

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

HASTANE ÖNCESİ
ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARININ
COVID-19 PANDEMİSİ DÖNEMİNDE
ÇALIŞMA KOŞULLARI ile İŞ STRESİ DÜZEYLERİ

Dr. Mehmet ŞAN

HALK SAĞLIĞI UZMANLIK TEZİ
olarak hazırlanmıştır

ANKARA

2022

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

HASTANE ÖNCESİ
ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARININ
COVID-19 PANDEMİSİ DÖNEMİNDE
ÇALIŞMA KOŞULLARI ile İŞ STRESİ DÜZEYLERİ

Dr. Mehmet ŞAN

HALK SAĞLIĞI UZMANLIK TEZİ
olarak hazırlanmıştır

Danışman
Prof. Dr. Ali Naci YILDIZ

ANKARA

2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca sabırla bana rehberlik eden, yol gösteren, deneyimlerini paylaşan, emeğini ve desteğini esirgemeyen, kendisinden çok şey öğrendiğim ve öğrenmeye devam edeceğim saygıdeğer danışman hocam Prof. Dr. Ali Naci YILDIZ'a,

Araştırmanın yapılması için, Google Forms üzerinden anket uygulamasına izin ve destek veren Tüm Acil Tıp Teknisyeni ve Paramedik Derneği genel başkanı Sayın Murat ALAÇAM'a ve Yönetim Kurulu üyelerine, veri toplama aşamasında destek sağlayan Sayın Dr. Ali Koray KENZİMAN'a, Sayın Engin KURNAZ'a, Sayın Dr. Özgür BİLEK'e, çevrimiçi veri toplama formunu dolduran hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanı acil tıp teknisyeni ve paramediklere, yazım aşamasında destek veren Uzm. Dr. Mümine YÜKSEL'e,

Uzmanlık eğitimimin başından itibaren yol göstericiliği ve katkıları için Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı, saygıdeğer hocam Prof. Dr. Kerim Hakan ALTINTAŞ'a, uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden sürekli faydalandığım anabilim dalımız öğretim üyeleri ve öğretim görevlilerine,

Hayatımın her aşamasında varlıklarıyla sürekli desteklerini hissettiğim değerli aileme,

Sabrı ve sonsuz desteği ile bana çalışmanın her aşamasında moral ve motivasyon kaynağı olan değerli eşim Şeyda TAŞKIN ŞAN'a,

En içten duygularıyla teşekkür ederim.

ÖZET

Şan M, Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının COVID-19 Pandemisi Döneminde Çalışma Koşulları ile İş Stresi Düzeyleri, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi, Ankara, 2022. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının COVID-19 pandemisi döneminde çalışma koşulları ile iş stresi düzeylerinin incelendiği tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın verileri, Ekim-Kasım 2021 tarihlerinde çevrimiçi veri toplama yöntemiyle elde edilmiştir. Çalışmaya 372 katılımcı dahil edilmiş, çalışanlara ait sosyodemografik özellikler, çalışma koşulları, çalışma ortam koşulları literatür bilgileri çerçevesinde araştırmacı tarafından oluşturulan sorularla, iş stresi düzeyleri ise İsveç İş Yüğü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği'nin Türkçe versiyonu ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların %53,5'i kadın, yaş ortalaması 32,57'dir. %71,0'ini acil tıp teknisyenleri oluşturmaktadır. Çalışma grubunun %76,1'i beş yıl ve üzerinde hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde görev yapmaktadır. Katılımcıların yaklaşık dörtte üçü acil sağlık hizmetleri istasyonunda çalışmaktadır. Pandemi döneminde günlük ortalama çalışma süresi yaklaşık yirmi saattir. Çalışanların %28,2'si herhangi bir meslek içi eğitim almadığını belirtmiş, %58,1'i pandemi öncesi dönemde ve pandemi döneminde en az bir kez şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir. En sık karşılaşılan şiddet türü sözel şiddet, en fazla şiddet uygulayanlar ise hasta/hasta yakınlarıdır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının, pandemi döneminde iş kazası/meslek hastalığına yakalanma endişesi, çalışma hayatı ve aile hayatına ilişkin sorumlulukları, vardiyalı-gece çalışma süreleri, günlük çıkılan vaka sayıları artmıştır. Yapılan ikili lojistik regresyon analizi modellerine göre çalışanlarda iş stresini, yetersiz sayıda ekip üyesi ile çalışmak 1,88 kat (GA: 1,09-3,27), yöneticilerle anlaşmazlık yaşamak 2,16 kat (GA: 1,17-3,99), hasta/temaslılarla iletişim sorunları yaşamak 2,39 kat (GA: 1,36-4,20), kalitesiz yemek sağlanması 1,86 kat (GA: 1,07-3,23) artırmaktadır. Türkiye'de hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının mevcut ve potansiyel sorunları ile ilgili daha fazla çalışma yapılmalı, gerçekleştirilecek idari ve mevzuat düzenlemelerinde ilgili kurum, kuruluş ve meslek örgütlerinin görüşleri alınmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Acil Tıp Teknisyeni, COVID-19, Çalışma Koşulları, İş Stresi, Paramedik

ABSTRACT

San M, Working Conditions and Job Stress Levels of Prehospital Emergency Health Service Workers during the COVID-19 Pandemic, Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Public Health, Public Health Specialty Thesis, Ankara, 2022. The data of this descriptive study, in which the working conditions and work stress levels of prehospital emergency health services workers were examined during the COVID-19 pandemic period, were obtained by online data collection method in October-November 2021. 372 participants were included in the study, their sociodemographic characteristics, working conditions, working environment conditions were evaluated with the questions created by the researcher within the framework of the literature, and their job stress levels were evaluated with the Turkish version of Swedish Demand Control Support Questionnaire. 53.5% of the participants were women with the average age of 32.57. 71,0% of the participants consisted of emergency medical technicians and 76.1% of the study group have been working in pre-hospital emergency health services for five years or more. About three quarters of the participants work in an emergency health service station. During the pandemic period, the average daily working time was about twenty hours. 28.2% of the employees stated that they did not receive any in-service training, 58.1% stated that they were exposed to violence at least once during the pre-pandemic and pandemic period. The most common type of violence was verbal violence, and the most perpetrators were the patient/patient's relatives. During the pandemic period, the anxiety of pre-hospital emergency health service workers about having work accident/occupational disease, responsibilities related to working life and family life, shift-night working hours, and the number of daily cases have increased. According to the binary logistic regression analysis models, working with insufficient number of team members is 1.88 times (CI: 1.09-3.27), disagreeing with managers 2.16 times (CI: 1.17-3.99), having communication problems with patients/contacts 2.39 times (CI: 1.36-4.20), providing poor quality food 1.86 times (CI: 1.07-3.23) increases work stress. More studies should be conducted on the current and potential problems of pre-hospital emergency health service workers in Türkiye, and the opinions of relevant institutions, organizations and professional organizations should be sought in the administrative and legislative arrangements to be made.

Keywords: COVID-19, Emergency Medical Technician, Job Stress, Paramedic, Working Conditions

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar	vii
KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ-GEREKÇE	1
2. AMAÇLAR.....	4
2.1. Yakın Dönem Amaçlar.....	4
2.2. Orta-Uzak Dönem Amaçlar.....	4
3. GENEL BİLGİLER	5
3.1. İş Sağlığı ve Güvenliği	5
3.2. Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği.....	7
3.2.1. Biyolojik Risk Etmenleri	9
3.2.2. Kimyasal Risk Etmenleri	10
3.2.3. Fiziksel Risk Etmenleri.....	11
3.2.4. Ergonomik Risk Etmenleri.....	13
3.2.5. Psikososyal Risk Etmenleri.....	15
3.3. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Bazı İş Sağlığı ve Güvenliği Konuları	16
3.4. COVID-19 Pandemisi ve Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanları.....	24
3.5. Acil Sağlık Hizmetlerinin Gelişme Süreci.....	28
3.6. İlk ve Acil Yardım Teknikerliği ve Acil Tıp Teknisyenliği	31
3.7. Türkiye’de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri.....	31
3.8. İş stresi	35
4. GEREÇ ve YÖNTEM.....	38
4.1. Araştırmanın Yeri.....	38
4.2. Araştırmanın Evreni Örneklemi ve Araştırma Grubu.....	38
4.2.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri	38
4.2.2. Araştırmadan dışarıda bırakma kriterleri	38
4.3. Araştırmanın Tipi.....	38
4.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	38
4.4.1. Tanımlayan değişkenler	38

4.4.2. Tanımlanan değişkenler	39
4.5. Araştırmada Kullanılan Terimler, Ölçütler, Göstergeler	39
4.6. Araştırmanın Ön Denemesi	42
4.7. Veri Toplama Yöntemi ve Aracı	42
4.8. Araştırmanın İnsan Gücü	43
4.9. Araştırma Verilerinin Analizi ve Değerlendirme	43
4.10. Etik Konular ve Kurumsal İzinler	43
4.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	44
4.12. Araştırmanın Güçlü Yanları	44
4.13. Araştırmanın Bütçesi	45
4.14. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	45
5. BULGULAR	46
5.1. Sosyodemografik, Sağlık Durumu ve Çalışma Hayatı Özellikleri	46
5.2. COVID-19 Dönemi Çalışmaları ile İş Sağlığı ve Güvenliği Konuları	51
5.3. İsveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Bulguları	60
5.4. Karşılaştırmalı Bulgular	64
5.4.1. Sosyodemografik ve Çalışma Hayatı Özellikleri - Kaygı, Sorun, Sağlık Özellikleri	64
5.4.2. Sosyodemografik Özellikler - İsveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği	80
5.4.3. Çalışma Hayatı Özellikleri-İsveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği	88
5.4.4. COVID-19 Öyküsü - İsveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği	111
5.4.5. Çoklu Değişken Analizleri	115
6. TARTIŞMA	125
7. SONUÇ ve ÖNERİLER	150
8. KAYNAKLAR	155
EKLER	164
EK 1: VERİ TOPLAMA FORMU	164
EK 2: ETİK KURUL İZNİ	177
EK 3: T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI İZNİ	178
EK 4: ÖLÇEK KULLANIM İZNİ	179
EK 5: TAPDER İZNİ	180

TABLÖLAR

Tablo	Sayfa
3.1. Fransız-Alman ve İngiliz-Amerikan Modellerinin Karşılaştırılması	30
3.2. Türkiye’de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi	33
3.3. Ambulansların Türüne Göre Bulundurulması Gereken Tıbbi Malzeme ve Cihazlar	35
4.1. Araştırmanın Bütçe Kalemleri ve Harcama Tutarları	45
4.2. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	45
5.1. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	47
5.2. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Genel Sağlık Durumlarına ve COVID-19’a İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı	48
5.3. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Çalışma Hayatlarına İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı	49
5.4. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Çalışma Sürelerinin Dağılımı	50
5.5. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Pandemi Döneminde Ambulansta Çalışma Sürelerinin Dağılımı	51
5.6. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Pandemi Öncesi ve Pandemi Döneminde Çalışmalarına İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı	52
5.7. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Aldıkları Bazı Eğitimlerin Dağılımı	52
5.8. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Pandemi Döneminde Çalışmalarına İlişkin Bazı Özelliklerin Dağılımı	53
5.9. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Çalışırken Maruz Kaldıkları Şiddet Uygulamalarının Dağılımı	54
5.10. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Pandemi Döneminde Sosyal Hayatlarına İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı	55
5.11. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Pandemi Öncesi ve Pandemi Dönemde Geçirdikleri Kazaların Dağılımı	56
5.12. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının İş Nedeniyle Duyduğu Bazı Kaygıların Sıklıklarının Yüzde Dağılımı	57
5.13. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Pandemi Dönemindeki Bazı Sorunlarının Sıklıklarının Yüzde Dağılımı	58
5.14. İşveç İş Yüğü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği ile Alt Boyutlarının Cronbach’s Alfa Değerleri	60

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
5.15. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının İşveç İş Yüğü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Yanıtlarının Yüzde Dağılımı	61
5.16. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının İşveç İş Yüğü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı	62
5.17. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının İş Yüğü-İş Kontrolü Modelinin Dörtlü Yapısına Göre Dağılımı	63
5.18. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Her Zaman ya da Sıklıkla Kaygı Duyma Sıklıklarının Yüzde Dağılımı	65
5.19. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Yaş Gruplarına Göre Her Zaman ya da Sıklıkla Kaygı Duyma Sıklıklarının Yüzde Dağılımı	68
5.20. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Her Zaman ya da Sıklıkla Yaşanan Sorunların Yüzde Dağılımı	69
5.20 (devamı). Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Her Zaman ya da Sıklıkla Yaşanan Sorunların Yüzde Dağılımı	70
5.21. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bazı Sağlık Özelliklerinin Yüzde Dağılımı	71
5.22. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Yaş Gruplarına Göre Her Zaman ya da Sıklıkla Yaşanan Sorunların Yüzde Dağılımı	74
5.23. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Pandemi Öncesi ve Pandemi Dönemindeki Vardiyalı ve Gece Çalışmalarının Dağılımı	75
5.24. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Halen Yapılan İşe Göre Pandemi Döneminde Çalışma ve Aile Hayatlarına İlişkin Bazı Özelliklerindeki Değişim Durumlarının Dağılımı	76
5.25. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Pandemi Dönemi ve Pandemi Öncesi Dönemdeki Çalışma Süreleri ve Vaka Sayılarında Değişimin Dağılımı	77
5.26. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Pandemi Dönemi ve Pandemi Öncesi Dönemdeki Geçirilen Kaza ve Yaralanma Sayılarının Dağılımı	78
5.27. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Halen Yapılan İşe Göre Çalışma Ortamlarına İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı	79

TABLOLAR

Tablo		Sayfa
5.28.	Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Yaş Gruplarına Göre İşveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı	80
5.29.	Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Cinsiyetlerine Göre İşveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı	81
5.30.	Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Medeni Durumlarına Göre İşveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı	82
5.31.	Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre İşveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı	83
5.32.	Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Öğrenim Düzeylerine Göre İşveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı	84
5.33.	Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Aylık Gelir Seviyesine Göre İşveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı	85
5.34.	Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Eşlerinin Çalışma Durumlarına Göre İşveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı	86
5.35.	Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yüksek İş Stresinin Dağılımı	87
5.36.	Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Halen Yapılan İşe Göre İşveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı	88
5.37.	Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Halen Yapılan İşe Göre İşveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı	89
5.38.	Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Pandemi Öncesi Dönemde Vardiya ve Gece Çalışması Yapma Durumlarına Göre İşveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı	90
5.39.	Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Son Bir Yıllık Dönemde Vardiya ve Gece Çalışması Yapma Durumlarına Göre İşveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı	91
5.40.	Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Şiddete maruz Kalma Durumlarına Göre İşveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı	92

TABLOLAR

Tablo		Sayfa
5.41.	Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışmaya Başladıktan Sonra Sağlık Durumlarındaki Değişim Durumlarına Göre İşveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı	93
5.42.	Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Toplum Tarafından Dışlanma ve Takdir Edilme Hissetme Durumlarına Göre İşveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı	94
5.43.	Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Çalışma ve Aile Hayatlarına İlişkin Sorumluluklarındaki Değişim Durumlarına Göre İşveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı	95
5.44.	Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Pandemi Öncesi Dönemde ve Son Bir Yıllık Dönemde İş Kazası/Meslek Hastalığı Geçirme Endişesi Duyma ile Çalışırken İletişim Sorunları Yaşadığını Düşünme Durumlarına Göre İşveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı	97
5.45.	Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Çalışma Yaşamı Özelliklerine Göre Yüksek İş Stresinin Dağılımı	100
5.45 (devamı).	Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Çalışma Yaşamı Özelliklerine Göre Yüksek İş Stresinin Dağılımı	102
5.46.	Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Çalışma Ortamı Özelliklerine Göre İşveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı	104
5.47.	Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Çalışma Özelliklerine Göre İşveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı	107
5.48.	Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Çalışma Temposu ve Aylık Gelirlerindeki Değişim Durumlarına Göre İşveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı	109

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
5.49. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Çalışma Yaşamı Özelliklerine Göre Yüksek İş Stresinin Dağılımı	110
5.50. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Doktor Tarafından Tanı Konulmuş COVID-19 Hastalığı Geçirme Durumlarına Göre İsveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı	111
5.51. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının İş Arkadaşları Arasında COVID-19 Vakası Olma ve COVID-19 Nedeniyle Hayatını Kaybeden Olma Durumlarına Göre İsveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı	112
5.52. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Aile Üyeleri Arasında COVID-19 Vakası Olma ve COVID-19 Nedeniyle Hayatını Kaybeden Olma Durumlarına Göre İsveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı	113
5.53. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının En Az İki Doz COVID-19 Aşısı Olma Durumlarına Göre İsveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı	114
5.54. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Sosyodemografik Özellikler ve Çalışma Yaşamı Özelliklerine Göre İş Stresi Düzeyinin Düşük ya da Yüksek Olma Durumlarına İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları	118
5.55. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Durumlarda Kaygı Duyma ve Sorun Yaşama Özelliklerine Göre İş Stresi Düzeyinin Düşük ya da Yüksek Olma Durumlarına İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları	120
5.55 (devamı). Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Durumlarda Kaygı Duyma ve Sorun Yaşama Özelliklerine Göre İş Stresi Düzeyinin Düşük ya da Yüksek Olma Durumlarına İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları	121
5.56. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Sosyodemografik ve Çalışma Hayatı Özelliklerine Göre Genel Sağlık Algısı Durumlarına İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları	123
5.57. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Sosyodemografik ve Çalışma Hayatı Özelliklerine Göre Mesleği Bırakmayı Düşünme Durumlarına İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları	123

KISALTMALAR

Kısaltma	Açıklama
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AHA	American Hospital Association (Amerikan Hastaneler Birliği)
AMA	American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği)
ASH	Acil Sağlık Hizmetleri
ATT	Acil Tıp Teknisyeni
BLS	Bureau of Labor Statistics (Amerikan Çalışma İstatistikleri Bürosu)
COVID-19	Coronavirus Disease 2019 (Koronavirüs Hastalığı 2019)
dB	Desibel
dBA	Desibel A
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EEG	Elektroensefalografi
EKG	Elektrokardiyografi
EMG	Elektromiyografi
HIV	Human Immunodeficiency Virus (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü)
ICN	International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Birliği)
ILO	International Labor Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü)
İAYT	İlk ve Acil Yardım Teknikeri
İSG	İş Sağlığı ve Güvenliği
KKD	Kişisel Koruyucu Donanım
M.Ö.	Milattan Önce
MERS	Middle East Respiratory Syndrome (Orta Doğu Solunum Sendromu)
NIOSH	The National Institute for Occupational Safety and Health (Amerikan Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü)
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome (Şiddetli Akut Solunum Sendromu)
SÇS	Sağlık Çalışanlarının Sağlığı
SPSS	Statistics Package for Social Sciences
TAPDER	Tüm Acil Tıp Teknisyeni ve Paramedik Derneği
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
US EPA	United States Environmental Protection Agency (Birleşik Devletler Çevre Koruma Ajansı)

1. GİRİŞ-GEREKÇE

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, bireyin yaşamını tehdit eden veya acil sağlık bakımını gerektiren durumlarda, hastanın nakli süresince yaşamsal fonksiyonlarını sürdürmesine yardımcı olan ve en kısa sürede acil servislere ulaşımını sağlayan çok önemli bir sağlık hizmetidir (1). Hastalık veya yaralanmaya bağlı olarak acil tıbbi yardıma ihtiyacı olan bireylere yer ve zaman kısıtlaması olmaksızın acil sağlık hizmetlerinin hastane dışında ulaştırılmasıdır. Bu hizmette, gerekli durumlarda yardım talep eden/edilen bireye hayat kurtarıcı tıbbi müdahaleler ve mevcut sağlık durumunun kötüleşmesine engel olacak uygulamalar yapılarak, ileri tıbbi tedavi ve bakım için güvenli bir şekilde uygun sağlık kuruluşuna nakli sağlanır (2). Acil sağlık hizmetleri (ASH) kavramı, triyaj, değerlendirme, yönetim ve hastaların yaralanma veya hastalık mahallinden bir acil bakım tesisine varışlarına kadar taşınması dahil olmak üzere birçok acil bakım alanını kapsamaktadır (3).

Hizmetlerin sunumu ve ambulans kullanım sıklığı sosyoekonomik, yerel ve kültürel koşullara bağlı olarak ülkeler arasında farklılık arz etmektedir. Dünya genelinde Acil Ambulans Hizmetleri il veya bölge ölçeğinde Komuta Kontrol Merkezlerinin sevk ve idaresinde 24 saat kesintisiz olarak verilmektedir. Hastane öncesi acil bakım hizmetleri Türkiye’de ilk kez 1986 yılında üç büyük ilde (Ankara, İzmir, İstanbul) 077 numaralı telefon ile ulaşılan, “077 Hızır Acil Servisi” adıyla hizmete girmiştir. Sağlık Bakanlığı 1994 yılında yeniden yapılandırma kapsamında hastane öncesi ASH servisini kurmuş ve ülke düzeyinde yaygınlaştırmaya başlamıştır. Bugün bütün illerde 112 ASH sunulmaktadır (1). 112 ASH’nin kalitesi, hastaların gelecekteki refahı ve yaşam kalitesi üzerinde çok büyük bir etkiye sahiptir (4). ASH Türkiye’de her ilde Sağlık Müdürlükleri bünyesinde halka acil yardım ulaştırmak amacı ile kurulmuştur (5).

Sağlık hizmetlerinde, çalışma ortam koşulları ve çalışma koşulları göz önüne alındığında, çok çeşitli riskler söz konusudur. Uzun süreli ve gece çalışılması gibi özel risklerin yanında bulaşıcı hastalıklar, kas iskelet sistemi rahatsızlıkları, psikolojik riskler gibi çok çeşitli mesleki riskler söz konusudur. Sağlık Müdürlüklerine bağlı olarak ASH’nde çalışan personelde de benzer riskler söz konusudur. Bu risklerin ve alınacak önlemlerin belirlenmesi hem temel bir hak olan

sağlıklı ve güvenli koşullarda çalışma hakkının kullanılabilmesi, hem de hizmetlerin sürdürülmesi açısından önemlidir (6). NIOSH The National Institute for Occupational Safety and Health (Amerikan Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü), hastanelerdeki riskleri fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikolojik riskler olarak sınıflandırmaktadır. Bu riskler sadece hastanenin içiyle sınırlı kalmamakta, Acil Sağlık Sisteminin birer parçası olan hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarıyla birlikte çağrıya gidilen her yer bu riskleri hatta yeni riskleri barındırmaktadır (7).

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları, günlük yaşamın rutinini bozan hastalık ya da afet durumlarında olay yerine giderek tıbbi bakımı başlatan ekiplerdir. Hekim, acil tıp teknisyeni (ATT), paramedik, hemşire, sağlık memuru, sürücü bu grubun içerisinde yer almaktadır. Bu çalışanlar sıklıkla hızlı karar vererek, hızlı hareket ederek, çevredeki meraklı ya da stresli insanların bakışları, eleştirileri arasında kritik hastalara, hasta açısından çok da uygun olmayan koşullarda tıbbi bakım vermektedirler. Özellikle olabildiğince hızlı müdahale etmeyi ve acil yardım faaliyetlerinin başlatılmasını gerektiren acil durumlarda, fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar meydana getiren, normal yaşamı ve insan faaliyetlerini durdurarak veya kesintiye uğratarak toplulukları etkileyen, mevcut hizmet sistemlerinin kilitlendiği, kaynakların yetersiz kaldığı, insan ya da doğa kaynaklı afetlerde, sağlık çalışanlarına ihtiyaç her zamankinden çok daha fazla olmaktadır. Hastane öncesi acil bakım veren sağlık çalışanları bizzat acil durumların içerisinde tıbbi bakımı başlattıkları için diğer sağlık çalışanlarına göre bu durumdan çok daha fazla etkilenmektedirler. Mesai saatinin neredeyse tamamını dışarıda acil sağlık hizmeti vererek geçiren ambulans çalışanları diğer sağlık çalışanlarına göre iş sağlığı ve güvenliği (İSG) açısından daha dezavantajlı bir grup haline gelmektedir (7).

Sağlık hizmetlerinin sunulduğu alanlar, sağlık sisteminin örgüt yapısı, uygun olmayan çalışma ortamı, nöbet usulü çalışma, ölümler, doğumlar, kritik hasta bakımı, acil vakaların yanında hem yoğun stres yaşayan bireylere hizmet verilmesi hem de çalışan personelin stres yaşantıları ile çok sık karşılaşması nedeniyle, diğer iş ortamlarından daha fazla iş stresinin yaşandığı bir ortam olarak değerlendirilmektedir. Bireyin sağlığının tehdit altında olduğu, belirsizlik ve

bilinmezlik nedeniyle yoğun stresin yaşandığı bu durumlar hasta birey kadar sağlık çalışanlarını da etkilemektedir (8, 9).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 11 Mart 2020’de COVID-19’u Coronavirus Disease 2019 (Koronavirüs Hastalığı 2019) pandemi ilan etmiştir. Geçmişten günümüze pandemiler çok sayıda can kaybına ve fiziksel, ruhsal sorunlara sebebiyet vererek ciddi halk sağlığı tehdidi oluşturmuşlardır. Sağlık çalışanları farklı birçok bulaşıcı hastalıktan etkilenmiş olup gelecekteki salgınlardan da etkilenme potansiyeli en yüksek gruplar arasında sayılmaktadır. Sağlık çalışanları, çalıştıkları sağlık kurumlarını enfeksiyon yayılması için bir odak noktası yapabilir ve hastalık kümelenmelerine yol açabilirler. Sağlık çalışanlarının yakın zamanların salgın etkenleri olan SARS, MERS ve Ebola gibi hastalıklardan önemli zararlar gördükleri bilinmektedir. 2003-2015 yılları arasındaki SARS ve MERS salgınlarında, vakaların %44-100’ü sağlık kurumlarıyla bağlantılı olup, enfekte olanların yaklaşık dörtte birinin sağlık çalışanı olduğu bildirilmiştir (10).

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının zorlu çalışma koşullarına ek olarak pandemi döneminin getirdiği ek sorunlarla baş edebilmeleri gerekmektedir. Bütün bu zorlu çalışma koşulları ile COVID-19 pandemisinin bir araya gelişi, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarında iş stresi yaratmaktadır. Bu çalışma ile hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının COVID-19 pandemisi döneminde çalışma koşulları ile iş stresi düzeylerini değerlendirmek amaçlanmaktadır.

2. AMAÇLAR

2.1. Yakın Dönem Amaçlar

Bu çalışma ile TAPDER (Tüm Acil Tıp Teknisyeni ve Paramedik Derneği) üyesi paramedik ve acil tıp teknisyenlerinin COVID-19 pandemisi dönemindeki;

- Bazı sosyodemografik özelliklerinin,
- Çalışma ortam koşullarının,
- Çalışma koşullarının,
- İş stresi düzeylerinin

belirlenmesi amaçlanmıştır.

2.2. Orta-Uzak Dönem Amaçlar

- Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışan paramedik ve acil tıp teknisyenlerinin sağlıklı ve güvenli ortamda çalışmalarına ilişkin sürdürülen çalışmalara,
- Acil sağlık hizmetleri çalışmalarının verimliliğinin, etkinliğinin artırılması çalışmalara,
- Halk sağlığı hizmetlerine,
- Konu ile ilgili ileride yapılacak olan çalışmalara

katkı sağlanması amaçlanmıştır.

3. GENEL BİLGİLER

3.1. İş Sağlığı ve Güvenliği

İSG, insanlık tarihi ile başlayıp günümüze dek önemi artarak devam eden, yaşanan sosyal, ekonomik, teknolojik gelişmelerle yeni boyutlar kazanan önemli bir bilim alanıdır. Yapılan işten veya çalışılan iş yerinden kaynaklanan tehlikelerin, genel çevre ve toplum üzerindeki etkileri de dikkate alınarak öngörülmesi, tanınması, değerlendirilmesi ve kontrol edilmesini, iş yeri ortamının iyileştirilmesini hedefleyen sistemli bilimsel çalışmaların bütünüdür (11). İşle ilgili yaralanma ve hastalıkların önlenmesi gibi çalışanların sağlığının korunması ve geliştirilmesi ile ilgilenen bir disiplindir (12). ILO International Labor Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü) 155 No'lu İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin Sözleşmesinde, işçiler “kamu çalışanları dahil olmak üzere istihdam edilen bütün kişileri kapsar” şeklinde açıklanmaktadır. Türkiye’de, bazı istisnalar dışında kamu ve özel sektöre ait bütün işleri ve iş yerlerini, bu iş yerlerinin işverenleri ile işveren vekillerini, çırak ve stajyerlerde dahil olmak üzere tüm çalışanları faaliyet konularına bakılmaksızın kapsayan İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (6331 Sayılı) kapsam konusunda önemli gelişme sağlamış, bazı istisnalar dışında bütün çalışanlar kapsama alınmıştır (13).

İSG çalışmalarının gelişme dönemleri incelendiğinde sanayi devrimi bu alandaki çalışmalar için bir dönüm noktası olarak karşımıza çıkmaktadır. Sanayi devrimi öncesi döneme bakıldığında, tarım devrimi ile birlikte yerleşik yaşama geçilmesi insanlığın çalışma hayatına ilişkin büyük bir dönüşüme neden olmuştur. Bilinen ilk kayıtlara göre insanların çalıştıkları iş nedeniyle yaşadıkları sağlık problemlerine yönelik olarak karşılaştıkları sorunları işaret eden ilk kişi M.Ö. (Milattan önce) 2600’lü yıllar içerisinde Mısır’da yaşamış olan İmhotep olmuştur. Piramitlerin yapımında çalışan işçilerde görülen ölümlere ve bel sorunlarına işaret etmiştir. M.Ö. 2000’li yıllarda Hammurabi Kanunlarında, işverenin çalışanın sağlığı ile ilgili konularda sorumluluğu olduğunu belirten düzenlemeler yer almıştır. Antik Yunanda yaşayan Herodot çalışanların sağlığı ile yapılan iş arasındaki ilişki ile ilgili çalışmalar yapmış, Hipokrat ise çalışma koşulları nedeniyle çalışanların karşılaştığı sağlık sorunlarından kurşun zehirlenmesine işaret etmiştir. Plini çalışma ortamındaki tozlardan etkilenimin azaltılması için çeşitli koruyucu ekipmanların kullanılmasını tavsiye etmiştir. Pergomon’lu Galen, gladyatörler ile seyircilerin vücut yapılarını

karşılaştırmış, sporculara özel beslenme programları uygulanmasını önermiştir. Antik çağlardan günümüze İSG alanı her zaman önemini korumuştur. Paracelsus, madenlerde çalışanlarda gördüğü kurşun ve cıva zehirlenmelerinden de bahsettiği “De Morbis Metallici” adlı eseriyle ilk iş hekimliği kitabını yazmıştır. Agricola ise yazdığı “De Re Metallica” adlı kitabında maden ocaklarında görülen tozu önleyebilmek adına maden ocaklarının havalandırılması gerekliliğini ifade etmiş ve iş sağlığı ve iş güvenliği önlemleri konusunda birtakım tavsiyelerde bulunmuştur (14).

Bilimsel İSG çalışmalarının kurucusu olarak kabul edilen Dr. Bernardino Ramazzini, 1713 yılında bilimsel esaslara göre ve sistematik bir şekilde konuyu ele aldığı “De Morbis Artificum Diatriba” kitabını yayınlamıştır. Kitap içerisinde mevcut sağlık riskleri arasında kimyasal maddeler, tozlu ortamlar, ağır metaller, tekrarlanan ve şiddetli hareketler, hatalı duruşlar ve hastalık yapıcı diğer ortam etkenleri ele alınmış aynı zamanda bunların önlenmesi adına iş yerlerinde koruyucu güvenlik önlemlerinin alınması önerilmiştir. Ramazzini, iş yerlerindeki çalışma ortamlarından kaynaklı olarak meydana gelen olumsuz koşulların düzenlenebilmesi ile birlikte iş veriminin de artacağını ifade etmiştir. Aynı zamanda, bugün ergonomi olarak ifade edilen işçinin çalışma şeklinin, iş ve işçi uyumunun, çalışanın sağlığı ve iş verimi üzerinde etkileri olduğu düşüncesini ilk kez dile getirmiştir. Ramazzini, bazı hastalıkların insanların iş yerinde karşılaştıkları etkenlerden kaynaklandığını belirtmiş, bütün hekimlere hastalarından öykü alırken onların mesleklerini ve yaptıkları işleri de sormalarını öğütlemiştir. Hastalığın kişinin yaptığı işle ilgili olduğu düşünüldüğünde ise ayrıntılı meslek öyküsü alınmasını önermiştir (14, 15).

Sanayi devrimi ile birlikte yaşanan sosyal ve ekonomik değişiklikler çalışma hayatı ve İSG konularında önemli etkiler yapmıştır. ILO, 1919 yılında kurulmuş, çalışma hayatına ilişkin birçok sözleşme ve tavsiye kararı şeklinde düzenlemeler hazırlamıştır. ILO/DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) Ortak Komitesi tarafından 1950 yılında tanımlanan ve 1995’te revize edilen haliyle İSG’nin amacı; *“İş sağlığı, bütün mesleklerde çalışanların bedensel ruhsal sosyal iyilik durumlarını en üst düzeye ulaştırmayı, bu düzeyde sürdürmeyi, çalışanların çalışma koşulları yüzünden sağlıklarının bozulmasını önlemeyi, çalışmalarını sırasında sağlığa aykırı etmenlerden*

oluşan tehlikelerden korumayı, fizyolojik ve psikolojik durumlarına en uygun mesleki ortama yerleştirmeyi ve bu durumu sürdürmeyi, işin insana ve insanın işine uyumunu sağlamayı, çalışanların sağlığını ve çalışma kapasitesini, çalışma ortamını ve yapılan işi, iş yerinde sağlık ve güvenliği destekleyen yönde iş organizasyonunu ve çalışma kültürünü geliştirmeyi amaçlayan bilim dalıdır” şeklinde açıklanmıştır (12).

3.2. Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği

ILO sağlık alanında çalışanları; doktorlar; diş hekimi, eczacı, biyolog, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist gibi yüksek eğitilmiş kişilerden oluşan diğer profesyonel meslekler; hemşire, ebe ve sağlık memurları; radyoloji teknisyeni, ameliyathane ve anestezi teknisyeni, diş teknisyeni, odyoloji teknisyeni, EEG, EKG teknisyeni gibi teknik elemanlar; sekreter, temizlik görevlileri, şoför gibi eğitim ve formasyonu bakımından sağlık personeli olmayan ancak sağlık kuruluşlarında çalışan kişiler olmak üzere 5 grupta toplamaktadır (16).

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı (SÇS) konusu Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) 1958 yılında AMA American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği) ve AHA American Hospital Association (Amerikan Hastaneler Birliği)’nin yayınladıkları ortak bildiri ile gündeme gelmiştir. Daha sonra NIOSH 1974-1976 yıllarında hastanelerde meslek sağlığı konusunun yürütülmesi için etkin kriterler tanımlamıştır. Dünya Sağlık Asamblesi’nde, 2007 yılında, sağlık çalışanlarına özgü koruyucu programların oluşturulması gündeme gelmiş ve sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi ve sağlık çalışanlarının korunması öncelikli konular arasında yer almıştır (17).

