik delillerin olduğunu bildirmektedir (Çalışkan Pala ve Metintaş, 2020:163).

2.4.4. Mecburi Sosyal Mesafe Tedbirleri

Bulaşıcı hastalıkların yayılımını önlemek amacıyla kişileri fiziksel olarak birbirinden ayırmak halk sağlığı açısından etkin bir yöntemdir (Çalışkan Pala ve Metintaş, 2020:163). Bu durumun sağlanabilmesi için uygulanan sosyal izolasyon ve karantina gibi zorunlu önlemler pandemilere ilişkin en tartışmalı etik problemlerden birini ortaya çıkarmaktadır. Bireylerin hareket alanını kısıtladığından hareket özgürlüğü gibi haklar gündeme gelmektedir. Ancak pandeminin toplumun genelini tehdit ediciliğinin arttığı durumlarda kurallara uyulması gerekmektedir. Bu bağlamda, kişilerin zorunlu sosyal mesafe önlemlerine uyum sağlayabilmesi için halk sağlığını hangi oranda tehdit etmesi gerektiği konusuna ilişkin soru işaretleri bulunmaktadır (Selgelid, 2009:259).

BÖLÜM III: COVID-19 PANDEMİSİNİN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA HAYATINDA MEYDANA GETİRDİĞİ SORUNLARIN TESPİTİNE YÖNELİK ARAŞTIRMA

COVID-19 Pandemisinin sağlık çalışanlarının çalışma hayatından kaynaklanan sorunları üzerine gerçekleştirilen araştırma, Sakarya ilinde faaliyet gösteren sağlık kurumlarında çalışanlara uygulanan soru formundan elde edilen bulgular çerçevesinde hazırlanmıştır. Araştırma süreci aşağıda ayrıntılı olarak yer almaktadır.

3.1. Araştırma Konusuna İlişkin Arka Plan ve Araştırma Motivasyonu

Çalışma, COVID-19 Pandemisi döneminde çok yüksek riskli çalışma ortamlarında kesintisiz şekilde çalışmaya devam eden sağlık çalışanlarının söz konusu dönemde çalışma hayatından kaynaklanan sorunlarını tespit etmeye ve çözüm önerileri geliştirmeye yönelik çabanın sonucunda hazırlanmıştır.

COVID-19 Pandemisinin en çok etkilediği meslek gruplarından biri doğal olarak sağlık çalışanlarıdır. COVID-19 gibi solunum yolu salgınlarının en çok hastaneler ve diğer sağlık kuruluşlarında yayılım gösterdiği görülmüştür. Sağlık çalışanları, “yüksek riskli mekânlar” olarak tanımlanan hastane ortamlarında çeşitli risklere maruz kalmaktadır. Pandeminin dünya genelinde sağlık çalışanlarına hem fiziksel hem psikolojik olarak birçok açıdan olumsuz etkileri olmuştur. Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının yaşadığı fiziksel ve psikolojik zorlanmalar çalışma hayatından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle, bu çalışmada, pandeminin sağlık çalışanlarının üzerindeki etkileri çalışma hayatı kapsamında ele alınmıştır.

Sağlık çalışanlarının pandemi döneminde çalışma hayatında yaşadığı değişimleri ve bu değişimlerin etkilerinin daha derinlemesine tespit edilebilmesi için araştırma ilk önce nitel araştırma yöntemi kullanılarak bire bir mülakatlar yoluyla gerçekleştirilmek istenmiştir. Ancak hastane ortamının yüksek bulaş riski bulundurmasından, sağlık çalışanlarının yoğun mesaisi nedeniyle araştırmaya (görüşmelere) vakit ayırma problemleri olmasından dolayı nicel araştırma yönteminin daha uygun olduğu farkedilmiştir. Yapılan ön görüşmeler doğrultusunda da, nicel araştırma yöntemi ile (soru formu oluşturarak) yapılacak araştırmanın daha uygun olacağına karar verilmiştir.

3.2. Araştırmanın Amacı, Kapsamı ve Sınırlılıkları

Bu başlık altında araştırmanın amacı, kapsamı ve sınırlılıklarına ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının çalışma hayatından kaynaklanan sorunlarını ortaya koymak ve çözüm önerileri geliştirmektir. Bu amaç çerçevesinde üç hedef belirlenmiştir: (1) Sağlık çalışanlarının çalışma hayatına yönelik bileşenlerinin tespiti, (2) Tespit edilen bileşenler çerçevesinde sağlık çalışanlarının çalışma hayatının ne düzeyde etkilendiğinin ortaya konulması, (3) Elde edilen bulgular çerçevesinde değişimin ve sorunların tespiti ve çözüm önerilerinin geliştirilmesi.

İlk hedef sağlık çalışanlarının çalışma hayatına yönelik bileşenlerinde mesleki bir farklılaşma olup olmadığını ortaya koymaktadır. Bu hedefe ulaşmada öncelikle T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 22.05.2014 tarihli ve 29007 no.lu Resmi Gazetede yayımlanan Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik'te yer alan meslekler incelenmiştir. İncelenen meslekler kapsamında literatür taraması yapılmış ve ilgili mesleğin çalışma koşullarından kaynaklanan özel durumlarına ilişkin farklılıklar tespit edilmeye gayret edilmiştir. Bu sayede araştırmada kullanılacak soru setinin hazırlığı sağlanmıştır.

İkinci hedef, teorik ve araştırmalardan gelen altyapı sayesinde soru formunun oluşturulma aşaması ve soru formunun uygulanması olarak belirlenmiştir. Soru formunun yapılandırılmasında birden fazla kez kontrol yapılmış ve ilgili alan öğretmen üyeleriyle paylaşılarak görüşleri alınmıştır. Sınıflandırma tamamlandıktan sonra soru formu ilgili örneğe uygulanmıştır. İkinci hedefin doğru ve etkin olarak tamamlanması bir sonraki değerlendirme hedefinin başarı önkoşuludur.

Üçüncü hedef, toplanan bilgilerin doğru ve gerçekçi olarak analiz edilmesi ve değerlendirilmesidir. Bu hedefin gerçekleşmesi için SPSS V24 programından yararlanılmıştır.

Tüm hedeflerin başarı ile tamamlanmasıyla birlikte araştırmanın temel sorusunu yanıtlamak için ihtiyaç duyulan bileşenler bir araya getirilebilmiştir.

Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları

Araştırmanın konu kapsamı sağlık çalışanlarının pandemi sürecinde çalışma hayatından kaynaklanan sorunları çerçevesindedir. Bu nedenle araştırmada çalışma hayatından kaynaklanması muhtemel sorunların tespiti ile sağlık çalışanlarının çalışma ortam ve koşulları dikkate alınmıştır.

Araştırmanın uygulama kapsamı Sakarya ilinde faaliyet gösteren Araştırma, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği Merkezi, İlçe Sağlık Müdürlüğü ve Özel Hastanede görev yapan çalışanlardır. Araştırmada pandemi hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarına ağırlık verilmiştir. (%58)

Pandemi döneminde hastane ortamları yüksek bulaş riski taşıdığından daha fazla örneklem sayısı ve meslek grubuna ulaşmayı zorlaştırmış, araştırmanın kapsamını sınırlandırmıştır. Pandemi süreci tüm sağlık çalışanlarını etkisi altına aldığından araştırma kapsamında kamu veya özel sektör ayrımına gidilmemiştir. Bu çalışma, vaka sayılarının doruk noktasında olduğu bir dönemde yapıldığından sağlık çalışanlarının mensup olduğu meslek gruplarının tümüne ulaşamamıştır. Ancak pandeminin sağlık çalışanlarının üzerindeki etkilerinin daha net bir şekilde tespit edilebilmesi için araştırma da özellikle pandemi hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının da araştırmanın örnekleminde yer almasına dikkat edilmiştir.

Araştırmayı kabul eden sağlık çalışanlarının tamamı gönüllü olarak soruları yanıtlamıştır. İlgili kurumların yöneticileriyle araştırma kapsamında kullanılan soru formu paylaşılmış ve uygulama için etik belgesi istenip istenmediği sorulmuştur. Üniversite (Sosyal Bilimler Enstitüsü) ile yapılan görüşmede, böyle bir talep karşısında etik belgesi verebileceği ifade etmiş ancak kurumlardan böyle bir talep gelmediği için soru formu için etik belgesine ihtiyaç duyulmamıştır.

3.3. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nicel araştırma; vaka ve olguları nesnelleştirip gözlemlenebilen, ölçülebilen ve sayısal şekilde anlatılabilen bir hale getiren bir araştırma türünü ifade etmektedir. Nicel araştırma yönteminin amacı;

kişilerin sosyal eylemlerini gözlemler, deneyler ve testler aracılığıyla objektif olarak ölçmek ve sayısal verilerle açıklamaktır. Araştırmanın yöntemi olarak pandemi sürecinde hastane ortamlarının yüksek bulaş riski bulundurmasından dolayı sağlık açısından nicel araştırma tekniğinin daha uygun olacağı düşünülmüştür. Ayrıca bu yöntemle sağlık çalışanlarına hızlı ve kolay bir şekilde ulaşılmıştır.

3.3.1. Araştırmanın Temel Sorusu ve Alt Soruları

Araştırmada temel soruyu yanıtlayabilmek için altı (6) alt soruya yanıt aranmıştır. Sorular, pandemi döneminin sağlık çalışanlarının çalışma hayatlarını değiştirdiği ve sorun alanları oluşturduğu varsayımı ile hazırlanmıştır.

Araştırmanın Temel Sorusu

Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının, çalışma hayatından kaynaklı sorunları nelerdir?

Araştırmanın Alt Soruları

- 1) Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının çalışma sürelerinde herhangi bir değişim yaşanmış mıdır?
- 2) Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının ücretlerinde herhangi bir değişim yaşanmış mıdır?
- 3) Pandemi dönemi sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğini ne yönde etkilemiştir?
- 4) Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının çalışma koşullarında ne tür değişimler yaşanmıştır?
- 5) Pandemi döneminin sağlık çalışanlarının motivasyon ve çalışan psikolojisine ne tür etkileri olmuştur?
- 6) Pandemi dönemi sağlık çalışanlarının iş-aile dengesini ve toplumsal ilişkilerini ne yönde etkilemiştir?

3.3.2. Soru Formunun Oluşturulması

Araştırmada veri toplama aracı olarak temel ve alt araştırma sorularının cevaplandırılmasına yönelik geliştirilmiş orijinal soru formu kullanılmıştır. Soru formu

Çalışma hayatı alt bileşenleri dikkate alınarak sınıflandırılmıştır. Soru formu oluşturulurken ayrıca Sağlık Personeli Yaşam Kalitesi leği’nden (2011) ve COVID-19 Pandemisinde İştambul Kamu Hastaneleri Anketi’nden (2020) de yararlanılmıştır.

Soru formu demografik/açıklayıcı ve çalışma hayatına yönelik sorular şeklinde iki kısımdan oluşmaktadır. Demografik/açıklayıcı alanda; cinsiyet, yaş, medeni durum, ocuk sayısı, eğitim durumu, meslek ve görev yapılan kurum ayrıntıları bulunmaktadır. Çalışma hayatına yönelik sorular, “alışma süresi”, “cret”, “iş sağlığı ve güvenliği”, “alışma koşulları”, “alışan psikolojisi”, “iş-aile dengesi ve toplumsal ilişkiler” şeklinde altı başlık altında sınıflandırılmıştır. Bu kısımda toplam 38 soru bulunmaktadır. Sorular dikototom (ift seçenekli; evet/hayır) soru tipinden oluşmaktadır.

3.3.3. Katılımcıları Belirleme ve Veri Toplama Yöntemi

Katılımcılar, Sakarya ilinde faaliyet gösteren Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği Merkezi, İlçe Sağlık Müdürlüğü ve zel Hastanede görev yapmaktadır. Sakarya’da hekim (uzman, pratisyen ve diş hekimini dahil), hemşire ve ebe ve diğer teknik personel olarak yaklaşık 3500 sağlık çalışanı bulunmaktadır. %5 anlamlılık düzeyinde örneklem sayısı yaklaşık 346 olarak hesaplanabilir. Ancak pandemi dönemi nedeniyle yoğun çalışma tempolarından dolayı sağlık çalışanlarına erişme imkânı güç olduğundan araştırma örneklemini, ilk katılımcıdan itibaren kartopu yöntemi ile genişletilmiştir. Katılımcıların pandemi süreci ile en yoğun mücadele eden bölümlerden seçilmesine zen gösterilmiştir. Araştırmada, pratisyen hekim/aile hekimini (12), asistan dr. (4), uzman dr. (3), hemşire (113), ebe (24), fizyoterapi teknikeri (2), sağlık teknisyeni (28), tıbbi sekreter (33), tıbbi grntleme teknisyeni (18), tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikeri (7), tıbbi protez ve ortez teknikeri/ teknisyeni (3) ve diş hekimlerinden (3) oluşan toplam 250 örnekleme ulaşılabilmıştir.

Soru formu 03.12.2020 – 28.12.2020 döneminde yüz yüze veya yerinde dağıtılıp toplanarak uygulanmıştır. Araştırma anketi 3 Aralık’ta Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi (Korucuk Ek Bina)’den uygulanmaya başlanmıştır. Sakarya/Korucuk Eğitim Araştırma Hastanesi’nde farklı poliklinik/servis bölümlerinde (algoloji, kemoterapi, gastroenteroloji, onkoloji, yoğun bakım, fizik tedavi, yara bakım vb.) alışan sağlık çalışanlarının servis birimlerine ayrı ayrı anket kağıtları dağıtılmıştır. Anket katılımcı sayısının arttırabilmesi ve daha fazla sağlık meslek grubuna erişebilmek amacıyla anket

formu 9 Aralık'ta Sakarya/Korucuk Eğitim Araştırma Hastanesi'nde tekrardan uygulanmıştır. 4 Aralık'ta Sakarya/Ferizli İlçe Devlet Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanlarıyla anket yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının çalışma sistemlerinden (vardiya/nöbet) dolayı bir günde belirli sayıda sağlık çalışanına ulaşılabilir. Anket katılımcı sayısının artırılabilmesi için anket formu Ferizli İlçe Devlet Hastanesi'nde 7 Aralık'ta tekrardan uygulanmıştır. 8 Aralık – 15 Aralık arasında Sakarya/Geyve Devlet Hastanesinde ve Sakarya/Adapazarı İlçe Sağlık Müdürlüğünde hizmet veren sağlık çalışanlarına anket formu uygulanmıştır. 15 Aralık'ta Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi'nde hizmet veren sağlık çalışanlarına anket formu uygulanmıştır. 15 Aralık'ta yeterli düzeyde katılımcı sayısına ulaşılammıştır. Yeterli katılımcı sayısına ulaşılabilmesi için 28 Aralık'ta anket formu tekrardan uygulanmıştır. Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi (Pandemi Ek Bina)'de pandemi hastanesi olduğundan anket formu belirli aralıklarla dağıtılmıştır. Pandemi hastanesine ilk anket formu 14 Aralık'ta dağıtılmıştır. Pandemi hastanesi ortamı sağlık açısından çok riskli olduğundan anket formu pratisyen hekimler ve tıbbi sekreterler hariç hemşirelerle dinlenme odalarında uygulanmıştır. 18 Aralık'ta tekrardan dağıtılan anket formlarını toplama süreci 28 Aralık'ta sona ermiştir. 21 Aralık'ta Adapazarı/Budaklar Aile Hekimliği Merkezi ve 22 Aralık'ta Sakarya/Karasu Aile Hekimliği Merkezi'nde çalışan sağlık çalışanlarına anket formu uygulanmıştır. 24 Aralık'ta Sakarya/Adapazarı Özel Adatıp Hastanesinde hizmet veren sağlık çalışanlarına anket formu uygulanmıştır. Veri toplama süreci toplamda 5 hafta sürmüştür. Sağlık çalışanları vardiyalı/nöbet sistemine göre çalıştığından yeterli katılımcı sayısının sağlanabilmesi için anket formlarını belirli aralıklarla uygulama yoluna gidilmiştir. Böylelikle, farklı saat aralıklarıyla (gece veya gündüz) çalışan sağlık çalışanlarına daha kolay ulaşılabilmiştir. Bu süreçte toplam 250 adet geçerli anket elde edilmiştir.

3.3.4. Analiz Yöntemi

Soru formu dikototom (çift seçenekli; evet/hayır) soru tipinden oluşmaktadır. Bu nedenle SPSS V24 kullanılarak gerçekleştirilen frekans analizleri değerlendirmeler için yeterli görünmektedir. Ancak parametrik olmayan sınaama kapsamında çoklu kategorik veri değerlendirmelerinde ki-kare testinden faydalanılmıştır. Bu sayede birden çok meslek grubundan oluşup normal dağılmayan sağlık çalışanları arasındaki çapraz ilişkilerin ortaya konulması mümkün olmuştur.

Katılımcıların pandemi öncesi ve sonrası haftalık ortalama çalışma sürelerinde meslekler arasında bir farklılığı olup olmadığı, hangi grubun çalışma süresinin daha fazla olduğunu belirlemek için ki-kare testinden yararlanılmıştır (Ek-2). Yapılan analiz sonucunda katılımcıların pandemi öncesi ve sonrası haftalık ortalama çalışma sürelerinde meslekler arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Katılımcıların pandemi öncesi ve sonrası haftalık ortalama çalışma sürelerinin görev yaptığı kuruma göre değişiklik gösterip göstermediği, kurumlar arası pandemi öncesi ve sonrası haftalık ortalama çalışma sürelerinin karşılaştırılabilmesi amacıyla da ki-kare testi kullanılmıştır (Ek-3). Yapılan analiz sonucunda pandemi öncesi ve sonrası haftalık ortalama çalışma sürelerinde kurumlar arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Pandemi sürecinde nöbet veya performans ücretlerinde katılımcılar arasında hangi grubun gecikme yaşadığı ya da yaşamadığı, en çok gecikme yaşayan grubun belirlenebilmesi için ki-kare testinden yararlanılmıştır (Ek-4).

Pandemi döneminde meslekler arasında en çok COVID tanısı alan meslek gruplarının belirlenebilmesi için ki-kare testinden yararlanılmıştır (Ek-5). Pandemi sürecinde kullanılan koruyucu ekipmanların meslekler arasında en çok hangi mesleklerde tahribat oluşturduğunu belirlemek için ki-kare testi kullanılmıştır (Ek-6).

Pandemi döneminde meslek grupları arasındaki çalışma şekillerindeki farklılığın, hangi meslek grubunun hangi çalışma şeklinde çalıştığının belirlenebilmesi için ki-kare testi kullanılmıştır (Ek-7). Yapılan analiz sonucunda çalışma şekillerinde meslekler arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Pandemi döneminde meslekler arasında en çok iş kaynaklı kaynaklı (stres, işyükü, aşırı yorgunluk vb.) psikolojik rahatsızlık riski yaşayan meslek gruplarının belirlenebilmesi için ki-kare testinden yararlanılmıştır (Ek-8).