NIOSH’un 2600 hastanenin meslek sağlığı servislerinin raporlarına göre yaptığı değerlendirmede, sağlık çalışanlarında en sık kas iskelet sisteminde burkulma ve zorlanmaların görüldüğü saptanmıştır. Bunu delici yaralanmalar, çizilme, ezilme, laserasyon, sırt-bel hasarları, yanık ve kırıklar izlemektedir. En sık görülen hastalıklar solunum problemleri, enfeksiyon, dermatit, ilaç ve tedavi reaksiyonlarıdır (17).

Sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarından kaynaklanan psikolojik, kimyasal, biyolojik, ergonomik, fiziksel vb. risklerle karşılaşma olasılıkları bulunmaktadır. NIOSH hastanelerde 29 çeşit fiziksel, 25 çeşit kimyasal, 24 çeşit biyolojik, 6 çeşit ergonomik ve 10 çeşit psikososyal tehlike ve risk olduğunu bildirmiştir. Bu riskler iş verimini düşürmekte, kurumun ekonomik kaybına, iş kazalarının artması ve sağlık çalışanlarının bakım verdiği kişilerin doğrudan risk altında kalmasına neden olmaktadır. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarının sağlık koşullarına uygun hale getirilmesi, risk etmenlerinin ortadan kaldırılması gerekmektedir (17).

Sağlık çalışanları görevlerine bağlı olarak hastaların teşhis, tedavi sürecinde sayısız risk ile karşılaşmaktadırlar. Avrupa’da sağlık sektöründeki iş kazaları tüm Avrupa’da meydana gelen iş kazası ortalamasından %34 daha yüksek bulunmuş; iş kazası sıklığı madencilik sektöründe %6,3 iken, sağlık sektöründe %9,4 olarak tespit edilmiştir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından yayınlanan İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği’nde iş yerleri az tehlikeli, tehlikeli ve çok tehlikeli olarak sınıflandırılmaktadır. Hastaneler, madencilik sektörü gibi çok tehlikeli sınıfta yer almaktadır. Sağlık çalışanlarında başta delici kesici alet yaralanmaları, ağır yük kaldırmaya bağlı kas iskelet sistemi hastalıkları, kimyasal faktörlerle temas sonucunda kanser ya da alerjiler, solunum sıkıntıları meydana gelebildiği gibi kayma, çarpmaya bağlı ciddi iş kazaları da meydana gelmektedir. Sağlık çalışanları açısından günlük çalışma koşulları zaten yıpratıcı ve ağırken özellikle afet veya acil durumlarda bu çalışanların iş yükü daha da artmaktadır. Afet veya acil durum gibi kitlelerin etkilendiği akut olaylarda etkilenenlerin kurtarılması aşamasından, alandaki tıbbi bakımlarının başlatılmasında, sürdürülmesinde, acil durum kaynaklı yeni hastalıkların oluşmasına engel olmak için koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlanmasında görev alanlar yine sağlık çalışanlarıdır (7).

Sağlık çalışanlarında, ergonomik düzenlemelerin yetersizliğine bağlı olarak, kas iskelet sistemi hastalıkları yaygın görülmektedir. Hastanın çevrilmesi, taşınması, hareket ettirilmesi, eğilme uzanma hareketleri gün içerisinde sık tekrarlar ve dinlenilmeden yapıldığında kas iskelet sistemi hastalıklarına sebep olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada araştırmacılar, British Columbia’daki sağlık çalışanları arasındaki iş günü kayıplı kazaların %83’ünün kas iskelet sistemi hastalıkları olduğunu tespit etmişlerdir (18). Yine başka bir çalışmadaysa Birleşik Devletler İş

Gücü İstatistik Bürosu (BLS) 2009 istatistiklerine göre tüm işe bağlı yaralanmaların %11,4'ü hastayı kaldırmaya bağlı meydana gelmektedir (19).

Bütün sağlık çalışanları açısından gürültü, toz, radyasyon, yetersiz ya da fazla ışık iş kazalarına ya da meslek hastalıklarına neden olabilmektedir. Fiziksel faktörler iş hijyeni açısından kontrol edilebilir faktörlerdir. Alınan mühendislik önlemlerle pek çok kazanın ya da meslek hastalığının önüne geçilebilmektedir.

ABD'de yayımlanan 1983 tarihli bir rapor, sağlık çalışanlarının diğer sivil çalışanlara göre enfeksiyon hastalıklarına 10 kat daha fazla yakalandıklarını göstermiştir (7). Sağlık çalışanları açısından tehdit oluşturan enfeksiyon etkenleri iki ana grupta toplanabilir. Birinci grup kan ve kanlı vücut sıvıları ile temas sonucu (açık yaradan, mukozalardan veya iğne batması ile ciltten) bulaşan etkenlerdir. Diğer grup ise solunum yolu ile bulaşan hastalık etkenleridir. Otuz civarında mikroorganizma kan yoluyla bulaşabilirse de en önemlileri Hepatit B, Hepatit C ve HIV virüsleridir. Enfekte hastadan iğne batması sonrası gelişebilecek HIV riski %0,3, Hepatit C riski %3, Hepatit B riski ise %6 ile %30 olarak bildirilmiştir. Dar bir alanda müdahale etme zorunluluğu, hasta hakkında detaylı bilgi sahibi olmama, ambulansın hareketi, hızlı davranma, ışık kaynaklarında yetersizlik, ambulans dekontaminasyonu için zaman yetersizliği gibi nedenler solunum, temas, iğne batması, kesici aletle yaralanmaya bağlı enfeksiyon riskini hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları açısından arttırmaktadır (20).

3.2.1. Biyolojik Risk Etmenleri

Sağlık çalışanlarının günlük çalışmaları sırasında en çok karşılaştıkları ortam faktörü biyolojik etkenlerdir. Birçok ülkede güvenli olmayan çalışma koşulları, işle ilişkili enfeksiyonlara (HIV, tüberküloz vb.) ve mesleki yaralanmalara neden olmaktadır. Sağlık çalışanları, hastanede klinik faaliyetlerini yerine getirirken iğne batması ve kan yoluyla bulaşan patojenlere karşı yüksek risk altında olması nedeniyle, sağlık çalışanlarının kan ve diğer vücut sıvıları yoluyla bulaşan hepatit B virusu (HBV), hepatit C virusu (HCV), insan immün yetmezlik virusu (HIV) ve Brucella gibi etkenlere bağlı enfeksiyonlara yakalanma riskleri artmaktadır. Ayrıca, sağlık çalışanlarının meslek riskleri arasında yer alan solunum yolu ile bulaşan enfeksiyonlar önemli bir iş gücü kaybı nedenidir. Hastanelerde hava yoluyla bulaşan

enfeksiyonlar, çevresel rezervuarlardan herhangi bir yolla (insanlar, hava akımı, su, inşaat malzemeleri, cihazlar vb.) hastaneye giren mikroorganizmaların, hastanede uygun bir ekolojik ortamda üremesi ve sonra havaya karışarak bir enfeksiyon kaynağı oluşturmasıyla gelişmektedir. Tüberküloz da sağlık çalışanları için bir risk oluşturmaktadır. Ayrıca malarya gibi endemik hastalıklar hastane ortamı ile yakın ilişkili iken, A Grubu Streptococcus, Staphylococcus aureus ve Francisella tularensis ile enfeksiyonlar rapor edilmektedir (21-24).

3.2.2. Kimyasal Risk Etmenleri

Sağlık kurumlarında insan sağlığına zararlı toz, buhar, gaz, sıvı şeklinde 299 değişik kimyasal bileşenin kullanıldığı yapılan araştırmalarda saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının sıklıkla karşılaştığı kimyasal tehlike ve riskler, deterjan, dezenfektanlar, anestezi gazları, sterilizanlar, kimyasal sterilize ajanları ve ilaçlar olarak belirtilmektedir. Sağlık çalışanları dermatit ve işe bağlı astıma neden olan kimyasal tehlikelere maruz kalmaktadır. Patoloji, biyokimya, hematoloji ve diğer laboratuvarlarda kullanılan asit ve alkaliler, tuzlar, boyalar, uçucu organik solventler, başta antineoplastik ilaçlar olmak üzere çeşitli ilaçlar, allerjiden kansere kadar bir dizi hastalığın oluşumu için önemli risk faktörleridir. Antineoplastik ilaçlara maruz kalım, ilaçların hazırlanması, uygulanması ve atıkların yok edilmesi aşamalarında direk temas, deri, gözler, sindirim ve damlacıkların solunmasıyla gerçekleşmektedir. Laminar akış kabinleri gibi koruyucuların kullanıldığı durumlarda bile ortamda eser miktarlarda kontaminasyon olduğu çeşitli çalışmalar ile gösterilmiştir. Sterilizasyon ve dezenfeksiyon için kullanılan çeşitli deterjanlar, formaldehit, glutaraldehit, gaz sterilizasyonunda kullanılan etilen oksit, kullananlar için zararlı ajanlardır. Madenlerde çalışanlarda sık görülen bir meslek hastalığı olan silikozise, diş protez laboratuvarlarında çalışan kişilerde de rastlanmaktadır. Literatürde, patoloji laboratuvarlarında kullanılan ksilen tipi maddelerin göze kaçtığı durumlarda körlüğe neden olabildiği bildirilmiştir (25-30).

Sağlık çalışanları açısından dezenfektanlar, el antiseptik solüsyonları, lateks malzemeler, bazı ilaçlar kimyasal risk faktörü olarak düşünülmekte, depolanmaları, kullanılmaları ve birbirleriyle etkileşimleri kontrol gerektirmektedir. Sağlık çalışanları içerisinde kişisel koruyucu olarak kullanılan eldivenler lateks alerjine

neden olabilmektedir. Genel toplumda %1 sıklıkta olan lateks alerjisi, sağlık çalışanları arasında %2,7 ile %11,4 arasında bir yaygınlık göstermektedir. Özellikle avokado, kestane muz gibi meyvelere alerjisi olan kişilerde daha sık görülmektedir. Lateks alerjisine bağlı basit ürtikerler olabildiği gibi anaflaksi de görülebilmektedir. Latekse bağlı sağlık çalışanları içerisinde anaflaksi yaşayan vakalar bildirilmiştir. Latekse alternatif olarak kullanılacak ürünlerse vinil, nitril ürünlerdir. Eldivenlerdeki pudranın, lateks proteinlerini eldivenlerin giyilmesi çıkarılması sırasında etrafa yayarak lokal alerjiyi sistemige çevirmesi riskinden dolayı Lateks alerjisi olan sağlık çalışanlarının pudrasız eldiven tercih etmeleri gerekmektedir. El dezenfektanları, yüzey dezenfektanları cilde sıçrayan ya da iğne batması kazalarıyla maruz kalınan sitotoksikler, antiviraller alerjilere hatta mesleki astıma neden olabilmektedir. Sylamlal ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada 1997-2004 yılları arasında Ulusal Sağlık Görüşme Anketi sonuçlarına göre yaşam boyu astım prevalansının %11,5 ile en yüksek sıklıkla sağlık tekniker ve teknisyenlerinde olduğunu saptamışlardır (31-35).

3.2.3. Fiziksel Risk Etmenleri

Sağlık hizmetlerinin verilmesi sırasında çalışanların maruz kaldığı fiziksel risklerin başında, ısı, ışık ve gürültü gelir. Bu risklerin bertaraf edilmesi için sağlık birimlerinin yeteri kadar aydınlık ve sıcak olması ve aynı zamanda çalışanda olumsuz psikolojik ve fiziksel etkiler yaratmayacak seviyede bir ses olmasının sağlanması gerekir. Hastanelerde gürültü yapısal ve operasyonel nedenlerden kaynaklanmaktadır. Yapısal gürültü kaynaklarını merkezi havalandırma, ısıtma-soğutma sistemleri, kapı-pencere yapılanması oluştururken, operasyonel gürültü, personel ve medikal araç-gereçlerden kaynaklanmaktadır. DSÖ, hastanelerde gürültü düzeyinin gündüz 35 dB(A), gece 30 dB(A)'i geçmemesi gerektiğini bildirmektedir (36).

Hastane aydınlatma sistemi sağlık çalışanının sağlığını etkiler, iş kazasına neden olur. Aydınlatmanın iyi olmaması özellikle ameliyathanelerde görüş alanını olumsuz etkiler, aşırı aydınlatma olması ise yorgunluk nedeni olabilmektedir. Işık ve elektromanyetik alanların fazla olmasının pineal bez fonksiyonunu etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu, uzun dönemde meme kanseri, üreme fonksiyon

sorunları ve depresyon nedeni olabileceği için özellikle gece nöbet tutan kişiler ve yoğun bakım ünitelerinde çalışanlar için önemlidir. Aydınlatma düzeyi; çalışma ortamındaki az ya da fazla ışık iş sağlığı ve güvenliği açısından iş kazası ve meslek hastalığı riski taşımaktadır. Sürekli parlak ışığa maruz kalmanın pineal bezin Melatonin üretimini azaltıp, östrojen salınımının artmasına neden olduğu, bunun da meme doku epitelinde maligniteye neden olduğuna dair çalışmalar mevcuttur. Gece gidilen açık alan vakalarında aydınlatmanın yetersiz kalmasına bağlı olarak ikincil kazalar olabilmektedir (26).

Radyasyon, radyoloji, anjiyografi, nükleer tıp ve radyasyon onkolojisi bölümlerinde çalışanlar açısından önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmelidir. Hastanelerin bu bölümlerinde radyasyon alanlarının sınıflandırması yapılmalıdır. Denetimli ve gözetimli alanlar belirlenmelidir. Denetimli alanlarda radyasyon uyarı işaretleri bulunması zorunludur. Bu alanlarda çalışanların kişisel dozimetre kullanması gerekmektedir. Radyasyon alanlarının izlenmesinde uygun radyasyon ölçüm cihazları kullanılır. Radyasyon çalışanlarının sağlık durumlarının, yapacakları göreve uygunluğunu belirlemek amacıyla, işe başlamadan önce ve periyodik olarak yılda en az bir defa muayeneleri yapılmalıdır. Ayrıca yılda iki kez kan sayımı, yılda bir kez göz ve cilt muayeneleri yapılması gereklidir. Bu bölümlerde çalışanlar, işin niteliğine göre uygun kişisel koruyucu (kurşun) giysi ve teçhizat kullanmalıdır (26).

Titreşim (vibrasyon), yararlı bir işlemin, zarar verici, rahatsız edici yanı olarak karşımıza çıkar. Yaşamımızın her döneminde alçak ve yüksek frekanslı titreşimlere maruz kalmaktayız. Alçak frekanslı titreşimler (deprem, köprü titreşimleri gibi) ruhsal sorunlar yaratırken, orta ve yüksek frekanslı titreşimler (otobüs, iş makineleri, pnömatik matkaplar, çekiçler vb.) insanın kan dolaşımını etkiler; titreşim nöropatileri, karpal tünel sendromu, el ve kollarda ağrı ve güçsüzlükler, el kavrama kuvvetinde azalmalar şeklinde ortaya çıkar. Bu durum da iş kazaları, beyaz parmak, sürekli yorgunluk, baş ağrısı, uyku bozuklukları oluşturur (26).

Bütün sağlık çalışanları açısından gürültü, toz, radyasyon, yetersiz ya da fazla ışık iş kazalarına ya da meslek hastalıklarına neden olabilmektedir. Fiziksel faktörler iş hijyeni açısından kontrol edilebilir faktörlerdir. Alınan mühendislik önlemlerle pek

çok kazanın ya da meslek hastalığının önüne geçilebilmektedir. Ancak, çalışma ortamı sıcaklığı hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları açısından kontrol edilemez değişkenler olarak kabul edilebilir. Yazın çok sıcak ya da kışın soğuk günlerinde karayolundaki trafik kazalarında çalışma ortamı termal şartlarını hazırlayabilmek mümkün olmamaktadır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları özellikle yaz aylarında sıcak stresi riski altındadırlar. Sıcak stresi; işçinin metabolizması, çevresel faktörler ve giydiği kıyafetlerin birleşik katkısından kaynaklı oluşan net ısı yüküdür. Bu yük vücutta ısı depolanmasıyla vücut sıcaklığının artmasına sebep olmakta bu da fizyolojik değişimlere (nabızda artış, kan basıncında hafif düşme, periferik vazodilatasyon, bilinç kaybı vb.) neden olmaktadır. İnsan vücudu iç (kor) sıcaklığının 10°C alt değerinde hayatta kalabilirken, kor sıcaklığın 5°C'den fazla üzerine çıktığı durumlarda hayatta kalamamaktadır. Yaz aylarında açık alanda, nemli iklimde uzayan kurtarma faaliyetleri, ya da KBRN durumlarında giyilen kıyafetler bu riski arttırmaktadır. (37, 38).

Gürültü; çalışılan ortamdaki gürültü pek çok yan etkisi olan mesleki risklerden biridir. Bu etkiler artmış kan basıncı, azalmış çalışma performansı, uyku bozuklukları, stres, tinnitus, gürültüye bağlı işitme kaybı veya geçici eşik değişiklikleri olabilir. US EPA United States Environmental Protection Agency (Birleşik Devletler Çevre Koruma Ajansı) hastanelerde iş hijyeni açısından gürültü sınır değerini 45 dB olarak önermektedir (7).

3.2.4. Ergonomik Risk Etmenleri

Sağlık hizmetlerinin verilmesi sırasında uzun ve kesintisiz çalışmalar, hasta bakımı sırasında hastaya destek olmak için, hastanın yataktan kaldırılması gibi hareketler, sağlık çalışanlarının kas ve iskelet sisteminde hastalıklara sebebiyet verebilmektedir. Kas iskelet sistemi sorunları eğilme, yukarı ya da ileriye uzanma, tutma, sarılma/kucaklama, kaldırma, dönme gibi vücut hareket ve fonksiyonları sonucu gelişmektedir. Günlük yaşam içinde zararlı olmayan bu hareket ve fonksiyonlar; işe bağlı olarak zorlayıcı bir şekilde yapıldığında, sık tekrarlandığında, daha da önemlisi, işin yoğunluğuna bağlı olarak hareketler arasında dinlenmeye izin vermeyecek ölçüde hızlı ve seri olarak tekrarlandığında kas iskelet sistemi sorunlarına yol açabilmektedir. Ayrıca; yönetim, bilgisayar odası, büro, ofis ve

sekreterlik hizmetleri işleri gibi genel bölümlerde görev yapanlar da gerek iş yükü yoğunluğu gerekse uygunsuz çalışma ortamı nedeniyle birikimli kas-iskelet sistemi hastalıklarıyla karşı karşıya gelmektedir. Teşhis ve tedavi süresini hızlandırmak için kullanılan; röntgen cihazları, bilgisayarlı tomografi, EEG, EMG, EKG, dijital videolu anjiyografi, ultrasonografi vb. modern teknolojik cihazlar beraberinde farklı sorunları da beraberinde getirmektedir. Sağlık çalışanları bel ağrısı için risk altındaki meslek grubundadır. Sağlık çalışanları arasında özellikle hemşireler hastaların yapamadığı fonksiyonlarında ve onların taşınmasında yardımcı olmak durumundadır. Hemşireler hasta bakımı verme, hastayı kaldırma ve taşımaya yanı sıra çeşitli büyüklük ve ağırlıktaki tıbbi araç-gereçleri taşımak, çeşitli yükseklikteki yatakları yapmak gibi görevleri sürekli yerine getirmektedirler. Bu görevleri yaparken bel kaslarının incinmesi ve zorlanması sonucu bel problemleri ortaya çıkmaktadır. Hemşirelerle yapılan çalışmalarda, hemşirelerin bel problemlerinin ağır fiziksel çalışma gerektiren iş kollarında çalışanlara göre daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (39-43).

Sağlık çalışanları içerisinde ergonomik düzenlemelerin yetersizliğine bağlı olarak kas iskelet sistemi hastalıkları yaygın görülmektedir. Hastanın çevrilmesi, taşınması, hareket ettirilmesi, eğilme uzanma hareketleri gün içerisinde sık tekrarlar ve dinlenilmeden yapıldığında kas iskelet sistemi hastalıklarına sebep olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada araştırmacılar, British Columbia'daki sağlık çalışanları arasındaki iş günü kayıplı kazalarının %83'ünün kas iskelet sistemi hastalıkları olduğunu tespit etmişlerdir. Yine başka bir çalışmada; BLS 2009 istatistiklerine göre tüm işe bağlı yaralanmaların %11,4'ü hastayı kaldırmaya bağlı meydana gelmektedir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları hasta yanına giderken, ambulandan hasta yanına kadar taşıdığı acil çantası tam doluyken yaklaşık 10-15 kg, defibrilatör/monitörü yaklaşık 4-7 kg, ana sedyesi 30-40 kg, sandalye sedye ise 10-13 kg arasında değişmektedir. Hastayla ambulansa dönüşte bunlara ek olarak hasta ağırlığı da eklenmektedir. Bu nedenle ağır kaldırmak bu meslek grubu açısından mesleğin rutin bir parçası, mesleğin gerekliliklerindendir. Ağırlığın yanlış ya da hazırlıksız kaldırılması başta kas eklem rahatsızlıkları olmak üzere bel fıtığı gibi çeşitli rahatsızlıklara neden olmaktadır (18, 19, 44, 45).

3.2.5. Psikososyal Risk Etmenleri

Sağlık sektöründe yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, hizmetin ifası sırasında uzun sürelerle çalışmak zorunda kalma, nöbet sistemi, hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma gibi nedenler işle ilgili stres ve gerginliğe yol açmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetindeki yetersizlikler, hizmet ve personel dağılımındaki dengesizlikler çalışanlarda motivasyon kaybına ve gerginliğe yol açmaktadır. İşe bağlı gerginlik ve tükenmişlik kişide depresyon, anksiyete, çaresizlik duyguları gibi ruhsal; baş ağrısı, kaslarda gerginlik, uykusuzluk gibi fizyolojik etkilere yol açmaktadır. Sağlık bakım alanı, hem yoğun stres yaşayan bireylere hizmet verilmesi hem de çalışan personelin stres yaşantıları ile çok sık karşılaşması nedeniyle, diğer iş ortamlarından daha fazla iş stresinin yaşandığı bir ortam olarak değerlendirilmektedir. Sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda iş ortamındaki stresörlerin sağlık çalışanlarının beden ve ruh sağlığını ve iş doyumunu olumsuz etkilediği saptanmıştır. İş yerindeki uzun süreli ve sık olarak tekrarlayan stresli deneyimlerin bireylerde migren, koroner arter hastalıkları, kaslarda gerginlik, uyku sorunları, yorgunluk gibi fiziksel sağlık sorunlarına, anksiyete, çaresizlik, depresyon, alkol ve madde kullanımında artış gibi ruhsal sorunlara, iş doyumsuzluğu, işle ilgili kendine güvende azalma, iş veriminde azalma, işe devamsızlık, işi bırakma, sigara, alkol, ilaç alışkanlığı, aile içi ilişkilerde bozulma, kişiler arası iletişim sorunları gibi mesleki ve sosyal sorunlara neden olduğu saptanmıştır (8, 46).

İş stresi, çalışma saatleri, tükenme, alkol sigara bağımlılığı, ilaç kötüye kullanımı bu risklerden bazılarıdır. Acil sağlık hizmetleri çalışma alanı, hizmet alacak gerilimi yüksek bir popülasyon, ölüm, yaşamı tehdit eden olay, kritik olgularla karşılaşma potansiyeli nedeniyle diğer iş ortamlarına göre daha fazla iş stresi barındırmaktadır. Olağan dışı koşullarda görev yapma, nöbetli çalışma, sürekli travmalı insanlarla temas içinde olma merhamet yorgunluğu, post travmatik stres bozukluğu, kaygı, tükenmişlik sendromu gibi riskleri arttırmaktadır.

Türkiye’de bu konuyla ilgili pek çalışma olmamakla birlikte sağlık çalışanlarında özellikle hemşirelerde merhamet yorgunluğunun yaygın görüldüğüne dair yurt dışı çalışmaları bulunmaktadır. Travmaya uğramış kişilere yardım eden mesleklerin hemen hemen yarısında risk olarak kabul edilmektedir. Merhamet

yorgunluğuna bağlı olarak kişide tükenmişlik, duyarsızlaşma, sinirlilik, huzursuzluk gibi duygusal belirtilerin yanı sıra, taşikardi, hipo-hipertansiyon, kas gerginliği gibi fiziksel belirtilere, tepkisizlik, dikkat eksikliği, yardım etme isteğinde azalma gibi sosyal belirtilere neden olmaktadır. Bu tür psikolojik risk faktörleri iş kazalarının ve meslek hastalıklarının artmasına neden olabilmektedir.

Bağımlılık; alkol, sigara bağımlılığı, ilaç suistimali risk faktörleri arasında sayılabilmektedir. Nöbet usulü çalışma, stres düzeyinin yüksek olması, kişilik özellikleri bu riskin artmasına neden olabilmektedir. Sağlık çalışanları arasında tütün kullanımı yaygın olmakla birlikte 2009'dan sonra düşüş eğilimi içerisinde. Uzman hekimlerde %12,7, pratisyen hekimlerde %23,9, Hemşirelerde %19,2, sağlık teknisyenlerinde %23,5 civarındadır. Aynı araştırmaya göre Türkiye ortalaması %27,1'dir (47, 48).

Koç ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada sağlık çalışanlarının sigara içme nedenlerinin başında %56,8 ile stres, %55,7 ile rahatlamak isteği geldiği tespit edilmiştir. Sağlık çalışanları arasında madde kötüye kullanımı ile ilgili çok çalışma olmamakla birlikte "petidin" in kötüye kullanımı ve bağımlılığı Türkiye'de sağlık çalışanları arasında görülmektedir. Stres, zaman baskısı, vardiyalı çalışma, gece gündüz ritminde değişim, sirkadiyen ritmin bozulması gibi pek çok faktör duygusal yapıyı etkilerken bu da pek çok somatik rahatsızlıklara neden olmaktadır. Madde kötüye kullanımının önemli nedenlerden biri de yaşanan ağrılara sağlıkçı olarak pratik çözüm bulmadır. Yapılan araştırmalarda ilaç kötüye kullanımının hekimlerde reçete yazma hakkını kazandıkları asistanlık dönemlerinde başladığı bildirilmiştir. Ambulansta bulunan ve kötüye kullanıma açık ilaçlar ve çalışma koşulları hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları ve dolayısıyla hastaların aldıkları acil bakım hizmetinin niteliği açısından ciddi bir risk oluşturmaktadır (47-49).

3.3. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Bazı İş Sağlığı ve Güvenliği Konuları

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri afet, kaza ya da hastalık sonucunda acil yardıma ihtiyaç duyan bireylere hastane öncesinde acil bakımın sağlanması ve güvenli bir şekilde hastaneye nakledilmesini kapsar. Modern sağlık sistemlerinin

temel yapı taşlarından birini oluşturan bu hizmetlerin esas amacı özellikle büyük travma, kronik hastalık ve ani gelişen sağlık sorunlarına bağlı morbidite ve mortalitenin azaltılmasıdır. Geçmişte, dünya genelinde mortalite ve morbidite nedenleri arasında bulaşıcı hastalıklar birinci sırada yer almaktaydı. Günümüzde ise teknolojik ilerlemeler ve toplumların yaşam tarzındaki değişim sonucunda özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önde gelen erişkin ölüm nedenleri kaza, travma, kardiyovasküler hastalıklar, kanser gibi kronik hastalıklar, aşırı dozda madde alımı ve intihardır. Travma ve kronik hastalıklara bağlı mortalite ve morbiditenin azaltılmasında hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin etkisinin ortaya konması, dünya genelinde ve Türkiye’de bu hizmetlere verilen önemi giderek arttırmaktadır (2).

Hastane öncesi acil bakım veren sağlık çalışanları bizzat acil durumların içerisinde tıbbi bakımı başlattıkları için diğer sağlık çalışanlarına göre bu durumdan çok daha fazla etkilenmektedirler (7).

Acil durumlarda hızlı ve etkin tıbbi bakım başlatılırken, her ne kadar 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu afet ve acil durum birimlerinin müdahale faaliyetlerini kanun dışında tutmuş olsa da çevre koşulları, çalışan ve çevredekilerin stresi, yetersizlikler iş kazası ya da meslek hastalığı riskini arttırabilmektedir. İş sağlığı ve güvenliği açısından konfor şartları, sıcaklık, esinti, nem, gürültü, ışık durumu bu çalışanlar için acil durum ve afetlerde stabil tutulamadığı gibi, hasta ve hasta yakınları biyolojik tehdit ve şiddet riskini de arttırmaktadır. Uluslararası örneklerde hastane öncesi acil sağlık hizmetleri işin niteliği gereği stresli bir iş olması sebebiyle “yüksek riskli” meslek grubu olarak tanımlanırken Türkiye’de ambulansla taşıma işleri “insan sağlığıyla ilgili diğer işler” olarak farklı bir başlıkla değerlendirilmiş hastane çalışanlarından farklı olarak tehlike sınıflaması “tehlikeli” olarak kabul edilmiştir (50, 51).

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları hasta yanına giderken, ambulandan hasta yanına kadar taşıdığı acil çantası tam doluyken yaklaşık 10-15 kg, defibrilatör/monitörü yaklaşık 4-7 kg, ana sedyesi 30-40 kg, sandalye sedye ise 10-13 kg arasında değişmektedir (44).

Hastayla ambulansa dönüşte bunlara ek olarak hasta ağırlığı da eklenmektedir. Bu nedenle ağır kaldırmak bu meslek grubu açısından mesleğin rutin bir parçası, mesleğin gerekliliklerindendir. Ağırlığın yanlış ya da hazırlıksız kaldırılması başta kas eklem rahatsızlıkları olmak üzere bel fıtığı gibi çeşitli rahatsızlıklara neden olmaktadır. Roberts ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ambulans çalışanları ile klinikte çalışan hemşirelerin kas iskelet sistemi yaralanma riski kıyaslanmış, ambulans çalışanlarının 13 kat daha fazla kas iskelet sistemi yaralanma riski olduğunu göstermişlerdir (44). Tokuç ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada hastane öncesi acil sağlık hizmetleri personelinin 2/3'ünün sırt ve bel ağrılarından, 1/2'sinin ise boyun ağrılarından şikâyetçi olduğunu tespit etmişlerdir (50). Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının düzenli spor yapmaması, kondüsyonunun düşmesi, kilo alımı, stres, anksiyete gibi pek çok faktör ergonomik riskleri arttırmaktadır (50).

Yazın çok sıcak ya da kışın soğuk günlerinde karayolundaki trafik kazalarında çalışma ortamı termal şartlarını hazırlayabilmek mümkün olmamaktadır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları özellikle yaz aylarında sıcak çalışma ortamı ve buna bağlı risklerle karşılaşmaktadır (52).

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları ile yapılan çalışmalarda kesici delici alet yaralanması ya da şüpheli iğne batmasına en çok ambulansın hareketi sırasında maruz kalındığı bildirilmiştir (52). Gülen ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada hastane öncesi sağlık hizmetleri çalışanlarının %52,2'sinin kontamine iğne batması, %30,9'unun kan-vücut sıvılarının göze teması, %22,5'inin ise kontamine kesici aletle yaralandığını bildirmişlerdir. Bu kazaların en sık (%30,9) ambulansın hareketi sırasında yaşandığını tespit etmişlerdir (53). Türkiye'de 1998-2014 yılları arasında Kırım Kongo Kanamalı Ateşinden 6 sağlık çalışanı iğne batması sonucu hayatını kaybetmiş olup bunlardan 3'ü ambulans çalışanıdır (54).

Yataklı ya da ayakta tanı-tedavi hizmeti veren sağlık kurumlarında personelin görevini yaparken işlerini kolaylaştıracak fiziki koşullar, can güvenliklerini sağlayacak polis ya da güvenlik personeli vardır. Bu koşullar hastane öncesinde sağlanamadığı için hastane öncesi acil sağlık personeli günün herhangi bir saatinde, olağandışı koşullarda, en kısa sürede hastanın gerekli bakımını verirken iş kazası ve

meslek hastalıkları yönünden hastanede çalışan sağlık personeline göre çok daha fazla risk ile karşı karşıya gelmektedir (7).

Hastane öncesi sağlık hizmetleri sektöründe çalışanların en önemli risklerinden biri de merhamet yorgunluğu ve post travmatik stres bozukluklarıdır. Çok sayıda vakaya gitme, uzun çalışma süreleri, şiddete uğrama ihtimali, sürekli stres düzeyi yüksek çalışma, anksiyete düzeyinde yükselmelere ya da duyarsızlaşmaya neden olmakta bu da çalışanların iş verimini, yaşam kalitesini düşürmektedir. Özellikle yaz aylarında izne çıkan personellerden dolayı nöbet izinlerinin tam kullandırılmaması, acil yardım talebi sıklığında sağlık çalışanı arzının yapılmaması çıkılan vaka sayısını arttırmakla birlikte psikolojik yönden hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının yıpranmasına neden olmaktadır (7).

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının çalışma koşulları, sağlık çalışanlarının çalışma koşulları ile paralellik göstermekle birlikte, uzun çalışma süreleri, çalışma süresinin büyük bir kısmının dışarıda geçirilmesi, ambulans ile nakil sırasında trafik kazası, ambulans hareketine bağlı kesici delici alet yaralanması, acil yardım esnasında fiziksel biyolojik etkenlere maruz kalım riski yönünden daha fazla risk altındadırlar. Vardiya ile çalışma, yapılan işin stres seviyesinin yüksek oluşu, COVID-19 döneminde olası/kesin tanıılı hastalarla birebir yakın temas kurulması zorlu çalışma koşulları olarak sayılabilmektedir (12).

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları, yapılan işin niteliği gereği çalışma ortamından kaynaklanan birçok riskle de karşı karşıyadır. Ambulans içinde, sınırlı alanda çalışma nedeni ile özellikle delici ve kesici alet yaralanması kazaları ve bulaşıcı hastalık riski artmakta, fiziki mesafe kurallarına uymak güçleşmektedir (55). Çalışma ortam faktörleri arasında, ergonomik riskler (hazırlıksız ve tekniğe uymadan yük kaldırma, fiziksel olarak uygun kondisyonda olmama vb.), fiziksel riskler (konfor şartlarının sağlanamaması, sıcak-soğuk hava, ışık yetersizliği, gürültü vb.), kimyasal riskler (ambulansta kullanılan kimyasal maddeler), biyolojik riskler (hastaya ait kan ve vücut sıvıları, damlacıklar), psikososyal riskler (yoğun ve stresli çalışma ortamı), ambulans kazaları, hasta veya hasta yakınları tarafından şiddet, terör saldırıları, afetler, patlamalar, elektrik çarpmaları, yangın, sağlıksız beslenme, kayıt

tutmada yetersizlik sonucu hukuki işlem, istasyona ait hijyen problemleri sayılabilir (7, 12, 56).

Türkiye’de, 2012 yılında 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile kamu, özel bütün iş yerlerini ve çalışanları kapsama almıştır. Böylece, iş yaşamında yer alan tüm istihdam edilen kişileri kapsayacak şekilde, kamu ve özel sektör ayrımı veya özel kanunlardaki statüler bakımından ayırım yapılmadan bir "çalışan" tanımı getirilmiş, sadece işçiler değil, memur ve sözleşmeli personel gibi çalışanlarla birlikte, iş sağlığı ve güvenliği mevzuatının uygulama alanı genişletilmiş, Avrupa Birliği mevzuatına uyum sağlanmıştır. Kanunda çok geniş bir kapsam öngörülmeyle birlikte bazı çalışanlar ve faaliyetler kapsam dışında tutulmuştur. Bu istisnalar; fabrika, bakım merkezi, dikimevi ve benzeri iş yerlerindeki hariç Türk Silahlı Kuvvetleri, genel kolluk kuvvetleri ve Milli İstihbarat Teşkilatı Müsteşarlığının faaliyetleri, afet ve acil durum birimlerinin müdahale faaliyetleri, ev hizmetleri, çalışan istihdam etmeksizin kendi nam ve hesabına mal ve hizmet üretimi yapanlar, hükümlü ve tutuklulara yönelik infaz hizmetleri sırasında, iyileştirme kapsamında yapılan iş yurdu, eğitim, güvenlik ve meslek edindirme faaliyetleri olarak belirtilmiştir (57).

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının vakaya gidiş saatleri kendi inisiyatiflerinde olmadığı, uzayabildiği ya da hiç ara vermeden peş peşe vakaya çıkabildikleri için düzenli beslenme alışkanlıklarını mesleklerini yaparken devam ettirmeleri zor olmaktadır. Önal Acil Sağlık Hizmetleri çalışanlarıyla yaptığı bir çalışmada, %44,3 obezite tespit etmiştir (6). Ağır kaldırma, kurtarma faaliyetleri, dar alanda hareket etme, hızlı davranmanın bu mesleğin gereklilikleri olduğu düşünüldüğünde obezitenin hem mesleğin icrasına dolayısıyla hastaya hem de çalışanın doğrudan kendisine zarar vermektedir (26).

Strese bağlı hormonal durum, öğün atlama, hazır gıda tüketme, spor yapmama bu riskin artmasına neden olabilmektedir. Uzun çalışma saatlerinin nörolojik ve kardiyovasküler problemlere neden olabileceği bildirilmektedir. Avrupa’da yapılan çeşitli çalışmalarda dokuzuncu çalışma saatinden sonra iş kazası yapma riskinin önemli derecede arttığı bildirilmiştir (26).

Çevresel Risk Faktörleri; şiddet, travma, patlama, terör olayları, afetler bu grupta değerlendirilebilmektedir. Dünya genelinde artan şiddet olaylarından en çok etkilenen gruplardan biri sağlık çalışanlarıdır. Sağlık çalışanlarının %8-38'i çalışma yaşamlarının herhangi bir noktasında şiddete maruz kalmaktadır. En çok risk altındaki sağlık çalışanlarıysa hemşireler, acil çalışanları ve paramediklerdir (6). DSÖ, ILO ve ICN'nin International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Birliği) 2002 yılında yayınlamış oldukları ortak rapora göre farklı ülkelerdeki sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sıklıkları değerlendirilmiş, genel olarak sağlık çalışanlarının %3-17'si fiziksel, %27-67'si sözel, %10-23'ünün psikolojik, %50-78'inin cinsel, %0,8-2,7'sinin etnik şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (58). Sağlık çalışanları arasında Dursun'un yapmış olduğu bir çalışmada şiddet ve tükenmişlik düzeyi kıyaslanmış, şiddete uğrayan personelde daha yaygın duyarsızlaşma ve duygusal tükenmenin olduğunu göstermiştir. Gülen ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada ise Acil Tıp Teknisyeni (ATT) ve paramedikler arasında hasta kaynaklı şiddet değerlendirilmiş, fiziksel şiddete uğrama sıklığı %39,8 ve sözel şiddete uğrama sıklığı %94,9 olarak tespit etmişlerdir. Çanakkale'de 112 çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada şiddet uygulayan hasta yakınlarının kırmızı kod verilen, bekletilemez hastaların yakınları olması beklenirken genelde (%50,5) yeşil kod verilen hasta yakınları olduğunu bildirilmiştir (59). Şiddetle ilgili yapılan bir çalışmada ise Gormley ve arkadaşları son 12 ay içerisinde hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarından (ATT, paramedik ve itfaiye çalışanı) paramediklerin, diğerlerine göre 2,5-3 kat kadar daha fazla şiddete maruz kaldığını göstermişlerdir (60). Maguire ve Smith'in yaptığı bir çalışmada hastane öncesi acil sağlık personelinin işle ilgili yaralanma sıklığının diğer tüm meslekler için oluşturulan ulusal ortalamanın üç katı olduğunu göstermişlerdir (61).

Literatürde sağlık çalışanlarının diğer sektör çalışanlarından 16 kat daha fazla şiddete maruz kaldığı ifade edilmektedir (62). Trafik kazaları; dünyada en önemli travma ve ölüm nedenlerinden biri olan trafik kazaları tüm insanlık açısından ciddi ölüm riski oluştururken, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının mesailerinin önemli bir kısmının trafik düzenlemelerinin yetersiz ve muğlak olduğu trafikte, ambulansı zaman baskısı altında kullanarak geçtiği düşünüldüğünde bu riskin bu çalışan grup açısından daha yüksek olduğunu söylemek yanlış

olmayacaktır. Ekşi ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada Türkiye’de hastane öncesi acil sağlık personelinin ambulans kazalarından ölüm riskinin, yılda 21.4/100.000 iken ABD’de bu sıklığın 9.6/100.000 olduğunu açıklamıştır (60). Yine aynı çalışmada 2009-2013 yılları arasındaki ambulans kazaları incelenmiş ve hastane öncesi acil sağlık personelinin ambulans kazası ile karşılaşma sıklığı %69,4 olarak bulunmuştur (2). Gülen ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada İstanbul’da 112 ambulans istasyonlarında çalışan paramedik, ATT’lerin %72’sinin son 2 yılda en az 1 kez ambulansla kaza geçirdiklerini tespit etmişlerdir (53, 60).

Aşırı hız, kavşaklarda geçiş üstünlüğü sorunu, 2012 yılından itibaren ambulanslarda sürücü görevinin ATT ve paramediklere devredilmesi, tecrübesizlik ve artan iş yükü (gidilen vaka sayısında artış) trafik kazası riskinin artmasına neden olabilmektedir. Ekşi ve Arkadaşlarının yaptığı çalışmada bulgular, 2009-2013 yılları arasında Acil Sağlık Hizmeti alanının 5 yılda %112,9 büyümesine bağlı artan vaka sayılarının ambulans kazalarındaki artışın önemli nedenlerinden biri olabileceği yönündedir (63). Nöbete dinlenilerek gidilmesi, ambulansın trafik kurallarına uygun sürülmesi, nöbet öncesi alkol, dikkat problemi yaratacak ilaçların alınmaması ve istasyon sayısının arttırılarak iş yükünün azaltılması bu riskin azaltılmasında etkili olacaktır. Ambulans istasyonlarının 7/24 kullanılmasına rağmen buraların temizliğinden sorumlu bir personelin olmaması istasyonun kullananlar tarafından kısıtlı sürede temizlenmesine bağlı olarak hijyen koşullarının sağlanamaması enfeksiyon hastalıkları açısından, temizlik sırasında kullanılan maddelerin eğitimsizce kullanılmasıysa başta alerjiler olmak üzere pek çok farklı hastalık ya da yaralanmalara neden olabilmektedir. Ambulans kabininde bulunan O₂ tüplerinin patlaması, olay yerinde meydana gelebilen yanma, elektrik çarpması gibi sekonder kazalar ise hastane öncesi acil sağlık personeli açısından diğer önemli risk faktörleridir (2, 53).

NIOSH hastanelerdeki riskleri fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikolojik olarak sınıflandırmaktadır. Bu riskler sadece hastanenin içiyle sınırlı kalmamakta, Acil Sağlık Sisteminin birer parçası olan hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarıyla birlikte çağrıya gidilen her yer bu riskleri hatta yeni riskleri barındırmaktadır. NIOSH tarafından tanımlanmış hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının maruz kaldığı mesleki riskler ergonomik riskler, fiziksel

riskler, kimyasal riskler, biyolojik riskler, çevresel riskler, psiko-sosyal riskler ve diğer riskler olarak sınıflandırılabilir (7).

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları ile yapılan çalışmalarda delici kesici alet yaralanması ya da şüpheli iğne batmasına en çok ambulansın hareketi sırasında maruz kalındığı bildirilmiştir. Gülen ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada hastane öncesi sağlık çalışanlarının %52,2'sinin kontamine iğne batması, %30,9'unun kan-vücut sıvılarının göze teması, %22,5'nun ise kontamine kesici aletle yaralandığını bildirmişlerdir. Bu kazaların en sık (%30,9) ambulansın hareketi sırasında yaşandığını tespit etmişlerdir. Türkiye'de 1998-2014 yılları arasında Kırım Kongo Kanamalı Ateşinden 6 sağlık çalışanı iğne batması sonucu hayatını kaybetmiş olup bunlardan 3'ü ambulans çalışanıdır. Kişisel Koruyucu Donanımlardan (KKD) koruyucu gözlük, maske, eldiven kullanımının yaygınlaştırılması, aşılanmanın çalışan isteğine bırakılmaması, bulaşıcı hastalıklar konusunda çalışanların bilgi ve farkındalık düzeylerinin artırılması bu konuda alınabilecek tedbirlerdir (52-54, 64).

Çalışma ortamı termal koşulları hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları açısından kontrol edilemez değişkenlerdir. Yazın çok sıcak ya da kışın soğuk günlerinde karayolundaki trafik kazalarında çalışma ortamı termal şartlarını hazırlayabilmek mümkün olmamaktadır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları özellikle yaz aylarında sıcak stresi riski altındadırlar. Sıcak stresi; çalışanın metabolizması, çevresel faktörler ve giydiği kıyafetlerin birleşik katkısından kaynaklı oluşan net ısı yüküdür (7).

Bir çalışmada ambulans camları kapalıyken hasta kabininde 58-70 dB arası, ön sürücü kabinindeyse 60-84 dB arası gürültü olduğu tespit edilmiştir. Ambulans sireninin 110 dB'e kadar gürültü oluşturduğu düşünüldüğünde ambulans çalışanları gürültünün neden olabileceği tehlikelere karşı ciddi risk altındadır (2).

Roberts ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ambulans çalışanları ile klinikte çalışan hemşirelerin kas iskelet sistemi yaralanma riski ile ruhsal sağlığın bozulma riski kıyaslanmış ambulans çalışanlarının 13 kat daha fazla kas iskelet sistemi yaralanma riski içerisinde olduğunu göstermişlerdir. Tokuç ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada hastane öncesi acil sağlık personelinin 2/3'nin sırt ve bel ağrılarından, 1/2'sinin ise boyun ağrılarından şikayetçi olduğunu tespit

etmişlerdir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının düzenli spor yapmaması, kondüsyonunun düşmesi, kilo alımı, stres anksiyete gibi pek çok faktör ergonomik riskleri arttırmaktadır (18, 19, 44, 45, 50).

Önal'ın yapmış olduğu bir çalışmada, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının yaklaşık olarak %23,0'ı sıklıkla veya çok sıklıkla, %36,2'si de bazen psikolojik olarak kendini kötü hissettiğini ifade etmişlerdir. Bunun en önemli nedenini ise maruz kalınan sözel ya da fiziksel şiddete bağlamışlardır. Tokuç ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarında iş stresi nedenleri incelenmiş, %63,1'nin çalışma sistemi nedeniyle, %47,9'unun hastalık bulaşma riski nedeniyle, %42,3'ünün personel yetersizliği nedeniyle iş stresi yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Bazı çalışmalar hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarında %5-22 arasında Post Travmatik Stres Bozukluğu yaşandığı yönündedir. Donnely'in yapmış olduğu bir çalışmada mesleğin yapısı ve karşılaşılan kritik durumların post travmatik stres semptomları oluşturduğu ve bunun da alkol kullanımı davranışıyla birlikte görüldüğünü göstermiş, post travmaya bağlı stres semptomlarının yaşanma sıklığını hastane öncesi sağlık hizmetleri çalışanlarında %6,4 olarak tespit etmiştir. Merhamet yorgunluğu; travmatik durumlara maruz kalan kişilere yardım etme sürecinin negatif etkisidir. Yani bakım vericinin başkalarına empati kurma ve bakım verme isteği ile becerisi ve enerjisinde yaygın azalmaya neden olan fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal anlamda tükenme olarak tanımlanmaktadır (6, 50, 65-67).

3.4. COVID-19 Pandemisi ve Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanları

Son 20 yılda art arda yaşanan MERS Middle East Respiratory Syndrome (Orta Doğu Solunum Sendromu), SARS Severe Acute Respiratory Syndrome (Şiddetli Akut Solunum Sendromu) ve İnfluenza gibi salgınlar tüm dünyayı etkilemiş, ülkelerin sağlık politikalarını yeniden şekillendirmiş ve toplumların farkındalığını önemli düzeyde arttırmıştır. Günümüzde Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkan ve kısa sürede hızlı bir şekilde yayılan Yeni Koronavirüs tüm dünyayı olumsuz yönde etkilemiştir. MERS ve SARS ile kıyaslandığında Yeni Koronavirüs Hastalığına neden olan SAR-CoV-2 virüsü düşük ölüm hızına sahip olmasına rağmen bulaşıcılığı ve enfektivite hızı yüksektir. COVID-19 ilk olarak 12 Aralık 2019'da tespit edilmiştir. Başlarda Çin ve çevresindeki ülkeleri etkileyen bölgesel bir

“epidemi” olarak algılanan salgın, Asya sınırlarını aşarak tüm dünyayı küresel çapta tehdit etmeye başlamıştır. Türkiye’de ilk vaka 11 Mart 2020’de tespit edilmiştir (68).

Çin, 31 Aralık 2019’da nedeni bilinmeyen pnömoni vakaları kümelenmesini DSÖ’ne bildirmiş, artan vaka sayıları ve sonuçlarından etkilenimin yaygınlığı nedeniyle DSÖ 11 Mart 2020’de pandemi ilan etmiştir (69). Sağlık çalışanları pandemi nedeniyle normal şartlardaki çalışma koşullarından farklı birçok problemle karşı karşıya kalmaktadır. Bu problemlerin başında enfeksiyon riski ve farkında olmadan enfeksiyonun yayılmasına sebebiyet vermeleri gelmektedir (70). Sağlık çalışanlarında; pandemiye neden olan patojenin özelliklerinin iyi anlaşılamamış olması, Kişisel Koruyucu Donanım (KKD) giyme ve çıkarma konusunda farkındalıkların ve eğitimlerin yeterince güçlü olmaması, enfeksiyonu önleme ve kontrol konusunda bilgi eksikliği yaşanması, enfekte hastalara uzun süre maruz kalmaları nedeni ile enfeksiyon riskinde artış gözlenmektedir (71). Diğer yandan; KKD eksikliği, pandemi kontrol müdahalelerinin başlamasından sonra sağlık çalışanlarına yönelik sistematik uygulamalar ve eğitim programları için yeterli zaman olmaması, pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının enfeksiyon kontrolü açısından izlenememesi, uzun çalışma saatleri ve aşırı yorgunluk, ruhsal sıkıntılar, damgalanma, fiziksel ve psikolojik şiddete bağlı olarak immün sistemde zayıflama gibi etmenler sağlık çalışanlarında enfeksiyona yatkınlığa neden olabilen faktörler arasında yer alabilmektedir (71).

Sağlık çalışanlarının SARS-CoV-2’ye maruz kalım düzeyleri risk kategorisine göre “çok yüksek” ve “yüksek” olarak değerlendirilmektedir. SARS-CoV-2’ye maruz kalma risk sınıflandırmasında yakın temaslı; bilinen ve şüphelenilen COVID-19 vakalarında aerosol üreten girişimler, numune toplama ve işleme sırasında, ölen vakaların otopsi işlemleri “çok yüksek”, yakın temaslı ancak aerosolize olmayan süreçlerde bilinen veya şüphelenilen COVID-19 hastalarına maruz kalma “yüksek” riskli olarak kabul edilmektedir. Çok yüksek risk kollarında doktorlar, hemşireler, diş hekimleri, sağlık görevlileri, acil tıp teknisyenleri, numune toplayan sağlık ve laboratuvar personeli, otopsi yapan morg çalışanları bulunurken, yüksek risk kollarında doktorlar, hemşireler ve hasta odalarına girmesi gereken diğer hastane personeli bulunmaktadır (72).

Pandemi durumlarında etkenler ile karşılaşma riski en yüksek olan grup sağlık sektörüdür. Tüm salgınlarda sağlık çalışanları en çok etkilenen ve zarar gören bir meslek grubundadır. COVID-19 salgınından olumsuz yönde etkilenen sağlık alanındaki meslek gruplarından birisi de hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarıdır. Komuta Kontrol Merkezi'ne gelen çağrı sonucunda vaka çıkışı yapan hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının riskli ve bilinmeyen ortamlarda çalışmaları sonucu etken ile karşılaşma olasılıkları çok yüksektir. Taşıyıcı, olası ve kesin tanı konmuş hastalara ilk ve yakın temasta bulunan hastane öncesi acil sağlık çalışanı pandemi sürecinde psikolojik, fiziksel ve sosyal açıdan olumsuz etkilenmiştir. Hastalığı ailelerine taşıma ihtimaline karşı birçok hastane öncesi acil sağlık çalışanı aileleri ile görüşmemiş, pandemi sürecini yalnız geçirmek zorunda kalmışlardır (68).

Pandemi döneminde uzun çalışma saatlerinde hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının giydikleri tulumlar ve maskeler çalışanın çeşitli cilt problemleri yaşamalarına sebep olmuş, zor olan işlerini daha da güçleştirmiştir. Ambulansın arka kabininde COVID-19 tanılı hastaların ilk tedavisini ve transportunu yapan birçok hastane öncesi acil sağlık çalışanının testi pozitif çıkmış ve aralarında hayatını kaybedenler de olmuştur. İngiltere'de yapılan araştırmalarda COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden 100.000 erkekten 30'unun sağlık çalışanı olduğu ve bu grupta vefat edenlerin %82,4'ünün hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanı olduğu belirtilmiştir. Bütün pandemilerde en ön sahada görev yapan sağlık personelleri hayatlarını riske atarak hastalıklarla mücadele etmektedirler. 7 gün 24 saat hizmet veren hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları riskli ve bilinmeyen şartlarda, hayat ve ölüm arasındaki süreçte hızlı ve en etkili bakımı sunmak zorunda kalmaktadırlar. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları yaptıkları işin doğası gereği gün boyu birbirinden farklı travmatik olaylara şahitlik etmektedirler. Yaşanan travmatik olaylara ilk ulaşan kişiler olmasının yanı sıra, mesleki ortamlarının riskli olması, iş yoğunluğu, iş rollerinin belirsiz olması gibi nedenler hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının yıpranmasına neden olmaktadır. Çalışma koşullarına pandemi sürecinin eklenmesi, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının mesleki performansını olumsuz etkilemiş ve anksiyete düzeyini arttırmıştır. Anksiyete düzeyinde artışa neden olan sebepler

arasında yeterli ve donanımlı sayıda KKD'ye erişememe ihtimali, uzun süre temas halinde bulunduğu pozitif hastalardan hastalığa yakalanma ve bu hastalığı ailesine ve iş arkadaşlarına taşıma korkusu, pandemiyle çalışma saatleri ve iş yoğunluğunda artış olması ve COVID-19 hakkında güncel bilgilerin yetersiz olmasından kaynaklanmaktadır (73).

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları aşırı derecede zarar görmüş bedenlerle karşılaşma, hayati tehlike bulunduran durumlar içinde çok sık bulunmaları ve COVID-19 pandemisi içinde çalışmaları nedeniyle ikincil travmatik stres yaşamaktadırlar. İkincil travmatik stres kişilerin strese neden olan duruma ya da trajik bir olaya şahit olması nedeniyle ortaya çıkan duygu durum bozukluğudur (74).

Bu durum, maruz kalınan travmatik olayların büyüklüğüne göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) olarak kendini göstermektedir. TSSB yaşanan travma olayından sonra olayı hatırlatan ses, koku ve görüntülerin istemsiz olarak hatırlanmasıdır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarındaki TSSB yaygınlığı hakkında yapılan bir literatür çalışması bu sıklığın %20 olduğunu göstermiştir. Ayrıca, çalışanlarda TSSB sonrası majör depresyon belirtileri görülebilmektedir. Bu belirtiler yorgunluk, isteksizlik, uyku bozukluğu, hayattan zevk alamama ve yeme bozukluğudur. Yapılan çalışmalarda yaşanan travma doğrultusunda personelin tükenmişlik seviyesinin ve yaşam doyumunun birbirleriyle bağlantılı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca pandemi sürecinde yakınıni veya iş arkadaşlarını kaybeden hastane öncesi sağlık çalışanları dini ve kültürel ritüelleri yerine getirememesi ve yas dönemini doğal sürecinde yaşayamaması nedeniyle pandeminin psikolojik etkilerine uzun süre maruz kalmaktadır (74, 75).

Ayrıca hastane öncesi acil sağlık çalışanının tükenme sendromu yaşamasına sebep olan sorunlardan birisi de şiddettir. Literatürde şiddetin diğer sektörlere göre sağlık sektöründe daha fazla olduğu ve en riskli birimlerin ise 112 ekiplerinin ve hastane acil servislerinin olduğu belirlenmiştir. Pandemi sürecinde ambulans çalışanları taşıyıcı olabilmeleri ihtimaline karşı birçoğu aileleriyle uzun süre görüşmemiş hatta ailelerinden ayrı eve çıkarak bu süreci yalnız geçirmeye devam etmiştir. Ailelerinden ve sevdiklerinden ayrı kalmaları salgın döneminde ambulans çalışanları için duygusal olarak daha da yıpratıcı olmuştur. Bu süreci en az hasarla

atlatmak için psikolojik problem yaşayan personel için internet üzerinden psikolog veya psikiyatristlerle görüşme yapılması önerilmektedir. Kurumsal düzeyde tükenmişlik sendromundan korunmak için multidisipliner takım toplantıları yaparak personeller arası iyi iletişim sağlanmalıdır. Hastane öncesi acil sağlık çalışanı fiziksel olarak en sık karşılaştığı problem ise kas iskelet sistemi hastalıklarıdır. COVID-19 hastalarının genellikle solunum problemleri olması nedeniyle en ufak bir efor sarf etmeleri durumlarında oksijen saturasyonları daha da düşmektedir. Bu nedenle hastalar en uygun sedye ile ambulansa taşınmaktadırlar. Hastane öncesi acil sağlık çalışanı hasta taşıma, sürekli hareket halindeki ambulanda çalışma, ani yüklenmeler ve efor sarf edilen işler yaptıkları için kas, sinir, tendon, eklem, yumuşak doku hasarı ve vertebra yaralanmaları ile sık karşılaşır. Ayrıca pandemi sürecinde uzun çalışma saatlerinde hastane öncesi acil sağlık çalışanının giydikleri tulumlar ve maskeler sürecin yaz döneminde de devam etmesiyle çeşitli cilt problemleri yaşamalarına sebep olmuştur (75-80).

3.5. Acil Sağlık Hizmetlerinin Gelişme Süreci

Ambulans sözcüğü Türkçe'ye İngilizce "Ambulance" sözcüğünden geçmiştir. Kelimenin kökeni Latince "ambulare"dir ve yürümek ya da hareket etmek anlamına gelmektedir ve bu eski tarihlerdeki tıbbi müdahaleler için hastaların taşınarak ya da tekerlekli sandalye benzeri bir şekilde itilerek götürülmesinden gelmektedir. Kelimenin orijinali bir ordunun peşinde hareket eden hareketli hastane anlamında kullanılmıştır. Bilinen insanlık tarihi süresince kazalar, savaşlar ve afetler sonucu yaralanan ve acil sağlık sorunuyla karşılaşan hasta ve yaralılar için çeşitli tıbbi girişimler yapılmıştır. Günümüzden 5000 yıl önce Mısır'da acil tıbbi müdahalelerin geliştirildiği ve uygulandığı, eski Yunan ve Roma uygarlıklarının ilkyardım ve savaş meydanlarından yaralıların taşınması ile ilgili uygulamalar yaptıkları bilinmektedir. Tarihte ilk ambulans benzeri araç, atlı arabalarla 1487 yılında Malaga kuşatması sırasında İspanyol ordusu tarafından kullanılmıştır. Napolyon'un baş cerrahı Baron Dominique Larrey, Prusya seferi sırasında ilk kez askeri tıbbi birliği kurmuş ve 1793 yılında atlı arabalarla oluşturulan ve uçan ambulans denilen araçlarla hasta ve yaralılar taşınmıştır. 1832 yılında Londra'da kolera hastalarını taşımak için atlı ambulanslar kullanılmaya başlanmış, böylelikle sadece savaş alanında kullanılan

ambulanslar, sivillere de hizmet vermeye başlamıştır. 1869 yılında Edward B. Dalton New York'da Bellevue Hastanesi'nde hastaları hastaneye hızlı ve daha rahat götürebilmek için atlı ambulans servisi kurmuştur. 1887'de Londra'daki halka açık etkinliklerde ilk yardım ve ambulans hizmetleri sağlamak için St. John Ambulans Tugayı kurulmuştur. Askeri tarzda bir komuta ve disiplin yapısı üzerinde modellenmiştir. İlk tam gün süreli ambulans servisi 1897 yılında yine Londra'da hizmet vermeye başlamıştır. İlk motorlu ambulans 1899 yılında, ABD'de Chicago'da Michael Reese Hastanesi'nde, hizmete girmiştir. Daha sonra da Londra'da da motorlu ambulanslar görülmeye başlanmıştır (81).

Birinci ve İkinci Dünya Savaşlarında çok sayıda hasta ve yaralı kara ambulansları yanında hastane trenler, gemiler, uçak ve helikopterler ile hastanelere taşınmış, özellikle Kore ve Vietnam savaşları sırasında askeri helikopterler yoğun bir şekilde yaralıları taşıma amacı ile kullanılmışlardır (82).

ABD ve Fransa'da, 1960 yılı sonlarına doğru, ambulanslarda paramedikler ve hekimlerin görev almaya başlaması ile birlikte daha hızlı ve kaliteli acil sağlık hizmeti sunulmaya başlanmıştır (83).

İlk sivil tıbbi helikopter, 1972 yılında, St. Anthony Central Hastanesi'nde kullanılmaya başlanmış (Denver, Colorado, ABD), aynı yıl Amerikan Ulusal Bilim Akademisi'nin acil tıbbın ABD'deki sağlık sisteminin en zayıf halkası olduğunu açıklaması üzerine, ayrı bir tıp disiplini olarak tanımlanan acil sağlık hizmetleri, o günden itibaren hızla gelişerek, dört farklı yetki ve eğitim düzeyindeki ambulans personeli, acil çağrı karşılama görevlisi ve özel finansal yapısı ile sağlık hizmetleri içinde ayrı bir yere sahip olmuştur (83).

Genel olarak tüm dünya ülkelerinde hastane öncesi acil sağlık hizmetleri Fransız-Alman (Franko-German) ya da İngiliz-Amerikan (Anglo-Amerikan) modellerine göre yapılandırılmıştır. Hizmet sunumu Fransız-Alman Modelde “kal ve tedavi et”, İngiliz-Amerikan Modelde ise “kap ve götür” prensibine göre gerçekleştirilmektedir. Fransız-Alman modelinde hastane imkanları olay yerine götürülerek olay yerinde hasta ya da yaralının tüm acil bakımı yapılır. Alanda acil bakımı sağlanan hasta ya da yaralı hastane aciline götürülmeden doğrudan yoğun bakım ya da yataklı servislere alınabilir. Bu sistemde acil servislerde başta anestezi

uzmanları ve travma uzmanları olmak üzere diğer klinik uzmanları hizmet vermektedir. Bu nedenle Fransız-Alman modeli kullanan ülkelerde acil tıp uzmanlığı ayrı bir uzmanlık dalı olarak gelişmemiştir. Fransız-Alman Model halen Avusturya, Fransa, Almanya, Litvanya, Portekiz, Rusya, Slovenya, Yunanistan, Malta, Finlandiya, Norveç, İsveç ve İsviçre’de uygulanmaktadır (82).

Tablo 3.1. Fransız-Alman ve İngiliz-Amerikan Modellerinin Karşılaştırılması (82)

Fransız-Alman Modeli	İngiliz-Amerikan Modeli
Hastane imkanları olay yerine götürülür.	Hasta mümkün olan en kısa zamanda hastaneye götürülür.
Ambulanslarda görevli esas personel doktorlar ve acil tıp teknisyenleridir.	Ambulanslarda görevli esas personel paramedikler ve acil tıp teknisyenleridir.
Olay yerindeki tıbbi müdahale hastanın tam stabilizasyonu sağlanana kadar sürdürülür.	Olay yerinde başlanan tıbbi müdahale nakil boyunca sürdürülerek hasta hızlı bir şekilde acil servise nakledilir.

İngiliz-Amerikan modeli ise olay yerinde mümkün olduğu kadar az zaman kaybedilmesi kuralına göre kurgulanmıştır. Bu modelde sahada, hekim dışındaki sağlık personeli tarafından acil tedavi ve bakım başlatılır. Alanda başlanan hayat kurtarıcı tıbbi tedavi ve bakım nakil sırasında devam ettirilerek hasta ileri acil bakım için hastane acil servislerine ulaştırılır. Hastane acil servisleri acil tıp uzmanlarının kontrolü altında çalışır. Bu nedenle İngiliz-Amerikan modeli kullanan ülkelerde Acil Tıp Anabilim Dalı ayrı bir uzmanlık dalı olarak önemli gelişme göstermiştir. Model halen başta ABD, Avustralya, Kanada gibi ülkeler olmak üzere pek çok Asya, Avrupa ve Afrika ülkesinde kullanılmaktadır. Türkiye’deki hastane öncesi acil sağlık sistemi ağırlıklı olarak İngiliz-Amerikan Modeline benzerlik göstermekle birlikte Fransız-Alman Modelin izlerini de taşımaktadır. Ülkedeki ambulansların bir kısmında Fransız-Alman Modelde olduğu gibi doktorlar da görev yapmaktadır. Bununla birlikte doktorlu ve doktorsuz tüm ambulansların çalışma sistemi İngiliz-Amerikan modelinde olduğu gibi “kap ve götür” ilkesine dayanmaktadır. Kuzey Amerika ve pek çok Avrupa ülkesinde ambulans hizmetleri yerel yönetimlerin kontrolü altında polis ve itfaiye ekipleriyle entegre bir şekilde sunulmaktadır. Türkiye’de ise hastane öncesi acil sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı bünyesinde, itfaiye ve polis hizmetlerinden bağımsız olarak sürdürülmektedir. Bununla birlikte acil tıbbi müdahale gerektiren hastalık ya da yaralanmanın özelliğine göre polis ve

itfaiye ekipleri ambulans ekipleri ile birlikte ya da ambulans ekibinin gerekli görmesi halinde daha sonradan olay yerine yönlendirilebilmektedir (2, 82-86).

3.6. İlk ve Acil Yardım Teknikerliği ve Acil Tıp Teknisyenliği

İlk ve acil yardım teknikeri (İAYT), Üniversitelerin İlk ve Acil Yardım Teknikerliği ön lisans programından mezun olan, acil tıbbi bakımı hastane dışında profesyonel seviyede uygulayan kişidir. ATT, Sağlık Meslek Liselerinin Acil Tıp Teknisyenliği bölümünden mezun olan, acil servislerde, acil yardım ve hasta nakil ambulanslarında çalışan yardımcı sağlık personelidir. İAYT ve ATT'ler; hasta/yaralıya en hızlı şekilde ulaşarak olay yerinde acil tıbbi bakım vermeleri, hasta/yaralının durumunu kontrol altına alarak sakatlıkları önlemeleri, yaşamda tutmaları ve yine en kısa sürede acil servise naklini yaparak tıbbi tedavi için zaman kazandırmaları bakımından, acil sağlık hizmetleri alanında önemli bir yere sahiptirler. İlk olarak ABD 1960'ların sonlarında, ambulans servislerinde "emergency medical technician" ve "paramedic" adı ile görev almaya başlayan ATT ve İAYT'leri, acil tıbbi bakımı daha hızlı ve iyi bir hale getirmişlerdir. Türkiye'de, 1993 yılında İAYT, 1996 yılında ise ATT eğitimlerine başlanmıştır. İAYT ve ATT'leri, 2004 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı ambulanslarında çalışmaya başlamışlardır (81, 82, 87).

3.7. Türkiye'de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri

Türkiye'de ambulans hizmetlerinin geçmişi Osmanlı dönemine kadar uzanmaktadır. I. Dünya Savaşı sırasında Osmanlı ordusu içerisinde Hilal-i Ahmer (Kızılay) tarafından organize edilen atlı ambulansların kullanıldığı bilinmektedir. Yemen'de aynı anda 2 hastanın taşınabildiği develer ile hasta tahliyeleri yapılmıştır. Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti'nin kurulduğu yıllarda 93 Harbi (1877-1878) adı verilen Osmanlı-Rus Savaşı devam etmekteyken gerek yurtiçi gerekse yurtdışında yardım toplamaya başlayan cemiyet bu yardımlarla, ordunun ilaç ihtiyacını karşılamış, 9 tane gezici hastane ve 4 tane ambulans alınmıştır. Yine Osmanlı imparatorluğunun son yıllarında, Kızılay tarafından kullanılan Albion isimli İskoç şirketi tarafından üretilen 1917 model motorlu ambulanslar kullanılmaya başlanmıştır (81).

Türkiye’de modern denilebilecek acil sağlık hizmeti ilk kez, 1985 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından trafiğin yoğun olduğu ana yollar ve turistik bölgelerde bir merkeze bağlı olmadan, hareketli olarak görev yapan gezici ambulans ekipleri oluşturularak başlatılmıştır. Ambulanslarda hastanelerin acil servislerinde çalışan hekimler mesai saatleri içerisinde görev yapmış ve iletişim için araç telefonları kullanılmıştır. Söz konusu uygulama yaygınlaşamamış ve kısa bir deneme olmanın ötesine geçememiştir (81).

Ankara Numune Hastanesi’nde 1985 yılı Ekim ayında hizmete giren “077 Hızır Acil Servis” uygulaması, 1986 yılından itibaren İstanbul ve İzmir illerine de yaygınlaştırılmıştır. Bu illerde Valilik, İl Sağlık Müdürlükleri ve belediyelerinin katkıları ile 077 numaralı ücretsiz telefon hattının karşılandığı birer merkez kurulmuş, İl Sağlık Müdürlüklerinin hastane acil servislerinden görevlendirdiği hekimler, belediye ambulanslarında şoförler ile birlikte görev yapmışlardır. 1991 yılında, 077 numaralı Hızır Acil Servis numarası, o yıllarda ki Telekom altyapısındaki değişiklik nedeniyle 112 acil çağrı numarasına yönlendirilmiştir (81).

Sağlık Bakanlığı tarafından 1993 yılında oluşturulan bir komisyonun çalışmaları ve hazırladıkları raporlar sonrası “112 Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri” projesi hazırlanmıştır. Ankara, İstanbul ve İzmir Sağlık Müdürlükleri bünyesinde 1994 yılında da pilot uygulamalar başlatılmıştır. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne bağlı olarak başlatılan bu pilot uygulamada, il merkezlerinde oluşturulan 112 Komuta Kontrol Merkezleri, kurulan telsiz sistemi üzerinden hastanelerde konuşlandırılmış istasyonlardaki ambulans ekiplerine görev vermiştir. İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde 1995 yılından itibaren Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri Şube Müdürlükleri oluşturulmuştur. 1995 yılında ilk kez Almanya’nın Hannover şehri yakınlarındaki bir merkeze Sağlık Bakanlığı tarafından gönderilen 12 hekim ile yurt dışındaki gelişmeler takip edilmeye çalışılmıştır. 1993 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Yüksek Okulu bünyesinde Kanada Cambrian Collage desteği ile Paramedik Programı başlatılmış olup, programa alınan 14 öğrenci 1994 yılında Türkiye’nin ilk paramedikleri olarak mezun olmuşlardır (81).