3.4. Bulgular

3.4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırma katılımcılarının demografik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla frekans analizi yapılmıştır. Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin analiz sonuçları tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7: Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Cinsiyet	Sayı	(%)
Kadın	184	73,6
Erkek	66	26,4
Toplam	250	100,0
Yaş Aralığı	Sayı	(%)
18-25 arası	63	25,2
26-30 arası	67	26,8
31-40 arası	67	26,8
41 ve üzeri	53	21,2
Toplam	250	100,0
Medeni Durum	Sayı	(%)
Bekâr	110	44,0
Evli	131	52,4
Dul	9	3,6
Toplam	250	100,0
Çocuk Sayısı	Sayı	(%)
Hiç yok	137	54,8
1	32	12,8
2-3	79	31,6
4-5	2	0,8
Toplam	250	100,0
Eğitim Durumu	Sayı	(%)
Lise	33	13,2
İki Yıllık Yüksekokul	82	32,8
Sağlık Eğitim Enstitüsü	5	2,0
Dört Yıllık Yüksekokul/ Fakülte	111	44,4
Bilim Uzmanlığı/ Altı Yıllık Fakülte	14	5,6
Tıpta Uzmanlık	5	2,0
Toplam	250	100,0
Meslek	Sayı	(%)
Pratisyen Hekim/Aile Hekimi	12	4,8
Asistan Dr.	4	1,6
Uzman Dr.	3	1,2
Hemşire	113	45,2
Ebe	24	9,6
Fizyoterapi Teknikeri	2	0,8
Sağlık Teknisyeni	28	11,2
Tıbbi Sekreter	33	13,2
Tıbbi Görüntüleme Teknisyeni	18	7,2
Tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikeri	7	2,8
Tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikeri	3	1,2
Diş Hekimi	3	1,2

Toplam	250	100,0
Görev Yaptığı Kurum	Sayı	(%)
Devlet Hastanesi	77	30,8
Eğitim Araştırma Hastanesi	145	58,0
Özel Hastane	12	4,8
Aile Hekimliği Merkezi	13	5,2
İlçe Sağlık Müdürlüğü	3	1,2
Toplam	250	100,0
Pandemi Öncesi Görev Yeri	Sayı	(%)
Acil	66	26,4
Ameliyathane	8	3,2
Yoğun Bakım	9	3,6
Poliklinik	51	20,4
Yatarak tedavi kliniği /servis	45	18,0
Laboratuvar	22	8,8
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	6	2,4
Aile Hekimliği Merkezi	12	4,8
İlçe Sağlık Müdürlüğü	2	0,8
Kan Merkezi	5	2,0
Radyoloji	14	5,6
Diyaliz	10	4,0
Toplam	250	100,0

Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımları incelendiğinde, %73,6'sının kadın, 26,4'ünün erkek, yaş dağılımları incelendiğinde, %25,2'sinin 18-25 yaş arasında, %26,8'inin 26-30 yaş arasında, %26,8 'inin 31- 40 yaş arasında , %21,2'sinin 41 yaş ve üzeri olduğu gözlemlenmektedir. Katılımcıların yarısından fazlası (134 kişi ile %53,6) 26-40 yaş grubu aralığından oluşmaktadır.

Medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, %44'ünün bekâr, %52,4'ünün evli, çocuk sayısı dağılımları incelendiğinde, %54,8'inin hiç çocuğu olmadığı, %31,6'sının 2 veya 3 çocuğa sahibi olduğu görülmektedir.

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde, %13,2'si lise, %32,8'i iki yıllık yüksekokul, %2'si sağlık eğitim enstitüsü, %44,4'ü dört yıllık yüksekokul/fakülte, %5,6'sı bilim uzmanlığı/altı yıllık fakülte, %2'si tıpta uzmanlık mezunlarından oluşmaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğu (111 kişi) dört yıllık yüksekokul/fakülte mezunlarından oluşmaktadır.

Katılımcıların mesleklerine göre dağılımları incelendiğinde, %4,8'i pratisyen hekim/aile hekimi, %2,8'i asistan ve uzman doktor, %45,2'si hemşire, %9'u ebe, %11,2'si sağlık teknisyeni, %13,2'si tıbbi sekreter, %7,2'si tıbbi görüntüleme teknisyeni, %2,8'si tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikeri, %1,2'si diş hekimi, %1,2'si tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikeri, %0,8'i fizyoterapi teknikeridir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%45,2) hemşirelerden oluşmaktadır.

Katılımcıların görev yaptığı kurum dağılımları incelendiğinde, %30,8'i devlet hastanesinde, %58'i eğitim araştırma hastanesinde, %5,2'si aile hekimliği merkezinde, %4,8'i özel hastanede, %1,2'si ilçe sağlık müdürlüğünde görev yapmaktadır. Katılımcılar çoğunlukla eğitim araştırma hastanesinde görev yapanlardan oluşmaktadır.

Katılımcıların pandemi öncesi görev yeri dağılımları incelendiğinde, %26,4'ü acilde, %20,4'ü polikliniklerde, %18'i yatarak tedavi kliniği/servisinde, %8,8'i laboratuvarında, %5,6'sı radyoloji bölümünde, %4,8'i aile hekimliği merkezinde, %4'ün diyaliz bölümünde, %3,6'sı yoğun bakımda, %3,2'si ameliyathanede, %2,4'ü ağız ve diş sağlığı merkezinde, %2'si kan merkezinde, %0,8'i ilçe sağlık müdürlüğünde görev yapmıştır. Katılımcıların çoğunluğunun pandemi öncesi acilde görev yaptığı görülmektedir.

3.4.2. Pandeminin Sağlık Çalışanlarının Çalışma Süreleri Üzerindeki Etkilerine İlişkin Bulgular

“Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının çalışma sürelerinde herhangi bir değişim yaşanmış mıdır?” alt sorusunu cevaplamak amacıyla pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının çalışma sürelerinde bir değişiklik olup olmadığını, pandeminin çalışma sürelerine etkisini ölçmek için sağlık çalışanlarına “Pandemi öncesi ve sonrası haftalık ortalama çalışma süreleri” sorulmuştur. Sağlık çalışanlarının pandemi öncesi ve sonrası haftalık çalışma sürelerindeki farklılaşım tablo 8’de gösterilmiştir.

Araştırma katılımcılarının %2,8'inin pandemi öncesi herhangi bir haftalık çalışma süresinin olmadığı görülmektedir. Bu grubu pandemi sürecinde atanan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Katılımcıların %53,6'sı pandemi öncesi haftalık ortalama 40 saat çalışmaktadır. Katılımcıların %13,6'sının pandemi öncesi haftalık ortalama 48 saat, %11,6'sının da haftalık ortalama 45 saat çalıştığı belirlenmiştir.

Tablo 8: Sağlık Çalışanlarının Pandemi Öncesi ve Sonrası Haftalık Ortalama Çalışma Sürelerinin Dağılımı

Pandemi Öncesi Haftalık Ortalama Çalışma Süresi	Sayı	(%)	Pandemi Sonrası Haftalık Ortalama Çalışma Süresi	Sayı	(%)
0	7	2,8	30	5	2,0
30	3	1,2	35	6	2,4
35	10	4,0	36	1	0,4
40	134	53,6	40	108	43,2
42	1	0,4	42	1	0,4
44	1	0,4	44	22	8,8
45	29	11,6	45	46	18,4
48	34	13,6	48	5	2,0
50	3	1,2	50	1	0,4
52	1	0,4	52	18	7,2
54	2	0,8	54	10	4,0
56	11	4,4	56	1	0,4
60	3	1,2	60	5	2,0
64	3	1,2	64	3	1,2
65	2	0,8	65	12	4,8
72	4	1,6	72	3	1,2
80	1	0,4	80	2	0,8
96	1	0,4	96	1	0,4
Toplam	250	100,0	Toplam	250	100,0

Pandemi sonrası %43,2'sinin haftalık ortalama 40 saat, %18,4'ünün haftalık ortalama 45 saat çalıştığı tespit edilmiştir. Pandemi sonrası haftalık ortalama çalışma süreleri mesleğe ve görev yaptığı kuruma göre farklılık göstermektedir. Tablo 9'da pandemi öncesi ve sonrası haftalık çalışma sürelerinin mesleklere göre dağılımları gösterilmiştir.

Pandemi öncesi ve sonrası haftalık ortalama çalışma sürelerinin mesleklere göre dağılımı incelendiğinde, haftalık ortalama çalışma süresinde en çok artış (10 saatlik) pratisyen hekim/aile hekimlerinde ve tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikerlerinde olmuştur. Asistan doktorların ve tıbbi görüntüleme teknisyenlerinin haftalık ortalama çalışma süresinde 6 saatlik artış, hemşire, ebe, sağlık teknisyenlerinde de 5 saatlik artış yaşanmıştır. Haftalık ortalama çalışma süresinde en az değişiklik yaşayan (2 saatlik artış) uzman doktorlar, tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikerleri ve tıbbi sekreterler

olmuştur. Diş hekimlerinin ve fizyoterapi teknikerlerinin pandemi döneminde haftalık ortalama çalışma sürelerinde herhangi bir değişiklik gerçekleşmemiştir.

Tablo 9: Pandemi Öncesi ve Sonrası Haftalık Ortalama Çalışma Sürelerinin Mesleklere Göre Dağılımı

Meslek	Pandemi Öncesi Haftalık Ortalama Çalışma Süresi	Pandemi Sonrası Haftalık Ortalama Çalışma Süresi
Pratisyen Hekim/Aile Hekimi	35	45
Asistan Dr.	50	56
Uzman Dr.	41,5	43,5
Hemşire	43	48
Ebe	40	45
Fizyoterapi Teknikeri	40	40
Sağlık Teknisyeni	45	50
Tıbbi Sekreter	42	44
Tıbbi Görüntüleme Teknisyeni	42	48
Tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikeri	43	53
Tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikeri	40	42
Diş Hekimi	40	40

Tablo 10’da sağlık çalışanlarının görev yaptığı kuruma göre pandemi öncesi ve sonrası haftalık çalışma sürelerindeki değişim gösterilmiştir.

Tablo 10: Pandemi Öncesi ve Sonrası Haftalık Ortalama Çalışma Sürelerinin Görev Yapılan Kurumlara Göre Dağılımı

Görev Yaptığı Kurum	Pandemi Öncesi Haftalık Ortalama Çalışma Süresi	Pandemi Sonrası Haftalık Ortalama Çalışma Süresi
Devlet Hastanesi	41	48
Eğitim Araştırma Hastanesi	43,5	46,5
Özel Hastane	51	57
Aile Hekimliği Merkezi	37	40
İlçe Sağlık Müdürlüğü	40	54

Pandemi öncesi ve sonrası haftalık ortalama çalışma sürelerinin görev yapılan kurumlara göre dağılımı incelendiğinde, görev yapılan kurumların genelinde artış

olduğu görülmektedir. Katılımcıların çoğunluğunun görev yaptığı eğitim araştırma hastanesinde pandemi sonrasında haftalık ortalama çalışma sürelerinde 3 saatlik bir artış yaşanmıştır. Aile hekimliği merkezlerinde de aynı oranda (3 saatlik) artış olduğu görülmektedir. Pandemi sonrası haftalık ortalama çalışma sürelerinde en çok artış (14 saat) görülen kurum ilçe sağlık müdürlüğüdür. Pandemi sonrası haftalık ortalama çalışma sürelerinde devlet hastanesinde 7 saatlik, özel hastanede 6 saatlik bir artış gerçekleşmiştir. Genel olarak incelendiğinde, pandemi öncesi ve sonrası haftalık ortalama çalışma sürelerinin en fazla olduğu kurumun özel hastane olduğu görülmektedir.

3.4.3. Pandeminin Sağlık Çalışanlarının Ücretleri Üzerindeki Etkilerine İlişkin Bulgular

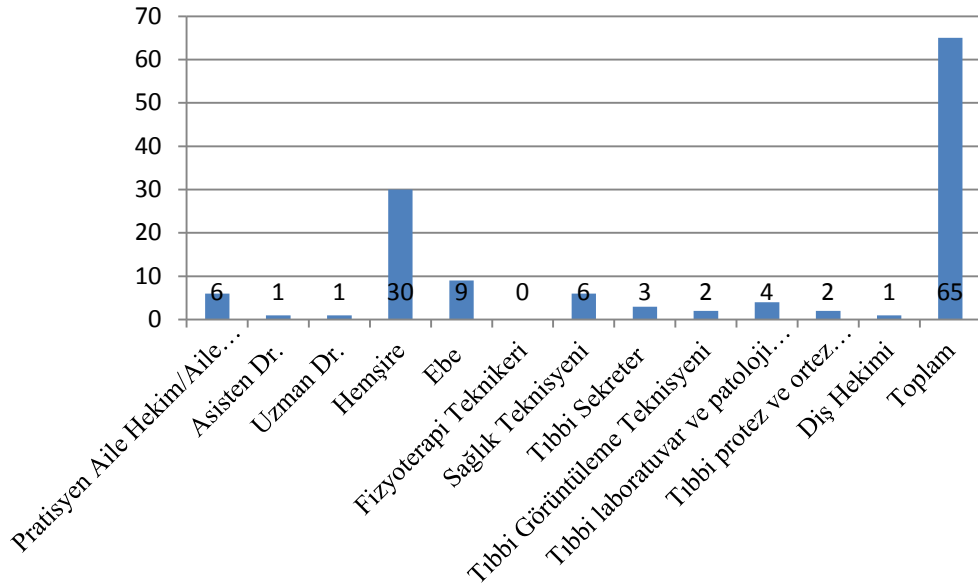
“Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının ücretlerinde herhangi bir değişim yaşanmış mıdır?” alt sorusunu cevaplamak amacıyla pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının ücretlerinde bir değişiklik olup olmadığını, pandeminin ücretler üzerindeki etkisini ölçmeye yönelik sağlık çalışanlarına “Pandemi döneminde nöbet gelirinizde artış oldu mu?”, “Pandemi döneminde döner sermaye gelirinizde artış oldu mu?”, “Pandemi döneminde normal ücretinizi almanızda bir gecikme oldu mu?”, “Pandemi döneminde nöbet veya performans ücretlerinizin ödenmesinde gecikme oldu mu?”, “Yaptığınız işin riskine göre değerlendirdiğinizde, aldığınız ücretin (maaş ve döner sermaye) yeterli ve adaletli olduğunu düşünüyor musunuz?” şeklinde 5 adet soru sorulmuştur.

Bulgulara göre, pandemi döneminde katılımcıların %84’ünün nöbet gelirlerinde bir artış gerçekleşmediği görülmektedir. Bunun yanı sıra katılımcıların %85’inin döner sermaye gelirinde artış olmadığı görülmektedir. Katılımcıların %90,8’i pandemi döneminde normal ücretini almasında bir gecikme yaşamamış ve %74’ünün pandemi döneminde nöbet veya performans ücretlerinin ödenmesinde gecikme olmamıştır. Sağlık çalışanlarının birçok mesleki risk faktörünü içinde barındırdığı işleri pandemiyle birlikte daha da riskli hale gelmiştir. Katılımcıların %93,6’sı yaptığı işin riskine göre aldığı ücretin yeterli ve adaletli olduğunu düşünmemektedir.

Tablo 11: Pandeminin Sağlık Çalışanlarının Ücretlerine Etkisi

	Evet	Hayır
Pandemi döneminde nöbet gelirinizde artış oldu mu?	%16	%84
Pandemi döneminde döner sermaye gelirinizde artış oldu mu?	%15	%85
Pandemi döneminde normal ücretinizi almanızda bir gecikme oldu mu?	%9	%91
Pandemi döneminde nöbet veya performans ücretlerinizin ödenmesinde gecikme oldu mu?	%26	%74
Yaptığınız işin riskine göre değerlendirdiğinizde, aldığınız ücretin (maaş ve döner sermaye) yeterli ve adaletli olduğunu düşünüyor musunuz?	%6	%94

Pandemi sürecinde nöbet veya performans ücretlerinde sağlık çalışanları arasından en çok gecikme yaşayan grubun hemşireler, hiç gecikme yaşamayan grubun fizyoterapi teknikerleri olduğu gözlemlenmiştir (Grafik 2).



Grafik 2: Pandemi Döneminde Nöbet veya Performans Ücretlerinde Yaşanan Gecikmenin Mesleklerle Göre Dağılımı

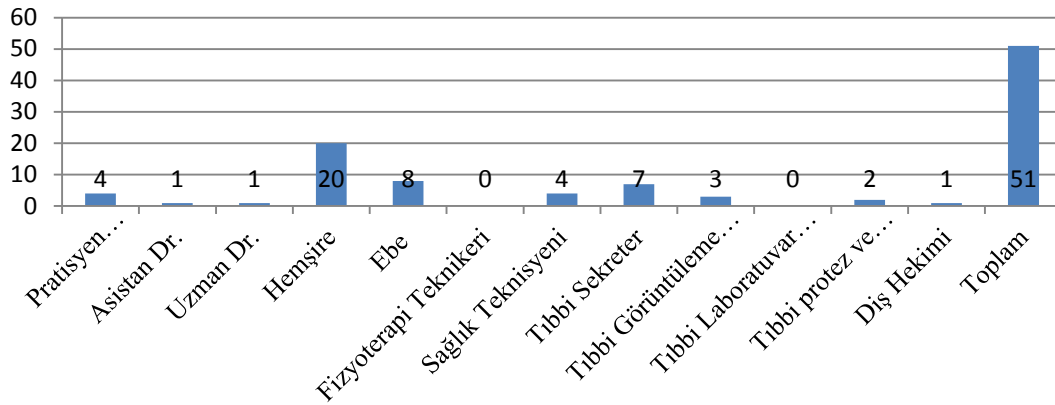
3.4.4. Pandeminin Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği Üzerindeki Etkilerine İlişkin Bulgular

“Pandemi dönemi sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğini ne yönde etkilemiştir?” alt sorusunu cevaplamak amacıyla pandemi döneminde sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği açısından COVID-19’un yarattığı değişimleri ve etkileri tespit etmek için sağlık çalışanlarına “COVID tanısı aldınız mı?”, “Salgından kaynaklı COVID dışında bir sağlık problemi yaşadınız mı?”, “Koruyucu ekipmanların yüzünüzde ve vücudunuzda oluşturduğu bir tahribat var mı?”, “Sağlık çalışanları COVID olduğunda meslek hastalığı/iş kazası bildirimi yapılıyor mu?”, “Kurumunuzda sağlık çalışanlarına tarama testi yapılıyor mu?”, “PCR ve IgM / IgG pozitif olanların çalışmasına izin veriliyor mu?”, Kurumunuzda sizi bekleyen tehlike ve riskler hakkında bilgilendirildiniz mi?, “İş kaynaklı (stres, iş yükü, aşırı yorgunluk vb.) psikolojik rahatsızlık riskiniz var mı?”, “Varsa depresyon, anksiyete ve psikolojik sıkıntıyı yönetmek için ruh sağlığı hizmetlerine hızlı ve kolay bir şekilde erişebiliyor musunuz?” şeklinde 9 adet soru sorulmuştur.

Tablo 12: Pandeminin Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliğine Etkisi

	Evet	Hayır
COVID Tanısı aldınız mı?	%20	%80
Salgından kaynaklı COVID dışında bir sağlık problemi yaşadınız mı?	%16	%84
Koruyucu ekipmanların yüzünüzde ve vücudunuzda oluşturduğu bir tahribat var mı?	%54	%46
Sağlık çalışanları COVID olduğunda meslek hastalığı/iş kazası bildirimi yapılıyor mu?	%18	%82
Kurumunuzda sağlık çalışanlarına tarama testi yapılıyor mu?	%40	%60
PCR ve IgM / IgG pozitif olanların çalışmasına izin veriliyor mu?	%72	%28
Kurumunuzda sizi bekleyen tehlike ve riskler hakkında bilgilendirildiniz mi?	%71	%29
İş kaynaklı (stres, iş yükü, aşırı yorgunluk vb) psikolojik rahatsızlık riskiniz var mı?	%73	%27
Varsa depresyon, anksiyete ve psikolojik sıkıntıyı yönetmek için ruh sağlığı hizmetlerine hızlı ve kolay bir şekilde erişebiliyor musunuz?	%56	%44

Katılımcıların %80’inin COVID-19’a yakalanmadığı gözlemlenmiştir. En çok COVID-19 tanısı alan meslek gruplarının hemşireler ve pratisyen hekim/aile hekimlerinin olduğu görülmektedir (Grafik 3).