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nde 2007 yılında değişiklik yapılarak ambulanslarda çalışan paramedik ve ATT'lerin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmıştır (81).

Tablo 3.2. Türkiye’de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi (81, 82)

Yıl	Gelişme
1930	Umumi Hıfzıssıhha Kanununu ile belediyelere “Tıbbi İmdat ve Yardım Teşkilatının” kurulması görevinin verilmesi.
1985	Gezici ambulans hizmetlerinin başlaması
1986	“077 Hızır Acil Servis” uygulamasının başlaması
1993	Dokuz Eylül Üniversitesinde ilk Acil Tıp Anabilim Dalının kurulması
1993	Dokuz Eylül Üniversitesinde ilk paramedik programının açılması
1994	Sağlık Bakanlığı bünyesinde “112 Acil Yardım ve Kurtarma Merkezleri”nin kurulması
1994-1995	İstanbul, Ankara ve İzmir’de 112 ekiplerinin kurulması
1996	Sağlık Bakanlığına bağlı Sağlık Meslek Liselerinde Acil Tıp Teknisyenliği bölümünün açılması
1998	Türkiye’nin ilk “İlk ve Acil Yardım” uzmanının mezun olması
2000	“Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği”nin yayınlanması
2001	“Ambulanslar ile Özel Ambulans Servisleri ve Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği”nin yayınlanması
2007	Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde yapılan değişiklikle hekim olmadan, paramediklerin ambulanslarda görev yapmaya başlaması
2009	“Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ”in yayınlanması
2014	Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun Ek-13’ncü maddesine “Acil Tıp Teknikeri” tanımının eklenmesi
2018	Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ

Türkiye’de Ambulans Sistemi ve Ambulans İstasyonları

Acil tıbbi müdahale gerektiren hastalık ya da yaralanma durumlarında olayın gerçekleştiği noktaya en yakın ambulans istasyonundan ambulans sevki sağlanmaktadır. Ambulans istasyonları bu görevin dışında 112 ambulans çağrılarının değerlendirilmesi ve kayıtlarının tutulması, ilk yardım eğitim programlarının düzenlenmesi, hastane acil servisleri ile koordinasyon, afet ve kitlesel yaralanmalar gibi özel durumlarda ilgili tüm kurumların eşgüdümünün sağlanması ve dokümantasyon görevlerini de yerine getirmektedir. Ambulans istasyonları üç farklı tipte organize olmuştur: A tipi istasyon: Ambulans Servisi Başhekimliği ’ne bağlı olup kadrolu personeli bulunan ve 24 saat boyunca yalnızca ambulans hizmeti veren

istasyonlardır. Bu tip istasyonlar ekip içinde hekim yer alıyorsa A1, almıyorsa A2 tip istasyon şeklinde tanımlanır. B tipi istasyon: Bir resmi sağlık kurum/kuruluşu bünyesinde 24 saat boyunca ambulans ve acil sağlık hizmetleri sunumunu gerçekleştirir. Hizmet sunumunu hastane acil servisleri bünyesinde yürüten istasyonlar B1, birinci basamak sağlık kuruluşları bünyesinde yürütenler ise B2 tip istasyon olarak tanımlanır. B tip istasyon çalışanlarının özlük hakları bağlı oldukları kuruma göre düzenlenir. İstasyonun verdiği ambulans hizmetleri ise Komuta Kontrol Merkezi tarafından yönetilir. C tipi istasyon: Gereksinimler doğrultusunda günün belirlenen saatlerinde, sadece ambulans hizmeti veren istasyonlardır (88).

Türkiye’de Kullanılan Ambulanslar

Türkiye’de hastane öncesi acil sağlık hizmetleri kara, hava ve deniz ambulansları ile sağlanmaktadır. Kara ambulanslarının nakledilecek hastaların gereksinimlerine göre tasarlanmış, farklı kullanım amaçlarına hizmet edebilecek türleri bulunmaktadır. Ülkede ayrıca ambulans ekipleri olay yerine gelinceye kadar vakaya ulaşarak ilk değerlendirme ve bakımı sağlamakla görevli motosikletli acil sağlık ekipleri hizmet vermektedir (81).

Acil yardım ambulansları, yaralı ve hastaların olay yerindeki ilk müdahaleleri ve nakil boyunca tıbbi bakımları için gerekli tıbbi ekipman ile donatılmıştır. Acil yardım ambulansında en az bir doktor ve/veya paramedik ile birlikte bir sağlık çalışanı görev yapar. Görevli çalışanları arasında doktor olmayan ambulanslarda nakil esnasında hastaya gerekli müdahaleyi yapacak personelden en az biri paramedik olmak zorundadır. Hasta nakil ambulansları acil bakım gereksinimi olmayan hasta ya da yaralıların bir sağlık kuruluşundan diğerine ya da evlerine nakledilmesi için gerekli ekipman ve donanımına sahip ambulanslardır. Nakil ambulanslarında iki çalışan görev yapar. Bu kişilerin en az biri sağlık çalışanı olmalıdır ve nakil esnasında hasta kabininde bulunmalıdır. Özel donanımlı ambulanslar hizmet verilecek bölgenin coğrafi özelliği ve hizmetten yararlanacak hasta ya da yaralıların yaş, fiziksel ve tıbbi durumlarına göre tasarlanmış ve uygun ekipman ile donatılmış araçlardır. Yoğun bakım şartlarında hasta nakline olanak sunan yoğun bakım ambulansları, yenidoğan ve obez ambulansları özel donanımlı ambulanslardandır (81, 89, 90).

Tablo 3.3. Ambulansların Türüne Göre Bulundurulması Gereken Tıbbi Malzeme ve Cihazlar (81)

Tıbbi araç ve malzeme	Ambulans türüne göre cihaz/malzeme sayıları (adet)		
	Hasta nakil ambulansı	Acil yardım ambulansı	Özel donanımlı ambulans/yoğun bakım
Boyunluk seti	1	1	1
Sabit oksijen tüpü ve prizi	1	1	1
Aspiratör	1	1	1
Otomatik eksternal defibrilatör	1	-	-
Defibrilatör (Monitörlü)	-	1	1
Kalp monitörü	-	1	1
Glukometre	1	1	1
Şişme/vakum atel (en az 6 parçalı)	1	1	1
Vakum sedye	1	1	1
Faraş sedye	-	1	1
Diğer tıbbi ekipman	+	+	+

Türkiye’de ambulans istasyonları için idari bir sınır ya da sorumluluk alanı belirlenmemiştir. Acil yardım çağrısı alındığında Komuta Kontrol Merkezi, olay yerine en yakın noktadaki ambulans ekibini sevk etmektedir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin sunumu kapsamında 112 telefon hattından acil bir sağlık sorunu için yardım istendiğinde, Komuta Kontrol Merkezi ve istasyonlarda yapılan işlemler sırasıyla şu şekildedir. Acil çağrının değerlendirilmesi, olay yerine ambulans gönderilmesi, olay yerinde ilk acil tıbbi müdahalenin yapılması, ambulansla gerekli acil tıbbi bakımın sürdürülmesi, hastanın hastaneye teslim edilmesi, istasyona dönüş. Ambulans hizmetleri için en önemli etkinlik göstergesi “müdahale süresi” olarak adlandırılan zamandır. Bu zaman acil yardım çağrısının alınması ile ambulansların olay yerine ulaşarak gerekli acil müdahalenin başlatılmasına kadar geçen süre olarak tanımlanmaktadır. Türkiye’de istasyon ağının yaygınlaştırılmasıyla kırsal bölgelerden gelen acil çağrılara ilk 10, şehir içinden yapılan çağrılara ise ilk 30 dakika içinde ulaşma sıklığı %95’e ulaşmıştır (81, 91, 92).

3.8. İş stresi

Stres, Latince kaynaklı olup Latince "estricia" olarak ifade edilmektedir. Her dönemde insanların karşı karşıya olduğu stres, 17. yüzyılda felaket, bela, musibet, dert, keder, elem gibi anlamlarda kullanılırken 18 ve 19. yüzyıllarda güç,

baskı, zor gibi anlamlarda objelere, kişiye, organlara ve ruhsal yapıya uygulanan güç, baskı ve zorlama anlamında kullanılmıştır (93).

Çalışma yaşamı, insan hayatında önemli bir yer tutmaktadır. Birey iş yaşamında iç ve dış çevreden kaynaklanan birçok uyarıcıyla karşılaşmakta, bunlardan olumlu veya olumsuz şekilde etkilenmektedir. Olumlu uyarıcılar genel olarak bireyleri mutlu ederken olumsuz uyarıcılar karşısında stres oluşabilmektedir. Stres sözcüğü; Latince “Estrictia” fiilinden gelmekte, insanın veya bir başka organizmanın tehlike içinde bulunduğu etmenler ve koşullara göre dengesinin bozulduğu bir durumu anlatmak için kullanılmaktadır. Bir başka deyişle; bireyin fizyolojik, biyokimyasal ve psikolojik stres tepkileri bu kapsam içinde düşünülmektedir. Stres, organizmanın dengesini bozabilecek tüm etmenleri kapsayacak genişlikte ele alınmaktadır. Bu etmenler fiziksel (travma, sıcak, soğuk vb.), psikolojik (duygusal gerilimler, iç ve dış çatışmalar, evlilik sorunları vb.) veya sosyal (çevre etmenleri, kültürel değişim vb.) içerikli olabilmektedir.

Stres konusundaki öncü isimlerden Hans Selye’ye göre stres kavramı, basit bir endişe olmamakta; endişe sadece duygusal ve psikolojik ortamla ilgili bir durum iken; stres fizyolojik boyutu da bulunan daha kapsamlı bir kavram olarak ele alınmaktadır. Selye organizmanın strese tepkisinin üç aşamada gelişmekte olduğunu belirtmiş ve bunu “Genel Uyum Sendromu” olarak tanımlamıştır. Bu üç aşama; alarm tepkisi, direnme ve tükenme şeklinde belirtilmektedir. İş stresi ise; iş ve örgütsel talepler, kısıtlamalar ve fırsatlara bireysel özelliklerin aracılık ettiği bir durumu oluşturmaktadır (94, 95).

Stres, bireylerin beklentileriyle, gerçek dünyada buldukları karşılık arasındaki farktan doğan tepkilerdir. Stres, fiziksel, kimyasal, bedensel veya zihinsel gerginliklere sebep olacak hatta hastalığa kaynaklık edebilecek duygusal reaksiyonları ifade eder. Başlangıçta stres fiziksel bir fenomen-mücadele veya uçuş sendromu olarak görülmüş olsa da günümüzde araştırmacılar stresi, fiziksel, psikolojik ve duygusal bileşenlere sahip olduğunu kabul etmişlerdir. Literatürde iş stresi genellikle öznel olarak algılanan stresten kaynaklı bireysel bir deneyim olarak tanımlanmaktadır. İş stresinin tanımı “çevresel talep durumunda talebi karşılamak için başarının önemli olduğu algılandığında talep ile karşı tepki yeteneği arasındaki

fark” olarak açıklanmaktadır (96, 97). Günümüzde yöneticiler tarafından yüksek performans beklentileri ve çalışanların iş ve iş dışı birçok problemle uğraşma zorunlulukları nedeniyle çalışanların yaşadıkları stres sık sık gündeme gelmektedir (98). Çok boyutlu bir kavram olan stres, bireyin yetenekleri ile bireyden talep edilenler eşleşmediği durumda ortaya çıkmaktadır. Çalışma ortamının nesnel gerçekliği ile bireylerin öznel algıları arasında uyumsuzluk strese neden olabilmektedir (99, 100). İş stresi genellikle öznel olarak algılanan stresten kaynaklı bireysel bir deneyim olarak tanımlanmaktadır. İş stresinin tanımı “çevresel talep durumunda talebi karşılamak için başarının önemli olduğu algılandığında talep ile karşı tepki yeteneği arasındaki fark” olarak açıklanmaktadır (97). İş stresinin koroner rahatsızlıklar, tükenmişlik ve depresyon, kas iskelet sistemi rahatsızlıkları gibi çok sayıda fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklara sebep olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. İş stresinin olumsuz etkileri sadece çalışan bireyin sağlık sorunlarıyla sınırlandırılmamalıdır. İş stresi iş ortamını organizasyonel anlamda da olumsuz etkilemekte, iş kazalarında artış, işe devamsızlık yapılan gün sayısında ve işten ayrılma sayısında artış, performansın ve memnuniyetin azalması gibi sorunlara sebep olmaktadır (101).

Sağlık hizmetlerinin sunulduğu alanlar, sağlık sisteminin örgüt yapısı, uygun olmayan çalışma ortamı, nöbet usulü çalışma, ölümler, doğumlar, kritik hasta bakımı, acil vakaların yanında hem yoğun stres yaşayan bireylere hizmet verilmesi hem de çalışan personelin stres yaşantıları ile çok sık karşılaşması nedeniyle, diğer iş ortamlarından daha fazla iş stresinin yaşandığı bir ortam olarak değerlendirilmektedir. Bireyin sağlığının tehdit altında olduğu, belirsizlik ve bilinmezlik nedeniyle yoğun stresin yaşandığı bu durumlar hasta birey kadar sağlık çalışanlarını da etkilemektedir (8, 9).

4. GEREÇ ve YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Yeri

Araştırma, TAPDER üyesi hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarına çevrimiçi olarak veri toplama formu göndermek suretiyle Türkiye genelinde uygulanmıştır.

4.2. Araştırmanın Evreni Örneklemi ve Araştırma Grubu

Araştırma evrenini TAPDER üyesi, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları, yetkililer tarafından bildirilen 1750 kişi, oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiş olup evrenin tamamına ulaşılması amaçlanmıştır. Veri toplama formunu dolduran 372 kişi araştırma grubunu oluşturmuştur.

4.2.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- Araştırmaya katılmayı kabul etmek
- Halen Acil Tıp Teknisyeni ya da Paramedik olarak çalışıyor olmak

4.2.2. Araştırmadan dışarıda bırakma kriterleri

- Halen Acil Tıp Teknisyeni ya da Paramedik olarak çalışmıyor olmak
- Veri toplama formunu eksik doldurmak

4.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı tipte bir epidemiyolojik çalışmadır.

4.4. Araştırmanın Değişkenleri

4.4.1. Tanımlayan değişkenler

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanı acil tıp teknisyeni ve paramediklerin;

- Cinsiyeti
- Yaşı
- Medeni durumu
- Aylık gelir düzeyi
- Öğrenim durumu
- Meslekte geçirdiği süre
- Şu an çalıştığı bölüm
- Çalışma düzeni

- Günlük/haftalık ortalama çalışma saatleri
- Pandemi dönemindeki çalışma koşulları
- Pandemi dönemindeki çalışma ortam koşulları

4.4.2. Tanımlanan değişkenler

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanı acil tıp teknisyeni ve paramediklerin;

- COVID-19 dönemindeki iş stresi düzeyi
- COVID-19 aşısı olma
- Bazı durumlara ilişkin kaygı duyma
- Şiddete maruz kalma
- COVID-19 hastalığı geçirme

4.5. Araştırmada Kullanılan Terimler, Ölçütler, Göstergeler

COVID-19: Koronavirüs Hastalığı 2019, ilk olarak Çin'in Vuhan Eyaleti'nde Aralık ayının sonlarında solunum yolu belirtileri (ateş, öksürük, nefes darlığı) gelişen bir grup hastada yapılan araştırmalar sonucunda 13 Ocak 2020'de tanımlanan bir virüstür. Salgın başlangıçta bu bölgedeki deniz ürünleri ve hayvan pazarında bulunanlarda tespit edilmiştir. Daha sonra insandan insana bulaşarak Vuhan başta olmak üzere Hubei eyaletindeki diğer şehirlere ve Çin Halk Cumhuriyeti'nin diğer eyaletlerine ve diğer ülkelere yayılmıştır. Koronavirüsler, hayvanlarda veya insanlarda hastalığa neden olabilecek büyük bir virüs ailesidir. İnsanlarda, birkaç koronavirüsün soğuk algınlığından MERS ve SARS gibi daha şiddetli hastalıklara kadar solunum yolu enfeksiyonlarına neden olduğu bilinmektedir. Yeni Koronavirüs Hastalığına SAR-CoV-2 virüsü neden olmaktadır (102).

Pandemi: Dünya çapında veya çok geniş bir alanda, uluslararası sınırları aşan ve genellikle çok sayıda insanı etkileyen bir salgın olarak tanımlanır. DSÖ'ye göre pandemi kriterlerinin karşılanması için; toplumun daha önce maruz kalmadığı bir hastalığın ortaya çıkması, hastalığa sebep olan etmenin insanlara bulaşması ve tehlikeli bir hastalığa yol açması, hastalık etmeninin insanlar arasında kolayca ve devamlı olarak yayılması gereklidir (103).

İSG ile ilişkili Çalışma Koşulları ve Çalışma Ortam Koşulları: İş ve sağlık arası ilişki bakımından, sağlığın sosyal belirleyicileri yanı sıra çalışanların sağlık düzeyini belirleyen etkenler çok sayıdadır ve karşılıklı etkileşim halindedir. Bunlardan bazıları sosyal ve ekonomik çevre, fiziksel çevre ile kişinin bireysel özellikleri, davranışları olarak sıralanabilir. Genetik özellikler, yaş, cinsiyet, genel sağlık durumu, sağlık davranışları, alışkanlıkları, beslenme durumu gibi bireysel özellikler sağlık açısından önemlidir. Çevre konusunda fiziksel, kimyasal, ergonomik, psikososyal vb. çok sayıda etken sıralanabilir. İş yerleri önemli çevre ortamlarından biridir. İş yeri ortam koşulları ve çalışma koşulları sağlık düzeyinin önemli belirleyicilerindendir. İş yerinde fiziksel, ergonomik ve kimyasal ortam koşullarına bağlı tehlikelere maruz kalma, fiziksel olarak tüketici veya tehlikeli iş, uzun veya düzensiz çalışma saatleri, kayıt dışı çalışma, iş güvencesizliği, sosyal güvenlik kapsamı dışında çalışma, geçici sözleşmelerle ve vardiyalı çalışma, esnek olmayan veya stresli iş, uzun süren sedanter çalışma gibi çalışma koşulları, çalışanların sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (15).

Tüm Acil Tıp Teknisyeni ve Paramedik Derneği (TAPDER): Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları olan acil tıp teknisyenleri ve paramediklerin üyesi olduğu, 2013 yılında kurulmuş olan bir dernek olup 1750 üyesi vardır.

İsveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği: Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının iş stresi düzeylerinin ölçümünde İsveç İş Yükü-Kontrol-Destek Ölçeğinin Türkçe versiyonu kullanılmıştır. Ölçek, iş yükü, iş kontrolü ve sosyal destek olmak üzere üç ana bölümden oluşmaktadır ve on yedi soru içermektedir. Birinci ve beşinci sorular arası toplam beş soru iş yükü için, altıncı ve dokuzuncu sorular arası toplam dört soru beceri kullanımı için, onuncu ve on birinci sorular karar serbestliği için, on ikinci ve on yedinci sorular arası toplam altı soru sosyal destek için sorulmaktadır. İş yükü, beceri kullanımı ve karar serbestliği bölümlerinde yanıt seçenekleri ‘sıklıkla, bazen, nadiren, hiçbir zaman olarak’ Likert Tipi olacak şekilde ifade edilmiştir. ‘Sıklıkla’ yanıtının skor değeri 4’ten başlamak üzere ‘hiçbir zaman’ yanıtının skor değeri 1 olacak şekilde azalmaktadır. Sosyal destek bölümünde yanıt seçenekleri ‘tamamen katılıyorum, kısmen katılıyorum, kısmen katılmıyorum, tamamen katılmıyorum’ Likert Tipi olacak şekilde ifade edilmiştir. ‘Tamamen katılıyorum’ yanıtının skor değeri 4’ten başlamak üzere ‘tamamen

katılmıyorum' yanıtının skor değeri 1 olacak şekilde azalmaktadır. Her bir alt bölümde yer alan sorulara verilen cevapların skorları toplamı ilgili bölümün toplam skorunu göstermektedir (104).

İş yükü bölümünden alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan ise 20'dir. Beceri kullanımı bölümünde alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan ise 16'dır. Karar serbestliği bölümünden katılımcıların alabileceği en düşük puan 2 iken en yüksek puan 8'dir. Sosyal destek bölümünden katılımcıların alabileceği en düşük puan 6 iken en yüksek puan 24'tür. İş kontrolü puanına, beceri kullanımı ve karar serbestliği bölümlerinde yer alan sorulara verilen cevaplar karşılığındaki puanlar toplanarak ulaşılmaktadır. İş stresi (iş gerilimi), iş yükünün iş kontrolüne oranı olarak değerlendirilmektedir. Alınabilecek en düşük iş kontrolü puanı 6 ve en yüksek iş kontrolü puanı 24'tür. Yüksek puanlar yüksek iş yükü, yüksek iş kontrolü, yüksek sosyal destek düzeyini ifade etmektedir. Hesaplanan iş stresi puanının sayısal değer olarak büyümesi iş stresi düzeyinin artmasını ifade etmektedir. İsveç İş Yükü-Kontrol-Destek Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yücel ve ark. tarafından İzmir Konak Belediyesi'nde çalışan erkek işçilerle yapılmış olup; güvenilirlik katsayıları hesaplamasında her bir alt grup için kendi kategorilerinde kümelenmeyen 4., 5. ve 9. soruları çıkartılmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach's güvenilirlik katsayısı iş yükü için 0,68, beceri kullanımı için 0,48, karar serbestliği için 0,78, iş kontrolü için 0,52, sosyal destek için 0,77 olarak hesaplanmıştır (101). İsveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği ile yapılan bir çalışmada, genel olarak hemşirelerin iş streslerinin ve tıbbi hataya eğilim düzeyinin düşük olduğu belirlenmiş olup, bu düşüşün, çalışma süresi dolayısıyla deneyimin artışı, cinsiyetin kadın oluşu ve çalışılan birim farklılığı gibi değişimlerden etkilendiği değerlendirilmiştir (104, 105).

Sözel Şiddet: Bireyi küçük düşüren, aşağılayan veya bireyin itibar ve değerine saygı duyulmadığını gösteren hakaret, sövme, azarlama, aşağılama, tehdit gibi sözlü ifadeleri kapsamaktadır (106).

Psikolojik Şiddet (Duygusal Şiddet): Fiziksel güç kullanılabileceğini hissettirerek korkutmak (tehdit) dahil, bir kişi veya grup üzerinde onların fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki veya sosyal gelişimine zarar verebilecek şekilde kasıtlı baskı oluşturmak şeklinde ele alınmaktadır (106).

Fiziksel Şiddet: Bir kişiye veya gruba karşı, onlar üzerinde fiziksel, cinsel ya da psikolojik zarara neden olacak şekilde fiziksel kuvvet uygulanmasını içermektedir (106).

Cinsel Şiddet/Taciz: Mağdura yakınlığına bakılmaksızın herhangi bir kişinin ev ya da iş yeri dahil herhangi bir ortamda cinsel içerikli eylemde bulunması ya da buna kalkışması, istenmeyen cinsel ifadeler kullanması ya da önerilerde bulunması, para karşılığı seksle ilgili herhangi bir girişimde bulunması ya da baskı yoluyla karşıdaki kişinin cinselliği üzerinde dayatmada bulunmasıdır (107).

Mobbing/Yıldırma: İş yerlerinde bir veya birden fazla kişi tarafından diğer kişi ya da kişilere yönelik gerçekleştirilen, belirli bir süre sistematik biçimde devam eden, yıldırma, pasifize etme veya işten uzaklaştırmayı amaçlayan, mağdur ya da mağdurların kişilik değerlerine, mesleki durumlarına, sosyal ilişkilerine veya sağlıklarına zarar veren, kötü niyetli, kasıtlı, olumsuz tutum ve davranışlar bütünüdür (108).

4.6. Araştırmanın Ön Denemesi

Araştırmanın ön denemesi TAPDER üyesi olmayan 20 hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanı ile yapılmıştır. Ön deneme sonucu geri bildirimleri ile veri toplama formunda düzenleme yapılmıştır.

4.7. Veri Toplama Yöntemi ve Aracı

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından hazırlanmış olan 3 bölüm ve 101 sorudan oluşan veri toplama formu ile toplanmıştır. Veri toplama formunun birinci bölümünde katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine ilişkin 8 soruya, ikinci bölümde ise katılımcıların COVID-19 pandemisi dönemindeki çalışma hayatına ilişkin özellikleri sorgulayan 76 soruya yer verilmiştir. Veri toplama formunun üçüncü bölümünü ise 17 maddeden oluşan İşveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği oluşturmaktadır (Ek 1). Google Forms aracılığıyla çevrimiçi şekle dönüştürülen formun bağlantısı TAPDER yöneticileri tarafından katılımcılara iletilmiştir. Veri toplama süresi Ekim-Kasım 2021 aylarını kapsamaktadır. Gün aşırı olacak şekilde TAPDER yetkilileri tarafından katılımcılara hatırlatma yapılmıştır.

4.8. Araştırmanın İnsan Gücü

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Ali Naci YILDIZ danışmanlığında Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Dr. Mehmet ŞAN tarafından yürütülmüştür. Dr. Mehmet ŞAN veri toplama formunun hazırlanması, ön denemesi ve veri toplama süreçlerinin yönetilmesi, verilerin girilmesi, temizlenmesi, analiz ve raporlanması işlerini yapmıştır.

4.9. Araştırma Verilerinin Analizi ve Değerlendirme

Verilerin analizi ve değerlendirilmesinde IBM Statistics Package for Social Sciences (SPSS ver.25.0) istatistiksel paket programı kullanılmıştır. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde olarak, dağılım istatistikleri ise ortalama, standart sapma, ortanca, 1. çeyrek, 3. çeyrek, en küçük ve en büyük değer olarak belirtilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile diğer normalite ölçütleri kullanılarak kontrol edilmiştir.

Kategorik değişkenler için gruplar arasındaki farklılık Pearson Ki-Kare ve Fisher-Freeman-Halton Exact testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım göstermediği belirlenen sürekli değişkenler, bağımsız iki grup arasında Mann-Whitney U testi, bağımsız üç grup arasında Kruskal Wallis testi, bağımlı iki grup arasında ise Wilcoxon İşaretli Sıralar testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Kategorik değişkenler de bağımlı iki grup arasında Mc Nemar testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Çok değişkenli analizlerde, önceki analizlerde belirlenen olası faktörler ve derlenen literatür bilgisine göre lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Kullanılan ölçeğe ilişkin Cronbach's alfa iç tutarlık analizi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için Tip 1 hata değeri (α) %5'in altında olan durumlar anlamlı kabul edilmiştir.

4.10. Etik Konular ve Kurumsal İzinler

- Etik uygunluk belgesi için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuş ve gerekli izin alınmıştır (Ek 2).

- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne COVID-19 Bilimsel Araştırma Platformu Sistemi (<https://bilimselarastirma.saglik.gov.tr>) üzerinden nicel araştırma başvurusu yapılmış ve gerekli izin alınmıştır (Ek 3).
- Kullanılan ölçek için Türkçe versiyona ilişkin makalenin sorumlu yazarından yazılı izin alınmıştır (Ek 4).
- Tüm Acil Tıp Teknisyeni ve Paramedik Derneği Yönetim Kurulu'ndan çalışmanın yapılabilmesi için yazılı izin alınmıştır (Ek 5).
- Araştırmaya katılımda gönüllülük esas olmuş ve katılımcıların aydınlatılmış onamları alınmıştır.
- Katılımcıların isim, soy isim, telefon numarası, e-posta adresi gibi kişisel bilgileri alınmamıştır. Araştırma süreci ve sonrasında, katılımcıların yanıtları ile araştırma verileri bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır.
- Araştırma sonuçları Tüm Acil Tıp Teknisyeni ve Paramedik Derneği ve ilgili kurumlarla paylaşılacaktır.

4.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmada veriler çevrimiçi anket yolu ile toplanmıştır. Yoğun çalışma saatleri ve veri toplama formunun çevrimiçi anket yolu ile yapılmış olması gibi nedenlerle araştırmaya katılım düzeyi düşük kalmıştır.
- Sonuçlar sadece araştırma grubunu yansıtacak ve bir nedenselliği gösteremeyebilecektir.
- Katılımcılara sorulacak olan geçmişe yönelik sorular hafıza faktörü sebebiyle yanlılığa sebep olabilecektir.
- Kullanılan ölçeğe ilişkin kesim noktası olmaması ve ölçekten alınan puanların medyan değerine göre iş stresinin gruplandırılmış olması kısıtlılık yaratmış olabilir.

4.12. Araştırmanın Güçlü Yanları

Ulusal ve uluslararası literatürde hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarından acil tıp teknisyenleri ve paramediklerin çalışma koşulları ile ilgili çalışmalar olsa da COVID-19 döneminde çalışma koşulları ve iş stresi düzeylerini inceleyen çalışma bulunmamıştır. Bu çalışma ile Türkiye'de hastane öncesi acil

sağlık hizmetleri çalışanlarının pandemi sırasındaki çalışma koşulları, çalışma ortam koşulları, iş stresi düzeylerine ilişkin literatürdeki sınırlı çalışmalara katkı sağlanabilecektir.

4.13. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmacının bütçe kalemleri ve harcama tutarları Tablo 4.1.'de gösterilmiştir. Araştırma bütçesi için destek alınmamış olup araştırma giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

Tablo 4.1. Araştırmanın Bütçe Kalemleri ve Harcama Tutarları

5. BULGULAR

TAPDER üyesi 1750 kişiden (Dernek yöneticileri tarafından bildirilen) 377 yanıt gelmiş, 5'i (%1,3) araştırmaya katılmayı kabul etmediğini belirtmiş, 372 kişi araştırma grubunu oluşturmuştur.

Araştırmanın bulguları aşağıdaki başlıklar altında sunulmuştur;

- 5.1. Sosyodemografik, Sağlık Durumu ve Çalışma Hayatı Özellikleri
- 5.2. COVID-19 Dönemi Çalışmaları ile İş Sağlığı ve Güvenliği Konuları
- 5.3. İsveç İş Yüğü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Sonuçları
- 5.4. Karşılaştırmalı Bulgular

5.1. Sosyodemografik, Sağlık Durumu ve Çalışma Hayatı Özellikleri

Araştırmaya katılan hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanı acil tıp teknisyeni ve paramediklerin bazı sosyodemografik, sağlık durumları ve çalışma hayatı özelliklerinin dağılımı Tablo 5.1-4'de sunulmuştur.

Tablo 5.1. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (2021)

Sosyodemografik Özellik		Sayı	Yüzde
Cinsiyet (n=372)	Erkek	173	46,5
	Kadın	199	53,5
Yaş* Grubu (n=372)	20-25	23	6,2
	26-30	101	27,2
	31-35	132	35,5
	36-40	110	29,6
	41-51	6	1,5
Medeni Durum (n=372)	Bekar	88	23,7
	Evli	284	76,3
Çocuğu (n=372)	Olan	250	67,2
	Olmayan	122	32,8
Okul Öncesi Dönemdeki Çocuk Sayısı (n=147)	1 Çocuk	114	77,6
	2 Çocuk	33	22,4
Öğrenim Durumu (n=372)	Ortaöğretim	38	10,2
	Ön lisans	172	46,2
	Lisans	154	41,4
	Yüksek lisans	8	2,2
Geliri (n=372)	Giderinden az	145	39,0
	Giderine eşit	214	57,5
	Giderinden fazla	13	3,5
Eşi (n=284)	Çalışan	225	79,2
	Çalışmayan	59	20,8
Halen Yaşanılan Evdeki Kişi Sayısı (n=372)	1-2	80	21,6
	3	128	34,4
	≥4	164	44,0

*Yaş: Ortalama±Standart Sapma=32,57±4,55, Ortanca=33,00, En Küçük-En Büyük=22,00-51,00, Birinci-Üçüncü Çeyrek=29,0-36,0

Araştırma grubunun %53,5'i kadındır; yaş ortalaması 32,57±4,55; ortanca 33 yaştır (En Küçük-En Büyük=22,00-51,00, Birinci-Üçüncü Çeyrek=29,0-36,0), yaklaşık dörtte üçü (%76,3, n=284) evlidir. Katılımcıların yaklaşık üçte ikisi (%67,2, n=250) çocuk sahibi olduğunu belirtmiştir, bunların %58,8'inin (n=147) okul öncesi dönemde çocuğu vardır. Katılımcıların %46,2'si (n=172) ön lisans, %41,4'ü (n=154) lisans düzeyinde eğitim almıştır, sadece %2,2'si (n=8) yüksek lisans yapmıştır. Katılımcıların hemen tamamı (%96,5, n=359) gelirlerinin giderlerine eşit ya da daha az olduğunu belirtmiştir. Evli olan katılımcıların %79,2'si (n=225) eşlerinin gelir getirici bir işte çalışıyor olduğunu ifade etmiştir. Araştırma grubunun %44'ünün (n=164) halen yaşadığı evinde 4 ve üzerinde kişi yaşamaktadır.

Tablo 5.2. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Genel Sağlık Durumlarına ve COVID-19'a İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı (2021)

Genel Sağlık Durumuna İlişkin Bazı Özellikler (n=372)		Sayı	Yüzde
Genel Olarak Sağlık Durumu Algısı	Çok kötü	1	0,3
	Kötü	7	1,9
	Orta	94	25,2
	İyi	241	64,8
	Çok iyi	29	7,8
Pandemi Öncesi Döneme Göre Genel Sağlık Durumundaki Değişim	Daha iyi hissedenden	33	8,9
	Daha kötü hissedenden	108	29,0
	Değişiklik olmayan	197	53,0
	Karar veremeyen	34	9,1
En Az İki Doz COVID-19 Aşısı (n=372)			
Acil Tıp Teknisyeni	Olan	241	91,3
	Olmayan	23	8,7
Paramedik	Olan	104	96,3
	Olmayan	4	3,7
COVID-19 Hastalığını	Geçirmeyen	181	48,7
	Fikri olmayan	47	12,6
	Ayaktan tedavi alan	135	36,3
	Hastanede yatarak tedavi alan	9	2,4
İş Arkadaşlarında COVID-19 Vakası	Olan	298	80,1
	Olmayan	74	19,9
İş Arkadaşlarından COVID-19 Nedeniyle Hayatını Kaybeden	Var	29	7,8
	Yok	343	92,2
Ailesinde, Yakın Akrabalarda COVID-19 Vakası	Olan	274	73,7
	Olmayan	98	26,3
Ailesinde, Yakın Akrabalarda COVID-19 Nedeniyle Hayatını Kaybeden	Var	75	20,2
	Yok	297	79,8

Katılımcıların %72,6'sı (n=270) genel olarak sağlık durumunun iyi/çok iyi olduğunu, %29'u (n=108) pandemi öncesi döneme göre genel sağlık durumunda daha kötü yönde bir değişim olduğunu hissettiğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan acil tıp teknisyenlerinin %91,3'ü (n=241) en az iki doz COVID-19 aşısı yaptırdığını belirtirken, paramediklerin %96,3'ü (n=104) en az iki doz COVID-19 aşısı yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların %38,7'si, (n=144) COVID-19 enfeksiyonu geçirmişken; %36,3'ü (n=135) ayaktan, %2,4'ü (n=9) hastanede yatarak COVID-19 tedavisi almıştır.

Katılımcıların %80,1'inin (n=298) iş arkadaşları arasında COVID-19 vakası olan vardır. %7,8'inin (n=29) iş arkadaşları arasında COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden olmuştur. Katılımcıların %73,7'si (n=274) ailede, yakın akrabalarında COVID-19 vakası olduğunu, %20,2'si (n=75) ailede, yakın akrabalarında COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden olduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının %8'i (n=30) doktor tarafından tanı konulmuş hastalığı olduğunu belirtmiştir. Belirtilen 30 hastalığın %23,4'ü bel fıtığı, %16,7'si diabetes mellitus, %13,4'ü hipertansiyon, %10,0'u astım, %6,7'si alerji, %6,7'si alerjik rinit olduğunu belirtmiştir. Birer katılımcı ise anemi, migren, papiller karsinom, karpal tünel sendromu, servikal herni, astigmat, bronşektazi hastalığı olduğunu belirtmiştir.

Tablo 5.3. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Çalışma Hayatlarına İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı (2021)

Çalışma Hayatına İlişkin Özellik (n=372)		Sayı	Yüzde
Görev Ünvanı	Acil Tıp Teknisyeni	264	71,0
	Paramedik	108	29,0
Halen Çalıştığı Birim	Ambulans	74	19,9
	İstasyon	270	72,6
	KKM	28	7,5
Toplam Çalışma Süresi (yıl)*	<5	61	16,4
	5-10	143	38,4
	>10	168	45,2
Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Toplam Çalışma Süresi (yıl)**	<5	89	23,9
	5-10	146	39,2
	>10	137	36,9

*Ortalama±SS=10,14±4,571, Ortanca=10,00, Tepe değeri=10,00, En küçük-En büyük=0,75-26,00, Birinci-Üçüncü çeyrek=7,00-14,00
 **Ortalama±SS=9,25±4,502, Ortanca=9,16, Tepe değeri=10,00, En küçük-En büyük=1,00-26,42, Birinci-Üçüncü çeyrek=6,00-13,00

Araştırma grubunun, %71'ini (n=264) acil tıp teknisyenleri, %29'unu (n=108) paramedikler oluşturmaktadır, %72,6'sı (n=270) acil sağlık hizmetleri istasyonunda; %19,9'u (n=74) ambulans; %7,5'i (n=28) komuta kontrol merkezinde (KKM) çalışmaktadır.

Toplam çalışma süreleri incelendiğinde, katılımcıların %16,4'ü 5 yıl altında, %38,4'ü 5-10 yıl arasında, %45,2'si 10 yıl üzerinde çalışmışlardır. Ortalama çalışma

süresi 10,14±4,571 yıldır. En az çalışılan süre 0,75 yıl olup en fazla çalışılan süre 26 yıldır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde toplam çalışma süreleri değerlendirildiğinde, %23,9'u 5 yıl altında, %39,2'si 5-10 yıl arasında, %36,9'u ise 10 yıl üzerinde çalışmışlardır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde ortalama çalışma süresi 9,25±4,502 yıldır. En az çalışılan süre 1 yıl olup en fazla çalışılan süre 26,42 yıldır.

Tablo 5.4. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Çalışma Sürelerinin Dağılımı (2021)

	Pandemi Öncesi Dönem		Pandemi Dönemi
	Sayı	Yüzde	Yüzde
Nöbetli çalışma süresi (saat) (n=372)	≤12	34,1	30,4
	13-23	2,2	3,5
	≥24	63,7	66,1
Pandemi öncesi dönem: Ortalama ± SS: 18,85±7,051, Ortanca: 24,00, Tepe değeri: 24, En küçük-En büyük: 3-24, Birinci-Üçüncü çeyrek: 12,00-24,00 Pandemi dönemi: Ortalama ± SS: 19,51±6,534, Ortanca: 24,00, Tepe değeri: 24, En küçük-En büyük: 5-24, Birinci-Üçüncü çeyrek: 12,00-24,00			
Günlük vaka sayısı (n=372)	≤6	30,6	5,6
	7-11	48,1	34,2
	≥12	21,3	60,2
Pandemi öncesi dönem: Ortalama ± SS: 19,07±46,10, Ortanca: 10,00, Tepe değeri: 10, En küçük-En büyük: 1-400, Birinci-Üçüncü çeyrek: 6,00-10,00 Pandemi dönemi: Ortalama ± SS: 27,80±67,11, Ortanca: 13,00, Tepe değeri: 15, En küçük-En büyük: 2-650, Birinci-Üçüncü çeyrek: 10,00-15,00			
Haftalık çalışma süresi (saat) (n=372)	≤36	9,1	2,4
	37-47	19,4	6,5
	≥48	71,5	91,1
Pandemi öncesi dönem: Ortalama ± SS: 48,68±14,09, Ortanca: 48,00, Tepe değeri: 48, En küçük-En büyük: 24-178, Birinci-Üçüncü çeyrek: 40,00-48,00 Pandemi dönemi: Ortalama ± SS: 59,03±15,54, Ortanca: 50,00, Tepe değeri: 48, En küçük-En büyük: 24-96, Birinci-Üçüncü çeyrek: 48,00-72,00			

Araştırma grubunun pandemi öncesi dönem ile pandemi dönemindeki günlük, haftalık çalışma süreleri ile günlük vaka sayıları incelendiğinde, pandemi öncesi dönemde katılımcıların %34,1'i bir nöbette 12 saat ve altında, %2,2'si 13-23 saat arasında, %63,7'si 24 saat ve üzerinde çalıştıklarını ifade ederken pandemi döneminde %30,4'ü bir nöbette 12 saat ve altında, %3,5'i 13-23 saat arasında, %66,1'i 24 saat ve üzerinde çalıştıklarını belirtmiştir. Pandemi öncesi dönemde ortalama nöbetli çalışma süresi 18,85±7,051 saat olurken pandemi döneminde bu süre 19,51±6,534 saat olmuştur.

Pandemi öncesi dönemde katılımcıların günlük vaka sayısı incelendiğinde, %30,6'sı günde 6 ve altında, %48,1'i 7-11 vaka, %21,3'ü 12 ve üzerinde vaka ile ilgilendiğini, pandemi döneminde ise %5,6'sı günde 6 ve altında, %34,2'si 7-11 vaka, %60,2'si 12 ve üzerinde vaka ile ilgilendiğini belirtmiştir. Pandemi öncesi dönemde ortalama günlük vaka sayısı $19,07 \pm 46,10$ iken pandemi döneminde bu sayı $27,80 \pm 67,11$ olmuştur.

Katılımcıların pandemi öncesi dönemdeki haftalık çalışma sürelerine göre dağılımına bakıldığında, %9,1'i 36 saat ve altında, %19,4'ü 37-47 saat arasında, %71,5'i 48 saat ve üzerinde çalışmıştır. Pandemi döneminde ise %2,4'ü 36 saat ve altında, %6,5'i 37-47 saat arasında, %91,1'i 48 saat ve üzerinde çalışmıştır. Pandemi öncesi dönemde ortalama haftalık çalışma süresi $48,68 \pm 14,09$ saat iken pandemi döneminde $59,03 \pm 15,54$ saat olmuştur.

5.2. COVID-19 Dönemi Çalışmaları ile İş Sağlığı ve Güvenliği Konuları

COVID-19 dönemi çalışmaları ile iş sağlığı ve güvenliği konularına ilişkin bulgular Tablo 5.5-13'te sunulmuştur.

Tablo 5.5. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Pandemi Döneminde Ambulansta Çalışma Sürelerinin Dağılımı (2021)

	Pandemi Dönemi		
	Ambulansta	Sayı	Yüzde
Acil Tıp Teknisyeni (n=264)	Çalışan	121	45,8
	Çalışmayan	143	54,2
Çalışılan süre (ay): Ortalama $\pm$ SS: $13,58 \pm 5,49$, Ortanca: 14,00, Tepe değeri: 12, En küçük-En büyük: 1-36, Birinci-Üçüncü çeyrek: 11,50-15,00			
Paramedik (n=108)	Çalışan	41	38,0
	Çalışmayan	67	62,0
Çalışılan süre (ay): Ortalama $\pm$ SS: $12,46 \pm 5,78$, Ortanca: 12,00, Tepe değeri: 12, En küçük-En büyük: 1-30, Birinci-Üçüncü çeyrek: 9,50-15,50			

Katılımcıların pandemi döneminde ambulansta çalışma süreleri incelendiğinde, ATT'lerin %45,8'i (n=121), paramediklerin %38,0'i (n=41) ambulansta çalışmıştır. Acil tıp teknisyenlerinin ortalama ambulansta çalışma süresi $13,58 \pm 5,49$ ay olup, paramediklerin ortalama ambulansta çalışma süresi $12,46 \pm 5,78$ aydır.

Tablo 5.6. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Pandemi Öncesi ve Pandemi Döneminde Çalışmalarına İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı (2021)

Özellik (n=372)		Pandemi Öncesi Dönem		Pandemi Dönemi	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Vardiya Çalışması	Yapan	140	37,6	149	40,1
Gece Çalışması	Yapan	200	53,8	214	57,5
İş Kazası/Meslek Hastalığı Geçirme Endişesi	Duyan	238	64,0	291	78,2
Diğer Personel ve Hasta Yakınları ile İletişim Sorunu	Yaşayan	212	57,0	254	68,3

Pandemi öncesi dönemde, katılımcıların %62,4'ü (n=232) vardiya çalışması, %46,2'si (n=172) gece çalışması yapmadığını belirtmiş; pandemi döneminde %59,9'u (n=223) vardiya çalışması, %42,5'i (n=158) gece çalışması yapmamıştır.

Katılımcıların %57,0'si (n=212) pandemi öncesi dönemde hastaya müdahale sırasında iletişim sorunu yaşadığını belirtmiş olup, bu sıklık son bir yıllık dönemde %68,3 (n=254) olmuştur, %64'ü (n=238) pandemi öncesi dönemde iş kazası/meslek hastalığı geçirme endişesi duyduğunu belirtirken, bu sıklık son bir yıllık dönemde %78,2 (n=291) olmuştur.

Tablo 5.7. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Aldıkları Bazı Eğitimlerin Dağılımı (2021)

Eğitim Konusu (n= 372)	Alan*		Almayan	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Genel iş sağlığı güvenliği	274	73,7	98	26,3
COVID-19 ve korunma yöntemleri	309	83,1	63	16,9
KKD kullanma yöntemleri	235	63,2	137	36,8
Acil sağlık hizmetleri alanındaki görev, yetki ve sorumlulukları	105	28,2	267	71,8
Eğitim almayan	-	-	105	28,2

*Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir.

Katılımcıların %73,7'si (n=274) genel iş sağlığı güvenliği eğitimi, %83,1'i (n=309) COVID-19 ve korunma yöntemlerine ilişkin eğitim, %63,2'si (n=235) KKD kullanma yöntemlerine ilişkin eğitim, %28,2'si (n=105) acil sağlık hizmetleri alanındaki görev, yetki ve sorumluluklarına ilişkin eğitim aldıklarını ifade etmiştir.

Araştırmaya katılanların %28,2'sinin (n=105) ise belirtilen eğitimlerden hiçbirini almadığı saptanmıştır.

Tablo 5.8. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Pandemi Döneminde Çalışmalarına İlişkin Bazı Özelliklerin Dağılımı (2021)

Pandemi Döneminde Çalışma Hayatı Özellikleri (n=372)		Sayı	Yüzde
Sosyal Mesafe Kurallarına Uygun Çalışma Ortamı	Hazırlanan	238	64,0
	Hazırlanmayan	134	36,0
KKD Kullanırken	Zorlanan	326	87,6
	Zorlanmayan	46	12,4
Vakaya Giderken Enfeksiyon Etkenine Maruz Kalma Endişesi	Yaşayan	327	87,9
	Yaşamayan	45	12,1
Enfeksiyon Etkenini Eve Taşıdığı Konusunda Çevreden Uyarıya Maruz	Kalan	273	73,4
	Kalmayan	99	26,6
Pandemi öncesinde birlikte yaşadığı kişilerden ayrı	Yaşayan	138	37,1
	Yaşamayan	234	62,9
El Antiseptikleri Nedeniyle Alerjik Reaksiyon	Yaşayan	129	34,7
	Yaşamayan	243	65,3
Pandemi Öncesine Göre Daha Sık Kesici/Delici Alet Yaralanması Geçirdiğini	Düşünen	78	21,0
	Düşünmeyen	294	79,0
Hastanede Yatmayı Gerektiren Hastalık veya Kaza	Geçiren	22	5,9
	Geçirmeyen	350	94,1
Mesleği Bırakmayı	Düşünen	182	48,9
	Düşünmeyen	190	51,1
Çalışma Temposu	Artan	241	64,8
	Artmayan	131	35,2
Aylık Gelir Düzeyi	Artan	61	16,4
	Azalan	97	26,1
	Değişmeyen	214	57,5

Araştırma grubunun %36'sı (n=134) pandemi döneminde sosyal mesafe kurallarına uygun çalışma ortamı hazırlanmadığını ifade etmiştir. %87,6'sı (n=326) KKD kullanırken zorlandığını, %87,9'u (n=328) vakaya giderken enfeksiyona yakalanma endişesi yaşadığını, %73,4'ü (n=273) enfeksiyon etkenini eve taşıma konusunda uyarıya maruz kaldığını belirtmiştir.

Katılımcıların %34,7'si (n=129) kullanılan el antiseptikleri nedeniyle alerjik reaksiyon yaşadığını, %21'i (n=78) pandemi öncesine göre daha sık kesici/delici alet yaralanması geçirdiğini düşündüğünü, yalnızca %5,9'u (n=22) hastanede yatmayı gerektiren hastalık veya kaza geçirdiğini, %48,9'u (n=182) mesleği bırakmayı

düşündüğünü, %64,8'i (n=241) çalışma temposunun arttığını, %16,4'ü (n=61) aylık gelirinin arttığını, %26,1'i (n=97) azaldığını, %57,5'i (n=214) ise değişmediğini ifade etmiştir.

Tablo 5.9. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Çalışırken Maruz Kaldıkları Şiddet Uygulamalarının Dağılımı (2021)

			Sayı	Yüzde
Şiddete (n=372)	Maruz Kalmayan		89	23,8
	Maruz Kalan	Her iki dönemde de	216	58,1
		Pandemi döneminde	40	10,8
		Pandemi öncesinde	27	7,3
Şiddet Türü*		Sözel Şiddet	266	71,5
		Psikolojik Şiddet	157	42,2
		Fiziksel Şiddet	58	15,6
		Cinsel Şiddet/Taciz	4	1,1
		Mobbing/Yıldırma	97	26,1
Şiddet sonrası sağlık sorunu* (n=38)		Sadece ilk yardım	17	44,8
		İş günü kaybı	18	47,4
		Hastane yatışı	3	7,8
Şiddeti Uygulayan Kişi*		Hasta/hasta yakını	275	73,9
		Yönetici	120	32,3
		İş arkadaşları	45	12,1

*Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir.

Katılımcıların %58,1'i (n=216) hem pandemi öncesi dönemde hem de pandemi döneminde şiddete maruz kaldığını belirtmiş; katılımcıların maruz kaldıkları şiddet türüne göre dağılımları incelendiğinde %71,5'inin (n=266) sözel şiddete, %42,2'sinin (n=157) psikolojik şiddete, %15,6'sının (n=58) fiziksel şiddete, %1,1'inin (n=4) cinsel şiddete/tacize, %26,1'inin (n=97) ise mobbing/yıldırma maruz kaldığı saptanmıştır. Şiddete maruz kalanların %4,6'sı (n=17) şiddet sonrası ilk yardım gerektiren en az bir sağlık sorunu, %4,8'i (n=18) iş günü kaybına yol açan en az bir sağlık sorunu, %0,8'i (n=3) ise hastane yatışı gerektiren en az bir sağlık sorunu yaşadığını belirtmiştir. Şiddeti uygulayan kişilerin dağılımı incelendiğinde, %73,9'unun (n=275) hasta/hasta yakını, %32,3'ünün (n=120) yönetici, %12,1'inin (n=45) iş arkadaşları olduğu saptanmıştır.

Tablo 5.10. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Pandemi Döneminde Sosyal Hayatlarına İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı (2021)

Sosyal Hayata İlişkin Bazı Özellikler (n=372)		Sayı	Yüzde
Pandemi Döneminde Toplumdan Dışlandığını Hissetme	Hiçbir zaman	32	8,6
	Bazen/Nadiren	156	41,9
	Fikri olmayan	24	6,5
	Sıklıkla	115	30,9
	Her zaman	45	12,1
Pandemi Döneminde Toplumda Takdir Edildiğini Hissetme Sıklığı	Hiçbir zaman	65	17,5
	Bazen/Nadiren	188	50,5
	Fikri olmayan	46	12,4
	Sıklıkla	62	16,7
	Her zaman	11	2,9
Çalışma Hayatına İlişkin Sorumlulukları	Artan	237	63,7
	Artmayan	135	36,3
Aile Hayatına İlişkin Sorumlulukları	Artan	215	57,8
	Artmayan	157	42,2

Katılımcıların %43'ü (n=160) her zaman ya da sıklıkla pandemi döneminde toplumdan dışlandığını hissettiğini, %19,6'si (n=73) her zaman ya da sıklıkla pandemi döneminde toplumda takdir edildiğini hissettiğini, %63,7'si (n=237) çalışma hayatına ilişkin sorumluluklarının arttığını, %57,8'i (n=215) aile hayatına ilişkin sorumluluklarının arttığını belirtmiştir.

Tablo 5.11. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Pandemi Öncesi ve Pandemi Döneminde Geçirdikleri Kazaların Dağılımı (2021)

		Pandemi Öncesi Dönem		Pandemi Dönemi	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
İğne Batması Gibi Delici Kesici Alet Yaralanması	Geçiren	103	27,7	108	29,0
	Geçirmeyen	269	72,3	264	71,0
Pandemi öncesi dönem: Ortalama $\pm$ SS: 2,43 $\pm$ 1,58, Ortanca: 2,00, Tepe değeri: 2, En küçük-En büyük: 1-10, Birinci-Üçüncü çeyrek: 1,00-3,00					
Pandemi dönemi: Ortalama $\pm$ SS: 3,20 $\pm$ 2,70, Ortanca: 3,00, Tepe değeri: 2, En küçük-En büyük: 1-20, Birinci-Üçüncü çeyrek: 2,00-4,00					
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hasta/Temaslı Vücut Sıvısı ile Temas	Geçiren	91	24,5	137	36,8
	Geçirmeyen	281	75,5	235	63,2
Pandemi öncesi dönem Ortalama $\pm$ SS: 5,21 $\pm$ 5,19, Ortanca: 3,00, Tepe değeri: 2, En küçük-En büyük: 1-20, Birinci-Üçüncü çeyrek: 2,00-5,00					
Pandemi dönemi Ortalama $\pm$ SS: 6,88 $\pm$ 15,72, Ortanca: 3,00, Tepe değeri: 2, En küçük-En büyük: 1-150, Birinci-Üçüncü çeyrek: 2,00-5,00					

Katılımcıların %27,7'si (n=103) pandemi öncesi dönemde iğne batması gibi delici-kesici alet yaralanması geçirdiğini ifade etmiştir. Pandemi öncesi dönemde delici-kesici alet yaralanması geçirme ortalaması 2,43 $\pm$ 1,58'dir. Son bir yıllık döneme bakıldığında iğne batması gibi delici-kesici alet yaralanması geçirdiğini ifade edenler %29'a (n=108) ulaşmıştır. Pandemi dönemindeki delici-kesici alet yaralanması geçirme ortalaması ise 3,20 $\pm$ 2,70 olmuştur.

Katılımcıların %24,5'i (n=91) pandemi öncesi dönemde hasta/temaslı vücut sıvısı ile temas şeklinde kaza geçirdiğini belirtmiştir. Pandemi öncesi dönemde hasta/temaslı vücut sıvısı ile temas şeklinde kaza geçirme ortalaması 5,21 $\pm$ 5,19'dur. Pandemi döneminde hasta/temaslı vücut sıvısı ile temas şeklinde kaza geçirdiğini ifade edenlerin sıklığı %36,8 (n=137) olmuştur. Pandemi döneminde hasta/temaslı vücut sıvısı ile temas şeklinde kaza geçirme ortalaması 6,88 $\pm$ 15,72'dur.

Araştırmaya katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının işi nedeniyle duydukları bazı kaygıların (Tablo 5.12) ve yaşadıkları bazı sorunların (Tablo 5.13) sıklıklarının yüzde dağılımı aşağıda sunulmuştur.

Tablo 5.12. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının İşi Nedeniyle Duyduğu Bazı Kaygıların Sıklıklarının Yüzde Dağılımı (2021)

İş Nedeniyle Kaygı (n=372)	Hiçbir zaman	Bazen/Nadiren	Fikrim yok	Sıklıkla	Her zaman	Toplam
COVID-19'a Yakalanma	2,2	3,2	0,3	53,0	41,3	100,0
Enfeksiyonu Eve Taşıma Riski	0,5	7,0	4,3	43,8	44,4	100,0
Testlere ve Tedaviye Hızlı Erişememe	9,7	20,4	21,8	35,2	12,9	100,0
Kişisel İhtiyaçların Karşılanamaması	9,1	20,4	10,5	37,4	22,6	100,0
Ailenin İhtiyaçlarının Karşılanamaması	15,6	20,2	13,7	32,2	18,3	100,0
Güncel ve Doğru Bilgiye Erişememe	5,4	19,1	15,6	40,9	19,0	100,0
Yöneticilerle İletişim Kuramama	6,7	19,6	15,1	41,7	16,9	100,0
İş Arkadaşları ile Sorun Yaşama	10,5	28,2	19,1	30,9	11,3	100,0
Şikâyet Edilme	8,9	26,3	13,7	33,6	17,5	100,0
COVID-19'dan Yeteri Kadar Korunamama	7,3	14,8	9,4	41,7	26,8	100,0
Günlük Planlanan İşleri Tamamlayamama	5,4	15,1	10,5	42,7	26,3	100,0

Tablo 5.13. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Pandemi Dönemindeki Bazı Sorunlarının Sıklıklarının Yüzde Dağılımı (2021)

Pandemi Dönemindeki Sorunlar (n=372)	Hiçbir zaman	Bazen/Nadiren	Fikrim yok	Sıklıkla	Her zaman	Toplam
Yeteri sayıda kişisel koruyucu donanım olmaması	10,2	26,6	5,6	47,8	9,8	100,0
İşe uygun KKD (Maske, eldiven vb.) olmaması	11,6	27,4	11,8	39,3	9,9	100,0
KKD'ler nedeni ile yoğun sıvı/elektrolit kaybı	3,5	16,9	12,6	36,9	30,1	100,0
KKD'ler nedeni ile tuvalet gereksinimini erteleme	2,4	16,1	13,7	44,9	22,9	100,0
Ekip arkadaşlarınızla anlaşmazlık	10,2	30,9	17,7	32,8	8,4	100,0
Yöneticilerinizle anlaşmazlık	5,4	27,4	15,3	38,4	13,5	100,0
Aile üyelerinizle anlaşmazlık	12,9	30,9	15,1	32,8	8,3	100,0
Hasta/temaslılarla iletişim sorunları	3,2	16,4	14,8	45,4	20,2	100,0
İş yerine ulaşım olanaklarında sınırlılık	7,3	10,2	9,4	48,1	25,0	100,0
Öğün atlama ya da öğünlerin zamanında yenilememesi	1,9	7,3	13,2	51,1	26,5	100,0
Yemek sağlanmaması	4,0	10,8	13,7	46,5	25,0	100,0
Yeteri kadar sıvı alamamak	3,8	14,0	11,0	48,1	23,1	100,0
Verilen yemek ve içeceklerin kalitesinin iyi olmaması	7,1	13,4	15,6	42,7	21,2	100,0
Kişisel temizlik olanaklarının sınırlılığı	6,5	14,8	12,1	46,0	20,6	100,0
Uygun el yıkama, tuvalet vb. olanakların olmaması	8,3	13,7	13,2	44,4	20,4	100,0
Dinlenme için yeterli zaman olmaması	1,8	11,3	10,8	45,7	30,4	100,0
Dinlenme alanı olanaklarının yetersiz olması	4,8	12,9	13,4	47,8	21,1	100,0
Günlük, uzun çalışma süresi	5,4	12,6	14,0	43,5	24,5	100,0
Günlük planlamalarda aksamalar	4,0	13,7	11,3	46,5	24,5	100,0
Ekip üyelerinin sayısının yeterli olmaması	9,1	15,6	15,6	37,6	22,1	100,0
Ekip üyelerinin tamamının önlemlere uymaması	10,5	22,0	17,5	36,3	13,7	100,0
Uygun olmayan termal koşullarda çalışmak.	2,4	11,6	9,4	47,6	29,0	100,0

Araştırma grubunun %94,3'ü (n=351) COVID-19'a yakalanma; %88,2'si (n=328) enfeksiyonu eve taşıma riski; %48,1'i (n=179) testlere ve tedaviye hızlı erişememe; %60,0'ı (n=223) kişisel ihtiyaçların karşılanamaması; %50,6'sı (n=188) ailenin ihtiyaçlarının karşılanamaması; %60,0'ı (n=223) güncel ve doğru bilgiye erişememe konusunda kaygı duyduğunu belirtmiştir.

Araştırma grubunun %58,6'sı (n=218) yöneticilerle iletişim kuramama; %42,2'si (n=157) iş arkadaşları ile sorun yaşama; %51,1'i (n=190) şikâyet edilme; %68,5'i (n=255) COVID-19'dan yeteri kadar korunamama; %69,0'u (n=257) günlük planlanan işleri tamamlayamama konusunda kaygısı olduğunu belirtmiştir.

Araştırma grubunun %57,5'i (n=214) yeterli sayıda KKD olmaması; %49,1'i (n=183) işe uygun KKD olmaması; %66,9'u (n=249) KKD'ler nedeniyle yoğun sıvı/elektrolit kaybı yaşanması; %67,7'si (n=252) KKD'ler nedeniyle tuvalet gereksinimini erteleme; %41,1'i (n=153) ekip arkadaşları ile anlaşmazlık sorununu sıklıkla/her zaman yaşadığını belirtmiştir.

Araştırma grubunun %51,8'i (n=193) yöneticilerle anlaşmazlık; %41,1'i (n=153) aile üyeleri ile anlaşmazlık; %65,6'sı (n=244) hasta/temaslılarla iletişim sorunları; %73,1'i (n=272) iş yerine ulaşım sorununu sıklıkla/her zaman yaşadığını belirtmiştir.

Araştırma grubunun %77,6'sı (n=289) öğünlerin zamanında yenilememesi; %71,5'i (n=266) yemek sağlanmaması; %71,2'si (n=265) yeteri kadar sıvı alamamak; %63,9'u (n=238) verilen yemeklerin yetersiz olması; %66,7'si (n=248) kişisel temizlik olanaklarının sınırlı olması sorununu sıklıkla/her zaman yaşadığını belirtmiştir.

Araştırma grubunun %64,8'i (n=241) uygun el yıkama/tuvalet olanaklarının olmaması; %76,1'i (n=283) dinlenme için yeterli zaman olmaması; %68,8'i (n=256) dinlenme alanı olanaklarının yetersiz olması; 68,'i (n=253) uzun çalışma süresi sorununu sıklıkla/her zaman yaşadığını belirtmiştir.

Araştırma grubunun %71'i (n=264) günlük planlamalarda aksamalar; %59,6'sı (n=222) ekip üyelerinin sayısının yetersiz olması; %50'si (n=186) ekip

üyelerinin önlemlere tam olarak uymaması; %76,6'sı (n=285) uygunsuz termal koşullarda çalışmak sorununu sıklıkla/her zaman yaşadığını belirtmiştir.

5.3. İsveç İş Yüğü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Bulguları

Araştırmada kullanılan ölçeğin güvenilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla Cronbach's alfa iç tutarlılık analizi yapılmıştır. Cronbach's alfa değerleri iş yüğü için 0,70, iş kontrolü için 0,58 ve sosyal destek için 0,82 olarak saptanmıştır. 17 maddeden oluşan ölçeğin toplam Cronbach's alfa değeri 0,77 olarak saptanmıştır.

Tablo 5.14. İsveç İş Yüğü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği ile Alt Boyutlarının Cronbach's Alfa Değerleri (2021)

	Cronbach's Alfa
Toplam Ölçek	0,77
İş yüğü (5)	0,70
İş kontrolü (6)	0,58
Sosyal destek (6)	0,82

İsveç İş yüğü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğine ilişkin bulgular Tablo 5.15-17'de sunulmuştur.

Tablo 5.15. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının İsveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Yanıtlarının Yüzde Dağılımı (n=372) (2021)

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Toplam
İşinizde çok hızlı çalışmak zorunda mısınız?	0,5	4,8	41,4	53,3	100,0
İşinizde çok yoğun çalışmak zorunda mısınız?	0,3	3,8	46,7	49,2	100,0
İşiniz çok fazla kuvvet (efor) gerektirir mi?	1,6	5,9	22,6	69,9	100,0
İşinizde, işinizle ilgili görevleri yetiştirecek kadar zamanınız oluyor mu?	4,8	12,1	51,3	31,8	100,0
İşinizde, sizden birbiriyle çelişen şeyler istenir mi?	4,6	31,4	43,0	21,0	100,0
İşinizde, yeni şeyleri öğrenme olasılığınız var mı?	4,3	18,0	53,0	24,7	100,0
İşiniz, yüksek düzeyde beceri ve uzmanlık gerektirir mi?	2,2	10,8	30,4	56,6	100,0
İşinizde sizden yenilikler yapmanız beklenir mi?	8,6	23,7	42,7	25,0	100,0
İşinizde her gün aynı şeyleri mi yaparsınız? İşiniz monoton mudur?	12,1	23,9	43,0	21,0	100,0
İşinizi nasıl yapacağınız konusunda karar vermede sizin seçim hakkınız var mı?	5,9	23,4	43,0	27,7	100,0
İşinizde ne yapacağınıza karar vermede sizin seçim hakkınız var mıdır?	6,2	19,1	51,1	23,6	100,0
	Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Toplam
Çalıştığım yerde sakin ve hoş bir ortam var	20,2	44,4	27,2	8,2	100,0
Çalıştığım yerde birbirimizle iyi geçiniriz	4,8	31,7	46,2	17,3	100,0
İşyerinde çalışanlar beni destekler	5,1	22,8	54,6	17,5	100,0
Kötü günümdeysen iş yerindekiler durumumu anlarlar	4,8	34,9	39,5	20,8	100,0
Üstlerimle ilişkilerim iyidir	10,2	38,2	37,4	14,2	100,0
İş arkadaşlarımla çalışmak hoşuma gider	4,6	32,8	43,0	19,6	100,0

Araştırma grubunun 53,3'ü (n=198) “İşinizde çok hızlı çalışmak zorunda mısınız?” sorusuna, %49,2'si (n=183) “İşinizde çok yoğun çalışmak zorunda mısınız?” sorusuna, %69,9'u (n=260) “İşiniz çok fazla kuvvet (efor) gerektirir mi?” sorusuna, %31,8'i (n=118) “İşinizde, işinizle ilgili görevleri yetiştirecek kadar zamanınız oluyor mu?” sorusuna, %21,0'i (n=78) “İşinizde, sizden birbiriyle çelişen şeyler istenir mi?” sorusuna, %24,7'si (n=92) “İşinizde, yeni şeyleri öğrenme olasılığınız var mı?” sorusuna, %56,6'sı (n=211) “İşiniz, yüksek düzeyde beceri ve uzmanlık gerektirir mi?” sorusuna, %25,0'i (n=93) “İşinizde sizden yenilikler yapmanız beklenir mi?” sorusuna, %21,0'i (n=78) “İşinizde her gün aynı şeyleri mi yaparsınız? İşiniz monoton mudur?” sorusuna, %27,7'si (n=103) “İşinizi nasıl yapacağınız konusunda karar vermede sizin seçim hakkınız var mı?” sorusuna, %23,6'sı “İşinizde ne yapacağınıza karar vermede sizin seçim hakkınız var mıdır?” sorusuna sıklıkla yanıtını vermiştir.

Katılımcıların %8,2'si (n=31) “Çalıştığım yerde sakin ve hoş bir ortam var” önermesine, %17,3'ü (n=64) “Çalıştığım yerde birbirimizle iyi geçiniriz” önermesine, %17,5'i (n=65) “İşyerinde çalışanlar beni destekler” önermesine, %20,8'i (n=77) “Kötü günümdeysem iş yerindekiler durumumu anlarlar” önermesine, %14,2'si (n=53) “Üstlerimle ilişkilerim iyidir” önermesine, %19,6'sı (n=73) “İş arkadaşlarımla çalışmak hoşuma gider” önermesine kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir.

Tablo 5.16. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının İşveç İş Yüğü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı (2021)

	Ortalama±SS	Ortanca	Tepe Değeri	En Küçük-En Büyük	Birinci-Üçüncü Çeyrekler
İş Yüğü	15,23±1,799	15,00	14	8-20	14,0-16,0
İş Kontrolü	17,36±2,645	17,00	17	9-24	16,0-19,0
Beceri Kullanımı	11,51±1,873	12,00	12	6-16	10,0-13,0
Karar Serbestliği	5,85±1,487	6,00	6	2-8	5,0-7,0
Sosyal Destek	15,93±3,609	15,00	24	6-24	14,0-18,0
İş Stresi	0,89±0,190	0,85	1	0,5-2,2	0,7-1,0

Araştırma grubunun iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeği puanlarının dağılımında, iş yükü puan ortalaması $15,23 \pm 1,799$ 'dur. Beceri kullanımı puanı ve karar serbestliği puanlarının toplanması ile elde edilen iş kontrolü puanlarının ortalaması $17,36 \pm 2,645$ olup, iş yükü puanının iş kontrolü puanına bölünmesiyle elde edilen iş stresi puan ortalaması ise $0,89 \pm 0,190$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların sosyal destek puanları ortalaması ise $15,93 \pm 3,609$ olmuştur. İsveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği değerlendirilmiş ve iş yükü puanları ile iş kontrolü puanları medyan kesim noktasına göre düşük/yüksek puan olarak yeniden kodlanmıştır. Medyan ve altında puan alan katılımcılar düşük iş yükü ve iş kontrolü, medyanın üzerinde puan alan katılımcılar ise yüksek iş yükü ve iş kontrolü olarak belirlenip iş yükü-iş kontrolü modeline göre yeniden değerlendirilmiştir. İş yükü – iş kontrolü modelinde iş yükü ve iş kontrolünün düşük ve yüksek alt düzeylerine göre ifade edilen pasif iş, düşük iş stresi, yüksek iş stresi, aktif iş kategorileri Tablo 5.19.'da verilmiştir.