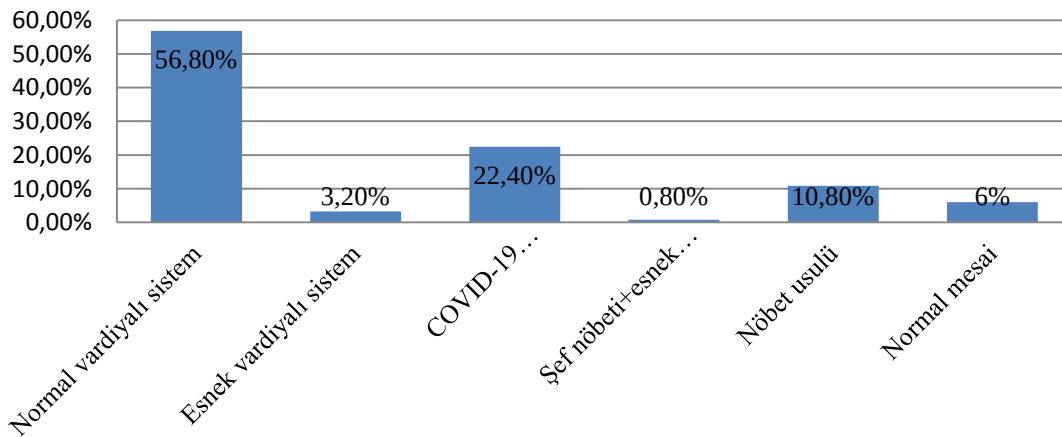


Grafik 3: COVID Tanısının Mesleklere Göre Dağılımı

Pandemi döneminde katılımcıların %84'ü salgından kaynaklı COVID dışında bir sağlık problemi yaşamamıştır. Kullanılan koruyucu ekipmanlar katılımcıların %54'ünün yüzünde ve vücudunda bir tahribatlar oluşturmuştur. Mesleksel olarak karşılaştırıldığında koruyucu ekipmanların fiziksel olarak en çok dış hekimleri, tıbbi ortez/protez teknisyeni/teknikerleri ve hemşirelerde tahribat oluşturduğu gözlemlenmiştir. Koruyucu ekipmanların en az tahribat oluşturduğu sağlık meslek grubu uzman doktorlardır (Ek-6). Katılımcıların %82'sinin COVID olduğunda meslek hastalığı/iş kazası bildirimi yapılmamıştır. Katılımcıların %60'ına çalıştığı kurumda herhangi bir tarama testi yapılmamıştır. Katılımcıların %72'si PCR ve IgM/IgG'si pozitif olanların çalışmasına izin verildiğini belirtmektedir. Katılımcıların %71'i görev yaptığı kurumda pandemi sürecinde karşılaşılabilecek tehlike ve riskler hakkında bilgilendirilmiştir. Pandemi döneminde katılımcıların %73'ünün iş kaynaklı (stres, işyükü, aşırı yorgunluk vb.) psikolojik rahatsızlık riski yaşadığı görülmektedir. Mesleksel olarak incelendiğinde, en çok iş kaynaklı psikolojik rahatsızlık riski olan sağlık meslek grubu hastalarla en sık ve en yakın temasta bulunan hemşirelerdir. İş kaynaklı psikolojik rahatsızlık riski en az olan grup uzman doktorlardan oluşmaktadır (Ek-8). Katılımcıların %56'sı pandemi döneminde daha da yoğun yaşadıkları depresyon, anksiyete ve psikolojik sıkıntıları yönetmek için ruh sağlığı hizmetlerine kolay ve hızlı bir biçimde erişebilmektedir.

3.4.5. Pandeminin Sağlık Çalışanlarının Çalışma Koşulları Üzerindeki Etkilerine İlişkin Bulgular

“Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının çalışma koşullarında ne tür değişimler yaşanmıştır?” alt sorusunu cevaplamak amacıyla pandeminin sağlık çalışanlarının çalışma koşullarında yarattığı değişimleri ve etkilerini tespit etmek için sağlık çalışanlarına “Son bir ay içindeki çalışma şekliniz?”, “COVID-19 salgını sonrası olağan görev yeriniz dışında bir yerde görevlendirildiniz mi?”, “Vardiyalı/nöbetli çalışma programları yaşamınızı olumsuz etkiliyor mu?”, “Kurumunuzda pandemi önlemleri ve çalışma düzeni oluşturulurken sağlık çalışanlarının görüşü alındı mı?”, “Kurumunuzda salgın için öncesinde hazırlık ve eğitim yapıldı mı?”, “Kurumunuzda genel olarak hijyen kurallarına uyuluyor mu?”, “Sağlıklı çalışma ortamları için gerekli sıklıkta kontrol ve denetlemeler yapılıyor mu?”, “Pandemi döneminde verilen izinlerin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?”, “Kurumunuzda uyumlu bir ekip çalışmasının yaşandığı saygılı bir ortamın var olduğunu düşünüyor musunuz?”, “Çalışma ortamınızdaki fiziksel etmenler (ışıklandırma, gürültü, iyonize radyasyon, iklimlendirme, aydınlatma vb) yeterli buluyor musunuz?”, “İşinizi iyi yapabilmek için yeterli yardım ve teknik desteği alıyor musunuz?”, “Sorumluluğun ve yetkinin dengeli bir şekilde dağıtıldığını düşünüyor musunuz?”, “İşinizde çok hızlı çalışmak zorunda kalıyor musunuz?”, “Kurumunuzda iş yükü ile kıyaslandığında yeterli çalışan olduğunu düşünüyor musunuz?” şeklinde 14 adet soru sorulmuştur.



Grafik 4: Pandemi Döneminde Sağlık Çalışanlarının Çalışma Şekilleri

Katılımcıların büyük bir çoğunluğunun (%56,8'inin) son bir ay içinde çalışma şekli normal vardiyalı sistem (gece-gündüz) şeklindedir. %22,4'ü COVID-19 servislerinde/hasta kabulünde nöbet usulü, %10,8'i nöbet usulü (sürekli gece), %6'sı normal mesai şeklinde çalışmaktadır (Grafik 4). Katılımcıların %3,2'si esnek vardiyalı sistem şeklinde çalışmakta olup bu çalışma şekli pratisyen hekim/aile hekimleri, asistan doktorlar ve diş hekimlerini kapsamaktadır. Normal mesai şeklinde çalışanların geneli Aile Hekimliği Merkezinde çalışanlardan oluşmaktadır (Ek-7).

Tablo 13: Pandeminin Sağlık Çalışanlarının Çalışma Koşullarına Etkisi

	Evet	Hayır
COVID-19 salgını sonrası olağan görev yeriniz dışında bir yerde görevlendirildiniz mi?	%41	%59
Vardiyalı/nöbetli çalışma programları yaşamınızı olumsuz etkiliyor mu?	%69	%31
Kurumunuzda pandemi önlemleri ve çalışma düzeni oluşturulurken sağlık çalışanlarının görüşü alındı mı?	%21	%79
Kurumunuzda salgın için öncesinde hazırlık ve eğitim yapıldı mı?	%53	%47
Kurumunuzda genel olarak hijyen kurallarına uyuluyor mu?	%88	%12
Sağlıklı çalışma ortamları için gerekli sıklıkta kontrol ve denetlemeler yapılıyor mu?	%56	%44
Pandemi döneminde verilen izinlerin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?	%11	%89
Kurumunuzda uyumlu bir ekip çalışmasının yaşandığı saygılı bir ortamın var olduğunu düşünüyor musunuz?	%75	%25
Çalışma ortamınızdaki fiziksel etmenler (ışıklandırma, gürültü, iyonize radyasyon, iklimlendirme, aydınlatma vb) yeterli buluyor musunuz?	%52	%48
İşinizi iyi yapabilmek için yeterli yardım ve teknik desteği alıyor musunuz?	%62	%38
Sorumluluğun ve yetkinin dengeli bir şekilde dağıtıldığını düşünüyor musunuz?	%52	%48
İşinizde çok hızlı çalışmak zorunda kalıyor musunuz?	%84	%16
Kurumunuzda iş yükü ile kıyaslandığında yeterli çalışan olduğunu düşünüyor musunuz?	%28	%72

COVID-19 salgını sonrasında COVID-19 hastalarına yönelik pandemi hastaneleri oluşturularak sağlık çalışanları olağan görev yerlerinin dışında özellikle de pandemi hastanelerinde görevlendirilmiştir. Katılımcıların %59'unun COVID-19 salgını sonrasında olağan görev yeri haricinde bir yerde çalışmadığı, %41'inin olağan görev yerinin dışında görevlendirildiği görülmektedir. Pandemi döneminde daha yoğun

şekilde geçen vardiyalı/nöbetli çalışma programları katılımcıların %69'unun yaşamını olumsuz yönde etkilemiştir. COVID-19 salgını sonrasında hastanelerde ve diğer sağlık merkezlerinde pandemiye yönelik önlemler alınarak bu sürece yönelik yeni bir çalışma düzeni oluşturulmuştur. Pandemi önlemleri ve çalışma düzeni oluşturulurken katılımcıların %79'u görev yaptığı kurumda görüşlerinin alınmadığını ifade etmektedir. Katılımcıların %53'ü görev yaptığı kurumda salgın için öncesinde hazırlık ve eğitimin yapıldığını, %47'si salgın öncesinde herhangi bir hazırlık ve eğitimin yapılmadığını ifade etmektedir. Katılımcıların %88'sinin görev yaptığı kurumda genel olarak hijyen kurallarına uyulduğu görülmektedir.

COVID-19 Pandemisiyle birlikte her an yüksek bulaş riskli çalışma ortamlarında süreksiz çalışmaya devam eden sağlık çalışanları için sağlıklı çalışma ortamlarının oluşturulmasına daha da önem verilmiştir. Katılımcıların %56'sı hizmet verdiği kurumda sağlıklı çalışma ortamları için gerekli sıklıkta kontrol ve denetlemelerin yapıldığını ifade etmiştir. Katılımcıların %89'u pandemi döneminde verilen izinlerin yeterli olmadığını düşünmektedir. Katılımcıların %75'i görev yaptığı kurumda uyumlu bir ekip çalışmasının yaşandığı saygılı bir ortamın var olduğunu düşünmektedir. Katılımcıların %52'si çalışma ortamlarındaki fiziksel etmenlerin (ışıklandırma, gürültü, iyonize radyasyon, iklimlendirme, aydınlatma vb.) yeterli bulmuş ancak %48'si de yeterli bulmamıştır. Çalışma koşullarındaki fiziksel etmenleri yeterli bulan ve bulmayanların oranlarının birbirine yakın olduğu gözlemlenmektedir.

Sağlık çalışanları mesleksen bir ayrım olmaksızın hızlı, yorucu aynı zamanda yoğun çalışma koşullarında hizmet vermektedir. Bu durum, sağlık çalışanlarının iş performanslarını önemli ölçüde etkilemektedir. Pandemi sürecinde daha da yoğun çalışmak durumunda kalan katılımcıların %62'si (büyük bir çoğunluğu) işini iyi yapabilmek için yeterli yardım ve teknik desteği aldığını ifade etmektedir. Pandemi döneminde iş yükü önemli ölçüde artan sağlık çalışanlarının hem hasta bireylere hem de iş arkadaşlarına karşı olan sorumlulukları artmıştır. İş yükü artan sağlık çalışanlarının sorumluluklarının ve yetkilerinin dengeli bir şekilde dağıtılması pandemi sürecinde oldukça ön planda tutulması gereken bir husus haline gelmiştir. Katılımcıların %52'si sorumluluğun ve yetkinin dengeli bir şekilde dağıtıldığını, %48'si de dengeli bir dağıtımın olmadığını düşünmektedir. Sağlık kuruluşlarında özellikle de hastanelerde

hizmet veren sağlık çalışanları kesintisiz bir şekilde hizmet vermektedir. Pandemi sürecinde hastanelerin daha da yoğunlaşması sonucunda sağlık çalışanlarının çalışma şartları ciddi şekilde ağırlaşmıştır. Katılımcıların %84’ işinde çok hızlı çalışmak zorunda kaldığını ifade etmektedir. Katılımcıların %72’si pandemi döneminde çalıştığı kurumda iş yükü ile kıyasladığında yeterli çalışan olmadığını düşünmektedir.

3.4.6. Pandeminin Sağlık alışanlarının Motivasyonu ve alışan Psikolojisi zerindeki Etkilerine İlişkin Bulgular

“Pandemi döneminin sağlık çalışanlarının motivasyon ve çalışan psikolojisine ne tür etkileri olmuştur?” alt sorusunu cevaplamak amacıyla pandeminin sağlık çalışanlarının motivasyonuna ve çalışan psikolojisine etkilerini tespit etmek için sağlık çalışanlarına “İş yükünüzün çok ağır olduğunu düşünüyor musunuz?”, “İşinizi retici ve faydalı olarak görüyor musunuz?”, “alışma yaşamında/çalıştığınız kurumda kendinizi değerli bir birey olarak hissediyor musunuz?”, “Sık sık yaptığınız meslekten ayrılmayı düşünüyor musunuz?”, “COVID-19’a yakalanan veya COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden iş arkadaşlarına şahit olmak kendi sağlığınız hakkında endişeye yol açıyor mu?” ve “Aile yelerinizi ya da yakın çevrenizi enfekte etme konusunda endişeleriniz var mı?” şeklinde 6 adet soru sorulmuştur.

Tablo 14: Pandeminin Sağlık alışanlarının Motivasyonu ve alışan Psikolojisine Etkisi

	Evet	Hayır
İş yükünüzün çok ağır olduğunu düşünüyor musunuz?	%72	%28
İşinizi retici ve faydalı olarak görüyor musunuz?	%79	%21
Çalışma yaşamında/çalıştığınız kurumda kendinizi değerli bir birey olarak hissediyor musunuz?	%48	%52
Sık sık yaptığınız meslekten ayrılmayı düşünüyor musunuz?	%49,6	%50,4
COVID-19’a yakalanan veya COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden iş arkadaşlarına şahit olmak kendi sağlığınız hakkında endişeye yol açıyor mu?	%88	%12
Aile yelerinizi ya da yakın çevrenizi enfekte etme konusunda endişeleriniz var mı?	%93	%7

Sağlık alışanlarının normal çalışma şartlarında da iş yükünün fazla olması motivasyonunu, ruh sağlığını veya psikolojisini birçok yönden etkilemektedir. Pandemi süreci gibi olağanüstü durumlarda da yoğun çalışma koşullarında hizmet vermeye devam eden katılımcıların %72’si iş yükünün çok ağır olduğunu düşünmektedir. Bunun

yani sıra COVID-19’a yakalanan veya COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden iş arkadaşlarına şahit olmak katılımcıların %88’inin kendi sağlığı hakkında endişeye yol açmaktadır. Katılımcıların %93’ünün aile üyelerini ya da yakın çevresini enfekte etme endişeleri bulunmaktadır. Katılımcıların %52’si çalışma yaşamında veya çalıştığı kurumda kendini değerli bir birey olarak hissetmemektedir. Öte yandan, katılımcıların %79’u işini üretici ve faydalı olarak görmekte ve %50,4’ü mesleğinden ayrılmayı düşünmemektedir.

3.4.7. Pandeminin Sağlık Çalışanlarının İş/Aile Dengesi ve Toplumsal İlişkileri Üzerindeki Etkilerine İlişkin Bulgular

“Pandemi dönemi sağlık çalışanlarının iş-aile dengesini ve toplumsal ilişkilerini ne yönde etkilemiştir?” alt sorusunu cevaplamak amacıyla pandeminin sağlık çalışanlarının iş/aile dengesi ve toplumsal ilişkileri üzerinde yarattığı değişimleri ve etkilerini tespit etmek için sağlık çalışanlarına “İşinizi ailenizin gereksinimleri ile birlikte dengeli şekilde yürütebiliyor musunuz?”, “Yaşadığınız yerde sağlık çalışanı olmanız sebebiyle ortak kullanım alanlarını (merdiven trabzanları, asansör, garaj, apartman boşluğu vb.) paylaşmak konusunda sıkıntı yaşıyor musunuz?” ve “Karantina koşulları nedeniyle veya aileye ve yakın çevrenize bulaşmasını engellemek için evinizden ve ailenizden uzun süre ayrı kaldınız mı? şeklinde 3 adet soru sorulmuştur.

Tablo 15: Pandeminin Sağlık Çalışanlarının İş/Aile Dengesine ve Toplumsal İlişkilerine Etkisi

	Evet	Hayır
İşinizi ailenizin gereksinimleri ile birlikte dengeli şekilde yürütebiliyor musunuz?	%36	%64
Yaşadığınız yerde sağlık çalışanı olmanız sebebiyle ortak kullanım alanlarını (merdiven trabzanları, asansör, garaj, apartman boşluğu vb.) paylaşmak konusunda sıkıntı yaşıyor musunuz?	%46	%54
Karantina koşulları nedeniyle veya aileye ve yakın çevrenize bulaşmasını engellemek için evinizden ve ailenizden uzun süre ayrı kaldınız mı?	%54	%46

Katılımcıların %64’ü (büyük bir çoğunluğu) işlerini ailelerinin gereksinimleri ile birlikte dengeli bir şekilde yürütemediğini ifade etmektedir. Sağlık çalışanlarının pandemi döneminde bulaş riski yüksek çalışma ortamlarında çalışmalarından dolayı aile üyelerini veya yakın çevresini enfetme etme konusunda endişeleri bulunmaktadır. Katılımcıların %54’ü karantina koşulları nedeniyle veya aileye ve yakın çevrenize

bulaşmasını engellemek için ailesinden ve evinden uzun süre boyunca ayrı kalmıştır. Öte yandan, katılımcıların %54'ü yaşadığı yerde sağlık çalışanı olması sebebiyle ortak kullanım alanları (merdiven trabzanları, asansör, garaj, apartman boşluğu vb.) paylaşmak konusunda sıkıntı yaşamamaktadır.



SONUÇ

Analiz edilen bulgulara göre, *pandemi döneminde sağlık çalışanlarının çalışma sürelerindeki değişimler incelendiğinde*, katılımcıların %56'sının pandemi öncesi haftalık ortalama çalışma süresinin 40 saat, pandemi sonrası %43,2'sinin haftalık ortalama çalışma süresinin aynı şekilde 40 saat olduğu görülmektedir. Pandemi öncesinde katılımcıların %11,6'sının haftalık ortalama çalışma süresi 45 saat, pandemi sonrası %18,4'ünün haftalık ortalama çalışma süresi 45 saattir. Pandemi öncesi ve sonrası katılımcıların büyük bir çoğunluğunun haftalık ortalama çalışma süresinin aşırı yükselmediği ancak haftalık ortalama 45 saat çalışanların %6 arttığı görülmektedir.

Pandemi döneminde çalışma sürelerindeki değişimin meslekler arası dağılımı incelendiğinde, pandemi döneminde haftalık ortalama çalışma süresinde en çok artış (10 saatlik) pratisyen hekim/aile hekimleri ve tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikerlerinde olmuştur. Pandemi döneminde haftalık ortalama çalışma süresinde en az değişiklik (2 saatlik artış) uzman doktorlar, tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikerleri ve tıbbi sekreterlerdedir. Diş hekimlerinin ve fizyoterapi teknikerlerinin pandemi döneminde haftalık ortalama çalışma sürelerinde herhangi bir değişiklik tespit edilmemiştir.

Pandemi döneminde çalışma sürelerindeki değişimin görev yapılan kurumlara göre dağılımı incelendiğinde, görev yapılan kurumların genelinde artış olduğu görülmektedir. Katılımcıların yarıdan fazlasının (%58'sinin) görev yaptığı eğitim araştırma hastanesinde pandemi döneminde haftalık ortalama çalışma sürelerinde 3 saatlik bir artış yaşanmıştır. Pandemi döneminde haftalık ortalama çalışma sürelerinde en çok artış (14 saat) kurum ilçe sağlık müdürlüğündedir. Genel olarak incelendiğinde, pandemi öncesi ve sonrası haftalık ortalama çalışma sürelerinin en fazla olduğu kurum özel hastaneler olmuştur.

Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının ücretlerindeki değişimler incelendiğinde, katılımcıların %84'ünün nöbet gelirinde, %85'inin döner sermaye gelirinde bir artış olmamıştır. Ancak katılımcıların %90,8'i normal ücretini almasında, %74'ü nöbet veya performans ücretlerinin ödenmesinde gecikme yaşamamıştır. Pandemi sürecinde nöbet veya performans ücretlerinde en çok gecikme yaşayan grup hemşireler, hiç gecikme

yaşamayan grup fizyoterapi teknikerleri olmuştur. Katılımcıların %93,6'sı pandemi döneminde yaptığı işin riskine göre aldığı ücreti yeterli ve adaletli bulmamaktadır.

Pandeminin sağlık çalışanlarının sağlığı üzerindeki etkileri incelendiğinde, katılımcıların %80'i COVID-19'a yakalanmamıştır. COVID-19 tanısı konanlar arasında en yoğun meslek grupları, hemşireler, pratisyen hekimler ve aile hekimleri olmuştur. Katılımcıların %84'ü salgından kaynaklı COVID-19 dışında bir sağlık problemi yaşamamıştır. Koruyucu ekipmanlar katılımcıların %54'ünün yüzünde ve vücudunda bir tahribat oluşturmuştur. Koruyucu ekipmanların fiziksel olarak en fazla tahribat oluşturduğu sağlık meslek grupları, diş hekimleri, tıbbi ortez/protez teknisyeni/teknikerleri ve hemşirelerdir. Bu durumdan en az etkilenen sağlık meslek grubu uzman doktorlardır.

Pandeminin sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğine olan etkileri incelendiğinde, katılımcıların %82'sinin COVID-19 olduğunda meslek hastalığı/iş kazası bildirimi yapılmamıştır. Katılımcıların %60'ına çalıştığı kurumda herhangi bir tarama testi yapılmamıştır. Katılımcıların %72'si PCR ve IgM/IgG'si pozitif olanların çalışmalarına izin verildiğini belirtmiştir. Katılımcıların %71'i görev yaptığı kurumda pandemi sürecinde karşılaşacağı tehlike ve riskler hakkında bilgilendirilmiştir. Pandemi döneminde katılımcıların %73'ü iş kaynaklı (stres, işyükü, aşırı yorgunluk vb.) psikolojik rahatsızlık riski yaşamıştır. İş kaynaklı psikolojik rahatsızlık riski en yüksek meslek grubu hemşireler, en az olan uzman doktorlardır. Katılımcıların %56'sı pandemi döneminde daha da yoğun yaşadıkları depresyon, anksiyete ve psikolojik sıkıntılarını yönetmek için ruh sağlığı hizmetlerine kolay ve hızlı bir biçimde eriştiklerini ifade etmişlerdir.

Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının çalışma koşullarındaki değişimler incelendiğinde, katılımcıların yarıdan fazlası (%56,8'i) pandemi sürecinde normal vardiyalı sistemde (gece-gündüz), %22,4'ü COVID-19 servislerinde/hasta kabulünde nöbet usulü, %10,8'i nöbet usulü (sürekli gecede), %6'sı da normal mesai şeklinde çalışmaktadır. Pratisyen hekim/aile hekimleri, asistan doktorlar ve diş hekimleri esnek vardiyalı sistem, aile hekimliği merkezinde çalışanların geneli normal mesai şeklinde çalışmaktadır.

Katılımcıların %59'u COVID-19 salgını sonrasında olağan görev yeri haricinde bir yerde görevlendirilmemiştir. Pandemi önlemleri ve çalışma düzeni oluşturulurken katılımcıların %79'unun görev yaptığı kurumda görüşleri alınmamıştır. Katılımcıların %88'sinin görev yaptığı kurumda genel olarak hijyen kurallarına uyulmuştur. Katılımcıların %53'ünün görev yaptığı kurumda salgına yönelik öncesinde hazırlık ve eğitim yapılmıştır. Katılımcıların %56'sının hizmet verdiği kurumda sağlıklı çalışma ortamları için gerekli sıklıkta kontrol ve denetlemeler yapılmıştır.

Katılımcıların %75'i görev yaptığı kurumda uyumlu bir ekip çalışmasının yaşandığı saygılı bir ortamın var olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %52'si çalışma ortamındaki fiziksel etmenleri (ışıklandırma, gürültü, iyonize radyasyon, iklimlendirme, aydınlatma vb.) yeterli bulmuştur. Pandemi sürecinde daha da yoğun çalışmak durumunda kalan katılımcıların %62'si (büyük bir çoğunluğu) işini iyi yapabilmek için yeterli yardım ve teknik desteği aldığını belirtmiştir. Pandemi sürecinde katılımcıların %52'si sorumluluğun ve yetkinin dengeli bir şekilde dağıtıldığını düşünmektedir.

Katılımcıların %89'u pandemi döneminde verilen izinleri yeterli bulmamıştır. Katılımcıların %84'ü pandemi döneminde işinde çok hızlı çalışmak zorunda kaldığını, %72'si çalıştığı kurumda iş yüküne kıyasla yeterli çalışan olmadığını düşünmektedir. Pandemi döneminde daha yoğun şekilde geçen vardiyalı/nöbetli çalışma programları katılımcıların %69'unun yaşamını olumsuz yönde etkilemiştir.

Pandemi döneminin sağlık çalışanlarının motivasyon ve çalışan psikolojisine etkileri incelendiğinde, yoğun çalışma koşullarında hizmet vermeye devam eden katılımcıların %72'si iş yükünün çok ağır olduğunu düşünmektedir. Katılımcıların %52'si çalışma yaşamında veya çalıştığı kurumda kendini değerli bir birey olarak hissetmemektedir.

COVID-19'a yakalanan veya COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden iş arkadaşlarına şahit olmak katılımcıların %88'inin kendi sağlığı hakkında endişeye yol açmıştır. Katılımcıların %93'ünün aile üyelerini ya da yakın çevresini enfekte etme endişeleri bulunmaktadır. Katılımcıların %79'u işini üretici ve faydalı olarak görmektedir. Katılımcıların %50,4'ü mesleğinden ayrılmayı düşünmemekte, %49,6'sı sık sık yaptığı meslekten ayrılmayı düşünmektedir.

Pandemi dönemi sağlık çalışanlarının iş-aile dengesini ve toplumsal ilişkilerine etkileri incelendiğinde, pandemi döneminde katılımcıların %64'ü (büyük bir çoğunluğu) işlerini ailelerinin gereksinimleri ile birlikte dengeli bir şekilde yürütememiştir. Katılımcıların %54'ü yaşadığı yerde sağlık çalışanı olmasından dolayı ortak kullanım alanlarını (merdiven trabzanları, asansör, garaj, apartman boşluğu vb.) paylaşmak konusunda sıkıntı yaşamamıştır. Katılımcıların %54'ü karantina koşulları nedeniyle veya ailesine ve yakın çevresine bulaşmasını engellemek için ailesinden ve evinden uzun süreler boyunca ayrı kalmıştır.

Araştırmadan elde edilen genel bulgulara göre, pandemi döneminin sağlık çalışanlarının çalışma hayatında meydana getirdiği değişimler;

Pandeminin genel olarak sağlık çalışanlarının haftalık ortalama çalışma sürelerini artırıcı bir etkisi olmamakla birlikte, bu süreçte haftalık ortalama çalışma saati en çok artan pratisyen hekim/aile hekimleri ve tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikerleridir.

Pandemi sürecinde kullanılan koruyucu ekipmanlar sağlık çalışanlarının yüzünde ve vücudunda tahribatlara neden olmuştur. Sağlık çalışanlarının iş kaynaklı (stres, iş yükü, aşırı yorgunluk vb.) psikolojik rahatsızlıkları bulunmaktadır.

Sağlık çalışanlarının vardiyalı/nöbetli çalışma programları yaşamlarını olumsuz etkilemiştir. Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının iş yükü çok artmış ve işinde çok hızlı çalışmak zorunda kalmıştır. Sağlık çalışanları işlerini ailelerinin gereksinimleri ile birlikte dengeli şekilde yürütememekte, pandemi sürecinde verilen izinleri yeterli bulmamaktadır.

Pandemi döneminde sağlık çalışanları COVID-19 olduğunda iş kazası/meslek hastalığı bildirimi yapılmaması, gerekli tarama testlerinin yapılmaması, testi pozitif çıkanların çalışmasına izin verilmesi, pandemi önlemleri ve çalışma düzeni oluşturulurken sağlık çalışanlarının görüşlerinin alınmaması gibi görev yapılan kurumların tutumları bulunmaktadır.

Sağlık çalışanlarının COVID-19'a yakalanan veya COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden iş arkadaşlarına şahit olmalarından dolayı kendi sağlıkları hakkında endişeleri bulunmaktadır. Sağlık çalışanları, karantina koşulları nedeniyle veya ailelerine ve yakın

çevrelerine bulaşmasını engellemek için evlerinden ve ailelerinden uzun süre ayrı kalmıştır.

Tartışma ve Öneriler

COVID-19 Pandemisi döneminde sağlık çalışanlarının yaşadığı fiziksel veya ruhsal sorunlar sağlık çalışanlarının çalışma hayatıyla doğrudan ilişkilidir. COVID-19 Pandemisinin sağlık çalışanlarına etkilerini ölçmeye yönelik gerçekleştirilen araştırmalar henüz sınırlı sayıda olmakla birlikte, Çin’de yapılan çeşitli araştırmalarda sağlık çalışanlarının pandemi sürecinde yüksek oranlarda depresyon, anksiyete vb. psikolojik sıkıntılar yaşadığı tespit edilmiştir. İlk olarak 37 sağlık çalışanıyla gerçekleştirilen bir araştırmada, çalışanların %18,9’unda yüksek seviyede stres belirtileri saptanmış, aralarında orta veya ağır depresyon belirtisi gösterenlere de rastlanmıştır (Cao vd., 2020:2). 69 klinik çalışanıyla gerçekleştirilen diğer bir araştırmada, ağır depresyon belirtisi gösterenlerin oranı %14,5 bulunmuştur (Chung and Yeung, 2020:34). Pandemi sürecinde aktif evrelerde yer alan 230 hekim ve hemşireyle yapılan bir diğer çalışmada, çalışanların %23’ünde klinik anksiyete belirtileri, %27,4’ünde TSSB semptomları gelişim göstermiştir (Huang vd., 2020). 1257 çalışanla gerçekleştirilen bir araştırmada, depresyon (minör düzey %35,6) anksiyete (hafif düzeyde %32,2) belirtileri görülmüştür (Lai vd., 2020). 180 klinik hemşirenin çalışma yükünün incelendiği bir diğer araştırmada, katılımcıların stres düzeyinin yüksek olduğu raporlanmıştır. Stresle birlikte en yaygın görülen duygunun korku olduğu tespit edilmiştir (Mo vd., 2020:1006). Araştırmamızın bulgularına göre de, pandemi döneminde sağlık çalışanlarının %73’ünün iş kaynaklı (stres, işyükü, aşırı yorgunluk vb.) psikolojik rahatsızlık riski yaşadığı görülmüştür. Çin’de yapılan araştırma bulgularının bizim araştırma bulgularımızla benzer içerikte olduğu görülmektedir. Araştırmamızın bulguları yapılan araştırmaları desteklemektedir. Çin’de sağlık çalışanlarına ilişkin ilk araştırmada, sağlık çalışanlarına uygulanan kapsamlı sosyal desteğin, sağlık çalışanlarının tükenmişliğini azaltabildiği gözlemlenmiştir. Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik yapılan sosyal destek uygulamalarının kapsamı daha da genişletilip Çin’de uygulanan kapsamlı sosyal destek vb. uygulamalar aktif bir şekilde yürütülmelidir.

Araştırmamızın bulgularına göre, sağlık çalışanlarının %82'si COVID olduğunda iş kazası/meslek hastalığı bildirimi yapılmadığını ifade etmiştir. İstanbul Tabip Odası tarafından İstanbul Kamu Hastaneleri kapsamında gerçekleştirilen araştırmada da sağlık çalışanlarının %67'sinin COVID olduğunda iş kazası ve meslek hastalığı bildirimi yapılmadığı tespit edilmiştir (İstanbul Tabip Odası (İSTABİP), 2020). Sağlık çalışanlarının sosyal haklarından ve buna yönelik yapılan yardımlardan yararlandırılması gerekmektedir. 18 Aralık 2020'de buna ilişkin yayınlanan genelgeyle birlikte bu araştırmadan sonra yapılacak olan araştırmalarda, iş kazası/meslek hastalığı bildirimi yapılmayan sağlık çalışanlarının oranının daha da azalacağı düşünülmektedir.

ABD'de yapılan bir araştırmada, sağlık çalışanları meslek grupları arasında COVID-19 hastalarının çoğunluğunun hemşirelerden (%46,6) oluştuğu tespit edilmiştir (Hartmann vd., 2020). TTB (Türk Tabipleri Birliği) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada da İstanbul'da 960'ının hekimlerden oluştuğu 2005 sağlık çalışanının koronavirüse yakalandığı tespit edilmiştir (TTB, 2020a). Araştırmamızın bulgularına göre de, en çok COVID-19 tanısı alan meslek gruplarının hemşireler ve pratisyen hekim/aile hekimlerinin olduğu tespit edilmiştir. COVID-19 tanısı alan meslek gruplarının hastalarla en çok ve en yakın iletişime geçen meslek gruplarından oluştuğu görülmektedir. COVID-19 öncesi yaşanan benzer salgınlara yönelik yapılan araştırmalarda, sağlık çalışanlarının mesafe kuralları göz önünde bulundurularak hem kendileri hem de hasta bireylerle olan temasları sınırlandırıldığında ve kontrollü bir şekilde sürdürüldüğünde salgının bulaşma oranlarının belirgin düzeylerde düşme gösterdiği tespit edilmiştir (Lee vd., 2005). Şuan içinde bulunduğumuz pandemi sürecinde de hastane ortamlarında hasta/hasta yakını ve sağlık çalışanlarının temasları sınırlandırılmalı, gerekli mesafe kurallarına uyulmalı, enfeksiyonu önleme ve kontrol konusunda bilgilendirilmeli ve salgın yönetimi kontrol kuralları doğru bir şekilde uygulanmalıdır. Böylelikle, COVID-19 tanısı alan sağlık çalışanı sayısı azaltılabilir.

Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının hastalarla etkileşim sıklığının artması kullanılan koruyucu giysi ve ekipmanların yükünü arttırmıştır. Araştırmamızın bulgularına göre, kullanılan koruyucu giysi ve ekipmanlar sağlık çalışanlarının %54'ünün yüzünde ve vücudunda çeşitli tahribatlara yol açmıştır. Mayıs 2020'de İstanbul'da pandemi hastanesinde çalışan 384 sağlık çalışanıyla yapılan bir araştırmaya

göre, bulaşma riskini azaltmaya yönelik kullanılan kişisel koruyucu ekipmanların çalışanların ruh sağlığı ile ilişkili olduğu noktalar tespit edilmiştir (Polat ve Coşkun, 2020:53). Yoğun şekilde kişisel koruyucu ekipman kullanımı sağlık çalışanlarında hem bedensel hem psikolojik problemlere sebep olmuştur. Sağlık çalışanlarında kişisel koruyucu ekipman kullanımının olumsuz etkilerinin en az seviyeye düşürülebilmesine yönelik hastane ortamlarında hijyen önlemleri kontrollü bir şekilde alınmalı, sağlıklı çalışma ortamları için gerekli sıklıkta kontrol ve denetlemeler yapılmalıdır.

Pandemi döneminde sağlık çalışanları artan iş yükü, yoğun çalışma süreleri ve yüksek riskli çalışma ortamlarında kesintisiz şekilde hizmet vermeye aynı zamanda koronavirüsle mücadeleye devam etmektedir. Pandemi döneminde iş yükünün ve çalışma sürelerinin artması nedeniyle sağlık çalışanları iş/aile dengesini kuramamıştır. Araştırmamızın bulgularına göre, pandemi döneminde sağlık çalışanlarının %64'ü işini ailesinin gereksinimleriyle birlikte dengeli bir şekilde yürütememiştir. Sağlık çalışanlarının işini ve ailesini dengede yürütebileceği bir çalışma düzeni oluşturulmalıdır. Sağlık çalışanlarına pandemi sürecinde işini ve ailesini nasıl dengeli bir şekilde yürütebileceğine ilişkin eğitim programları düzenlenerek iş/aile çatışmasına olan yatkınlıkları düşürülmeye çalışılabilir.

Pandemi döneminde karşılaşılan vaka yükünün fazlalığının buna karşın çalışan sayısının yetersizliğinin psikolojik zorlanmayı arttırdığı görülmüştür (Enli Tuncay vd., 2020:491). Sağlık çalışanlarının stres, tükenmişlik, anksiyete, TSSB ve depresyon gibi tipik ruh sağlığı bozukluğu belirtilerinin çalışma süresi ve koşullarıyla doğrudan bağlantılı olduğu belirtilmiştir (Huang vd., 2020). Sağlık çalışanlarının iş yükünün ve yoğunluğunun yanı sıra stres, tükenmişlik gibi tipik ruh sağlığı bozukluklarının da en aza indirgenebilmesi için daha fazla sağlık personeli istihdamı sağlanmalıdır.

2003'te gerçekleşen SARS salgınında Çin ve Tayvan'daki sağlık çalışanlarının hastalığa yakalanan veya hayatını kaybeden çalışma arkadaşlarına şahit olduklarında kaygı düzeylerinin arttığı, ilerleyen zamanlarda da gittikçe isteksizleştikleri tespit edilmiştir (Su vd., 2007). COVID-19 Pandemisi döneminde de sağlık çalışanlarının kaygı ve endişe düzeylerinde belirgin artışlar yaşanmıştır. COVID-19 Pandemisi döneminde sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarından dolayı ailesini ve yakınlarını enfekte etme endişesi, çalışma arkadaşlarının entübe olduğunu görmesi veya hayatını kaybetmesine

şahit olması, baktığı hastasını kaybetmesi psikolojik yönden birçok hasara yol açarak güvenlik duyguları üzerinde olumsuz etkiler bırakmıştır (Enli Tuncay, Koyuncu ve Özel, 2020:490). Araştırmamızın bulgularına göre, COVID-19'a yakalanan veya COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden iş arkadaşlarına şahit olmak sağlık çalışanlarının %88'inde kendi sağlığı hakkında endişeye yol açmıştır. Bununla birlikte, karantina koşulları nedeniyle veya ailesine ve yakın çevresine bulaşmasını engellemek için sağlık çalışanlarının %54'ü ailelerinden ve evlerinden uzun süreler boyunca ayrı kalmak zorunda kalmıştır. Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının kendisi ve ailesi için hissettiği risk düzeyi, kendisini ve ailesini hastalığa karşı nasıl koruyacağına yönelik endişelerinin olması sağlık çalışanının vereceği sağlık hizmetini de etkilemektedir (Wong vd., 2008, Draper vd., 2008). Sağlık çalışanlarının artan kaygı ve endişe düzeylerini azaltmak için gerekli sağlıklı çalışma ortamları oluşturulmalıdır. Sağlıklı çalışma ortamlarında sağlık çalışanlarının kaygı ve endişe düzeyleri azaldıkça daha verimli bir biçimde çalışmaya başlayacaklardır. Böylelikle, sağlık çalışanlarının vereceği sağlık hizmetinin kalitesi de arttırılabilir.

Araştırmamızın bulgularına göre, pandemi süreci hazırlığında pandemi önlemleri ve çalışma düzeni oluşturulurken görev yapılan kurumlarda sağlık çalışanlarının görüşleri alınmamıştır. Bununla birlikte, sağlık çalışanlarına gerekli tarama testlerinin yapılmaması, PCR ve IgM / IgG testi pozitif çıkanların çalışmalarına izin verilmesine ilişkin kurumların tutumları bulunmaktadır. İstanbul Tabip Odası tarafından İstanbul Kamu Hastaneleri kapsamında gerçekleştirilen araştırmada, araştırmamızın bulgularına benzer oranların tespit edildiği, kurumların tutumlarının aynı olduğu görülmüştür (İSTABİP, 2020). Bu tutumlar, sağlık çalışanlarının kendilerini değersiz hissetmesine, kaygı ve endişe düzeylerinin artmasına ve motivasyonlarının düşmesine neden olmaktadır. Sağlık çalışanlarının kurumları tarafından kendilerinin değerli bireyler olduğunu hissetmeleri sağlanmalı, buna yönelik motivasyon arttırıcı düzenlemeler yapılmalıdır. Sağlık çalışanlarının artan psikolojik rahatsızlıklarını yönetebilmesi için kurumları tarafından veya sosyal medya platformlarından psikolojik başa çıkma stratejileri konusunda desteklenmelidir. Tüm bunlar sağlık çalışanlarının koronavirüsle mücadelesinde onlara destek olacaktır.