Tablo 5.17. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının İş Yükü-İş Kontrolü Modelinin Dörtlü Yapısına Göre Dağılımı (2021)

		İş Kontrolü (n=372)			
		Düşük		Yüksek	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
İş Yükü	Düşük	108	29,3	105	28,1
	Pasif İş				
	Yüksek	84	22,5	75	20,1
		Yüksek İş Stresi		Aktif İş	

İş yükü puanı katılımcıların %57,4'ünde (n=213) düşük (düşük iş yükü) iken %42,6'sında (n=159) yüksek (yüksek iş yükü) saptanmış, iş kontrolü puanı ise katılımcıların %51,8'inde (n=192) düşük (düşük iş kontrolü), %48,2'sinde (n=180) yüksek (yüksek iş kontrolü) bulunmuştur. İş yükü - iş kontrolü modelinin dörtlü yapısına göre katılımcıların %22,5'i yüksek iş stresi, %28,1'i düşük iş stresi grubundadır.

5.4. Karşılaştırmalı Bulgular

5.4.1. Sosyodemografik ve Çalışma Hayatı Özellikleri - Kaygı, Sorun, Sağlık Özellikleri

Araştırmaya katılan hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanı acil tıp teknisyeni ve paramediklerin bazı sosyodemografik ve çalışma hayatı özellikleri ile kaygı, sorun, sağlık özelliklerine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulguların dağılımı Tablo 5.18-27’de sunulmuştur.



Tablo 5.18. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Her Zaman ya da Sıklıkla Kaygı Duyma Sıklıklarının Yüzde Dağılımı (2021)

Her zaman ya da sıklıkla kaygı	Cinsiyet (n=372)		Medeni Durum (n=372)		Çocuğu (n=372)		Öğrenim durumu (n=372)		Aylık Gelir (n=372)		Eşinin çalışma durumu (n=284)	
	Erkek	Kadın	Evli	Bekar	Var	Yok	Lisans altı	Lisans ve üstü	Giderden az	Gidere eşit/fazla	Çalışıyor	Çalışmıyor
COVID-19'a yakalanma	93,6	95,0 p=0,578	95,4	90,9 p=0,117*	94,8	93,4 p=0,594	94,8	93,8 p=0,699	94,4	92,3 p=0,536*	95,1	96,6 p=1,000*
Enfeksiyonu eve taşıma riski	87,9	88,4 p=0,863	89,4	84,1 p=0,175	88,4	87,7 p=0,845	84,3	93,2 p=0,008	88,3	84,6 p=0,658*	88,4	93,2 p=0,288
Gerektiğinde testlere ve tedaviye hızlı erişememe	46,2	49,7 p=0,500	45,4	56,8 p=0,062	45,6	53,3 p=0,164	52,9	42,0 p=0,037	47,9	53,8 p=0,674	45,3	45,8 p=0,953
Kişisel ihtiyaçlarınızın karşılanamaması	63,0	57,3 p=0,262	60,6	58,0 p=0,663	59,6	60,7 p=0,845	60,0	59,9 p=0,981	60,2	53,8 p=0,648	60,9	59,3 p=0,826
Ailenizin ihtiyaçlarının karşılanamaması	53,2	48,2 p=0,342	52,5	44,3 p=0,182	52,4	46,7 p=0,304	53,8	46,3 p=0,151	51,0	38,5 p=0,375	51,6	55,9 p=0,549
Güncel ve doğru bilgiye erişememe	60,1	59,8 p=0,950	62,3	52,3 p=0,093	62,8	54,1 p=0,108	62,4	56,8 p=0,275	60,7	38,5 p=0,108	62,2	62,7 p=0,945
Yöneticilerle iletişim kuramama	57,8	59,3 p=0,771	61,3	50,0 p=0,061	61,2	53,3 p=0,145	58,1	59,3 p=0,821	58,8	53,8 p=0,723	62,7	55,9 p=0,345
Mesai arkadaşlarınızla sorun yaşama	40,5	43,7 p=0,526	43,0	39,8 p=0,597	44,0	38,5 p=0,315	42,9	41,4 p=0,772	42,1	46,2 p=0,769	42,2	45,8 p=0,625
Şikâyet edilme	51,4	50,8 p=0,894	52,8	45,5 p=0,227	53,6	45,9 p=0,163	50,5	51,9 p=0,792	51,3	46,2 p=0,718	55,1	44,1 p=0,130
COVID-19'dan yeteri kadar korunamama	68,2	68,8 p=0,895	69,0	67,0 p=0,728	69,2	67,2 p=0,698	67,1	70,4 p=0,506	69,4	46,2 p=0,123*	70,2	64,4 p=0,390
Günlük planlanan işleri tamamlayamama	67,6	70,4 p=0,571	68,0	72,7 p=0,398	68,4	70,5 p=0,682	68,6	69,8 p=0,807	69,4	61,5 p=0,551*	69,3	62,7 p=0,332

Sütun yüzdesi dağılımları verilmiştir.

p değeri Pearson ki kare testi ile hesaplanmıştır.

*p değeri Fisher-Freeman-Halton Exact testi ile hesaplanmıştır.

Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre bazı durumlarda her zaman ya da sıklıkla kaygı duyma sıklıklarının dağılımına bakıldığında, enfeksiyonu eve taşıma riski konusunda lisans düzeyi altında eğitim alanların %84,3'ünün her zaman ya da sıklıkla kaygı duyduğu görülürken, lisans ve üzeri eğitim alanların %93,2'sinin her zaman ya da sıklıkla kaygı duyduğu görülmüş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,008$).

Gerektiğinde testlere ve tedaviye hızlı erişememe riski konusunda lisans düzeyi altında eğitim alanların %52,9'unun her zaman ya da sıklıkla kaygı duyduğu görülürken, lisans ve üzeri eğitim alanların %42'sinin her zaman ya da sıklıkla kaygı duyduğu görülmüş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,037$).

COVID-19'a yakalanma riski konusunda kadınların %95'inin, erkeklerin %93,6'sının kaygı duyduğu görülmüş olup bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p=0,578$).

Gerektiğinde testlere ve tedaviye hızlı erişememe riski konusunda bekar olanların %56,8'inin her zaman ya da sıklıkla kaygı duyduğu görülürken, evli olanların %45,4'ünün her zaman ya da sıklıkla kaygı duyduğu görülmüş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p=0,062$).

Yöneticilerle iletişim kuramama riski konusunda bekar olanların %50'sinin her zaman ya da sıklıkla kaygı duyduğu görülürken, evli olanların %61,3'ünün her zaman ya da sıklıkla kaygı duyduğu görülmüş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p=0,061$).

Aile ihtiyaçlarının karşılanamaması riski konusunda çocuğu olanların %52,4'ünün her zaman ya da sıklıkla kaygı duyduğu görülürken, çocuğu olmadığını belirtenlerin %46,7'sinin her zaman ya da sıklıkla kaygı duyduğu görülmüş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p=0,304$).

Güncel ve doğru bilgiye erişememe riski konusunda lisans düzeyi altında eğitim alanların %62,4'ünün her zaman ya da sıklıkla kaygı duyduğu görülürken, lisans ve

üzeri eğitim alanların %56,8'inin her zaman ya da sıklıkla kaygı duyduğu görülmüş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p=0,275$).

Günlük planlanan işleri tamamlayamama riski konusunda eşi çalışanların %69,3'ünün her zaman ya da sıklıkla kaygı duyduğu görülürken, eşi çalışmayanların %62,7'sinin her zaman ya da sıklıkla kaygı duyduğu görülmüş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p=0,332$).

Katılımcıların yaş gruplarına göre bazı durumlarda her zaman ya da sıklıkla kaygı duyma sıklıklarının dağılımına bakıldığında, yöneticilerle iletişim kuramama konusunda 20-25 yaş grubunda olanların %65,2'si, 26-30 yaş grubunda olanların %46,5'i, 31-35 yaş grubunda olanların %58,3'ü, 36-40 yaş grubunda olanların %68,2'si, 41-51 yaş grubunda olanların ise %66,7'si her zaman ya da sıklıkla kaygı duyduğunu belirtmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,026$). Diğer kaygı durumu özellikleri ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Tablo 5.18.).

Tablo 5.19. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Yaş Gruplarına Göre Her Zaman ya da Sıklıkla Kaygı Duyma Sıklıklarının Yüzde Dağılımı (2021)

Yaşanılan Sorunlar (n=372)	Yaş Grubu					p
	20-25	26-30	31-35	36-40	41-51	
COVID-19'a yakalanma	95,7	95,0	93,2	94,5	100,0	0,959
Enfeksiyonu eve taşıma riski	87,0	87,1	84,8	92,7	100,0	0,365
Gerektiğinde testlere ve tedaviye hızlı erişememe	60,9	42,6	43,9	56,4	33,3	0,126
Kişisel ihtiyaçlarınızın karşılanamaması	65,2	53,5	65,2	58,2	66,7	0,438
Ailenizin ihtiyaçlarının karşılanamaması	65,2	44,6	50,0	52,7	66,7	0,374
Güncel ve doğru bilgiye erişememe	60,9	52,5	64,4	62,7	33,3	0,236
Yöneticilerle iletişim kuramama	65,2	46,5	58,3	68,2	66,7	0,026
Mesai arkadaşlarınızla sorun yaşama	52,2	35,6	42,4	46,4	33,3	0,443
Şikâyet edilme	69,6	41,6	53,0	53,6	50,0	0,117
COVID-19'dan yeteri kadar korunamama	65,2	69,3	73,5	64,5	33,3	0,205
Günlük planlanan işleri tamamlamama	69,6	68,3	72,7	67,3	33,3	0,348

Sütun yüzdesi dağılımları verilmiştir.

p değeri Fisher-Freeman-Halton Exact testi ile hesaplanmıştır.

Tablo 5.20. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Her Zaman ya da Sıklıkla Yaşanan Sorunların Yüzde Dağılımı (2021)

Her zaman ya da sıklıkla sorun yaşıyan	Cinsiyet (n=372)		Medeni Durum (n=372)		Çocuğu (n=372)		Öğrenim durumu (n=372)		Aylık Geliri (n=372)		Eşinin çalışma durumu (n=284)	
	Erkek	Kadın	Evli	Bekar	Var	Yok	Lisans altı	Lisans ve üstü	Giderden az	Gidere eşit/ fazla	Çalışıyor	Çalışmıyor
Yeteri sayıda kişisel koruyucu donanım olmaması	54,3	60,3 p=0,246	56,3	61,4 p=0,405	56,8	59,0 p=0,685	61,0	53,1 p=0,128	58,8	23,1 p=0,011	59,6	44,1 p=0,033
İşe uygun KKD (Maske, eldiven vb.) olmaması	48,0	50,3 p=0,662	47,2	55,7 p=0,164	46,4	54,9 p=0,123	50,5	47,5 p=0,573	50,1	23,1 p=0,055	49,8	37,3 p=0,087
KKD'ler nedeni ile yoğun sıvı/elektrolit kaybı (terleme)	64,2	69,3 p=0,289	64,8	73,9 p=0,114	64,4	72,1 p=0,137	65,2	69,1 p=0,428	67,1	61,5 p=0,766*	66,2	59,3 p=0,323
KKD'ler nedeni ile tuvalet gereksinimini erteleme	67,1	68,3 p=0,791	67,6	68,2 p=0,920	67,2	68,9 p=0,749	66,2	69,8 p=0,466	67,7	69,2 p=1,000*	68,9	62,7 p=0,367
Ekip arkadaşlarınızla anlaşmazlık	34,7	46,7 p=0,018	39,8	45,5 p=0,345	39,6	44,3 p=0,391	46,2	34,6 p=0,024	41,2	38,5 p=0,842	40,0	39,0 p=0,887
Yöneticilerinizle anlaşmazlık	53,2	50,8 p=0,641	52,8	48,9 p=0,517	51,6	52,5 p=0,876	54,8	48,1 p=0,206	52,4	38,5 p=0,324	52,0	55,9 p=0,590
Aile üyelerinizle anlaşmazlık	38,7	43,2 p=0,380	41,2	40,9 p=0,962	42,4	38,5 p=0,476	44,3	37,0 p=0,159	41,8	23,1 p=0,178	43,1	33,9 p=0,201
Hasta/temaslılarla iletişim sorunları	64,2	66,8 p=0,588	67,3	60,2 p=0,225	66,8	63,1 p=0,482	64,3	67,3 p=0,546	65,7	61,5 p=0,771*	68,4	62,7 p=0,404
İş yerine ulaşım olanaklarında (Personel servisi vb.) sınırlılık	71,7	74,4 p=0,559	73,6	71,6 p=0,711	74,8	69,7 p=0,295	72,4	74,1 p=0,715	73,3	69,2 p=0,754*	73,3	74,6 p=0,847
Öğün atlama ya da öğünlerin zamanında yenilememesi	76,9	78,4 p=0,727	77,8	77,3 p=0,915	77,6	77,9 p=0,953	76,7	79,0 p=0,590	77,4	84,6 p=0,741*	77,8	78,0 p=0,975
Yemek sağlanmaması	72,8	70,4 p=0,597	71,5	71,6 p=0,984	72,0	70,5 p=0,762	72,9	69,8 p=0,511	71,9	61,5 p=0,531*	71,6	71,2 p=0,955

Sütun yüzdesi dağılımları verilmiştir.

p değeri Pearson ki kare testi ile hesaplanmıştır.

*p değeri Fisher-Freeman-Halton Exact testi ile hesaplanmıştır.

Tablo 5.20 (devamı). Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Her Zaman ya da Sıklıkla Yaşanan Sorunların Yüzde Dağılımı (2021)

Her zaman ya da sıklıkla sorun yaşayan	Cinsiyet (n=372)		Medeni Durum (n=372)		Çocuğu (n=372)		Öğrenim durumu (n=372)		Aylık Gelir (n=372)		Eşinin çalışma durumu (n=284)	
	Erkek	Kadın	Evli	Bekar	Var	Yok	Lisans altı	Lisans ve üstü	Giderden az	Gidere eşit/fazla	Çalışıyor	Çalışmıyor
Yeteri kadar sıvı alamamak	69,9	72,4 p=0,607	70,8	72,7 p=0,724	71,6	70,5 p=0,825	68,1	75,3 p=0,128	71,0	76,9 p=0,765*	71,1	69,5 p=0,808
Verilen yemek ve içeceklerin kalitesinin kötü ve yetersiz olması	62,4	65,3 p=0,561	63,7	64,8 p=0,859	63,6	64,8 p=0,828	62,9	65,4 p=0,608	64,3	53,8 p=0,558*	64,0	62,7 p=0,855
Kişisel temizlik olanaklarının sınırlılığı	68,2	65,3 p=0,557	67,6	63,6 p=0,490	67,2	65,6 p=0,755	61,9	72,8 p=0,027	67,4	46,2 p=0,136*	67,1	69,5 p=0,728
Uygun el yıkama, tuvalet vb. olanakların olmaması	63,6	65,8 p=0,651	66,9	58,0 p=0,125	67,6	59,0 p=0,104	65,2	64,2 p=0,835	65,2	53,8 p=0,393*	67,1	66,1 p=0,883
Dinlenme için yeterli zaman olmaması	74,6	77,4 p=0,525	75,4	78,4 p=0,557	74,8	78,7 p=0,409	73,8	79,0 p=0,244	75,8	84,6 p=0,741*	76,0	72,9 p=0,621
Dinlenme alanı olanaklarının yetersiz olması	66,5	70,9 p=0,363	67,6	72,7 p=0,365	67,2	72,1 p=0,335	71,0	66,0 p=0,311	69,1	61,5 p=0,554*	67,1	69,5 p=0,728
Günlük, uzun çalışma süresi	63,0	72,4 p=0,054	69,0	64,8 p=0,456	68,8	66,4 p=0,640	64,3	72,8 p=0,079	68,2	61,5 p=0,763*	70,7	62,7 p=0,240
Günlük planlamalarda aksamalar	68,8	72,9 p=0,387	68,7	78,4 p=0,078	68,0	77,0 p=0,071	67,1	75,9 p=0,064	70,5	84,6 p=0,362*	71,1	59,3 p=0,082
Ekip üyelerinin sayısının yeterli olmaması	59,5	59,8 p=0,959	61,3	54,5 p=0,261	61,6	55,7 p=0,279	55,7	64,8 p=0,076	61,0	23,1 p=0,006	62,2	57,6 p=0,519
Ekip üyelerinin tamamının önlemlere tam olarak uymaması	48,6	51,3 p=0,603	50,0	50,0 p=1,000	50,4	49,2 p=0,825	51,4	48,1 p=0,530	50,7	30,8 p=0,158	50,2	49,2 p=0,884
Uygun olmayan termal koşullarda çalışmak	72,8	79,9 p=0,108	75,7	79,5 p=0,457	74,0	82,0 p=0,088	73,3	80,9 p=0,089	76,3	84,6 p=0,741*	77,3	69,5 p=0,211

Sütun yüzdesi dağılımları verilmiştir.

p değeri Pearson ki kare testi ile hesaplanmıştır.

*p değeri Fisher-Freeman-Halton Exact testi ile hesaplanmıştır.

Tablo 5.21. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bazı Sağlık Özelliklerinin Yüzde Dağılımı (2021)

	Cinsiyet (n=372)		Medeni Durum (n=372)		Çocuğu (n=372)		Öğrenim durumu (n=372)		Aylık Gelir (n=372)		Eşinin çalışma durumu (n=284)	
En az 2 doz COVID-19 aşısı	Erkek	Kadın	Evli	Bekar	Var	Yok	Lisans altı	Lisans ve üstü	Giderden az	Gidere eşit/fazla	Çalışıyor	Çalışmıyor
Olan	91,9	93,5	91,9	95,5	92,4	93,4	94,3	90,7	93,0	84,6	90,7	96,6
Olmayan	8,1	6,5	8,1	4,5	7,6	6,6	5,7	9,3	7,0	15,4	9,3	3,4
	p=0,563		p=0,262		p=0,716		p=0,191		p=0,242*		p=0,182*	
COVID-19 hastalığı												
Geçiren	35,8	41,2	42,6	26,1	42,8	30,3	38,6	38,9	38,7	38,5	44,9	33,9
Geçirmeyen	64,2	58,8	57,4	73,9	57,2	69,7	61,4	61,1	61,3	61,5	55,1	66,1
	p=0,289		p=0,006		p=0,020		p=0,950		p=0,985		p=0,129	
Herhangi bir şiddete maruz												
Kalan	80,3	72,4	79,2	65,9	78,0	72,1	73,8	79,0	76,6	61,5	78,7	81,4
Kalmayan	19,7	27,6	20,8	34,1	22,0	27,9	26,2	21,0	23,4	38,5	21,3	18,6
	p=0,072		p=0,011		p=0,213		p=0,244		p=0,203*		p=0,650	
Genel sağlık durumu algısı												
Çok iyi, iyi	72,3	72,9	72,9	71,6	73,2	71,3	71,0	74,7	72,4	76,9	74,2	67,8
Orta, kötü, çok kötü	27,7	27,1	27,1	28,4	26,8	28,7	29,0	25,3	27,6	23,1	25,8	32,2
	p=0,895		p=0,812		p=0,701		p=0,423		p=1,000*		p=0,323	

Sütun yüzdesi dağılımları verilmiştir.

p değeri Pearson ki kare testi ile hesaplanmıştır.

*p değeri Fisher-Freeman-Halton Exact testi ile hesaplanmıştır.

Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre bazı durumlarda her zaman ya da sıklıkla sorun yaşama sıklıklarının dağılımına bakıldığında, yeteri sayıda kişisel koruyucu donanım olmaması konusunda aylık geliri giderden az olanların %58,8'i sorun yaşarken, aylık geliri gidere eşit/fazla olanların %23,1'i sorun yaşadığını ifade etmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,011$).

Yeteri sayıda kişisel koruyucu donanım olmaması konusunda eşi çalışanların %59,6'sı sorun yaşarken, eşi çalışmayanların %44,1'i sorun yaşadığını belirtmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,033$).

Ekip arkadaşlarıyla anlaşmazlık konusunda erkeklerin %34,7'si sorun yaşadığını belirtirken kadınların %46,7'si sorun yaşadığını belirtmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,018$).

Ekip arkadaşlarıyla anlaşmazlık konusunda lisans altı eğitim düzeyine sahip olanların %46,2'si sorun yaşadığını belirtirken lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip olanların %34,6'sı sorun yaşadığını belirtmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,024$).

İşe uygun KKD (Maske, eldiven vb.) olmaması konusunda aylık geliri giderden az olanların %50,1'i sorun yaşarken, aylık geliri gidere eşit/fazla olanların %23,1'i sorun yaşadığını ifade etmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p=0,055$).

Kişisel temizlik olanaklarının sınırlılığı konusunda lisans altı eğitim düzeyine sahip olanların %61,9'u sorun yaşadığını belirtirken lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip olanların %72,8'i sorun yaşadığını belirtmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,027$).

Günlük, uzun çalışma süresi konusunda erkeklerin %63,0'ü sorun yaşadığını belirtirken kadınların %72,4'ü sorun yaşadığını belirtmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p=0,054$).

Ekip üyelerinin sayısının yeterli olmaması konusunda aylık geliri giderden az olanların %61,0'i sorun yaşarken, aylık geliri gidere eşit/fazla olanların %23,1'i sorun

yaşadığını ifade etmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,006$).

Katılımcıların medeni durumlarına göre COVID-19 hastalığı geçirme durumları incelendiğinde, evli olanların %42,6'sı, bekar olanların ise %26,1'i COVID-19 hastalığı geçirdiği belirtmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,006$).

Çocuğu olanların %42,8'i, çocuğu olmadığını ifade edenlerin ise %30,3'ü COVID-19 hastalığı geçirdiği belirtmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,020$).

Evli olanların %79,2'si, bekar olanların ise %65,9'u herhangi bir şiddete maruz kaldığını belirtmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,011$).

Tablo 5.22. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Yaş Gruplarına Göre Her Zaman ya da Sıklıkla Yaşanan Sorunların Yüzde Dağılımı (2021)

Yaşanılan Sorunlar (n=372)	Yaş Grubu					p
	20-25	26-30	31-35	36-40	41-51	
Yeterli sayıda kişisel koruyucu donanım olmaması	52,2	58,4	62,9	51,8	50,0	0,465
İşe uygun KKD (Maske, eldiven vb.) olmaması	52,2	49,5	52,3	45,5	33,3	0,777
KKD'ler nedeni ile yoğun sıvı/elektrolit kaybı (terleme)	82,6	71,3	62,1	65,5	66,7	0,288
KKD'ler nedeni ile tuvalet gereksinimini erteleme	78,3	67,3	67,4	66,4	66,7	0,478
Ekip arkadaşlarınızla anlaşmazlık	43,5	42,6	40,9	40,9	16,7	0,850
Yöneticilerinizle anlaşmazlık	52,2	48,5	53,8	51,8	66,7	0,892
Aile üyelerinizle anlaşmazlık	43,5	39,6	45,5	37,3	33,3	0,742
Hasta/temaslılarla iletişim sorunları	69,6	60,4	67,4	67,3	66,7	0,788
İş yerine ulaşım olanaklarında (Personel servisi vb.) sınırlılık	73,9	66,3	80,3	71,8	50,0	0,089
Öğün atlama ya da öğünlerin zamanında yenilememesi	73,9	76,2	75,8	82,7	66,7	0,539
Yemek sağlanmaması	65,2	72,3	65,9	79,1	66,7	0,186
Yeteri kadar sıvı alamamak	69,6	74,3	72,0	68,2	66,7	0,868
Verilen yemek ve içeceklerin kalitesinin kötü ve yetersiz olması	73,9	63,4	65,9	60,9	50,0	0,700
Kişisel temizlik olanaklarının sınırlılığı	73,9	70,3	69,7	58,2	66,7	0,264
Uygun el yıkama, tuvalet vb. olanakların olmaması	69,6	63,4	68,2	61,8	50,0	0,721
Dinlenme için yeterli zaman olmaması	69,6	79,2	75,0	76,4	66,7	0,782
Dinlenme alanı olanaklarının yetersiz olması	69,6	66,3	71,2	68,2	66,7	0,942
Günlük, uzun çalışma süresi	69,6	65,3	69,7	70,0	33,3	0,428
Günlük planlamalarda aksamalar	73,9	81,2	69,7	63,6	50,0	0,038
Ekip üyelerinin sayısının yeterli olmaması	60,9	57,4	60,6	61,8	33,3	0,710
Ekip üyelerinin tamamının önlemlere tam olarak uymaması	47,8	43,6	56,8	49,1	33,3	0,295
Uygun olmayan termal koşullarda çalışmak	78,3	78,2	78,0	73,6	66,7	0,849

Sütun yüzdesi dağılımları verilmiştir.

p değeri Fisher-Freeman-Halton Exact testi ile hesaplanmıştır.

Katılımcıların yaş gruplarına göre bazı durumlarda her zaman ya da sıklıkla sorun yaşama sıklıklarının dağılımına bakıldığında, günlük planlamalarda aksamalar olması konusunda 20-25 yaş grubunda olanların %73,9'u, 26-30 yaş grubunda olanların %81,2'si, 31-35 yaş grubunda olanların %69,7'si, 36-40 yaş grubunda olanların %63,6'sı, 41-51 yaş grubunda olanların %50,0'si her zaman ya da sıklıkla sorun yaşadığını belirtmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,038$). Diğer sorun yaşama durumlarına göre yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmamıştır.

Tablo 5.23. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Pandemi Öncesi ve Pandemi Dönemindeki Vardiyalı ve Gece Çalışmalarının Dağılımı (2021)

	Pandemi Öncesi Dönemde	Pandemi Döneminde (n)		p
		Çalışan	Çalışmayan	
Vardiyalı				
ATT (n=264)	Çalışan	89	8	1,000
	Çalışmayan	9	158	
Paramedik (n=108)	Çalışan	41	2	0,039
	Çalışmayan	10	55	
Gece Çalışması		Yapan	Yapmayan	
ATT (n=264)	Yapan	142	3	0,057
	Yapmayan	11	108	
Paramedik(n=108)	Yapan	54	1	0,070
	Yapmayan	7	46	

p değeri McNemar testi ile hesaplanmıştır.

Paramediklerin %37,9'u (n=41) pandemi öncesi dönemde ve pandemi döneminde vardiya çalışması yaptığını ifade etmiştir. Bu katılımcıların %50,9'u (n=55) hem pandemi öncesi dönemde hem de pandemi döneminde vardiyalı çalışma yapmamıştır ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,039$).

Tablo 5.24. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Halen Yapılan İşe Göre Pandemi Döneminde Çalışma ve Aile Hayatlarına İlişkin Bazı Özelliklerindeki Değişim Durumlarının Dağılımı (2021)

	Pandemi döneminde çalışma hayatına ilişkin sorumlulukları		Pandemi döneminde aile hayatına ilişkin sorumlulukları	
	Artan	Artmayan	Artan	Artmayan
ATT (n=264)	62,9	37,1	62,5	37,5
Paramedik (n=108)	65,7	34,3	46,3	53,7
	p = 0,984		p = 0,004	
	Pandemi döneminde çalışma temposu		Pandemi döneminde aylık geliri	
	Artan	Artmayan	Artan	Artmayan
ATT (n=264)	64,0	36,0	18,2	81,8
Paramedik (n=108)	66,7	33,3	12,0	88,0
	p = 0,627		p = 0,146	
Satır yüzdesi dağılımları verilmiştir. p değeri Pearson ki kare testi ile hesaplanmıştır. ATT: Acil Tıp Teknisyeni				
	Pandemi Öncesi Dönemde		Pandemi Döneminde	
İş Kazası/Meslek Hastalığına Yakalanma Endişesi		Duyan	Duymayan	
ATT (n=264)	Duyan	172	1	<0,001
	Duymayan	32	59	
Paramedik (n=108)	Duyan	65	-	0,001
	Duymayan	22	21	
Diğer Personel ve Hasta Yakınları ile İletişim Sorunları Yaşadığını		Düşünen	Düşünmeyen	
ATT (n=264)	Düşünen	146	3	<0,001
	Düşünmeyen	25	90	
Paramedik (n=108)	Düşünen	62	1	<0,001
	Düşünmeyen	21	24	

p değeri McNemar testi ile hesaplanmıştır.

ATT'lerin %62,5'i pandemi döneminde aile hayatına ilişkin sorumluluklarının arttığını ifade ederken, paramediklerin %46,3'ü aile hayatına ilişkin sorumluluklarının arttığını belirtmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0,004).

ATT'lerin %65,1'i (n=172) pandemi öncesi dönemde ve pandemi döneminde iş kazası/meslek hastalığına yakalanma endişesi duyarken, %22,3'ü (n=59) endişe

duymadığını belirtmiştir ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Paramediklerin %60,1'i ($n=65$) pandemi öncesi dönemde ve pandemi döneminde iş kazası/meslek hastalığına yakalanma endişesi duyarken, %19,4'ü ($n=21$) endişe duymadığını belirtmiştir ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

ATT'lerin %55,3'ü ($n=146$) pandemi öncesi dönemde ve pandemi döneminde diğer personel ve hasta yakınları ile iletişim sorunları yaşadığını düşünürken, %34,0'ü ($n=90$) iletişim sorunları yaşamadığını belirtmiştir ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Paramediklerin %57,4'ü ($n=62$) pandemi öncesi dönemde ve pandemi döneminde diğer personel ve hasta yakınları ile iletişim sorunları yaşadığını düşünürken, %22,2'si ($n=24$) iletişim sorunları yaşamadığını belirtmiştir ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Tablo 5.25. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Pandemi Dönemi ve Pandemi Öncesi Dönemdeki Çalışma Süreleri ve Vaka Sayılarında Değişimin Dağılımı (2021)

Pandemi dönemi - Pandemi öncesi dönemdeki	Sayı	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	z	p*
Günlük çalışma saatleri					
Negatif sıralar	8	37,63	301	-4,192	<0,001
Pozitif sıralar	49	27,59	1352		
Fark olmayan	315				
Günlük vaka sayısı					
Negatif sıralar	17	163,97	2787	-14,006	<0,001
Pozitif sıralar	307	162,42	49862		
Fark olmayan	48				
Haftalık çalışma saatleri					
Negatif sıralar	8	113,75	910	-11,185	<0,001
Pozitif sıralar	190	98,90	18791		
Fark olmayan	174				

*p değeri Wilcoxon İşaretli Sıralar testi ile hesaplanmıştır.

Katılımcıların pandemi öncesi dönem ile pandemi dönemindeki günlük, haftalık çalışma saatleri ile vaka sayıları arasında bir fark olup olmadığını ortaya koymak için yapılan Wilcoxon İşaretli Sıralar testinin sonucuna göre, pandemi

döneminde günlük çalışma süreleri, günlük vaka sayısı, haftalık çalışma süreleri artmış, katılımcıların pandemi dönemi ve öncesi; günlük çalışma süreleri arasında ($z=-4,19$, $p<0,001$), vaka sayıları arasında ($z=-14,00$, $p<0,001$) ve haftalık çalışma saatleri arasında ($z=-11,85$, $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

Tablo 5.26. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Pandemi Dönemi ve Pandemi Öncesi Dönemdeki Geçirilen Kaza ve Yaralanma Sayılarının Dağılımı (2021)

Pandemi dönemi delici/kesici alet yaralanması-Pandemi öncesi dönemdeki delici/kesici alet yaralanması	Sayı	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	z	p*
Negatif sıralar	9	13,33	120,00	-3,863	<0,001
Pozitif sıralar	30	20,00	660,00		
Fark olmayan	20				
Pandemi dönemi vücut sıvısı ile temas şeklinde kaza-Pandemi öncesi dönemdeki vücut sıvısı ile temas şeklinde kaza					
Negatif sıralar	13	26,92	350,00	-2,795	0,005
Pozitif sıralar	37	25,00	925,00		
Fark olmayan	28				

*p değeri Wilcoxon İşaretili Sıralar testi ile hesaplanmıştır.

Katılımcıların pandemi öncesi dönem ile pandemi dönemindeki delici/kesici alet yaralanması geçirme sayıları ve vücut sıvısı ile temas şeklinde kaza geçirme sayıları arasında bir fark olup olmadığını ortaya koymak için yapılan Wilcoxon İşaretili Sıralar testinin sonucuna göre, pandemi döneminde delici/kesici alet yaralanması, vücut sıvısı ile temas şeklinde kaza sıklıkları artmış, katılımcıların pandemi dönemi ve öncesi; delici/kesici alet yaralanma sayıları arasında ($z=-3,86$, $p<0,001$) ve vücut sıvıları ile temas şeklinde kaza geçirme durumları arasında ($z=-2,79$, $p=0,005$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

Tablo 5.27. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Halen Yapılan İşe Göre Çalışma Ortamlarına İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı (2021)

	Çalıştığı kurumda sosyal mesafe kurallarına uygun çalışma ortamı		Kişisel koruyucu donanım kullanırken		Yeni bir vakaya giderken enfeksiyon etkenine maruz kalma endişesi		Enfeksiyon etkenini evine/apartmanına taşıdığı konusunda toplumdan bir uyarıya maruz	
	Hazırlanan	Hazırlanmayan	Zorlanan	Zorlanmayan	Duyan	Duymayan	Kalan	Kalmayan
ATT (n=264)	21,6	78,4	59,5	40,5	51,9	48,1	31,8	68,2
Paramedik (n=108)	15,7	84,3	50,9	49,1	48,1	51,9	26,9	73,1
	p = 0,199		p = 0,131		p = 0,512		p = 0,344	
	Kullanılan el antiseptikleri nedeniyle alerjik reaksiyon		Geçmişe kıyasla daha sık kesici-delici alet yaralanması geçirdiğini		Hastanede yatmayı gerektirecek hastalık/kaza		Mesleğini bırakmayı	
	Yaşayan	Yaşamayan	Düşünen	Düşünmeyen	Geçiren	Geçirmeyen	Düşünen	Düşünmeyen
ATT (n=264)	38,3	61,7	19,7	80,3	6,4	93,6	53,8	46,2
Paramedik (n=108)	25,9	74,1	24,1	75,9	4,6	95,4	37,0	63,0
	p = 0,023		p = 0,347		p = 0,502		p = 0,003	

Satır yüzdesi dağılımları verilmiştir.

p değeri Pearson ki kare testi ile hesaplanmıştır.

ATT: Acil Tıp Teknisyeni

ATT'lerin %38,3'ü (n=101) kullanılan el antiseptikleri nedeniyle alerjik reaksiyon yaşadığını belirtirken, paramediklerin %25,9'u (n=28) alerjik reaksiyon yaşadığını belirtmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0,023).

ATT'lerin %53,8'i (n=142) mesleği bırakmayı düşündüğünü belirtirken, paramediklerin %37,0'si (n=40) mesleği bırakmayı düşündüğünü belirtmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0,003).

5.4.2. Sosyodemografik Özellikler - İsveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği

Araştırma grubunun bazı sosyodemografik ve çalışma hayatı özelliklerine göre iş stresi değerlerine göre dağılımları tablo 5.28-35'te verilmiştir.

Tablo 5.28. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Yaş Gruplarına Göre İsveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı (Ortalama $\pm$ SS, Ortanca, Birinci- Üçüncü Çeyrekler) (2021)

	Yaş Grubu			p
	20-30 (n=124)	31-40 (n=242)	>41 (n=6)	
İş Yükü	15,48 $\pm$ 1,699	15,14 $\pm$ 1,755	14,17 $\pm$ 4,167	0,210
	15,00	15,00	15,00	
	14,00-17,00	14,00-16,00	10,25-18,00	
İş Kontrolü	17,40 $\pm$ 2,713	17,37 $\pm$ 2,490	16,00 $\pm$ 6,066	0,491
	17,00	17,00	13,50	
	16,00-19,00	16,00-19,00	12,00-23,25	
Beceri Kullanımı	11,71 $\pm$ 1,908	11,41 $\pm$ 1,804	11,33 $\pm$ 3,502	0,458
	12,00	12,00	10,50	
	11,00-13,00	10,00-12,00	8,50-15,25	
Karar Serbestliği	5,69 $\pm$ 1,584	5,96 $\pm$ 1,381	4,67 $\pm$ 2,733	0,154
	6,00	6,00	4,00	
	5,00-7,00	5,00-7,00	2,00-8,00	
Sosyal Destek	16,13 $\pm$ 4,000	15,88 $\pm$ 3,357	14,57 $\pm$ 4,956	0,665
	16,00	15,00	17,00	
	14,00-19,00	14,00-18,00	9,00-17,25	
İş Stresi	0,91 $\pm$ 0,219	0,89 $\pm$ 0,173	0,91 $\pm$ 0,205	0,749
	0,85	0,87	0,86	
	0,77-1,00	0,77-1,00	0,76-1,07	

p değeri Kruskal-Wallis testi ile hesaplanmıştır.

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde yaş gruplarına göre ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Tablo 5.29. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Cinsiyetlerine Göre İsveç İş Yüğü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı (Ortalama $\pm$ SS, Ortanca, Birinci- Üçüncü Çeyrekler) (2021)

	Cinsiyet		
	Erkek	Kadın	p
İş Yüğü	15,31 $\pm$ 2,073	15,17 $\pm$ 1,523	0,192
	15,00	15,00	
	14,00-17,00	14,00-16,00	
İş Kontrolü	16,80 $\pm$ 2,755	17,84 $\pm$ 2,450	<0,001
	17,00	18,00	
	15,00-18,50	16,00-19,00	
Beceri Kullanımı	11,23 $\pm$ 1,980	11,76 $\pm$ 1,741	0,009
	11,00	12,00	
	10,00-12,00	11,00-13,00	
Karar Serbestliği	5,57 $\pm$ 1,533	6,09 $\pm$ 1,406	<0,001
	6,00	6,00	
	4,00-6,00	5,00-7,00	
Sosyal Destek	15,62 $\pm$ 3,609	16,20 $\pm$ 3,596	0,283
	15,00	15,00	
	13,00-18,00	14,00-18,00	
İş Stresi	0,93 $\pm$ 0,208	0,86 $\pm$ 0,167	<0,001
	0,88	0,83	
	0,80-1,00	0,76-0,93	

p değeri Mann Whitney U testi ile hesaplanmıştır.

Araştırma grubunun İsveç iş yüğü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde iş kontrolü, beceri kullanımı, karar serbestliği, iş stresi puanları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Kadın katılımcıların iş kontrolü puanı erkeklerden daha yüksekken, erkeklerin iş stresi puanları kadın katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 5.30. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Medeni Durumlarına Göre İsveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı (Ortalama $\pm$ SS, Ortanca, Birinci- Üçüncü Çeyrekler) (2021)

	Medeni Durum		p
	Bekar	Evli	
İş Yükü	15,19 $\pm$ 1,653	15,25 $\pm$ 1,844	0,717
	15,00	15,00	
	14,00-16,75	14,00-16,00	
İş Kontrolü	17,52 $\pm$ 2,514	17,31 $\pm$ 2,686	0,731
	17,00	17,00	
	16,00-19,00	16,00-19,00	
Beceri Kullanımı	11,67 $\pm$ 1,773	11,46 $\pm$ 1,903	0,366
	12,00	12,00	
	11,00-13,00	10,00-12,00	
Karar Serbestliği	5,85 $\pm$ 1,451	5,85 $\pm$ 1,501	0,862
	6,00	6,00	
	5,00-7,00	5,00-7,00	
Sosyal Destek	15,83 $\pm$ 3,986	15,96 $\pm$ 3,490	0,726
	15,00	15,00	
	13,25-18,00	14,00-18,00	
İş Stresi	0,88 $\pm$ 0,158	0,90 $\pm$ 0,199	0,550
	0,83	0,87	
	0,76-1,00	0,77-1,00	

p değeri Mann Whitney U testi ile hesaplanmıştır.

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların medeni durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, iş kontrolü, beceri kullanımı, karar serbestliği, sosyal destek ve iş stresi puanları açısından medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Tablo 5.31. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre İşveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı (Ortalama±SS, Ortanca, Birinci- Üçüncü Çeyrekler) (2021)

	Çocuğu		p
	Olan	Olmayan	
İş Yükü	15,16±1,867	15,38±1,648	0,291
	15,00	15,00	
	14,00-16,00	14,00-17,00	
İş Kontrolü	17,32±2,626	17,42±2,693	0,871
	17,00	17,50	
	16,00-19,00	16,00-19,00	
Beceri Kullanımı	11,41±1,848	11,71±1,913	0,125
	11,50	12,00	
	10,00-12,00	11,00-13,00	
Karar Serbestliği	5,91±1,434	5,71±1,588	0,240
	6,00	6,00	
	5,00-7,00	4,00-7,00	
Sosyal Destek	15,90±3,560	15,99±3,721	0,780
	15,00	15,00	
	14,00-18,00	14,00-18,00	
İş Stresi	0,89±0,193	0,90±0,186	0,794
	0,87	0,85	
	0,77-1,00	0,77-1,00	

p değeri Mann Whitney U testi ile hesaplanmıştır.

Araştırma grubunun İşveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların çocuk sahibi olma durumuna göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, iş kontrolü, beceri kullanımı, karar serbestliği, sosyal destek ve iş stresi puanları ile çocuk sahibi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Tablo 5.32. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Öğrenim Düzeylerine Göre İşveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı (Ortalama±SS, Ortanca, Birinci- Üçüncü Çeyrekler) (2021)

	Öğrenim Düzeyi				p
	Ortaöğretim	Ön lisans	Lisans	Yüksek Lisans	
İş Yükü	14,63±1,441	15,22±1,682	15,36±1,909	15,88±2,997	0,041
	14,00	15,00	15,00	16,50	
	14,00-15,00	14,00-16,75	14,00-17,00	13,25-18,00	
İş Kontrolü	17,89±2,513	17,46±2,500	17,27±2,775	14,25±1,832	0,004
	18,00	18,00	17,00	14,00	
	16,00-19,25	16,00-19,00	16,00-19,00	13,00-15,00	
Beceri Kullanımı	11,55±1,955	11,63±1,731	11,51±1,917	8,75±1,753	0,002
	12,00	12,00	11,50	9,00	
	11,00-13,00	11,00-13,00	10,00-13,00	7,25-10,00	
Karar Serbestliği	6,34±1,279	5,83±1,435	5,76±1,589	5,50±1,195	0,132
	6,00	6,00	6,00	5,50	
	6,00-7,00	5,00-7,00	5,00-7,00	4,25-6,75	
Sosyal Destek	15,58±2,757	15,82±3,537	16,23±3,863	14,38±3,543	0,455
	15,00	15,00	15,00	15,00	
	13,75-17,25	14,00-18,00	13,75-19,25	10,75-15,75	
İş Stresi	0,82±0,121	0,89±0,189	0,91±0,192	1,13±0,259	0,002
	0,79	0,85	0,87	1,18	
	0,75-0,87	0,77-1,00	0,77-1,00	0,85-1,35	

p değeri Kruskal-Wallis testi ile hesaplanmıştır.

Araştırma grubunun İşveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların öğrenim düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, iş kontrolü, beceri kullanımı ve iş stresi puanları ile katılımcıların öğrenim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Yapılan çoklu karşılaştırmalar sonucunda bu farkların iş yükü puanı için ortaöğretim ve lisans düzeyleri arasında ($p=0,041$), iş kontrolü puanı için yüksek lisans-lisans, yüksek lisans-ön lisans ve yüksek lisans-ortaöğretim düzeyleri arasında ($p=0,004$), beceri kullanımı puanı için yüksek lisans-lisans, yüksek lisans-ön lisans ve yüksek lisans-ortaöğretim düzeyleri arasında ($p=0,002$), iş stresi puanı için yüksek lisans-ortaöğretim, lisans-ortaöğretim arasında olduğu saptanmıştır ($p=0,002$).

Tablo 5.33. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Aylık Gelir Seviyesine Göre İşveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı (Ortalama±SS, Ortanca, Birinci- Üçüncü Çeyrekler) (2021)

	Aylık Gelir			p
	Giderden az	Gidere eşit	Giderden fazla	
İş Yükü	15,70±1,941	14,98±1,559	14,23±2,619	0,001
	16,00	15,00	15,00	
	14,00-17,00	14,00-16,00	13,50-16,00	
İş Kontrolü	17,31±2,732	17,36±2,528	17,92±3,593	0,609
	17,00	17,00	18,00	
	16,00-19,00	16,00-19,00	17,00-20,00	
Beceri Kullanımı	11,70±1,879	11,36±1,833	11,85±2,340	0,238
	12,00	12,00	12,00	
	11,00-13,00	10,00-12,00	10,50-13,50	
Karar Serbestliği	5,61±1,663	5,99±1,296	6,08±2,060	0,159
	6,00	6,00	6,00	
	4,00-7,00	5,00-7,00	4,50-8,00	
Sosyal Destek	15,85±3,798	16,05±3,388	14,92±4,491	0,776
	16,00	15,00	15,00	
	13,50-18,00	14,00-18,00	11,00-18,50	
İş Stresi	0,93±0,224	0,88±0,163	0,80±0,114	0,017
	0,88	0,84	0,82	
	0,78-1,06	0,77-1,00	0,69-0,91	

p değeri Kruskal-Wallis testi ile hesaplanmıştır.

Araştırma grubunun İşveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların aylık gelirlerine göre dağılımı incelendiğinde iş yükü ve iş stresi puanları ile katılımcıların aylık gelirleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Yapılan çoklu karşılaştırmalar sonucunda bu farkların iş yükü puanı için geliri gidere eşit-geliri giderden az olanlar arasında olduğu saptanmıştır. (p=0,001) Katılımcılardan geliri giderden az olanların iş stresi puanlarının en yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,017).

Tablo 5.34. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Eşlerinin Çalışma Durumlarına Göre İsveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı (Ortalama±SS, Ortanca, Birinci- Üçüncü Çeyrekler) (2021)

	Eşi		p
	Çalışıyor	Çalışmıyor	
İş Yükü	15,15±1,693	15,63±2,311	0,020
	15,00	16,00	
	14,00-16,0	14,00-17,00	
İş Kontrolü	17,55±2,591	16,39±2,865	0,010
	18,00	17,00	
	16,00-19,00	15,00-18,00	
Beceri Kullanımı	11,58±1,924	11,02±1,766	0,077
	12,00	11,00	
	11,00-13,00	10,00-12,00	
Karar Serbestliği	5,97±1,371	5,37±1,856	0,031
	6,00	6,00	
	5,00-7,00	4,00-7,00	
Sosyal Destek	16,03±3,466	15,71±3,601	0,974
	15,00	16,00	
	14,00-18,00	13,00-18,00	
İş Stresi	0,88±0,175	0,98±0,258	0,001
	0,85	0,94	
	0,77-0,94	0,82-1,06	

p değeri Mann Whitney U testi ile hesaplanmıştır.

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların eşlerinin çalışma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, iş kontrolü, karar serbestliği ve iş stresi puanları ile katılımcıların eşlerinin çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Eşi çalışmayanların iş yükü puan ortalamaları daha yüksekken (15,63±2,311, p=0,020), eşi çalışanların iş kontrolü daha yüksek bulunmuştur (17,55±2,591, p=0,010). Eşi çalışanların karar serbestliği puanları daha yüksek olup (5,97±1,371, p=0,031) eşi çalışmayanların iş stresi puanları ortalaması daha yüksek saptanmıştır (0,98±0,258, p=0,001).

Tablo 5.35. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yüksek İş Stresinin Dağılımı (2021)

		Yüksek İş Stresi						p
		Olan		Olmayan		Toplam		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Yaş	23-30	59	47,6	65	52,4	124	100,0	0,741*
	31-40	126	52,1	116	47,9	242	100,0	
	>41	3	50,0	3	50,0	6	100,0	
Cinsiyet	Kadın	88	44,2	111	55,8	199	100,0	0,009
	Erkek	100	57,8	73	42,2	173	100,0	
Medeni Durum	Bekar	41	46,6	47	53,4	88	100,0	0,360
	Evli	147	51,8	137	48,2	284	100,0	
Çocuk Sahibi	Olan	129	51,6	121	48,4	250	100,0	0,557
	Olmayan	59	48,4	63	51,6	122	100,0	
Öğrenim Durumu	Lisans altı	96	45,7	114	54,3	210	100,0	0,034
	Lisans ve üstü	92	56,8	70	43,2	162	100,0	
Aylık Gelir	Giderden az	183	51,0	176	49,0	359	100,0	0,375
	Gidere eşit ya da fazla	5	38,5	8	61,5	13	100,0	
Eşi	Çalışan	108	48,0	117	52,0	225	100,0	0,013
	Çalışmayan	39	66,1	20	33,9	59	100,0	
Ünvan	ATT	136	51,5	128	48,5	264	100,0	0,570
	Paramedik	52	48,1	56	51,9	108	100,0	

Satır yüzdesi dağılımları verilmiştir.

p değeri Pearson ki kare testi ile hesaplanmıştır.

*p değeri Fisher-Freeman-Halton Exact testi ile hesaplanmıştır.

Katılımcılardan 23-30 yaş grubunda olanların %47,6'sı (n=59), 31-40 yaş grubunda olanların %52,1'i (n=126), 41 yaş üstü olanların %50,0'si (n=3) yüksek iş stresi yaşamaktadır. Yaş gruplarına göre yüksek iş stresi olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p=0,741). Katılımcılardan erkeklerin %57,8'i (n=100), kadınların ise %44,2'si (n=88) yüksek iş stresi yaşamaktadır. Cinsiyetler arasında yüksek iş stresi yaşama açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p=0,009). Lisans altı öğrenim durumuna sahip olanların %45,7'si (n=96), lisans ve üzeri öğrenim durumu olanların ise %56,8'i (n=92) yüksek iş stresi yaşamaktadır. Öğrenim durumu grupları arasında yüksek iş stresi yaşama açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p=0,034). Eşi çalışanların %48,0'i (n=108), eşi çalışmayanların %66,1'i (n=39) yüksek iş stresi

yaşamaktadır. Eş çalışma durumuna göre yüksek iş stresi yaşama açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0,013$).

5.4.3. Çalışma Hayatı Özellikleri-İsveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği

Araştırma grubunun bazı çalışma hayatı özellikleri ile İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeği değerlerine göre dağılımları tablo 5.36-49'da verilmiştir.

Tablo 5.36. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Halen Yapılan İşe Göre İsveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı (Ortalama $\pm$ SS, Ortanca, Çeyrekler) (2021)

	Halen Yapılan İş		p
	Acil Tıp Teknisyeni	Paramedik	
İş Yükü	15,26 $\pm$ 1,840	15,18 $\pm$ 1,701	0,740
	15,00	15,00	
	14,00-16,00	14,00-16,75	
İş Kontrolü	17,34 $\pm$ 2,710	17,39 $\pm$ 2,490	0,711
	17,00	17,00	
	16,00-19,00	16,00-19,00	
Beceri Kullanımı	11,48 $\pm$ 1,928	11,59 $\pm$ 1,735	0,696
	12,00	12,00	
	10,00-12,75	10,00-13,00	
Karar Serbestliği	5,87 $\pm$ 1,498	5,80 $\pm$ 1,465	0,472
	6,00	6,00	
	5,00-7,00	5,00-7,00	
Sosyal Destek	16,00 $\pm$ 3,538	15,76 $\pm$ 3,786	0,492
	15,00	15,00	
	14,00-18,00	13,00-18,00	
İş Stresi	0,90 $\pm$ 0,202	0,88 $\pm$ 0,156	0,846
	0,87	0,84	
	0,77-1,00	0,77-1,00	

p değeri Mann Whitney U testi ile hesaplanmıştır.

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların halen yapılan işe göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, iş kontrolü, beceri kullanımı, karar serbestliği ve iş stresi puanları ile katılımcıların halen yapılan işleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Tablo 5.37. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Halen Yapılan İşe Göre İsveç İş Yüğü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı (Ortalama $\pm$ SS, Ortanca, Çeyrekler) (2021)

	Halen Çalışılan Birim			p
	İstasyon	Ambulans	Komuta Kontrol Merkezi	
İş Yüğü	15,12 $\pm$ 1,806	15,76 $\pm$ 1,742	14,93 $\pm$ 1,676	0,001
	15,00	16,00	14,50	
	14,00-16,00	15,00-17,00	14,00-17,00	
İş Kontrolü	17,42 $\pm$ 2,585	17,11 $\pm$ 2,908	17,39 $\pm$ 2,544	0,727
	17,00	17,00	17,50	
	16,00-19,00	15,00-19,00	16,00-19,75	
Beceri Kullanımı	11,49 $\pm$ 1,829	11,57 $\pm$ 2,055	11,61 $\pm$ 1,853	0,770
	12,00	12,00	12,00	
	11,00-12,00	10,00-13,00	10,00-13,00	
Karar Serbestliği	5,94 $\pm$ 1,419	5,54 $\pm$ 1,673	5,79 $\pm$ 1,548	0,164
	6,00	6,00	6,00	
	5,00-7,00	4,00-7,00	4,00-7,00	
Sosyal Destek	15,42 $\pm$ 3,449	17,42 $\pm$ 3,889	16,93 $\pm$ 3,138	<0,001
	15,00	18,00	16,00	
	13,00-17,00	15,00-21,00	15,00-19,75	
İş Stresi	0,88 $\pm$ 0,182	0,95 $\pm$ 0,214	0,87 $\pm$ 0,181	0,043
	0,85	0,88	0,85	
	0,77-0,94	0,79-1,06	0,78-0,94	

p değeri Kruskal Wallis testi ile hesaplanmıştır.

Araştırma grubunun İsveç iş yüğü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların halen çalışılan birime göre dağılımı incelendiğinde iş yüğü, sosyal destek ve iş stresi puanları ile halen çalışılan birim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Yapılan çoklu karşılaştırmalar sonucunda bu farkların iş yüğü puanı için komuta kontrol merkezi-ambulans ile istasyon-ambulans arasında ($p=0,001$), sosyal destek puanı için istasyon-ambulans arasında ($p<0,001$), iş stresi puanları için ise istasyon-ambulans arasında olduğu saptanmıştır ($p=0,043$).

Tablo 5.38. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Pandemi Öncesi Dönemde Vardiya ve Gece Çalışması Yapma Durumlarına Göre İsveç İş Yüğü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı (Ortalama±SS, Ortanca, Çeyrekler) (2021)

	Pandemi Öncesi Dönemde					
	Vardiya Çalışması			Gece Çalışması		
	Yapan	Yapmayan	p	Yapan	Yapmayan	p
İş Yüğü	14,78±1,831	15,51±1,726	<0,001	14,96±1,845	15,55±1,694	<0,001
	15,00	15,50		15,00	16,00	
	14,00-16,00	14,00-17,00		14,00-16,00	15,00-17,00	
İş Kontrolü	17,33±2,418	17,37±2,778	0,857	17,20±2,508	17,54±2,792	0,263
	17,00	17,00		17,00	18,00	
	16,00-19,00	16,00-19,00		16,00-19,00	16,00-19,00	
Beceri Kullanımı	11,23±1,727	11,68±1,939	0,072	11,25±1,753	11,81±1,965	0,010
	11,00	12,00		11,00	12,00	
	10,25-12,00	10,00-13,00		10,00-12,00	11,00-13,00	
Karar Serbestliği	6,10±1,195	5,96±1,621	0,016	5,95±1,377	5,73±1,601	0,139
	6,00	6,00		6,00	6,00	
	6,00-7,00	4,00-7,00		5,00-7,00	4,00-7,00	
Sosyal Destek	14,70±3,109	16,68±3,691	<0,001	14,88±3,153	17,16±3,722	<0,001
	14,00	16,00		14,00	17,00	
	13,00-16,00	14,00-20,00		13,00-16,00	14,00-21,00	
İş Stresi	0,86±0,157	0,91±0,206	0,014	0,88±0,191	0,91±0,189	0,111
	0,83	0,87		0,84	0,87	
	0,76-0,94	0,77-1,00		0,77-0,94	0,77-1,04	

p değeri Mann Whitney U testi ile hesaplanmıştır.

Araştırma grubunun İsveç iş yüğü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların pandemi öncesi dönemde vardiya çalışması yapma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yüğü, karar serbestliği, sosyal destek ve iş stresi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Vardiya çalışması yapmayanların iş yüğü puan ortalamaları daha yüksek (15,51±1,726, p<0,001), karar serbestliği puan ortalamaları daha düşük (5,96±1,621, p=0,016), sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek (16,68±3,691, p<0,001) ve iş stresi puan ortalamaları daha yüksek (0,91±0,206, p=0,014) saptanmıştır.

Araştırma grubunun İsveç iş yüğü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların pandemi öncesi dönemde gece çalışması yapma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yüğü, beceri kullanımı ve sosyal destek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Gece çalışması yapmayanların iş yüğü puan ortalamalarının (15,55±1,694, p<0,001), beceri kullanımı puan ortalamalarının (11,81±1,965, p=0,010) ve sosyal destek puan

ortalamalarının ($17,16 \pm 3,722$, $p < 0,001$) gece çalışması yapanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 5.39. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Son Bir Yıllık Dönemde Vardiya ve Gece Çalışması Yapma Durumlarına Göre İşveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı (Ortalama $\pm$ SS, Ortanca, Çeyrekler) (2021)

	Pandemi Döneminde					
	Vardiya Çalışması			Gece Çalışması		
	Yapan	Yapmayan	p	Yapan	Yapmayan	p
İş Yükü	$14,78 \pm 1,700$	$15,54 \pm 1,803$	<0,001	$14,93 \pm 1,83$	$15,64 \pm 1,679$	<0,001
	15,00	16,00		15,00	16,00	
	14,00-16,00	14,00-17,00		14,00-16,00	15,00-17,00	
İş Kontrolü	$17,37 \pm 2,561$	$17,35 \pm 2,705$	0,649	$17,29 \pm 2,654$	$17,44 \pm 2,639$	0,733
	17,00	17,00		17,00	18,00	
	16,00-19,00	16,00-19,00		16,00-19,00	15,75-19,00	
Beceri Kullanımı	$11,31 \pm 1,878$	$11,65 \pm 1,861$	0,253	$11,32 \pm 1,882$	$11,77 \pm 1,834$	0,052
	12,00	12,00		12,00	12,00	
	10,00-12,00	10,00-13,00		10,00-12,00	11,00-13,00	
Karar Serbestliği	$6,06 \pm 1,220$	$5,70 \pm 1,628$	0,044	$5,98 \pm 1,375$	$5,67 \pm 1,614$	0,053
	6,00	6,00		6,00	6,00	
	5,00-7,00	5,00-7,00		5,00-7,00	4,00-7,00	
Sosyal Destek	$15,08 \pm 3,021$	$16,50 \pm 3,855$	<0,001	$15,00 \pm 3,181$	$17,19 \pm 3,779$	<0,001
	15,00	16,00		14,00	17,00	
	13,00-16,00	14,00-20,00		13,00-16,00	14,00-21,00	
İş Stresi	$0,91 \pm 0,202$	$0,86 \pm 0,167$	0,006	$0,91 \pm 0,187$	$0,88 \pm 0,191$	0,013
	0,87	0,83		0,88	0,83	
	0,76-1,00	0,76-0,93		0,78-1,05	0,77-0,94	

p değeri Mann Whitney U testi ile hesaplanmıştır.

Araştırma grubunun İşveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların pandemi döneminde vardiya çalışması yapma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, karar serbestliği, sosyal destek ve iş stresi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Vardiya çalışması yapmayanların iş yükü puan ortalamaları daha yüksek ($15,54 \pm 1,803$, $p < 0,001$), karar serbestliği puan ortalamaları daha düşük ($5,70 \pm 1,628$, $p = 0,044$), sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek ($16,50 \pm 3,855$, $p < 0,001$) ve vardiya çalışması yapanların iş stresi puan ortalamaları daha yüksek ($0,91 \pm 0,202$, $p = 0,006$) saptanmıştır.

Araştırma grubunun İşveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların pandemi döneminde gece çalışması yapma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, sosyal destek ve iş stresi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Gece çalışması yapmayanların iş yükü puan ortalamalarının ($15,64 \pm 1,679$, $p < 0,001$), sosyal destek

puan ortalamalarının ($17,19 \pm 3,779$, $p < 0,001$) ve gece çalışması yapanların iş stresi puan ortalamalarının ($0,91 \pm 0,187$, $p = 0,013$) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 5.40. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Şiddete maruz Kalma Durumlarına Göre İşveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı (Ortalama $\pm$ SS, Ortanca, Çeyrekler) (2021)

	Şiddete		p
	Uğrayan	Uğramayan	
İş Yükü	$15,50 \pm 1,797$	$14,38 \pm 1,526$	<0,001
	15,00	14,00	
	14,00-17,00	14,00-15,00	
İş Kontrolü	$17,32 \pm 2,797$	$17,48 \pm 2,100$	0,549
	17,00	18,00	
	16,00-19,00	16,00-19,00	
Beceri Kullanımı	$11,58 \pm 1,961$	$11,28 \pm 1,545$	0,156
	12,00	11,00	
	10,00-13,00	10,00-12,00	
Karar Serbestliği	$5,73 \pm 1,584$	$6,20 \pm 1,057$	0,021
	6,00	6,00	
	5,00-7,00	6,00-7,00	
Sosyal Destek	$16,35 \pm 3,765$	$14,61 \pm 2,670$	<0,001
	16,00	14,00	
	14,00-19,00	13,00-16,00	
İş Stresi	$0,92 \pm 0,204$	$0,83 \pm 0,116$	<0,001
	0,88	0,82	
	0,77-1,00	0,76-0,88	

p değeri Mann Whitney U testi ile hesaplanmıştır.

Araştırma grubunun İşveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların şiddete uğrama durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, karar serbestliği, sosyal destek ve iş stresi puanları ile katılımcıların şiddete uğrama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Şiddete uğrayanların iş yükü puanları daha yüksekken ($15,50 \pm 1,797$, $p < 0,001$), karar serbestliği puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur ($5,73 \pm 1,584$, $p = 0,021$). Şiddete uğrayanların sosyal destek puan ortalamaları ($16,35 \pm 3,765$, $p < 0,001$) ve iş stresi puan ortalamaları ($0,92 \pm 0,204$, $p < 0,001$) şiddete uğramayanlara göre daha yüksek saptanmıştır.

Tablo 5.41. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışmaya Başladıktan Sonra Sağlık Durumlarındaki Değişim Durumlarına Göre İsveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı (Ortalama±SS, Ortanca, Çeyrekler) (2021)

Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışmaya Başladıktan Sonra Sağlık Durumu			
	Daha Kötü Hisseden	Daha İyi Hisseden	p
İş Yükü	16,03±1,857	13,91±1,528	<0,001
	15,00	14,00	
	14,00-16,00	13,50-15,00	
İş Kontrolü	17,11±3,378	17,36±2,369	0,759
	17,00	17,00	
	15,00-20,00	16,00-19,00	
Beceri Kullanımı	11,66±2,280	11,15±1,661	0,162
	12,00	11,00	
	10,00-13,00	10,00-12,00	
Karar Serbestliği	5,45±1,921	6,21±1,166	0,063
	6,00	6,00	
	4,00-7,00	6,00-7,00	
Sosyal Destek	15,89±3,925	13,61±2,076	<0,001
	16,00	13,00	
	14,00-18,00	12,50-15,00	
İş Stresi	0,97±0,257	0,80±0,099	<0,001
	0,90	0,78	
	0,80-1,12	0,73-0,88	

p değeri Mann Whitney U testi ile hesaplanmıştır.

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışmaya başladıktan sonra sağlık durumlarındaki değişim durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, sosyal destek ve iş stresi puanları ile katılımcıların hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışmaya başladıktan sonra sağlık durumlarındaki değişim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Sağlık durumundaki değişimin daha kötü olduğunu hissedenlerin iş yükü puan ortalamaları (16,03±1,857, $p<0,001$), sosyal destek puan ortalamaları (15,89±3,925, $p<0,001$) ve iş stresi puan ortalamaları (0,97±0,257, $p<0,001$) sağlık durumundaki değişimin daha iyi olduğunu hissedenlere göre daha yüksek saptanmıştır.

Tablo 5.42. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Toplum Tarafından Dışlanma ve Takdir Edilme Hissetme Durumlarına Göre İşveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı (Ortalama±SS, Ortanca, Çeyrekler) (2021)

	Pandemi Döneminde					
	Toplumdan Dışlanma			Toplumda Takdir Edilme		
	Hisseden	Hissetmeyen	p	Hisseden	Hissetmeyen	p
İş Yükü	15,94±1,888	14,70±1,528	<0,001	15,27±1,902	15,22±1,776	0,601
	16,00	15,00		16,00	15,00	
	15,00-17,00	14,00-16,00		14,00-17,00	14,00-16,00	
İş Kontrolü	17,14±2,926	17,52±2,405	0,231	18,11±3,071	17,17±2,502	0,031
	17,00	17,00		18,00	17,00	
	15,00-19,00	16,00-19,00		16,00-21,00	16,00-19,00	
Beceri Kullanımı	11,58±2,001	11,46±1,772	0,291	11,96±2,169	11,40±1,780	0,050
	12,00	12,00		12,00	12,00	
	10,00-13,00	10,00-12,00		10,00-13,00	10,00-12,00	
Karar Serbestliği	5,56±1,725	6,06±1,240	0,006	6,15±1,622	5,77±1,445	0,039
	6,00	6,00		6,00	6,00	
	4,00-7,00	5,00-7,00		5,00-8,00	5,00-7,00	
Sosyal Destek	16,48±4,192	15,52±3,044	0,002	16,93±3,831	15,69±3,516	0,018
	16,50	15,00		17,00	15,00	
	14,00-20,00	14,00-17,00		14,00-21,00	14,00-18,00	
İş Stresi	0,95±0,220	0,85±0,149	<0,001	0,86±0,164	0,90±0,195	0,153
	0,92	0,82		0,86	0,85	
	0,80-1,06	0,76-0,93		0,72-1,00	0,77-1,00	

p değeri Mann Whitney U testi ile hesaplanmıştır.

Araştırma grubunun İşveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların pandemi döneminde toplumdan dışlanma duygusu hissetme durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, karar serbestliği, sosyal destek ve iş stresi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Pandemi döneminde toplumdan dışlandığını hissedenlerin iş yükü puan ortalamaları daha yüksek (15,94±1,888, p<0,001), karar serbestliği puan ortalamaları daha düşük (5,56±1,725, p=0,006), sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek (16,48±4,192, p=0,002), iş stresi puan ortalamaları daha yüksek (0,95±0,220, p<0,001) saptanmıştır.

Araştırma grubunun İşveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların pandemi döneminde toplumda takdir edilme duygusu hissetme durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş kontrolü, karar serbestliği ve sosyal destek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Pandemi döneminde toplumda takdir edildiğini hissedenlerin iş kontrolü puan ortalamaları (18,11±3,071, p=0,031), karar serbestliği puan ortalamaları (6,15±1,622,

$p=0,039$) ve sosyal destek puan ortalamaları ($16,93\pm3,831$, $p=0,018$) daha yüksek saptanmıştır.

Tablo 5.43. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Çalışma ve Aile Hayatlarına İlişkin Sorumluluklarındaki Değişim Durumlarına Göre İşveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı (Ortalama $\pm$ SS, Ortanca, Çeyrekler) (2021)

	Pandemi Döneminde					
	Çalışma Hayatına İlişkin Sorumlulukları			Aile Hayatına İlişkin Sorumlulukları		
	Artan	Artmayan	p	Artan	Artmayan	p
İş Yükü	15,63 $\pm$ 1,824	14,54 $\pm$ 1,530	<0,001	15,65 $\pm$ 1,863	14,66 $\pm$ 1,538	<0,001
	16,00	14,00		16,00	15,00	
	14,00-17,00	14,00-15,00		14,00-17,00	14,00-16,00	
İş Kontrolü	17,42 $\pm$ 2,928	17,25 $\pm$ 2,061	0,903	17,47 $\pm$ 2,957	17,20 $\pm$ 2,144	0,240
	17,00	17,00		18,00	17,00	
	15,00-19,00	16,00-19,00		16,00-20,00	16,00-18,00	
Beceri Kullanımı	11,71 $\pm$ 1,975	11,16 $\pm$ 1,626	0,014	11,69 $\pm$ 1,967	11,26 $\pm$ 1,710	0,012
	12,00	11,00		12,00	11,00	
	10,00-13,00	10,00-12,00		11,00-13,00	10,00-12,00	
Karar Serbestliği	5,71 $\pm$ 1,645	6,09 $\pm$ 1,123	0,020	5,78 $\pm$ 1,673	5,94 $\pm$ 1,186	0,552
	6,00	6,00		6,00	6,00	
	4,00-7,00	6,00-7,00		4,00-7,00	5,00-7,00	
Sosyal Destek	16,78 $\pm$ 3,997	14,44 $\pm$ 2,093	<0,001	16,67 $\pm$ 3,962	14,92 $\pm$ 2,764	<0,001
	17,00	14,00		16,00	14,00	
	14,00-20,00	13,00-15,00		14,00-20,00	13,00-16,00	
İş Stresi	0,92 $\pm$ 0,216	0,85 $\pm$ 0,121	0,001	0,92 $\pm$ 0,222	0,86 $\pm$ 0,127	0,014
	0,88	0,82		0,88	0,83	
	0,77-1,05	0,77-0,92		0,77-1,05	0,77-0,93	

p değeri Mann Whitney U testi ile hesaplanmıştır.

Araştırma grubunun İşveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların çalışma hayatına ilişkin sorumluluklarındaki değişim durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, beceri kullanımı, karar serbestliği, sosyal destek ve iş stresi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Çalışma hayatına ilişkin sorumlulukları artanların iş yükü puan ortalamaları daha yüksek ($15,63\pm1,824$, $p<0,001$), beceri kullanımı puan ortalamaları daha yüksek ($11,71\pm1,975$, $p=0,014$), karar serbestliği puan ortalamaları daha düşük ($5,71\pm1,645$, $p=0,020$), sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek ($16,78\pm3,997$, $p<0,001$), iş stresi puan ortalamaları daha yüksek ($0,92\pm0,216$, $p=0,001$) saptanmıştır.

Araştırma grubunun İşveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların aile hayatına ilişkin sorumluluklarındaki değişim durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, beceri kullanımı, sosyal destek ve iş stresi

puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Aile hayatına ilişkin sorumlulukları artanların iş yükü puan ortalamaları ($15,65 \pm 1,863$, $p < 0,001$), beceri kullanımı puan ortalamaları ($11,69 \pm 1,967$, $p = 0,012$), sosyal destek puan ortalamaları ($16,67 \pm 3,962$, $p < 0,001$) ve iş stresi puan ortalamaları ($0,92 \pm 0,222$, $p = 0,014$) daha yüksek saptanmıştır.