Literatürde, COVID-19 Pandemisi hala içinde bulunduğumuz bir süreç olduğundan yapılan araştırmalar henüz sınırlı sayıda olmakla birlikte, çoğu salgının ilk başladığı Çin kaynaklı araştırmalardır. Yapılan araştırmalarda, COVID-19 Pandemisinin etkileri genel olarak daha önce geçirilen SARS ve MERS salgınlarının etkileri üzerine yapılan araştırma örnekleriyle karşılaştırılarak anlaşılmaya çalışılmıştır. COVID-19 Pandemisinin sağlık çalışanlarına etkileri kapsamındaki araştırmaların çoğunda sağlık çalışanlarının pandemi döneminde karşılaştığı sorunlar psikolojik açıdan ele alınmış, pandeminin sağlık çalışanlarının psikolojisi, ruh sağlığı veya iyilik haline olan etkilerine yönelik incelemeler yapılmıştır. Pandeminin sağlık çalışanları üzerindeki etkileri sadece psikolojik veya sosyal olmadığı için dar bir bakış açısıyla ele alınmamalıdır. Sağlık çalışanlarının pandemi döneminde yaşadığı fiziksel, ruhsal veya toplumsal sorunların büyük bir kısmı çalışma hayatından kaynaklandığından pandeminin sağlık çalışanları üzerindeki etkileri bu kapsamda incelenmelidir.

Sonuç olarak araştırma kapsamında sorulan tüm alt sorular yanıtlanmış ve temel soru çerçevesinde pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının çalışma hayatından kaynaklanan sorunları tespit edilerek öneriler geliştirilmiştir.

Bu çalışmanın sonuçları, COVID-19 Pandemisinin sağlık çalışanlarının çalışma hayatından kaynaklı sorunlarının tespiti açısından önem taşımaktadır. Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının çalışma hayatından kaynaklanan sorunlarının keşfedilmesi, ilgili/yetkili kurumlar tarafından bu sorunların çözüme kavuşturulmasına yardımcı olacaktır.

Araştırmamız, vaka sayılarının doruk noktasında olduğu bir dönemde yapıldığından daha fazla sağlık meslek grubuna ulaşılması mümkün olmamıştır. İleride yapılacak çalışmalarla daha fazla sağlık meslek grubunu içeren kapsamlı araştırmalar yapılabilir. Böylelikle, kapsama dahil edemediğimiz diğer sağlık meslek gruplarının da pandemi döneminde karşılaştığı sorunlara ilişkin veriler toplanabilir ve çeşitli düzeylerde karşılaştırmalar yapılabilir.

KAYNAKÇA

- Abbasoğlu, S., Emiroğlu, C., İlhan, N.M., Koşar, L., Kesedar, S. ve Müezzinoğlu, A. (2006). Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Kime Emanet. *Toplum ve Hekim*, 21(3): 173-179
https://www.belgelik.dr.tr/toplumhekim/kayit_goster.php?Id=QHNYbbRACEo
Erişim tarihi: 19.12.2020
- Abuhanoğlu, H., Teke, A., Demir, C., Çelen, Ö., Karadağ, M. ve Cankul, İ.H. (2013). Tabiplerin Tıbbi İşlemler Sırasında Maliyet-Etkililik İle İlgili Tutum ve Davranışlarına İlişkin Bir Değerlendirme. *Gülhane Tıp Dergisi*, 55(4), 288-296. http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_33081/GMJ-55-288-En.pdf
Erişim tarihi: 30.12.2020
- Ahmed, F., Zviedritei, N. and Uzicanin, A. (2018). Effectiveness of Workplace Social Distancing Measures in Reducing Influenza Transmission: A Systematic Review. *BMC public health*, 18(1):518.
https://www.researchgate.net/publication/324627310_Effectiveness_of_workplace_social_distancing_measures_in_reducing_influenza_transmission_A_systematic_review#:~:text=The%20modeling%20studies%20estimated%20that,the%20peak%20influenza%20attack%20rate Erişim tarihi: 13.01.2021
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J.A., Busse, B., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A.M. and Shamian, J. (2001). Nurses' Reports on Hospital Care in Five Countries. *Health Affairs*, 20(3):43-53.
https://www.researchgate.net/publication/11764798_Nurses'_Reports_On_Hospital_Care_In_Five_Countries Erişim tarihi: 14.04.2021
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J. and Silber, J.H. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout and Job Dissatisfaction. *Journal of American Medical Association*, 288, 1987 – 1993.
doi:10.1001/jama.288.16.1987
<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/195438> Erişim tarihi: 14. 04. 2021
- Akbolat, M. ve Oğuz, I. (2009). Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyleri: Bir Kamu Hastanesi Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 33.
<https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/84701> Erişim tarihi: 02.12.2020
- Akdağ, R. (2003). *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını. 84.
<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf> Erişim tarihi: 26.12.2020

- Akgün, S. (2015). Sağlık Sektöründe İş Kazaları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2(2), 68-74. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/752298> Erişim tarihi: 26.12.2020
- Akkaya, G. (2007). Avrupa Birliği ve Türk Mevzuatı Açısından Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı, İş Güvenliği, Meslek Hastalıkları ve Bir Araştırma. (Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul). <http://nek.istanbul.edu.tr:4444/ekos/TEZ/42727.pdf> Erişim tarihi: 10.12.2020
- Ali, S., Noreen, S., Farooq, I., Bugshan, A. and Vohra, F. (2020). Risk Assessment of Healthcare Workers at the Frontline against COVID-19. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(COVID19 S-4), 99-103 https://www.researchgate.net/publication/341134756_Risk_Assessment_of_Healthcare_Workers_at_the_Frontline_against_COVID-19 Erişim tarihi: 06.01.2020
- Alper, Y. ve Kaya, P.A., (1995). Uluslararası Çalışma Örgütü ve Uluslararası Çalışma Standartları. Bursa: Ezgi Kitabevi Yayınları. 180–181.
- Altıntaş, N. (2006). Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddetin Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul). Erişim adresi: <http://www.saglikcalisanisagligi.org/tezler/192944.pdf> Erişim tarihi: 28.12.2020
- Apaydın, H., Demir, Ş. ve Karadeniz, A. (2021). Bir Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlık Çalışanlarında Hepatit A, Hepatit B, Hepatit C Seroprevelansı ve Aşılama Durumu. *Sakarya Tıp Dergisi*, 11(2):360-365. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1329799> Erişim tarihi: 20.06.2021
- Arslan, İ ve Karagül, S. (2020). Küresel Bir Tehdit (COVID-19 Salgını) ve Değişime Yolculuk. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10, 7-14-17. <http://doi.org/10.32739/uskudarsbd.6.10.6> Erişim tarihi: 07.12.2020
- Aslan, R. (2020). Tarihten Günümüze Epidemiler, Pandemiler ve Covid-19. *Ayrıntı Dergisi*, 8(65): 35-41 <http://www.dergiayrinti.com/index.php/ayr/article/view/1353> Erişim tarihi: 06.12.2020
- Aşkın, R., Bozkurt, Y. ve Zeybek, Z. (2020). Covid-19 Pandemisi: Psikolojik Etkileri ve Terapötik Müdahaleler. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Covid-19 Sosyal Bilimler Özel Sayısı*, (37) Bahar (Özel Ek), 306. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1166182> Erişim tarihi: 27.11.2020

- Azap, A., Memikoğlu, O., Ergönül, Ö. ve Yeşilkaya, A. (2005). Occupational Exposure to Blood and Body Fluids Among Health Care Workers in Ankara, Turkey. *American Journal of Infection Control*, 33(1), 48-52. https://www.researchgate.net/publication/8047509_Occupational_exposure_to_blood_and_body_fluids_among_health_care_workers_in_Ankara_Turkey Erişim tarihi: 20.04.2021
- Awases, M., Nyoni, J., Gbary, A. and Chatora, R. (2003). *Migration of Health Professionals in Six Countries: A Synthesis Report*. World Health Organization, WHO Regional Office for Africa, Division of Health Systems and Services Development, Geneva, Switzerland. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/hrh%20migration_en.pdf Erişim tarihi: 14.04.2021
- Bandyopadhyay, S., Baticulon, RE., Kadhum, M., Alser, M., Qjuka, DK., Badereddin, Y. et al. (2020). Infection and Mortality of Healthcare Workers Worldwide From COVID-19: A Scoping Review. *MedRxiv The Preprint Server For Health Services*. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.06.04.20119594> Erişim tarihi: 14.12.2020
- Baumann, A., Yan, J., Degelder, J. and Malikov, K. (2006). Retention Strategies for Nursing: A Profile of Four Countries. *Nursing Health Services Research Unit (NHSRU)*, Human Health Resources Number 5. https://www.researchgate.net/publication/265446135_Retention_Strategies_for_Nursing_A_Profile_of_Four_Countries Erişim tarihi: 20.12.2020
- Bayhan, S. (2005). Ankara Üniversitesi Cebeci Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin ve Tıp Fakültesi Hemşirelerinin Mesleki Riskler Konusunda Bilgi Düzeyi. (Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara). Erişim adresi: <https://dspace.ankara.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12575/32061/TEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Erişim tarihi: 21.04.2021
- Bektemür, G. (2018). Sağlıkta Personel Politikalarının Seyri. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu*, 47, ISSN: 1307-2358. <https://www.sdplatform.com/Dergi/1106/Saglikta-personel-politikalarinin-seyri.aspx> Erişim tarihi: 22.12.2020
- Berglund, B., Lindval, T.I. and Schwela, D. (1995). *Guidelines for Community Noise*. World Health Organization, London, 1-160.
- Bilir, N. (2005). İş Sağlığı ve Güvenliğinde Çağdaş Bir Yaklaşım: Risk Değerlendirmesi ve Risk Yönetimi, *İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*, 25. <https://www.ailevecalisma.gov.tr/isggm/dergiler/25.pdf> Erişim tarihi: 10.12.2020

- Blythe, J., Baumann, A. and Giovannetti, P. (2001). Nurses' Experiences of Restructuring in Three Ontario Hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 61-68. <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1547-5069.2001.00061.x> Erişim tarihi: 14.04. 2021
- Bostan, S., Erdem, R., Öztürk, Y.E., Kılıç, T. ve Yılmaz, A. (2020). The Effect of COVID-19 Pandemic on the Turkish Society. *Electronic Journal of General Medicine*, 17(6), em 237. <https://www.ejgm.co.uk/download/the-effect-of-covid-19-pandemic-on-the-turkish-society-7944.pdf> Erişim tarihi: 11.12.2020
- Bostan, S. ve Köse, A. (2011). Hemşirelerin Yönetmelik Hizmetleri ve Çalışma Ortamlarını Değerlendirmesi -Bir Üniversite Hastanesi Örneği. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1(3), 179. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/165309> Erişim tarihi: 17.12.2020
- Budak, F. ve Korkmaz, Ş. (2020). COVID-19 Pandemi Sürecine Yönelik Genel Bir Değerlendirme: Türkiye Örneği. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1), 64. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1107760> Erişim tarihi: 07.12.2020
- Cao, J., Wei, J., Zhu, H., et.al. (2020). A Study of Basic Needs and Psychological Wellbeing of Medical Workers in the Fever Clinic of A Tertiary General Hospital in Beijing During The COVID-19 Outbreak. *Psychotherapy and Psychosomatic*, (89):252-254. <https://doi.org/10.1159/000507453> Erişim tarihi: 13.12.2020
- Cordova, A., Logishetty, K., Faurbach, J., Price, L., Gibson, B. and Milner, S. (2013). Noise Levels in A Burn Intensive Care Unit. *Burns*, 39, 44-48.
- Çakır, Ö. ve Sakaoğlu, H.H. (2014). Sağlık Çalışanlarının Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminde Ücret Adaleti Algısı: Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 5(1), 1-21. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/308053> Erişim tarihi: 18.06.2021
- Çalışkan Pala, S. ve Metintaş, S. (2020). Covid-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanları. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 5 (COVID-19 Özel Sayısı), 159-161-162-163. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1271620> Erişim tarihi: 30.12.2020
- Çam, O., Akgün, E., Gümüş, A.B., Bilge, A. ve Keskin, G.Ü. (2005). Bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Klinik Ortamlarını Değerlendirmeleri İle İş Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, (6), 213-220. <https://avesis.ege.edu.tr/yayin/ef4b8117-1f98-47f5-988c-a60cae8e387a/bir-ruh-sagligi-ve-hastaliklari-hastanesinde-calisan-hekim-ve-hemsirelerin-klinik-ortamlarini-degerlendirmeleriyle-is-doyumlari-arasindaki-iliskinin-incelenmesi> Erişim tarihi: 18.12.2020

- Çankaya, M. (2020a). Hastane Çalışanlarındaki İş Stresinin İşten Ayrılma Niyeti Üzerindeki Etkisi. *Business & Management Studies: An International Journal*, 8(1), 121-143. <http://earsiv.hitit.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/11491/5784/document%20%286%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Erişim tarihi: 20.06.2021
- Çankaya, M. (2020b). COVID-19 Pandemisi ve Sağlık Çalışanlarının İyilik Hali Değişimi. Prof. Dr. Henrietta NAGY ve Dr. Ragif HUSEYNOV (Ed.), *Proceeding Book: Atlas International Congress On Social Sciences 7. içinde* (446-460. ss.). Hungary: Budapest. <http://earsiv.hitit.edu.tr/xmlui/handle/11491/5811#sthash.N1uZbLel.dpbs> Erişim tarihi: 15.12.2020
- Çarıkçı, İ.H. ve Yavuz, H. (2009). Çalışanlarda Mobbing (Psikolojik Şiddet) Algısı: Sağlık Sektörü Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(10), 47-62. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/215533> Erişim tarihi: 18.06.2021
- Chung, J.P.Y. and Yeung, W.S. (2020). Staff Mental Health Self-Assessment During The COVID-19 Outbreak. *East Asian Arch Psychiatry*, 30(1), 34. (doi:10.12809/eaap2014) <https://europepmc.org/article/med/32229646> Erişim tarihi: 13.12.2020
- Devebakan, N. (2007). Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Demir, C. ve Tatar, F. (2000). Hemşirelerin Hastane Yönetiminden Beklentilerinin Karşılama Düzeyleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 5(2), 84. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/84623> Erişim tarihi: 17.12.2020
- Demir, C. ve Teke, A.K. (2000). Hekimlerin Çalışma Koşulları ve Gelişme Olanakları Bakımından Yönetimden Beklentilerinin Karşılama Düzeylerinin Analizi. *GATA Tıp Dergisi*, 43(2), 235-239. <https://app.trdizin.gov.tr/makale/TVRBM01qazU/hekimlerin-calisma-kosullari-ve-gelisme-olanaklari-bakimindan-yonetimden-beklentilerinin-karsilanma-duzeylerinin-analizi> Erişim tarihi: 30.03.2021
- Demir, G. (2006). İş Sağlığı ve Güvenliği (İsg)'nin Sağlanmasında İşyeri İsg Kurullarının Etkinliği. (Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi, Bursa). Erişim adresi: <https://acikerisim.uludag.edu.tr/bitstream/11452/8102/1/187306.pdf> Erişim tarihi: 22.12.2020

- Demirel, Y. ve Yoldaş, M.A. (2008). Sağlık Kuruluşlarında Karşılaşılan Psikolojik Yıldırma Davranışlarının Türkiye ve Kazakistan Açısından Karşılaştırılması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5(2): 1-24 https://arastirmax.com/tr/system/files/dergiler/161047/makaleler/5/2/arastirmx_161047_5_pp_1-24.pdf Erişim tarihi: 14.04.2021
- Demirpolat, E., Oğuzöncül, A.F. ve Kurt, O. (2021). Sağlık Personelinde Bel Ağrısı Ve Bel Ağrısını Etkileyen Faktörler: Kesitsel Bir Çalışma. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 22:112-118. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/887674> Erişim tarihi: 20.06.2021
- Dinç, L. (2015). *Mevcut Durum Saptama ve Gereksinimler*. Ankara: Enjeksiyon Güvenliği Çalıştayı Raporu. <http://www.hisam.hacettepe.edu.tr/calistayraporu021215.pdf> Erişim tarihi: 14.04.2021
- Draper, H., Ives, J., Greenfield, S., Parry, J.M., Gratus, C., Petts, J.I., et al. (2009). Healthcare Workers' Attitudes to Working During Pandemic Influenza: A Qualitative Study. *BMC Public Health*, 9(1):1-13. https://www.researchgate.net/publication/51395652_Healthcare_workers'_attitudes_towards_working_during_pandemic_influenza_A_multi_method_study Erişim tarihi: 11.01.2021
- Duran, M.S. ve Acar, M. (2020). Bir Virüsün Dünyaya Ettikleri: Covid Pandemisinin Makroekonomik Etkileri. *International Journal of Social and Economic Sciences* E-ISSN, 10(1), 55-65. <http://www.ijses.org/index.php/ijses/article/view/262/256> Erişim tarihi: 10.12.2020
- Duymaz Şahin, V. (2014). Sağlık Çalışanlarında İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları (Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ameliyathane Çalışanlarında İş Kazaları). (Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul).
- Emiroğlu, C. (2001). Çalışma Ortamında Kazalar ve Mesleki İlk Yardım, Ankara: Türk-İş Yayınları. 182-183.
- Enli Tuncay, F., Koyuncu, E. ve Özel, Ş. (2020). Pandemilerde Sağlık Çalışanlarının Psikososyal Sağlığını Etkileyen Koruyucu ve Risk Faktörlerine İlişkin Bir Derleme. *Ankara Medical Journal*, (2), 490-491. https://jag.journalagent.com/amj/pdfs/AMJ-02418-REVIEW-ENLI_TUNCAY.pdf Erişim tarihi: 12.12.2020
- Er, A.G. ve Ünal, S. (2020). Dünyada ve Türkiye’de 2019 Koronavirüs Pandemisi. *Flora Dergisi*, 25(1), 5. http://www.floradergisi.org/getFileContent.aspx?op=REDPDF&file_name=2020-25-01-001-008.pdf Erişim tarihi: 12.12.2020

- Erdoğan, A. ve Hocaoglu, Ç. (2020). Enfeksiyon Hastalıklarının ve Pandeminin Psikiyatrik Yönü: Bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23. <https://jag.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD-90277-REVIEW-ERDOGAN.pdf> Erişim tarihi: 13.01.2021
- Ergör, A. (2003). Birinci Basamakta İş Doyumu ve Bunu Etkileyen Etmenler. *I. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu Bildiri Kitabı*, 27-33.
- Etiler, N. (2015). Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emekgücü Üzerindeki Etkileri. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG)*, 11(42). <https://www.ttb.org.tr/dergi/index.php/msg/article/view/85/70> Erişim tarihi: 27.12.2020
- Fernandes, C.M.B., Bouthillette, F., Raboud, J.M., Bullock, L., Moore, C.F., Christenson, J.M. et al. (1999). Violence in the Emergency Department: A Survey of Health Care Workers, *Canadian Medical Association Journal*, 161 (10):1245-1248. https://www.researchgate.net/publication/12717383_Violence_in_the_emergency_department_A_survey_of_health_care_workers Erişim tarihi: 21.04.2021
- Gates, B. (2020). Responding to Covid-19—A Once-in-a-Century Pandemic?, *New England Journal of Medicine*, 382(18), 1677-1679. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp2003762> Erişim tarihi: 06.12.2020
- Günüşen, N.P. ve Üstün, B. (2010). A RCT of Coping and Support Groups to Reduce Burnout Among Nurses. *International Nursing Review*, 57(4), 485- 492. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00808.x> Erişim tarihi: 15.04.2021
- Gürbıyık, A. (2005). Gata Sağlık Çalışanlarında Kesici Delici Aletlerle Yaralanma Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. (Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara).
- Hartmann, S., Rubin, Z., Sato, H., Yong, K.O., Terashita, D. and Balter, S. (2020). Coronavirus 2019 (COVID-19) Infections Among Healthcare Workers, Los Angeles County, February - May 2020. *Clinical Infectious Diseases*, ciae1200. doi:10.1093/cid/ciae1200. <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciae1200/5893141?searchresult=1> Erişim tarihi: 12.04.2021
- Hıdıroğlu, S. (2006). Sağlık İş Kolunda Çalışan Kadınların Çalışma Yaşamı İle İlgili Sorunların Değerlendirilmesi (Doktora Tezi). Erişim adresi: <http://www.saglikcalisanisagligi.org/tezler2/kadinscsorunlari.pdf> Erişim tarihi: 10.12.2020

- Huang, J.Z., Han, M.F., Luo, T.D., Ren, A.K. and Zhou, X.P. (2020). Mental Health Survey of 230 Medical Staff in A Tertiary Infectious Disease Hospital for COVID-19. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi*, 38(3): 192-195. doi:10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063. <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/covidwho-324704> Erişim tarihi: 13.12.2020
- Huber, S.J. and Wynia, M.K. (2004). When Pestilence Prevails... Physician Responsibilities in Epidemics. *American Journal of Bioethics*, 4(1):5-11. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1162/152651604773067497?needAccess=true> Erişim tarihi: 30.12.2020
- Işık, O. ve Akbolat, M. (2010). Hastanelerde Bilgi Sistemi ve Bilgi Teknolojileri Kullanımı: Tıbbi Sekreterler Üzerine Bir Araştırma. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 9(1), 12-23. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/573005> Erişim tarihi: 18.06.2021
- Işıklar Özberk, D. ve Kutlu, R. (2021). Sağlık Çalışanlarının Kesici-Delici Tıbbi Aletleri Güvenli Kullanımı ve Bulaşıcı Hastalıklardan Korunma Tutumlarının Değerlendirilmesi. *TJFMPC*, 15(2), 261-268. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1794959> Erişim tarihi: 18.06.2021
- İbiş, S. (2020). Covid-19 Salgınının Seyahat Acentaları Üzerine Etkisi. *Safran Kültür ve Turizm Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 87. <http://www.dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1076683> Erişim tarihi: 07.12.2020
- İzgi, M.C. ve Öztürk Türkmen, H. (2012). Akdeniz Üniversitesi'nde Taşeron Sağlık İşçilerinin İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Durum Tespiti. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10(3), 160-173. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/152857> Erişim tarihi: 20.04.2021
- Kabataş Solak, M., Kocuk, M. ve Küçükler, Ö. (2012). Sağlık Çalışanlarında Bel Ağrısı Görölme Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 26(2), 65-72. http://tip.fusabil.org/pdf/pdf_FUSABIL_856.pdf Erişim tarihi: 20.06.2021
- Kapucu, S. (1999). Kemoterapik Ajanların Sağlık Çalışanları Üzerindeki Zararlı Etkileri. *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi Bildiri Kitabı*, Ankara: Genel İş Matbaası. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/scs_kongre.pdf Erişim tarihi: 20.04.2021
- Karaca, Y. (2013). Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği (Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul). Erişim adresi: <http://www.saglikcalisanisagligi.org/tezler2/issagligi.pdf> Erişim tarihi: 12.12.2020

- Karataş, Z. (2020). COVID-19 Pandemisinin Toplumsal Etkileri, Değişim ve Güçlenme. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 5-6. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tushad/issue/54680/722406> Erişim tarihi: 10.12.2020
- Kavuncubaşı, Ş. ve Kısa, A. (2002). Sağlık Kurumları Yönetimi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları. Yayın No: 1429
- Khalid, I., Khalid, TJ., Qabajah, MR., Barnard, AG. and Qushmaq, IA. (2016). Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During A MERS-CoV Outbreak. *Clin Med Res.*, 14(1), 7-14. (doi:10.3121/cmr.2016.1303). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4851451/> Erişim tarihi: 13.12.2020
- Kılış, İ. ve Demir, S. (2012). İşverenin İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Verme Yükümlülüğü Üzerine Bir İnceleme. *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 3(1), 25. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/308012> Erişim tarihi: 20.12.2020
- Kingma, M. (2001). Workplace Violence in the Health Sector: A Problem of Epidemic Proportion. *International Nursing Review*, 48, 129-130. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1466-7657.2001.00094.x> Erişim tarihi: 20.04.2021
- Kişioğlu, N., Öztürk, M., Uskun, E. ve Kırbıyık, S. (2002). Bir Üniversite Hastanesi Sağlık Personelinde Kesici Delici Yaralanma Epidemiyolojisi ve Korunmaya Yönelik Tutum ve Davranışlar. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 22(4),390-396. https://www.researchgate.net/publication/260719354_Kisioglu_AN_Ozturk_M_Uskun_E_Kirbiyik_S_Bir_Universite_Hastanesi_Saglik_Personelinde_Kesici_Delici_Yaralanma_Epidemiyolojisi_ve_Korunmaya_Yonelik_Tutum_ve_Davranislar_Turkiye_Klinikleri_Tip_Bilimleri_D Erişim tarihi: 28.12.2020
- Kantor, J. (2020). Behavioral Considerations and Impact On Personal Protective Equipment Use: Early Lessons From The Coronavirus (COVID-19) Pandemic. *J Am Acad Dermatol*, 82(5):1087-1088. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32171806/> Erişim tarihi: 18.06.2021
- Korkut Owen, F. ve Demirbaş Çelik, N. (2018). Yaşam Boyu Sağlıklı Yaşam ve İyi Hali. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 10(4), 441. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/680324> Erişim tarihi: 21.12.202
- Krueger, C., Schue, S. and Parker, L. (2007). Neonatal Intensive Care Unit Sound Levels Before&After Structural Reconstruction. *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32(6), 358-362. https://www.nursingcenter.com/pdfjournal?AID=750763&an=00005721-200711000-00009&Journal_ID=54021&Issue_ID=750738 Erişim tarihi: 14.04.2021

- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., et al. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3):e203976. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7090843/> Erişim tarihi: 13.12.2020
- Lan, J., Song, Z., Miao, X., et.al. (2020). Skin Damage Among Healthcare Workers Managing Coronavirus Disease-2019. *J Am Acad Dermatol*, 82(5):1215-1216. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32171808/> Erişim tarihi: 18.06.2021
- Lee, S.H., Juang, Y.Y., Su, Y.J., Lee, H.L., Lin, Y.H. and Chao, CC. (2005). Facing SARS: Psychological Impacts on SARS Team Nurses and Psychiatric Services in A Taiwan General Hospital. *Gen Hosp Psychiatry*, 27(5), 352-8. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2005.04.007> Erişim tarihi: 13.12.2020
- McClure, M.L. (2015). Magnet Hospitals: Insights and Issues. *Nursing Administration Quarterly*, Jul-Sep;29(3), 198-201. https://journals.lww.com/naqjournal/Abstract/2005/07000/Magnet_Hospitals_Insights_and_Issues.3.aspx Erişim tarihi: 14.04.2021
- McIntosh, K., Dees, J. H., Becker, W.B., Kapikian, A.Z. and Chanock, R.M. (1967). Recovery in Tracheal Organ Cultures of Novel Viruses From Patients with Respiratory Disease. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 57(4), 933-940. <https://dx.doi.org/10.1073%2Fpnas.57.4.933> Erişim tarihi: 04.12.2020
- Meydanlıoğlu, A. (2013). Sağlık alışanlarının Sağlığı ve Güvenliği. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 193-194. <https://www.journalagent.com/bsbd/pdfs/BSBD-53825-REVIEW-MEYDANLIOGLU.pdf> Erişim tarihi: 02.12.2020
- Mo, Y., Deng, L., Zhang, L., et al. (2020). Work Stress Among Chinese Nurses to Support Wuhan for Fighting Against The COVID-19 Epidemic. *Journal of Nursing Management*.n/a(n/a), 28, 1006. (doi:10.1111/jonm.13014) <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jonm.13014> Erişim tarihi: 13.12.2020
- Mohammad, G.T. (2007). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Servqual Analiz İle Değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesinde Uygulama*. (Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Ankara).
- Murthy, S., Gomersall, C.D. and Fowler, R.A., (2020). Care for Critically Ill Patients with COVID-19”, *Journal of the American Medical Association*, 323(15), 1499-1500. doi:10.1001/jama.2020.3633 Erişim tarihi: 10.12.2020

- Nakışçı Kavas, B. ve Develi, A. (2020). Çalışma Yaşamındaki Sorunlar Bağlamında Covid-19 Pandemisinin Kadın Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkisi. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(2), 84-112. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1202818> Erişim tarihi: 18.06.2021
- Nalbant, Ş. (2006). Türkiye’de Sağlık Sektöründe Çalışma Koşulları ve Sendikal Örgütlenme Hakkı. (Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir). Erişim adresi: <https://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12397/11847/189476.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Erişim tarihi: 26.12.2020
- Nava, S., Tonelli, R. and Clini, E.M. (2020). An Italian Sacrifice to The COVID-19 Epidemic. *European Respiratory Journal*, 55:2001445; DOI: 10.1183/13993003.01445-2020. <https://erj.ersjournals.com/content/55/6/2001445> Erişim tarihi: 14.12.2020
- Oğan, H. (Ed.). (2014). *Sağlık Çalışanları İçin İşçi Sağlığı ve Güvenliği*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği. Erişim adresi: <http://www.saglikcalisanisagligi.org/tezler2/scskitabi.pdf> Erişim tarihi: 02.12.2020
- Öksüz, Ç. (2019). Kimyasal Maruziyet Risk Değerlendirmesi: İstanbul İli Saha Örneği. (Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul). Erişim adresi: <http://nek.istanbul.edu.tr:4444/ekos/TEZ/ET000486.pdf> Erişim tarihi: 28.12.2020
- Öngel, G. ve Gerni, G.M. (2021). Sağlık Çalışanlarında İş-Aile Yaşamı Çatışmasının Örgütsel Bağlılık, İş Doyumu ve İşten Ayrılma Niyetine Etkisi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 35(2), 667-695. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1430583> Erişim tarihi: 18.06.2021 .
- Özcanarlan, N. (2009). Hemşirelerin İş Ortamındaki Stresörlerinin Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana). Erişim adresi: <http://libratez.cu.edu.tr/tezler/8087.pdf> Erişim tarihi: 24.12.2020
- Özden, Ü.H., Turanlı, M., Deniz Başar, Ö., Bağdatlı Kalkan, S. ve Erişlik, K. (2020). *Koronavirüs (COVID-19) Pandemisi*. İTÜY Rapor Koleksiyonu: İstanbul Ticaret Üniversitesi Yayınları. <http://hdl.handle.net/11467/3452> Erişim tarihi: 07.12.2020
- Özen, M., Mısıroğlu Özen, N., Kayabaş, Ü., Köroğlu, M. ve Topaloğlu, B. (2006). Biyokimya Laboratuvarı Personelinin İş Kazaları Hakkındaki Bilgi ve Tutumları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 13(2), 87-90. https://www.bibliomed.org/mnsfulltext/134/2006_13_2_4.pdf?1618439920 Erişim tarihi: 28.12.2020

- Özkal Sayan, İ. ve Küçük, A. (2012). Türkiye’de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 67(1), 173. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/35839> Erişim tarihi: 20.12.2020
- Özkan, Ö. (2001). Sağlık Çalışanlarının Sağlığı/Güvenliği İçin İşyeri Örgütlenme Birimi. *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 2. Ulusal Kongresi*, Ankara: Genel-İş Matbaası, 50-56.
- Özkan, Ö. (2005). Hastanede Çalışan Hemşirelerin İş ve Çalışma Ortamı Tehlike ve Riskleri İle Risk Algılarının Saptanması. (Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara). Erişim adresi: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=FAg6nD0plla5DsxyUAGH9Q&no=ufOoFLJI3QoW5Dp_7vesXg Erişim tarihi: 14.04.2021
- Özkan, Ö. ve Emiroğlu, O.N. (2006). Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(3), 43. <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/1480.pdf> Erişim tarihi: 02.12.2020
- Özlü, A. ve Öztaş, D. (2020). Yeni Corona Pandemisi (Covid-19) İle Mücadelede Geçmişten Ders Çıkartmak. *Ankara Medical Journal*, (2), 470. <https://jag.journalagent.com/amj/pdfs/AMJ-46547-REVIEW-OZTAS.pdf> Erişim tarihi: 03.12.2020
- Öztürk, H., Babacan, E., ve Anahar, E.Ö. (2012). Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin İş Güvenliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4), 252-268. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/84310> Erişim tarihi: 20.12.2020
- Parlar, S. (2008). Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(6), 547-548. https://www.bibliomed.org/mnsfulltext/1/khb_007_06-547.pdf?1610662245 Erişim tarihi: 18.12.2020
- Parodi, S.M. and Liu, V.X. (2020). From Containment to Mitigation of COVID-19 in the US, *Journal of the American Medical Association*, 323(15), 1441-1442. doi: 10.1001/jama.2020.3882 Erişim tarihi: 10.12.2020
- Polat, Ö. ve Coşkun, F. (2020). COVID-19 Salgınında Sağlık Çalışanlarının Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımları İle Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*, 4(2), 53. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1226262> Erişim tarihi: 14.12.2020
- Powell, A. (2020, 23 Temmuz). With Shrinking Health Force, Africa Struggles Amid COVID Crisis. *Voice of America*. <https://www.voanews.com/covid-19-pandemic/shrinking-health-force-africa-struggles-amid-covid-crisis> Erişim tarihi: 14.12.2020

- Ran, L., Chen, X., Wang, Y., Wu, W., Zhang, L. and Tan, X. (2020). Risk Factors of Healthcare Workers With Coronavirus Disease 2019: A Retrospective Cohort Study in a Designated Hospital of Wuhan in China. *Clin Infect Dis.*, 71(16):2218-2221. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32179890/> Erişim tarihi: 18.06.2021
- Saatçi, E. (2020). COVID-19 Pandemisi ve Sağlık alışanları: Yaşatmak mı yaşamak mı?. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 24 (3): 156-157. https://jag.journalagent.com/tahd/pdfs/TAHD_24_3_153_166.pdf Erişim tarihi: 14.12.2020
- Saines, J.C. (1999). Violence and Aggression in A&E: Recommendations for Action. *Accident and Emergency Nurs.*, 7(1), 8-12. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10232107/> Erişim tarihi: 21.04.2021
- Salman, E. ve Karahan, Z.C. (2014). Sağlık alışanlarında Enfeksiyon Riskleri ve Korunma II: Solunum Yoluyla Bulaşan Enfeksiyonlar. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakltesi Mecmuası*, 67(3), 83- 86. <https://dspace.ankara.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12575/55696/20996.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Erişim tarihi: 14.04.2021
- Sasangohar, F., Jones, S.L., Masud, F.N., Vahidy, F.S. and Kash, B.A. (2020). Provider Burnout and Fatigue During The COVID-19 Pandemic: Lessons Learned From A High-Volume Intensive Care Unit. *Anesth Analg.*, 131(1), 106-111. (doi:10.1213/ANE.0000000000004866). <http://europepmc.org/article/MED/32282389> Erişim tarihi: 13.12.2020
- Saygılı, M. (2008). Hastane alışanlarının alışma Ortamlarına İlişkin Algıları İle İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. (Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara). Erişim adresi: <http://www.saglikcalisanisagligi.org/tezler/204161.pdf> Erişim tarihi: 17.12.2020
- Saygılı, M. ve elik, Y. (2011). Hastane alışanlarının alışma Ortamlarına İlişkin Algıları İle İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 14(1), 42-44-45. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/84720> Erişim tarihi: 18.12.2020
- Schwabe, C., McGrath, E. and Lerotholi, K. (2004). Health Sector Human Resources Needs Assessment. Medical Care Development International, Silver Spring, Maryland, USA.
- Semenza, J. C., Rocklv, J., Penttinen, P. and Lindgren, E., (2016). Observed and Projected Drivers of Emerging Infectious Diseases in Europe, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1382(1), 73. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7167773/> Erişim tarihi: 06.12.2020

- Selgelid, M.J. (2009). Pandethics. *Public Health*, 123(3), 255-259. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7118760/> Erişim tarihi: 13.01.2021
- Sert Karaaslan, Y. (2020, 6 Kasım). Covid-19 Tanısı Alan Yaklaşık Her 10 Kişiden Biri Sağlık alışanı. *Anadolu Ajansı* (AA). <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/kovid-19-tanisi-alan-yaklasik-her-10-kisiden-biri-saglik-calisani-/2034144> Erişim tarihi: 14.12.2020
- Sertdemir, A. (2020). Türkiye'nin Koronavirüsle Mücadele Performansı Üzerine Bir Değerlendirme. *Nazilli İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi Dergisi*, 1(1), 15-26. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1170030> Erişim tarihi: 14.12.2020
- Sezgin İnce, B. (2008). Hemşire Güvenliği: Çalışma Ortamı ve Riskler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 24 (3), 62-63-64. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/835455> Erişim tarihi: 02.12.2020
- Shanafelt, T., Ripp, J. and Trockel, M. (2020). Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During The COVID-19 Pandemic. *JAMA*, 323(21). <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2764380> Erişim tarihi: 29.03.2021
- Smith, J.C. and Medalia, C. (2015). Health Insurance Coverage in the United States: 2014 Current Population Reports Health Insurance. *U.S. Department of Commerce Economics and Statistics Administration*. [https://www.census.gov/library/publications/2015/demo/p60-253.html#:~:text=The%20percentage%20of%20people%20with,government%20coverage%20\(36.5%20percent](https://www.census.gov/library/publications/2015/demo/p60-253.html#:~:text=The%20percentage%20of%20people%20with,government%20coverage%20(36.5%20percent) Erişim tarihi: 02.12.2020
- Solmaz, M. ve Solmaz, T. (2017). Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 149-153. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/385758> Erişim tarihi: 24.12.2020
- Su, T.P., Lien, T.C., Yang, C.Y., Su, Y.L., Wang, J.H., Tsai, S.L., et al. (2007). Prevalence of Psychiatric Morbidity and Psychological Adaptation of The Nurses in A Structured SARS Caring Unit During Outbreak: A Prospective and Periodic Assessment Study in Taiwan. *Journal of Psychiatric Research*, 41(1-2), 119-130. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7094424/pdf/main.pdf> Erişim tarihi: 30.12.2020
- Sunar, F. ve ınar, ř. (2017). Hastane alışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, 26(3), 122. <https://www.ttb.org.tr/sted/images/files/dergi/2017/3.pdf#page=38> Erişim tarihi: 06.12.2020

- Şahan, C., Özgür, E.A., Arkan, G., Alagüney, M.E. ve Demiral, Y. (2019). COVID-19 Pandemisi'nde Meslek Hastalığı Tanı Kılavuzu. *İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanları Derneği ve Halk Sağlığı Uzmanları Derneği*. https://korona.hasuder.org.tr/wp-content/uploads/Mesleksel-COVID_19_Tan%C4%B1_Rehberi_2020.pdf Erişim tarihi: 11.01.2021
- Sensoy, İ. (2019). İş Kazalarının Çalışma Koşulları Bağlamında İncelenmesi: Bir Kamu Hastanesi Örneği. (Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya). Erişim adresi: <https://hdl.handle.net/20.500.12619/69189> Erişim tarihi: 02.12.2020
- Tekingündüz, S., Kurtuldu, A. ve Öksüz, S. (2015). İş-Aile Yaşam Çatışması, İş Tatmini ve İş Stresi Arasındaki İlişkiler. *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 3(4), 27-42. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1023665> Erişim tarihi: 18.06.2021
- Tekir, Ö., Çevik, C., Arık, S. ve Çetin, G. (2016). Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik, İş Doyumu Düzeyleri ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(2), 51-63. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kutfd/issue/23727/252677> Erişim tarihi: 18.06.2021
- Tengilimoğlu, D., Zekioğlu, A. ve Topçu, H.G. (2019). Sağlık Çalışanlarının Sağlıklı Çalışma Ortamına İlişkin Algılarının İncelenmesi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 456. http://acibadem.dergisi.org/uploads/pdf/pdf_AUD_513.pdf Erişim tarihi: 20.12.2020
- Terzioğlu, F. (2020). COVID-19 Sürecinde Sağlık Sistemlerinin Zorlukların Üstesinden Gelebileme Kapasitesinin Geliştirilmesi ve Hemşireler İle Diğer Sağlık Profesyonellerinin Güçlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 14, 77. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1213419> Erişim tarihi: 11.12.2020
- Toker Uğurlu, T., Atabay, E.Z., Tosun, E., Yılmaz E., Öztürk, M. ve Ateşçi, F. (2020). Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Psikolojik Damgalama Eğilimi: Bir Özel Çalışma Modülü Örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 34(3), 253-261. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1540812> Erişim tarihi: 30.12.2020
- Turhan, F. (2006). Başkent Üniversitesi Hastanesi Çalışanlarının Mesleksi Risk Faktörleri ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara). Erişim adresi: <http://dspace.baskent.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11727/2360/00078.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Erişim tarihi: 28.12.2020
- Uçak, A. (2009). Sağlık Personelinin Maruz Kaldığı İş Kazaları ve Geri Bildirimlerinin Değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyonkarahisar). Erişim adresi: <https://acikerisim.aku.edu.tr/xmlui/handle/11630/3563> Erişim tarihi: 20.12.2020

- Üner, S. (2020). *Pandemide Küresel Durum*. Türk Tabipleri Birliği/ COVID-19 Pandemisi Altıncı Ay Değerlendirme Raporu. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor_6/covid19-rapor_6_Part14.pdf Erişim tarihi: 15.12.2020
- Yazar, S., Yücetaş, U., Özkan, M. ve Zulcan, S. (2016). Sağlık Çalışanlarının Delici Kesici Aletler İle Gerçekleşen Yaralanma Deneyimleri ve Yaralanmaya Yönelik Alınacak Tedbirler. *İstanbul Medical of Journal*, 17, 5. http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_20889/IMJ-17-5.pdf Erişim tarihi: 24.12.2020
- Yenal, K. ve Durgun Ozan, Y. (2013). Gebe Hemşireler İçin Riskler ve Güvenlik Önlemleri- Risks and Safety Measures for Pregnant Nurses. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 10(2), 3-7. https://jag.journalagent.com/kuhead/pdfs/KUHEAD_10_2_3_7.pdf Erişim tarihi: 22.12.2020
- Yenimahalleli, G. (1999). Türkiye’de Sağlık İşkolunun Özellikleri ve Sendikal Örgütlenme. (Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara). Erişim adresi: <https://dspace.ankara.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12575/31434> Erişim tarihi: 22.12.2020
- Yeşildal, N. (2005). Sağlık Hizmetlerinde İş Kazaları ve Şiddetin Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4(5), 281-282. https://www.bibliomed.org/mnsfulltext/1/khb_004_05-280.pdf?1611180110 Erişim tarihi: 28.12.2020
- Yıldırım, M. ve Çetin, M. (2020). Bir Salgın Örneği Olarak Covid-19 Salgını ve Bunun Riskli Popülasyonda Yer Alan Sağlık Çalışanları Üzerine Etkileri. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 123. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1122837> Erişim tarihi: 14.12.2020
- Yıldırım Öztürk, E.N., Uyar, M., Öztürk, M. ve Şahin, T.K. (2021). Konya’da Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisinde Görevli Sağlık Çalışanlarında Lateks Alerjisi ve El Egzeması Sıklığı. *Karaelmas Journal of Occupational Health and Safety*, 5(1), 1-7. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1261410> Erişim tarihi: 20.06.2021
- Yıldız, N., Yolsal, N., Ay, P. ve Kıyan, A. (2003). İstanbul Tıp Fakültesinde Çalışan Hekimlerde İş Doyumu. *İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası*, 66(1), 35. <https://arastirmax.com/tr/system/files/dergiler/71847/makaleler/66/1/arastirmax-istanbul-tip-fakultesinde-calisan-hekimlerde-doyumu.pdf> Erişim tarihi: 02.12.2020
- Yörükoğlu, K., Sayiner, A. ve Akalın, E. (2005). Patoloji Laboratuvarında Mesleki Riskler ve Güvenlik Önlemleri. *Aegean Pathology Journal*, 2: 98–115. http://www.turkjpath.org/pdf/pdf_APJ_688.pdf Erişim tarih: 28.12.2020

- Yüncü, V. ve Yılan, Y. (2020). Covid-19 Pandemisinin Sağlık Çalışanlarına Etkilerinin İncelenmesi: Bir Durum Analizi. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Ek Sayı, Ekim 2020, 395. https://www.researchgate.net/profile/Volkan_Yuencue/publication/344728664_COVID-19_Pandemisinin_Saglik_Calisanlarina_Etkilerinin_Incelenmesi_Bir_Durum_Analizi/links/5f8c6fdd299bf1b53e2f7007/COVID-19-Pandemisinin-Saglik-Calisanlarina-Etkilerinin-Incelenmesi-Bir-Durum-Analizi.pdf Erişim tarihi: 14.12.2020
- Wang, X., Ferro, E.G., Zhou, G., Hashimoto, D. and Bhatt, D.L. (2020). Association Between Universal Masking in A Health Care System and SARS-CoV-2 Positivity Among Health Care Workers. *JAMA*, 324(7):703-4. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2768533> Erişim tarihi: 11.01.2021
- Wong, T.Y., Koh, G.C., Cheong, S.K., Sundram, M., Koh, K., Chia, S.E., et.al. (2008). A Cross-sectional Study of Primary-care Physicians in Singapore on Their Concerns and Preparedness for An Avian Influenza Outbreak. *Annals Academy of Medicine Singapore*, 37(6):458. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.547.4180&rep=rep1&type=pdf> Erişim tarihi: 11.01.2021
- Wong, E.L., Wong, S.Y., Kung, K., Cheung, A.W., Gao, T.T. and Griffiths, S. (2010). Will The Community Nurse Continue to Function During H1N1 Influenza Pandemic: A Cross-Sectional Study of Hong Kong Community Nurses?. *BMC Health Services Research*, 10(1):107. https://www.researchgate.net/publication/43532761_Will_the_community_nurse_continue_to_function_during_H1N1_influenza_pandemic_A_cross-sectional_study_of_Hong_Kong_community_nurses Erişim tarihi: 11.01.2021
- Xu, X., Yu, C., Zhang, L., Luo, L. and Liu, J. (2020). Imaging Features of 2019 Novel Coronavirus Pneumonia. *European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging*, 47: 1022-1028. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7079932/> Erişim tarihi: 06.12.2020
- Øvretveit, J. (2003). Nordic Privatization and Private Healthcare. *International Journal of Health Planning and Management*, 18,233-246 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hpm.712> Erişim tarihi: 04.12.2020
- Ankara Tabip Odası. (2020, Aralık 14). Kaybettiğimiz Sağlık Çalışanlarına Saygıyla. *Koronavirüs (COVID-19)*. <https://koronavirüs.ato.org.tr/saygiyla/27-kaybettigimiz-saglik-calisanlarina-saygiyla.html> Erişim tarihi: 14.12.2020

- Amnesty International. (2020). *Exposed, Silenced, Attacked: Failures To Protect Health and Essential Workers During The Covid-19 Pandemic*. <https://www.amnesty.org/download/Documents/POL4025722020ENGLISH.PDF> Erişim tarihi: 13.12.2020
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention). (2020). <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html> Erişim tarihi: 09.12.2020
- ICN (International Council of Nurses). (2007). *Positive Practice Environments: Quality Workplaces = Quality Patient Care. Information and Action Tool Kit*. <https://www.thder.org.tr/uploads/files/icn-2007.pdf> Erişim tarihi: 25.12.2020
- ILO (International Labour Organization). (1999). *Occupational Injuries – ILO* https://www.ilo.org/ilostat-files/Documents/description_INJ_EN.pdf Erişim tarihi: 20.04.2021
- ILO (International Labour Organization). (2012). *International Standard Classification of Occupations 2008 (ISCO-08): Structure, Group Definitions and Correspondence Tables*. https://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_172572/lang--en/index.htm. Erişim tarihi: 11.04.2021
- ILO (International Labour Organization). (2014). *Improving Health in the Workplace: ILO's Framework for Action*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_329366.pdf Erişim tarihi: 21.04.2021
- ILO (International Labour Organization). (2020a). *COVID-19 and The World of Work: Impact and Policy Responses*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_738753.pdf Erişim tarihi: 06.05.2021
- ILO (International Labour Organization). (2020b). *COVID-19 and The Health Sector*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/briefingnote/wcms_741655.pdf. Erişim tarihi: 16.06.2021
- ILO, ICN, WHO, PSI. (2003). *Workplace Violence in the Health Sector Country Case Studies Research Instruments Survey Questionnaire. Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, Geneva*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/violence-against-health-workers/wvquestionnaire.pdf?sfvrsn=9f6810a5_2&download=true Erişim tarihi: 20.04.2021
- İstanbul Tabip Odası (İSTABİP). (2020). *Covid-19 Pandemisinde İstanbul Kamu Hastaneleri Anketi Değerlendirmesi*. <https://www.istabip.org.tr/5986-covid-19-pandemisinde-istanbul-kamu-hastaneleri-anketi-degerlendirmesi.html>. Erişim tarihi: 12.04.2021

- JHU (Johns Hopkins University&Medicine) Coronavirus Resource Center. (2020). <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> Erişim tarihi: 10.12.2020
- KFF (Kaiser Family Foundation). (2020). <https://www.kff.org/other/state-indicator/health-care-employment-as-total/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D> Erişim tarihi: 20.06.2021
- National Task Force on Violence Against Social Care Staff. (2001). Report and National Action Plan. <http://www.dynamis.training/wp-content/uploads/taskforce-report-care-staff-violence.pdf> Erişim tarihi: 20.12.2020
- NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health). (2002). *Violence Occupational Hazards in Hospitals*. <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-101/pdfs/2002-101.pdf?id=10.26616/NIOSH PUB2002101> Erişim tarihi: 20.04.2021
- TTB (Türk Tabipleri Birliği). (2020a). *Türkiye’de COVID-19 Tanısı Almış Sağlık Çalışanlarının Sayısı Artıyor*. <https://www.ttb.org.tr/kollar/userfiles/files/ttb-covid-saglik-calisanlari-EN-SON.pdf> Erişim tarihi: 13.12.2020
- TTB. (2020b). *Covid- 19 Pandemisi Altıncı Ay Değerlendirme Raporu*. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor_6.pdf Erişim tarihi: 12.12.2020
- TTB. (2020c). *Covid- 19 Pandemisi Sekizinci Ay Değerlendirme Raporu*. https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=194309e4-241d-11eb-a1e1-3f428dfd4b81 Erişim tarihi: 12.12.2020
- TTB. (2020d). *Covid- 19 Pandemisi 9. Ay Değerlendirme Raporu*. <https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/16aral%C4%B1k.pdf> Erişim tarihi: 14.12.2020
- TTD (Türk Toraks Derneği). (2020, 4 Eylül). *Sağlık Çalışanları Aileleriyle Birlikte COVID-19 Hastalığına Yakalanıyor. Türk Toraks Derneği Merkez Yönetim Kurulu*. <https://www.toraks.org.tr/site/community/news/10018> Erişim tarihi: 13.12.2020
- TÜBA (Türkiye Bilimler Akademisi). (2020). *COVID-19 Pandemi Değerlendirme Raporu*. <http://www.tuba.gov.tr/files/images/2020/kovidraporu/Covid-19%20Raporu-Final+.pdf> Erişim tarihi: 06.12.2020
- TÜSPE (Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü) Rapor. (2020). *COVID-19 Pandemi Yönetiminde Türkiye Örneği: Sağlık Politikası Uygulamaları ve Stratejileri*. (2). https://www.tuseb.gov.tr/tuspe/uploads/yayinlar/makaleler/pdf/21-08-2020_5f3f6e1402cc2_tusperapor02_covid-19_pandemi_yonetiminde_turkiye_ornegi.pdf Erişim tarihi: 10.12.2020

- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB). (2007). Mesleki Gelişim. İş Sağlığı ve Güvenliği. Ankara.
http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/%C4%B0%C5%9F%20Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20ve%20G%C3%BCvenli%C4%9Fi.pdf Erişim tarihi: 21.12.2020
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2001). Herkese Sağlık- Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri. Ankara. 46. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/herkesicinsaglik.pdf> Erişim tarihi: 26.12.2020
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2007). Türkiye'de Sağlığa Bakış. Ankara. 211-115. https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/200708281545440_sagligabakis20.pdf Erişim tarihi: 26.12.2020
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html> Erişim tarihi: 02.12.2020
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 Haber Bülteni* <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/39024,haber-bulteni-2019pdf.pdf?0> Erişim tarihi: 02.12.2020
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020a). <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66300/covid-19-nedir-.html> Erişim tarihi: 02.12.2020
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020b). <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66494/pandemi.html> Erişim tarihi: 02.12.2020
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020c). [http://www.tdb.org.tr/tdb/ek/SB_Covid_Meslek_Hast_Genelge\(Aralik.2020\).pdf](http://www.tdb.org.tr/tdb/ek/SB_Covid_Meslek_Hast_Genelge(Aralik.2020).pdf) Erişim tarihi: 30.12.2020
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2019). Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı, 10. https://grip.gov.tr/depo/saglik-calisanlari/ulusal_pandemi_plani.pdf Erişim tarihi: 29.03.2021
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2020). COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Temaslı Takibi, Salgın Yönetimi, Evde Hasta İzlemi ve Filyasyon. Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması, 9. <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39605/0/covid-19rehberitemaslitakibievdehastazilemivefilyasyonpdf.pdf> Erişim tarihi: 11.01.2021
- TÜBİTAK (Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu). (2020). <https://covid19.tubitak.gov.tr/turkiyede-durum> Erişim tarihi: 09.12.2020
- U.S. Bureau of Labor Statistics. (2020). <https://www.bls.gov/opub/ted/2020/registered-nurses-made-up-30-percent-of-hospital-employment-in-may-2019.htm>. Erişim tarihi: 20.06.2021

- WHO (World Health Organization). (1948). *What is the WHO definition of health?* <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions> Erişim tarihi: 22.04.2021
- WHO (World Health Organization). (2001). *Occupational Health – WHO* https://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehemhealthcareworkers.pdf Erişim tarihi: 20.04.2021
- WHO (World Health Organization). (2002). *Definition and Typology of Violence.* <https://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/> Erişim tarihi: 20.04.2021
- WHO (World Health Organization). (2006). *The World Health Report.* https://www.who.int/whr/2006/06_chap1_en.pdf Erişim tarihi: 29.03.2021
- WHO (World Health Organization). (2017). *Health is A Fundamental Human Right.* <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/health-is-a-fundamental-human-right> Erişim tarihi: 08.05.2021
- WHO (World Health Organization). (2020a). *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Situation Report-66.* https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200326-sitrep-66-covid-19.pdf?sfvrsn=9e5b8b48_2 Erişim tarihi: 06.12.2020
- WHO. (2020b). [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it) Erişim tarihi: 06.12.2020
- WHO. (2020c). <https://covid19.who.int> Erişim Tarihi: 07.12.2020
- WHO. (2020d). *Global Health Workforce Statistics Database.* <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce> Erişim tarihi: 20.06.2021
- WHO. (2021). *Sex Distribution of Health Workers.* https://apps.who.int/gho/data/node.main.HWFGRP_BYSEX?lang=en Erişim tarihi: 20.06.2021
- Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Personel Çalıştırılmasına Dayalı Hizmet Alımı Sözleşmeleri Kapsamında Çalıştırılmakta Olan İşçilerin Sürekli İşçi Kadrolarına veya Mahalli İdare Şirketlerinde İşçi Statüsüne Geçirilmesine İlişkin 375 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin Geçici 23 ve Geçici 24 Üncü Maddelerinin Uygulanmasına Dair Usul ve Esaslar. (2018, 1 Ocak). Resmi Gazete (sayı: 30288, 1 Ocak 2018). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/01/20180101.htm> Erişim tarihi: 26.12.2020

Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi Müesseseleri Hakkında Nizamname (1937, 19 Nisan). Resmi Gazete (sayı: 4201, 6 Mayıs 1939).
<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.3.210857.pdf> Erişim tarihi: 26.12.2020

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. (1982, 10 Eylül). Resmi Gazete (sayı: 17927, 13 Ocak 1983).
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=85319&MevzuatTur=3&MevzuatTertip=5> Erişim tarihi: 26.12.2020



EKLER

Ek-1: Anket Formu

DEMOGRAFİK ve AÇIKLAYICI SORULAR		
1. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek		
2. Kaç yaşındasınız? (Lütfen yazınız?)		
3. Medeni Durumunuz: () Bekâr () Evli () Dul		
4. Çocuğunuz Var mı? () Evet (sayısı:.....) () Hayır		
5. Eğitim Durumunuz:		
() İlkokul () Ortaokul () Lise () İki Yıllık Yüksekokul () Sağlık Eğitim Enstitüsü () Dört Yıllık Yüksekokul/ Fakülte () Bilim Uzmanlığı/ Altı Yıllık Fakülte () Tıpta Uzmanlık		
6. Mesleğiniz:		
() Pratisyen Hekim/Aile Hekimi () Asistan Dr. () Uzman Dr. () Hemşire () Ebe () Fizyoterapi Teknikeri () Sağlık Teknisyeni () Tıbbi Sekreter () Tıbbi Görüntüleme Teknisyeni () Diğer (.....)		
7. Görev Yaptığınız Kurum:		
() Devlet Hastanesi () Eğitim Araştırma Hastanesi () Üniversite Hastanesi () Özel Hastane () Aile Hekimliği Merkezi () Diğer (.....)		
8. Pandemi öncesi görev yeriniz (Pandemi öncesi son bir ay içinde çalıştığınız uygun olan tüm seçenekleri işaretleyiniz)		
() Acil () Ameliyathane () Yoğun Bakım () Poliklinik () Yatarak tedavi kliniği/servis () Laboratuvar () Diğer (.....)		
ÇALIŞMA HAYATINA YÖNELİK SORULAR		
I. Çalışma süresindeki değişiklik – (pandeminin çalışma sürelerine etkisi)	Evet	Hayır
1.Haftalık ortalama çalışma süreniz? Pandemi öncesi (.....) Pandemi sonrası (.....)		
II. Ücretlerdeki değişiklik – (pandeminin ücretler üzerindeki etkisi)	Evet	Hayır
2.Pandemi döneminde nöbet gelirinizde artış oldu mu?		
3.Pandemi döneminde döner sermaye gelirinizde artış oldu mu?		
4.Pandemi döneminde normal ücretinizi almanızda bir gecikme oldu mu?		
5.Pandemi döneminde nöbet veya performans ücretlerinizin ödenmesinde gecikme oldu mu?		
6.Yaptığınız işin riskine göre değerlendirdiğinizde, aldığınız ücretin (maaş ve döner sermaye) yeterli ve adaletli olduğunu düşünüyor musunuz?		

III. İş sağlığı ve güvenliği – (pandeminin çalışan sağlığı ve güvenliği üzerindeki etkisi)	Evet	Hayır
7.COVID tanısı aldınız mı?		
8.Salgından kaynaklı COVID dışında bir sağlık problemi yaşadınız mı?		
9.Koruyucu ekipmanların yüzünüzde ve vücudunuzda oluşturduğu bir tahribat var mı?		
10.Sağlık çalışanları COVID olduğunda meslek hastalığı/iş kazası bildirimi yapılıyor mu?		
11.Kurumunuzda sağlık çalışanlarına tarama testi yapılıyor mu?		
12.PCR ve IgM / IgG pozitif olanların çalışmasına izin veriliyor mu?		
13.Kurumunuzda sizi bekleyen tehlike ve riskler hakkında bilgilendirildiniz mi?		
14.İş kaynaklı (stres, iş yükü, aşırı yorgunluk vb.) psikolojik rahatsızlık riskiniz var mı?		
15.Varsa depresyon, anksiyete ve psikolojik sıkıntıyı yönetmek için ruh sağlığı hizmetlerine hızlı ve kolay bir şekilde erişebiliyor musunuz?		
IV. Çalışma koşullarındaki değişiklik – (pandeminin çalışma koşullarına etkisi)	Evet	Hayır
16.Son bir ay içinde çalışma şekliniz? ()Normal vardiyalı sistem ()Esnek vardiyalı sistem ()COVID 19 servislerinde/hasta kabulünde nöbet usulü ()Şef nöbeti+Esnek vardiyalı sistem Diğer (.....)		
17.COVID-19 salgını sonrası olağan görev yeriniz dışında bir yerde görevlendirildiniz mi?		
18.Vardiyalı/nöbetli çalışma programları yaşamınızı olumsuz etkiliyor mu?		
19.Kurumunuzda pandemi önlemleri ve çalışma düzeni oluşturulurken sağlık çalışanlarının görüşü alındı mı?		
20.Kurumunuzda salgın için öncesinde hazırlık ve eğitim yapıldı mı?		
21.Kurumunuzda genel olarak hijyen kurallarına uyuluyor mu?		
22.Sağlıklı çalışma ortamları için gerekli sıklıkta kontrol ve denetlemeler yapılıyor mu?		
23.Pandemi döneminde verilen izinlerin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?		
24.Kurumunuzda uyumlu bir ekip çalışmasının yaşandığı saygılı bir ortamın var olduğunu düşünüyor musunuz?		
25.Çalışma ortamınızdaki fiziksel etmenler (ışıklandırma, gürültü, iyonize radyasyon, iklimlendirme, aydınlatma vb) yeterli buluyor musunuz?		
26.İşinizi iyi yapabilmek için yeterli yardım ve teknik desteği alıyor musunuz?		
27.Sorumluluğun ve yetkinin dengeli bir şekilde dağıtıldığını düşünüyor musunuz?		
28.İşinizde çok hızlı çalışmak zorunda kalıyor musunuz?		
29.Kurumunuzda iş yükü ile kıyaslandığında yeterli çalışan olduğunu düşünüyor musunuz?		
V. Motivasyon/ Çalışan Psikolojisi (pandeminin çalışan motivasyonu ve psikolojisi üzerindeki etkisi)	Evet	Hayır

30.İş yükünüzün çok ağır olduğunu düşünüyor musunuz?		
31.İşinizi üretici ve faydalı olarak görüyor musunuz?		
32.Çalışma yaşamında/çalıştığınız kurumda kendinizi değerli bir birey olarak hissediyor musunuz?		
33.Sık sık yaptığınız meslekten ayrılmayı düşünüyor musunuz?		
34.COVID-19'a yakalanan veya COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden iş arkadaşlarına şahit olmak kendi sağlığınız hakkında endişeye yol açıyor mu?		
35.Aile üyelerinizi ya da yakın çevrenizi enfekte etme konusunda endişeleriniz var mı?		
VI. İş-Aile Dengesi/ Toplumsal İlişkilerdeki değişiklikler (pandeminin çalışanın yaşamı üzerindeki etkisi)	Evet	Hayır
36.İşinizi ailenizin gereksinimleri ile birlikte dengeli şekilde yürütebiliyor musunuz?		
37.Yaşadığınız yerde sağlık çalışanı olmanız sebebiyle ortak kullanım alanlarını (merdiven trabzanları, asansör, garaj, apartman boşluğu vb.) paylaşmak konusunda sıkıntı yaşıyor musunuz?		
38.Karantina koşulları nedeniyle veya aileye ve yakın çevrenize bulaşmasını engellemek için evinizden ve ailenizden uzun süre ayrı kaldınız mı?		

Ek-2: Pandemi Öncesi ve Sonrası Haftalık Ortalama Çalışma Sürelerinin Meslekler Arası Karşılaştırılması

Pandemi öncesi haftalık çalışma süresi? * Mesleğiniz nedir? Crosstabulation		
Count		
Pandemi öncesi haftalık çalışma süresi?	Mesleğiniz nedir?	Total
0	Pratisyen Hekim/Aile Hekimi (2)/Hemşire (2)/Ebe (1)/Sağlık Teknisyeni (1)	6
30	Hemşire (3)	3
35	Sağlık Teknisyeni (1)/Tıbbi Görüntüleme Teknisyeni (9)	10
40	Pratisyen Hekim/Aile Hekimi (7)/Asistan Dr. (3)/Uzman Dr. (2)/Hemşire (65)/ Ebe (19)/Fizyoterapi Teknikeri (2)/Sağlık Teknisyeni (10)/Tıbbi Sekreter (15)/Tıbbi Görüntüleme Teknisyeni (2)/Tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikeri (4)/ Tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikeri (3)/ Diş Hekimi (3)	135
42	Pratisyen Hekim/Aile Hekimi (1)	1
44	Hemşire (1)	1
45	Uzman Dr. (1)/ Hemşire (6)/ Ebe (1)/ Sağlık Teknisyeni (3)/ Tıbbi Sekreter (17)/ Tıbbi Görüntüleme Teknisyeni (1)	29
48	Pratisyen Hekim/Aile Hekimi (1)/ Hemşire (21)/ Ebe (1)/ Sağlık Teknisyeni (4)/Tıbbi Görüntüleme Teknisyeni (4)/ Tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikeri (3)	34
50	Hemşire (1)/Ebe (1)/Tıbbi Görüntüleme Teknisyeni (1)	3
52	Tıbbi Sekreter (1)	1
54	Pratisyen Hekim/Aile Hekimi (1)/Hemşire (1)	2
56	Hemşire (4)/ Ebe (1)/Sağlık Teknisyeni (6)	11
60	Hemşire (1)/Sağlık Teknisyeni (2)	3
64	Hemşire (3)	3
65	Hemşire (1)/Sağlık Teknisyeni (1)	2
72	Hemşire (3)/Tıbbi Görüntüleme Teknisyeni (1)	4
80	Asistan Dr. (1)	1
96	Hemşire (1)	1

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	355,523 ^a	187	,000
Likelihood Ratio	204,598	187	,180
Linear-by-Linear Association	,132	1	,717
N of Valid Cases	250		
a. 208 cells (96,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.			

Pandemi sonrası haftalık çalışma süresi? * Mesleğiniz nedir? Crosstabulation		
Count		
Pandemi sonrası haftalık çalışma süresi?	Mesleğiniz nedir?	Total
30	Pratisyen Hekim/Aile Hekimi (2)/Hemşire (3)	5
35	Uzman Dr. (1)/Tıbbi Görüntüleme Teknisyeni (5)	6
36	Sağlık Teknisyeni (1)	1
40	Pratisyen Hekim/Aile Hekimi (5)/Asistan Dr. (1)/Hemşire (49)/ Ebe (16)/Fizyoterapi Teknikeri (2)/Sağlık Teknisyeni (7)/Tıbbi Sekreter (15)/Tıbbi Görüntüleme Teknisyeni (4)/Tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikeri (4)/ Tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikeri (2)/ Diş Hekimi (3)	108
42	Hemşire (1)	1
45	Hemşire (5)/Ebe (1)/Sağlık Teknisyeni (2)/Tıbbi Sekreter (14)	22
48	Pratisyen Hekim/Aile Hekimi (2)/Asistan Dr. (2)/Uzman Dr. (2)/ Hemşire (25)/ Ebe (3)/ Sağlık Teknisyeni (6)/ Tıbbi Sekreter (2)/ Tıbbi Görüntüleme Teknisyeni (3)/Tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikeri (1)	46
50	Hemşire (2)/ Sağlık Teknisyeni (1)/Tıbbi Görüntüleme Teknisyeni (2)	5
52	Tıbbi Sekreter (1)	1
56	Hemşire (8)/Ebe (3)/Sağlık Teknisyeni (7)	18
60	Pratisyen Hekim/Aile Hekimi (1)/Hemşire (6)/Sağlık Teknisyeni (3)	10
62	Hemşire (1)	1
64	Pratisyen Hekim/Aile Hekimi (2)/Hemşire (3)	5
70	Hemşire (1)/Tıbbi Görüntüleme Teknisyeni (2)	3
72	Hemşire (6)/Tıbbi Sekreter (1)/ Tıbbi Görüntüleme Teknisyeni (2)/ Tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikeri (3)	12
80	Hemşire (2)/Ebe (1)	3
90	Asistan Dr. (1)/Sağlık Teknisyeni (1)	2
96	Hemşire (1)	1

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	308,395 ^a	187	,000
Likelihood Ratio	203,259	187	,197
Linear-by-Linear Association	,331	1	,565
N of Valid Cases	250		
a. 204 cells (94,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.			

Ek-3: Pandemi Öncesi ve Sonrası Haftalık Ortalama Çalışma Sürelerinin Görev Yapılan Kurumlar Arası Karşılaştırılması

Pandemi öncesi haftalık çalışma süresi? * Görev Yaptığınız Kurum? Crosstabulation		
Count		
Pandemi öncesi haftalık çalışma süresi?	Görev Yaptığınız Kurum?	Total
0	Devlet Hastanesi (2)/Eğitim Araştırma Hastanesi (3)/Aile Hekimliği Merkezi (1)	6
30	Eğitim Araştırma Hastanesi (3)	3
35	Devlet Hastanesi (6)/Eğitim Araştırma Hastanesi (4)	10
40	Devlet Hastanesi (47)/Eğitim Araştırma Hastanesi (71)/Özel Hastane (2)/Aile Hekimliği Merkezi (12)/İlçe Sağlık Müdürlüğü (3)	135
42	Eğitim Araştırma Hastanesi (1)	1
44	Devlet Hastanesi (1)	1
45	Devlet Hastanesi (5)/Eğitim Araştırma Hastanesi (24)	29
48	Devlet Hastanesi (12)/Eğitim Araştırma Hastanesi (16)/Özel Hastane (6)	34
50	Eğitim Araştırma Hastanesi (3)	3
52	Eğitim Araştırma Hastanesi (1)	1
54	Eğitim Araştırma Hastanesi (2)	2
56	Devlet Hastanesi (3)/Eğitim Araştırma Hastanesi (7)/Özel Hastane (1)	11
60	Eğitim Araştırma Hastanesi (2)/Özel Hastane (1)	3
64	Eğitim Araştırma Hastanesi (3)	3
65	Özel Hastane (2)	2
72	Devlet Hastanesi (1)/Eğitim Araştırma Hastanesi (3)	4
80	Eğitim Araştırma Hastanesi (1)	1
96	Eğitim Araştırma Hastanesi (1)	1

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	99,371 ^a	68	,008
Likelihood Ratio	77,979	68	,191
Linear-by-Linear Association	,109	1	,741
N of Valid Cases	250		
a. 80 cells (88,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.			

Pandemi sonrası haftalık çalışma süresi? * Görev Yaptığınız Kurum? Crosstabulation		
Count		
Pandemi sonrası haftalık çalışma süresi?	Görev Yaptığınız Kurum?	Total
30	Eğitim Araştırma Hastanesi (5)	5
35	Devlet Hastanesi (2)/Eğitim Araştırma Hastanesi (4)	6
36	Eğitim Araştırma Hastanesi (1)	1
40	Devlet Hastanesi (35)/Eğitim Araştırma Hastanesi (58)/Özel Hastane (2)/Aile Hekimliği Merkezi (13)	108
42	Eğitim Araştırma Hastanesi (1)	1
45	Devlet Hastanesi (4)/Eğitim Araştırma Hastanesi (18)	22
48	Devlet Hastanesi (15)/Eğitim Araştırma Hastanesi (26)/Özel Hastane (5)	46
50	Devlet Hastanesi (3)/Eğitim Araştırma Hastanesi (1)/İlçe Sağlık Müdürlüğü (1)	5
52	Eğitim Araştırma Hastanesi (1)	1
56	Devlet Hastanesi (5)/Eğitim Araştırma Hastanesi (10)/Özel Hastane (1)/İlçe Sağlık Müdürlüğü (2)	18
60	Devlet Hastanesi (3)/Eğitim Araştırma Hastanesi (7)	10
62	Eğitim Araştırma Hastanesi (1)	1
64	Devlet Hastanesi (2)/Eğitim Araştırma Hastanesi (3)	5
70	Devlet Hastanesi (1)/Eğitim Araştırma Hastanesi (1)/Özel Hastane (1)	3
72	Devlet Hastanesi (6)/Eğitim Araştırma Hastanesi (5)/Özel Hastane (1)	12
80	Devlet Hastanesi (1)/Eğitim Araştırma Hastanesi (1)/Özel Hastane (1)	3
90	Eğitim Araştırma Hastanesi (1)/Özel Hastane (1)	2
96	Eğitim Araştırma Hastanesi (1)	1

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	92,932 ^a	68	,024
Likelihood Ratio	74,059	68	,287
Linear-by-Linear Association	,004	1	,953
N of Valid Cases	250		
a. 78 cells (86,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.			

Ek-4: Pandemi Sürecinde Yaşanan Nöbet veya Performans Ücretlerindeki Gecikmenin Meslekler Arası Dağılımı

Pandemi döneminde nöbet veya performans ücretlerinizin ödenmesinde gecikme oldu mu? * Mesleğiniz nedir? Crosstabulation			
Count			
Pandemi döneminde nöbet veya performans ücretlerinizin ödenmesinde gecikme oldu mu?			
Mesleğiniz nedir?	Evet	Hayır	Total
Pratisyen Hekim/Aile Hekimi	6	6	12
Asistan Dr.	1	3	4
Uzman Dr.	1	2	3
Hemşire	30	83	113
Ebe	9	15	24
Fizyoterapi Teknikeri	0	2	2
Sağlık Teknisyeni	6	22	28
Tıbbi Sekreter	3	30	33
Tıbbi Görüntüleme Teknisyeni	2	16	18
Tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikeri	4	3	7
Tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikeri	2	1	3
Diş Hekimi	1	2	3
Total	65	185	250

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,522 ^a	11	,052
Likelihood Ratio	20,071	11	,044
Linear-by-Linear Association	1,968	1	,161
N of Valid Cases	250		
a. 13 cells (54,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,52.			

Ek-5: Pandemi Döneminde COVID Tanısının Meslekler Arası Dağılımı

COVID Tanısı aldınız mı? * Mesleğiniz nedir? Crosstabulation			
Count			
COVID Tanısı aldınız mı?			
Mesleğiniz nedir?	Evet	Hayır	Total
Pratisyen Hekim/Aile Hekimi	4	8	12
Asistan Dr.	1	3	4
Uzman Dr.	1	2	3
Hemşire	20	93	113
Ebe	8	16	24
Fizyoterapi Teknikeri	0	2	2
Sağlık Teknisyeni	4	24	28
Tıbbi Sekreter	7	26	33
Tıbbi Görüntüleme Teknisyeni	3	15	18
Tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikeri	0	7	7
Tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikeri	2	1	3
Diş Hekimi	1	2	3
Total	51	199	250

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,960 ^a	11	,367
Likelihood Ratio	12,375	11	,336
Linear-by-Linear Association	,171	1	,679
N of Valid Cases	250		
a. 14 cells (58,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,41.			

Ek-6: Pandemi Sürecinde Kullanılan Koruyucu Ekipmanların Oluşturduğu Tahribatların Meslekler Arası Dağılımı

Koruyucu ekipmanların yüzünüzde ve vücudunuzda oluşturduğu bir tahribat var mı? * Mesleğiniz nedir? Crosstabulation			
Count			
Koruyucu ekipmanların yüzünüzde ve vücudunuzda oluşturduğu bir tahribat var mı?			
Mesleğiniz nedir?	Evet	Hayır	Total
Pratisyen Hekim/Aile Hekimi	6	6	12
Asistan Dr.	2	2	4
Uzman Dr.	0	3	3
Hemşire	70	43	113
Ebe	8	16	24
Fizyoterapi Teknikeri	1	1	2
Sağlık Teknisyeni	13	15	28
Tıbbi Sekreter	17	16	33
Tıbbi Görüntüleme Teknisyeni	10	8	18
Tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikeri	2	5	7
Tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikeri	3	0	3
Diş Hekimi	3	0	3
Total	135	115	250

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,316 ^a	11	,075
Likelihood Ratio	21,832	11	,026
Linear-by-Linear Association	,000	1	,998
N of Valid Cases	250		
a. 12 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,92.			

Ek-7: Pandemi Döneminde Çalışma Şekillerinin Meslekler Arası Dağılımı

Son bir ay içinde çalışma şekliniz? * Mesleğiniz nedir? Crosstabulation							
Count							
Son bir ay içinde çalışma şekliniz?							
Mesleğiniz nedir?	Normal Vardiyalı Sistem	Esnek Vardiyalı Sistem	COVID -19 Servisi	Şef Nöbeti+ Esnek Vardiya	Nöbet Usulü	Normal Mesai	Total
Pratisyen Hekim/Aile Hekimi	1	3	6	0	0	2	12
Asistan Dr.	0	1	2	0	1	0	4
Uzman Dr.	1	0	2	0	0	0	3
Hemşire	69	0	27	2	12	3	113
Ebe	9	0	2	0	4	9	24
Fizyoterapi Teknikeri	2	0	0	0	0	0	2
Sağlık Teknisyeni	18	0	4	0	5	1	28
Tıbbi Sekreter	22	0	9	0	1	0	33
Tıbbi Görüntüleme Teknisyeni	11	0	4	0	3	0	18
Tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikeri	7	0	0	0	0	0	7
Tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikeri	2	0	0	0	1	0	3
Diş Hekimi	0	3	0	0	0	0	3
Total	142	8	56	2	27	15	250

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	208,556 ^a	55	,000
Likelihood Ratio	121,562	55	,000
Linear-by-Linear Association	5,941	1	,015
N of Valid Cases	250		
a. 60 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.			

Ek-8: Pandemi Döneminde İş Kaynaklı Psikolojik Rahatsızlık Riskinin Meslekler Arası Dağılımı

İş kaynaklı (stres, iş yükü, aşırı yorgunluk vb.) psikolojik rahatsızlık riskiniz var mı? * Mesleğiniz nedir? Crosstabulation			
Count			
İş kaynaklı (stres, iş yükü, aşırı yorgunluk vb) psikolojik rahatsızlık riskiniz var mı?			
Mesleğiniz nedir?	Evet	Hayır	Total
Pratisyen Hekim/Aile Hekimi	10	2	12
Asistan Dr.	2	2	4
Uzman Dr.	1	2	3
Hemşire	91	22	113
Ebe	16	8	24
Fizyoterapi Teknikeri	2	0	2
Sağlık Teknisyeni	21	7	28
Tıbbi Sekreter	21	12	33
Tıbbi Görüntüleme Teknisyeni	12	6	18
Tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikeri	3	4	7
Tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikeri	2	1	3
Diş Hekimi	2	1	3
Total	183	67	250

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,898 ^a	11	,239
Likelihood Ratio	13,626	11	,254
Linear-by-Linear Association	4,076	1	,044
N of Valid Cases	250		
a. 13 cells (54,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,54.			

ÖZGEÇMİŞ

Bahar YOLVERMEZ, Lisans eğitimine 2012’de başladığı Kocaeli Üniversitesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri bölümünden 2017’de mezun oldu. 2019’da Sakarya Üniversitesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Çalışma Ekonomisi ve Sosyal Siyaset Bilim Dalı’nda yüksek lisans eğitimine başladı.