Tablo 5.44. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Pandemi Öncesi Dönemde ve Son Bir Yıllık Dönemde İş Kazası/Meslek Hastalığı Geçirme Endişesi Duyma ile Çalışırken İletişim Sorunları Yaşadığını Düşünme Durumlarına Göre İsveç İş Yüğü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı (Ortalama±SS, Ortanca, Çeyrekler) (2021)

	Pandemi Öncesi Dönemde						Pandemi Döneminde					
	İş Kazası/Meslek Hastalığı Endişesi			Çalışırken İletişim Sorunları Yaşadığını			İş Kazası/Meslek Hastalığı Endişesi			Çalışırken İletişim Sorunları Yaşadığını		
	Duyan	Duymayan	p	Düşünen	Düşünmeyen	p	Duyan	Duymayan	p	Düşünen	Düşünmeyen	p
İş Yüğü	15,64±1,741	14,51±1,671	p<0,001	15,64±1,73	14,69±1,737	<0,001	15,48±1,77	14,35±1,59	<0,001	15,56±1,74	14,53±1,71	<0,001
	16,00	14,00		16,00	16,00		15,00	14,00		16,00	14,00	
	14,75-17,00	14,00-15,00		14,00-17,00	14,00-17,00		14,0-17,0	14,0-15,0		14,0-17,0	14,0-15,0	
İş Kontrolü	17,32±2,837	17,42±2,272	0,788	17,23±2,762	17,53±2,480	0,240	17,31±2,73	17,53±2,30	0,464	17,26±2,78	17,56±2,36	0,277
	17,00	17,00		17,00	18,00		17,00	18,00		17,00	18,00	
	16,00-19,00	16,00-19,00		16,00-19,00	16,00-19,00		16,0-19,0	16,0-19,0		16,0-19,0	16,0-19,0	
Beceri Kullanımı	11,66±1,920	11,25±1,762	0,040	11,56±1,988	11,45±1,711	0,639	11,58±1,90	11,25±1,74	0,151	11,55±1,97	11,42±1,63	0,525
	12,00	11,00		12,00	12,00		12,00	11,00		12,00	12,00	
	10,00-13,00	10,00-12,00		10,00-13,00	10,00-12,00		10,0-13,0	10,5-12,0		10,0-13,0	11,0-12,0	
Karar Serbestliği	5,66±1,595	6,17±1,211	0,001	5,67±1,580	6,08±1,322	0,014	5,73±1,578	6,28±0,990	0,003	5,71±1,581	6,14±1,129	0,022
	6,00	6,00		6,00	6,00		6,00	6,00		6,00	6,00	
	4,00-7,00	6,00-7,00		4,00-7,00	5,00-7,00		5,00-7,00	6,00-7,00		5,00-7,00	6,00-7,00	
Sosyal Destek	16,61±3,948	14,74±2,510	p<0,001	16,73±3,832	14,88±2,991	<0,001	16,37±3,78	14,36±2,39	<0,001	16,43±3,79	14,86±2,91	<0,001
	16,00	15,00		16,00	14,00		16,00	14,00		16,00	14,00	
	14,00-20,00	13,00-16,00		14,00-20,00	13,00-16,00		14,0-19,0	13,0-15,0		14,0-20,0	13,0-16,0	
İş Stresi	0,92±0,206	0,84±0,145	p<0,001	0,93±0,209	0,85±0,150	<0,001	0,91±0,200	0,82±0,127	<0,001	0,92±0,210	0,83±0,117	<0,001
	0,88	0,82		0,88	0,82		0,87	0,82		0,88	0,82	
	0,78-1,00	0,74-0,93		0,78-1,05	0,75-0,93		0,78-1,00	0,75-0,88		0,77-1,05	0,76-0,88	

p değeri Mann Whitney U testi ile hesaplanmıştır.

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların pandemi öncesi dönemde iş kazası/meslek hastalığı geçirme endişesi duyma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, beceri kullanımı, karar serbestliği, sosyal destek ve iş stresi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. İş kazası/meslek hastalığı geçirme endişesi duyanların iş yükü puan ortalamaları daha yüksek ($15,64 \pm 1,741$, $p < 0,001$), beceri kullanımı puan ortalamaları daha yüksek ($11,66 \pm 1,920$, $p = 0,040$), karar serbestliği puan ortalamaları daha düşük ($5,66 \pm 1,595$, $p = 0,001$), sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek ($16,61 \pm 3,948$, $p < 0,001$) ve iş stresi puan ortalamaları daha yüksek ($0,92 \pm 0,206$, $p < 0,001$) saptanmıştır.

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların pandemi öncesi dönemde çalışırken iletişim sorunları yaşadığını düşünme durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, karar serbestliği, sosyal destek ve iş stresi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Çalışırken iletişim sorunları yaşadığını düşünenlerin iş yükü puan ortalamaları daha yüksek ($15,64 \pm 1,73$, $p < 0,001$), karar serbestliği puan ortalamaları daha düşük ($5,67 \pm 1,580$, $p = 0,014$), sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek ($16,73 \pm 3,832$, $p < 0,001$) ve iş stresi puan ortalamaları daha yüksek ($0,93 \pm 0,209$, $p < 0,001$) saptanmıştır.

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların pandemi döneminde iş kazası/meslek hastalığı geçirme endişesi duyma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, karar serbestliği, sosyal destek ve iş stresi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. İş kazası/meslek hastalığı geçirme endişesi duyanların iş yükü puan ortalamaları daha yüksek ($15,48 \pm 1,77$, $p < 0,001$), karar serbestliği puan ortalamaları daha düşük ($5,73 \pm 1,578$, $p = 0,003$), sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek ($16,37 \pm 3,78$, $p < 0,001$) ve iş stresi puan ortalamaları daha yüksek ($0,91 \pm 0,200$, $p < 0,001$) saptanmıştır.

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların pandemi döneminde çalışırken iletişim sorunları yaşadığını düşünme durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, karar serbestliği, sosyal

destek ve iş stresi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Çalışırken iletişim sorunları yaşadığını düşünenlerin iş yükü puan ortalamaları daha yüksek ($15,56 \pm 1,74$, $p < 0,001$), karar serbestliği puan ortalamaları daha düşük ($5,71 \pm 1,581$, $p = 0,022$), sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek ($16,43 \pm 3,79$, $p < 0,001$) ve iş stresi puan ortalamaları daha yüksek ($0,92 \pm 0,210$, $p < 0,001$) saptanmıştır.



Tablo 5.45. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Çalışma Yaşamı Özelliklerine Göre Yüksek İş Stresinin Dağılımı (2021)

		Yüksek İş Stresi						
		Olan		Olmayan		Toplam		p
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Halen Çalıştığı Birim	İstasyon	133	49,3	137	50,7	270	100,0	0,644
	Ambulans	41	55,4	33	44,6	74	100,0	
	KKM	14	50,0	14	50,0	28	100,0	
Pandemi Öncesi Vardiya Çalışması	Yapan	65	46,4	75	53,6	140	100,0	0,218
	Yapmayan	123	53,0	109	47,0	232	100,0	
Pandemi Dönemi Vardiya Çalışması	Yapan	67	45,0	82	55,0	149	100,0	0,079
	Yapmayan	121	54,3	102	45,7	223	100,0	
Pandemi Öncesi Gece Çalışması	Yapan	98	49,0	102	51,0	200	100,0	0,552
	Yapmayan	90	52,3	82	47,7	172	100,0	
Pandemi Dönemi Gece Çalışması	Yapan	100	46,7	114	53,3	214	100,0	0,087
	Yapmayan	88	55,7	70	44,3	158	100,0	
Şiddete Uğrayan		155	54,8	128	45,2	283	100,0	0,004
Uğramayan		33	37,1	56	62,9	89	100,0	
Pandemi Öncesi İş Kazası/Meslek Hastalığı Endişesi	Duyan	131	55,0	107	45,0	238	100,0	0,021
	Duymayan	57	42,5	77	57,5	134	100,0	
Pandemi Dönemi İş Kazası/Meslek Hastalığı Endişesi	Duyan	156	53,6	135	46,4	291	100,0	0,025
	Duymayan	32	39,5	49	60,5	81	100,0	
Pandemi Öncesi İletişim Sorunu	Yaşayan	125	59,0	87	41,0	212	100,0	<0,001
	Yaşamayan	63	39,4	97	60,6	160	100,0	
Pandemi Dönemi İletişim Sorunu	Yaşayan	147	57,9	107	42,1	254	100,0	<0,001
	Yaşamayan	41	34,7	77	65,3	118	100,0	

Satır yüzdesi dağılımları verilmiştir.

p değeri Pearson ki kare testi ile hesaplanmıştır.

Katılımcılardan herhangi bir şiddete uğrayanların (sözel, psikolojik, fiziksel, cinsel şiddet/taciz, mobbing) %54,8'i (n=155), uğramayanların ise %37,1'i (n=33) yüksek iş stresi yaşamaktadır. Şiddete uğrama durumuna göre yüksek iş stresi yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0,004$).

Pandemi öncesi dönemde iş kazası geçirme/meslek hastalığına yakalanma endişesi duyanların %55,0'i (n=131), bu endişeyi taşımayanların ise %42,5'i (n=57) yüksek iş stresi yaşamaktadır. Pandemi öncesi dönemde iş kazası geçirme/meslek hastalığına yakalanma endişesi duyanların yüksek iş stresi yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0,021$). Pandemi döneminde iş kazası geçirme/meslek hastalığına yakalanma endişesi duyanların %53,6'sı (n=156), bu endişeyi taşımayanların ise %39,5'i (n=32) yüksek iş stresi yaşamaktadır. Pandemi döneminde iş kazası geçirme/meslek hastalığına yakalanma endişesi duyanların yüksek iş stresi yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0,025$).

Pandemi öncesi dönemde hastaya müdahale sırasında diğer personel ve hasta yakınları ile iletişim sorunları yaşadığını düşünenlerin %59,0'u (n=125), düşünmeyenlerin ise %39,4'ü (n=63) yüksek iş stresi yaşamaktadır. Pandemi öncesi dönemde hastaya müdahale sırasında diğer personel ve hasta yakınları ile iletişim sorunları yaşadığını düşünme durumu ile yüksek iş stresi yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Pandemi döneminde hastaya müdahale sırasında diğer personel ve hasta yakınları ile iletişim sorunları yaşadığını düşünenlerin %57,9'u (n=147), düşünmeyenlerin ise %34,7'si (n=41) yüksek iş stresi yaşamaktadır. Pandemi döneminde hastaya müdahale sırasında diğer personel ve hasta yakınları ile iletişim sorunları yaşadığını düşünme durumu ile yüksek iş stresi yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Tablo 5.45 (devamı). Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Çalışma Yaşamı Özelliklerine Göre Yüksek İş Stresinin Dağılımı (2021)

		Yüksek İş Stresi						p
		Olan		Olmayan		Toplam		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
COVID-19	Geçiren	80	55,6	64	44,4	144	100,0	0,124
	Geçirmeyen	108	47,4	120	52,3	228	100,0	
İş Arkadaşlarında COVID-19 Vakası	Olan	154	51,7	144	48,3	298	100,0	0,377
	Olmayan	34	45,9	40	54,1	74	100,0	
İş Arkadaşlarında COVID-19'dan hayatını kaybeden	Olan	13	44,8	16	55,2	29	100,0	0,522
	Olmayan	175	51,0	168	49,0	343	100,0	
Ailede COVID-19 Vakası	Olan	145	52,9	129	47,1	274	100,0	0,124
	Olmayan	43	43,9	55	56,1	98	100,0	
Ailede COVID-19'dan hayatını kaybeden	Olan	35	46,7	40	53,3	75	100,0	0,453
	Olmayan	153	51,5	144	48,5	297	100,0	
Sıklıkla Toplumdan Dışlanma	Hisseden	102	63,7	58	36,3	160	100,0	<0,001
	Hissetmeyen	86	40,6	126	59,4	212	100,0	
Sıklıkla Toplumda Takdir Edilme	Hisseden	37	50,7	36	49,3	73	100,0	0,978
	Hissetmeyen	151	50,5	148	49,5	299	100,0	
Mesleğe başlayınca genel sağlık durumu	Kötüye giden	64	59,3	44	40,7	108	100,0	0,009
	İyiye giden	11	33,3	22	66,7	33	100,0	
Çalışma hayatına ilişkin sorumlulukları	Artan	135	57,0	102	43,0	237	100,0	0,001
	Artmayan	53	39,3	82	60,7	135	100,0	
Aile hayatına ilişkin sorumlulukları	Artan	121	56,3	94	43,7	215	100,0	0,010
	Artmayan	67	42,7	90	57,3	157	100,0	

Satır yüzdesi dağılımları verilmiştir.

p değeri Pearson ki kare testi ile hesaplanmıştır.

Katılımcılardan her zaman/sıklıkla toplumdan dışlandığını hissedenlerin %63,7'si (n=102), hissetmeyenlerin %40,6'sı (n=86) yüksek iş stresi yaşamaktadır. Toplumdan dışlandığının hissetme durumu ile yüksek iş stresi yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0,001). Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri alanında göreve başladıktan sonra genel sağlık

durumunda kötü yönde değişim olduğunu düşünenlerin %59,3'ü (n=64), iyi yönde değişim olduğunu düşünenlerin %33,3'ü (n=11) yüksek iş stresi yaşamaktadır. Genel sağlık durumundaki bu değişim ile yüksek iş stresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0,009$).

Çalışma hayatına ilişkin sorumluklarının arttığını ifade eden katılımcıların %57,0'si (n=135), artmadığını ifade edenlerin ise %39,3'ü (n=53) yüksek iş stresi yaşamaktadır. Çalışma hayatına ilişkin sorumluklarındaki değişim durumu ile yüksek iş stresi yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0,001$). Aile hayatına ilişkin sorumluklarının arttığını ifade eden katılımcıların %56,3'ü (n=121), artmadığını ifade edenlerin ise %42,7'si (n=67) yüksek iş stresi yaşamaktadır. Aile hayatına ilişkin sorumluklarındaki değişim durumu ile yüksek iş stresi yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0,010$).

Tablo 5.46. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Çalışma Ortamı Özelliklerine Göre İşveç İş Yüğü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı (Ortalama±SS, Ortanca, Birinci- Üçüncü Çeyrekler) (2021)

	Sosyal Mesafe Kurallarına Uygun Ortam			Kişisel Koruyucu Donanım Kullanırken			Enfeksiyon Etkenine Maruz Kalma Endişesi			Enfeksiyon etkenini taşıdığı konusunda toplumdan uyarıya maruz		
	Hazırlanan	Hazırlanmayan	p	Zorlanan	Zorlanmayan	p	Duyan	Duymayan	p	Kalan	Kalmayan	p
İş Yüğü	14,61±1,797	15,39±1,768	p<0,001	15,74±1,786	14,56±1,589	p<0,001	15,93±1,781	14,51±1,515	p<0,001	16,17±1,787	14,83±1,649	<0,001
	14,50	15,00		16,00	14,00		16,00	14,00		16,00	15,00	
	14,00-16,00	14,00-17,00		14,00-17,00	14,00-15,00		15,00-17,00	14,00-15,00		15,00-17,00	14,00-16,00	
İş Kontrolü	18,03±2,760	17,19±2,594	0,013	17,49±2,981	17,18±2,116	0,290	17,41±3,014	17,30±2,207	0,898	17,58±2,954	17,26±2,498	0,241
	18,00	17,00		17,50	17,00		17,00	17,00		18,00	17,00	
	16,75-20,00	16,00-19,00		16,00-19,00	16,00-18,00		15,00-20,00	16,00-19,00		15,50-20,00	16,00-19,00	
Beceri Kullanımı	12,08±1,856	11,37±1,853	0,004	11,82±2,019	11,11±1,577	p<0,001	11,81±2,072	11,20±1,589	0,002	11,91±1,985	11,34±1,798	0,005
	12,00	11,00		12,00	11,00		12,00	11,00		12,00	11,00	
	11,00-13,00	10,00-12,00		11,00-13,00	10,00-12,00		11,00-13,00	10,00-12,00		11,00-13,00	10,00-12,00	
Karar Serbestliği	5,95±1,595	5,82±1,461	0,560	5,67±1,690	6,08±1,130	0,022	5,60±1,706	6,10±1,173	0,002	5,66±1,771	5,93±1,340	0,271
	6,00	6,00		6,00	6,00		6,00	6,00		6,00	6,00	
	5,00-7,00	5,00-7,00		4,00-7,00	6,00-7,00		4,00-7,00	6,00-7,00		4,00-7,00	5,00-7,00	
Sosyal Destek	16,05±4,363	15,90±3,403	0,850	16,98±4,055	14,55±2,279	p<0,001	17,29±4,072	14,54±2,357	p<0,001	16,54±4,153	15,67±3,317	0,009
	15,00	15,00		17,00	14,00		18,00	14,00		17,00	15,00	
	13,00-19,00	14,00-18,00		14,00-21,00	13,00-16,00		14,50-21,00	13,00-16,00		14,00-20,00	14,00-17,00	
İş Stresi	0,82±0,165	0,91±0,192	p<0,001	0,93±0,222	0,85±0,126	0,002	0,94±0,223	0,85±0,132	p<0,001	0,95±0,233	0,87±0,163	0,002
	0,78	0,88		0,88	0,83		0,90	0,82		0,89	0,83	
	0,72-0,89	0,78-1,00		0,77-1,06	0,77-0,93		0,78-1,06	0,77-0,88		0,78-1,06	0,77-0,94	

p değeri Mann Whitney U testi ile hesaplanmıştır.

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların çalışılan ortamda sosyal mesafe kurallarına uygun ortam hazırlanma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, iş kontrolü, beceri kullanımı ve iş stresi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Sosyal mesafe kurallarına uygun ortam hazırlananların iş yükü puan ortalamaları daha düşük ($14,61 \pm 1,797$, $p < 0,001$), iş kontrolü puan ortalamaları daha yüksek ($18,03 \pm 2,760$, $p = 0,013$), beceri kullanımı puan ortalamaları daha yüksek ($12,08 \pm 1,856$, $p = 0,004$) ve iş stresi puan ortalamaları daha düşük ($0,82 \pm 0,165$, $p < 0,001$) saptanmıştır.

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların kişisel koruyucu donanım kullanırken zorlanma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, beceri kullanımı, karar serbestliği, sosyal destek ve iş stresi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Kişisel koruyucu donanım kullanırken zorlananların iş yükü puan ortalamaları daha yüksek ($15,74 \pm 1,786$, $p < 0,001$), beceri kullanımı puan ortalamaları daha yüksek ($11,82 \pm 2,019$, $p < 0,001$), karar serbestliği puan ortalamaları daha düşük ($5,67 \pm 1,690$, $p = 0,022$), sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek ($16,98 \pm 4,055$, $p < 0,001$) ve iş stresi puan ortalamaları daha yüksek ($0,93 \pm 0,222$, $p = 0,002$) saptanmıştır.

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların enfeksiyon etkenine maruz kalma endişesi duyma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, beceri kullanımı, karar serbestliği, sosyal destek ve iş stresi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Enfeksiyon etkenine maruz kalma endişesi duyanların iş yükü puan ortalamaları daha yüksek ($15,93 \pm 1,781$, $p < 0,001$), beceri kullanımı puan ortalamaları daha yüksek ($11,81 \pm 2,072$, $p = 0,002$), karar serbestliği puan ortalamaları daha düşük ($5,60 \pm 1,706$, $p = 0,002$), sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek ($17,29 \pm 4,072$, $p < 0,001$) ve iş stresi puan ortalamaları daha yüksek ($0,94 \pm 0,223$, $p < 0,001$) saptanmıştır.

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların enfeksiyon etkenini taşıdığına ilişkin toplumdan uyarıya maruz kalma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, beceri kullanımı, sosyal

destek ve iş stresi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Enfeksiyon etkenini taşıdığına ilişkin toplumdan uyarıya maruz kalanların iş yükü puan ortalamaları daha yüksek ($16,17 \pm 1,787$, $p < 0,001$), beceri kullanımı puan ortalamaları daha yüksek ($11,91 \pm 1,985$, $p = 0,022$), sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek ($16,54 \pm 4,153$, $p = 0,009$) ve iş stresi puan ortalamaları daha yüksek ($0,95 \pm 0,233$, $p = 0,002$) saptanmıştır.



Tablo 5.47. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Çalışma Özelliklerine Göre İşveç İş Yüğü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı (Ortalama±SS, Ortanca, Birinci- Üçüncü Çeyrekler) (2021)

	Kullanılan el antiseptikleri nedeniyle alerjik reaksiyon			Daha sık kesici-delici alet yaralanması geçirdiğini			Hastanede yatmayı gerektirecek hastalık/kaza			Mesleğini bırakmayı		
	Yaşayan	Yaşamayan	p	Düşünen	Düşünmeyen	p	Geçiren	Geçirmeyen	p	Düşünen	Düşünmeyen	P
İş Yüğü	15,46±2,140	15,12±1,581	0,106	14,62±1,760	15,40±1,776	0,001	15,68±2,476	15,21±1,749	0,035	15,35±1,900	15,13±1,695	0,388
	15,00	15,00		15,00	15,00		16,50	15,00		15,00	15,00	
	14,00-17,00	14,00-16,00		14,00-16,00	14,00-17,00		15,00-17,00	14,00-16,00		14,00-17,00	14,00-16,00	
İş Kontrolü	17,57±3,242	17,24±2,264	0,091	16,88±2,533	17,48±2,664	0,177	18,09±4,139	17,31±2,524	0,378	17,23±2,826	17,48±2,460	0,978
	18,00	17,00		17,00	18,00		17,50	17,00		18,00	17,00	
	16,00-20,00	16,00-19,00		16,00-19,00	16,00-19,00		15,00-21,25	16,00-19,00		16,00-19,00	16,00-19,00	
Beceri Kullanımı	11,80±2,227	11,36±1,639	0,021	11,17±1,805	11,60±1,883	0,183	12,18±2,889	11,47±1,788	0,078	11,42±1,944	11,60±1,802	0,887
	12,00	11,00		12,00	12,00		13,00	12,00		12,00	12,00	
	10,00-13,00	10,00-12,00		10,00-12,00	10,00-13,00		9,75-15,00	10,00-12,00		10,00-12,25	10,00-13,00	
Karar Serbestliği	5,78±1,760	5,88±1,322	0,998	5,72±1,458	5,88±1,495	0,542	5,91±2,045	5,84±1,449	0,396	5,81±1,629	5,88±1,340	0,736
	6,00	6,00		6,00	6,00		6,00	6,00		6,00	6,00	
	5,00-7,00	5,00-7,00		5,00-7,00	5,00-7,00		4,00-8,00	5,00-7,00		5,00-7,00	5,00-7,00	
Sosyal Destek	15,82±4,065	15,99±3,349	0,805	13,92±2,748	16,47±3,625	<0,001	15,73±4,621	15,95±3,543	0,529	15,23±3,298	16,61±3,771	0,001
	15,00	15,00		14,00	16,00		16,00	15,00		15,00	16,00	
	13,00-18,00	14,00-18,00		13,00-15,00	14,00-19,25		14,00-18,00	14,00-18,00		13,00-17,00	14,00-20,00	
İş Stresi	0,91±0,238	0,89±0,159	0,648	0,88±0,188	0,90±0,191	0,437	0,89±0,178	0,89±0,191	0,801	0,91±0,221	0,88±0,153	0,366
	0,85	0,87		0,84	0,87		0,88	0,85		0,85	0,86	
	0,76-1,00	0,77-1,00		0,77-1,00	0,77-1,00		0,71-1,06	0,77-1,00		0,77-1,00	0,77-1,00	

p değeri Mann Whitney U testi ile hesaplanmıştır.

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların kullanılan el antiseptikleri nedeniyle alerjik reaksiyon yaşama durumlarına göre dağılımı incelendiğinde beceri kullanımı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. El antiseptikleri nedeniyle alerjik reaksiyon yaşayanların beceri kullanımı puan ortalamaları daha yüksek ($11,80 \pm 2,227$, $p=0,021$) saptanmıştır.

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların daha sık delici/kesici alet yaralanması geçirdiğini düşünme durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, sosyal destek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Daha sık delici/kesici alet yaralanması geçirdiğini düşünenlerin iş yükü puan ortalamaları ($14,62 \pm 1,760$, $p=0,001$) ve sosyal destek puan ortalamaları daha düşük ($13,92 \pm 2,748$, $p<0,001$) saptanmıştır.

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların hastaneye yatmayı gerektirecek hastalık/kaza geçirme durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Hastaneye yatmayı gerektirecek hastalık/kaza geçirenlerin iş yükü puan ortalamaları daha yüksek ($15,68 \pm 2,476$, $p=0,035$) saptanmıştır.

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların mesleği bırakmayı düşünme durumlarına göre dağılımı incelendiğinde sosyal destek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Mesleğini bırakmayı düşünenlerin sosyal destek puan ortalamaları daha düşük ($15,23 \pm 3,298$, $p=0,001$) saptanmıştır.

Tablo 5.48. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Çalışma Temposu ve Aylık Gelirlerindeki Değişim Durumlarına Göre İsveç İş Yüğü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı (Ortalama±SS, Ortanca, Birinci- Üçüncü Çeyrekler) (2021)

	Pandemi Döneminde					
	Çalışma Temposu		p	Aylık Geliri		p
	Artan	Artmayan		Artan	Artmayan	
İş Yüğü	15,60±1,868	14,56±1,442	<0,001	14,90±1,710	15,30±1,811	0,099
	16,00	14,00		15,00	15,00	
	14,00-17,00	14,00-15,00		14,00-16,00	14,00-17,00	
İş Kontrolü	17,37±2,930	17,34±2,029	0,841	17,52±3,096	17,32±2,552	0,343
	17,00	17,00		18,00	17,00	
	15,00-19,00	16,00-18,00		16,00-20,00	16,00-19,00	
Beceri Kullanımı	11,67±2,030	11,22±1,505	0,019	11,21±2,303	11,57±1,775	0,386
	12,00	11,00		11,00	12,00	
	10,00-13,00	10,00-12,00		10,00-13,00	11,00-13,00	
Karar Serbestliği	5,70±1,666	6,11±1,035	0,036	6,31±1,455	5,76±1,478	0,004
	6,00	6,00		6,00	6,00	
	4,00-7,00	6,00-7,00		6,00-7,00	5,00-7,00	
Sosyal Destek	16,68±3,932	14,56±2,389	<0,001	15,79±3,592	15,96±3,617	0,974
	16,00	14,00		16,00	15,00	
	14,00-20,00	13,00-16,00		14,00-17,50	14,00-18,00	
İş Stresi	0,92±0,214	0,84±0,123	0,001	0,88±0,222	0,90±0,183	0,093
	0,88	0,82		0,82	0,87	
	0,77-1,00	0,77-0,88		0,74-1,00	0,77-1,00	

p değeri Mann Whitney U testi ile hesaplanmıştır.

Araştırma grubunun İsveç iş yüğü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların pandemi döneminde çalışma temposundaki değişim durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yüğü, beceri kullanımı, karar serbestliği, sosyal destek ve iş stresi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Çalışma temposu artanların iş yüğü puan ortalamaları daha yüksek (15,60±1,868, $p<0,001$), beceri kullanımı puan ortalamaları daha yüksek (11,67±2,030, $p=0,019$), karar serbestliği puan ortalamaları daha düşük (5,70±1,666, $p=0,036$), sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek (16,68±3,932, $p<0,001$) ve iş stresi puan ortalamaları daha yüksek (0,92±0,214, $p=0,001$) saptanmıştır.

Araştırma grubunun İsveç iş yüğü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların pandemi döneminde aylık gelirdeki değişim durumlarına göre dağılımı incelendiğinde karar serbestliği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Aylık gelirin arttığını ifade edenlerin karar serbestliği puan ortalamaları (6,31±1,455, $p=0,004$) aylık gelirin artmadığını ifade edenlerden daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 5.49. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Çalışma Yaşamı Özelliklerine Göre Yüksek İş Stresinin Dağılımı (2021) (Devamı)

		Yüksek İş Stresi						
		Olan		Olmayan		Toplam		p
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Sosyal mesafeye uygun çalışma ortamı	Hazırlanan	25	33,8	49	66,2	74	100,0	0,001
	Hazırlanmayan	163	54,7	135	45,3	298	100,0	
Vakaya giderken enfeksiyon etkenine maruz kalma endişesi	Duyan	110	58,2	79	41,8	189	100,0	0,003
	Duymayan	78	42,6	105	57,4	183	100,0	
Enfeksiyon etkenini taşıdığı konusunda uyarıya maruz	Kalan	69	61,1	44	38,9	113	100,0	0,007
	Kalmayan	119	45,9	140	54,1	259	100,0	
Çalışma temposu	Artan	132	54,8	109	45,2	241	100,0	0,027
	Artmayan	56	42,7	75	57,3	131	100,0	
Aylık geliri	Artan	25	41,0	36	59,0	61	100,0	0,103
	Artmayan	163	52,4	148	47,6	311	100,0	

Satır yüzdesi dağılımları verilmiştir.
p değeri Pearson ki kare testi ile hesaplanmıştır.

Katılımcılardan çalıştıkları ortamda sosyal mesafe kurallarına uygun bir ortam hazırlandığını ifade edenlerin %33,8'i (n=25), hazırlanmadığını ifade edenlerin ise %54,7'si (n=163) yüksek iş stresi yaşamaktadır. Çalışılan ortamda sosyal mesafe kurallarına uygun iş ortamı hazırlanması durumu ile yüksek iş stresi yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,001). Çalışanlardan vakaya giderken enfeksiyon etkenine maruz kalma endişesi duyanların %58,2'si (n=110), bu endişeyi duymayanların ise %42,6'sı (n=78) yüksek iş stresi yaşamaktadır. Vakaya giderken enfeksiyon etkenine maruz kalma endişesi yaşama durumu ile yüksek iş stresi yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,003).

Enfeksiyon etkenini evine/apartmanına taşıdığı konusunda toplumdaki bir uyarıya maruz kaldığını belirtenlerin %61,1'i (n=69), bu uyarıya maruz kalmadığını belirtenlerin ise %45,9'u (n=119) yüksek iş stresi yaşamaktadır. Enfeksiyon etkenini evine/apartmanına taşıdığı konusunda uyarıya maruz kalma durumu ile yüksek iş stresi yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,007). COVID-19 pandemisi ile birlikte çalışma temposunun arttığını belirten

katılımcıların %54,8'i (n=132), çalışma temposunun artmadığını belirten katılımcıların ise %42,7'si (n=56) yüksek iş stresi yaşamaktadır. Çalışma temposundaki değişim ile yüksek iş stresi yaşama durumu artasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,027).

5.4.4. COVID-19 Öyküsü - İsveç İş Yüğü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği

Araştırma grubunun COVID-19 öyküsü özellikleri ile İsveç iş yüğü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeği değerlerine göre dağılımları tablo 5.50-53'te verilmiştir.

Tablo 5.50. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Doktor Tarafından Tanı Konulmuş COVID-19 Hastalığı Geçirme Durumlarına Göre İsveç İş Yüğü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı (Ortalama±SS, Ortanca, Çeyrekler) (2021)

	Doktor Tarafından Tanı Konulmuş COVID-19 Hastalığı		p
	Geçiren	Geçirmeyen	
İş Yüğü	15,49±1,900	15,07±1,718	0,010
	16,00	15,00	
	14,00-17,00	14,00-16,00	
İş Kontrolü	17,17±2,626	17,48±2,656	0,146
	17,00	18,00	
	16,00-19,00	16,00-19,00	
Beceri Kullanımı	11,47±2,208	11,54±1,772	0,674
	11,50	12,00	
	10,00-13,00	11,00-12,00	
Karar Serbestliği	5,69±1,425	5,94±1,520	0,050
	6,00	6,00	
	5,00-7,00	5,00-7,00	
Sosyal Destek	16,34±3,809	15,68±3,460	0,094
	16,00	15,00	
	14,00-20,00	13,00-18,00	
İş Stresi	0,92±0,197	0,88±0,185	0,015
	0,88	0,83	
	0,78-1,00	0,77-0,94	

p değeri Mann Whitney U testi ile hesaplanmıştır.

Araştırma grubunun İsveç iş yüğü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların COVID-19 hastalığı geçirme durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yüğü, sosyal destek ve iş stresi puanları ile katılımcıların COVID-19 hastalığı geçirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. COVID-19 hastalığı geçirmiş olanların iş yüğü puan ortalamaları (15,49±1,900, p=0,010), sosyal destek puan ortalamaları (16,34±3,809, p=0,094) ve

iş stresi puan ortalamaları ($0,92 \pm 0,197$, $p=0,015$) COVID-19 hastalığı geçirmeyenlere göre daha yüksek saptanmıştır.

Tablo 5.51. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının İş Arkadaşları Arasında COVID-19 Vakası Olma ve COVID-19 Nedeniyle Hayatını Kaybeden Olma Durumlarına Göre İşveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı (Ortalama $\pm$ SS, Ortanca, Çeyrekler) (2021)

	İş Arkadaşları Arasında					
	COVID-19 Vakası			COVID-19 Nedeniyle Hayatını Kaybeden		
	Olan	Olmayan	p	Olan	Olmayan	p
İş Yükü	15,37 $\pm$ 1,855	14,68 $\pm$ 1,434	0,001	15,38 $\pm$ 1,935	15,22 $\pm$ 1,789	0,531
	15,00	14,50		16,00	15,00	
	14,00-17,00	14,00-16,00		14,00-16,50	14,00-16,00	
İş Kontrolü	17,43 $\pm$ 2,738	17,05 $\pm$ 2,220	0,375	18,38 $\pm$ 2,484	17,27 $\pm$ 2,643	0,048
	17,00	17,00		18,00	17,00	
	16,00-19,00	16,00-19,00		16,50-20,00	16,00-19,00	
Beceri Kullanımı	11,64 $\pm$ 1,923	10,99 $\pm$ 1,557	0,007	12,00 $\pm$ 1,946	11,47 $\pm$ 1,863	0,264
	12,00	11,00		12,00	12,00	
	10,00-13,00	10,00-12,00		11,00-13,00	10,00-13,00	
Karar Serbestliği	5,79 $\pm$ 1,541	6,07 $\pm$ 1,231	0,163	6,38 $\pm$ 1,293	5,80 $\pm$ 1,495	0,029
	6,00	6,00		7,00	6,00	
	5,00-7,00	5,00-7,00		6,00-7,00	5,00-7,00	
Sosyal Destek	16,24 $\pm$ 3,776	14,70 $\pm$ 2,503	<0,001	14,97 $\pm$ 3,708	16,01 $\pm$ 3,594	0,111
	16,00	14,00		15,00	15,00	
	14,00-19,00	13,00-16,00		12,00-17,00	14,00-18,00	
İş Stresi	0,90 $\pm$ 0,198	0,87 $\pm$ 0,152	0,350	0,84 $\pm$ 0,117	0,90 $\pm$ 0,194	0,147
	0,87	0,83		0,82	0,86	
	0,77-1,00	0,77-0,93		0,75-0,90	0,77-1,00	

p değeri Mann Whitney U testi ile hesaplanmıştır.

Araştırma grubunun İşveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların iş arkadaşları arasında COVID-19 vakası olma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, beceri kullanımı ve sosyal destek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. İş arkadaşları arasında COVID-19 vakası olanların iş yükü puan ortalamaları ($15,37 \pm 1,855$, $p=0,001$), beceri kullanımı puan ortalamaları ($11,64 \pm 1,923$, $p=0,007$), sosyal destek puan ortalamaları ($16,24 \pm 3,776$, $p<0,001$) iş arkadaşları arasında COVID-19 vakası olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır.

Araştırma grubunun İşveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların iş arkadaşları arasında COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden olma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş kontrolü ve karar serbestliği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. İş

arkadaşları arasında COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden olanların iş kontrolü puan ortalamaları ($18,38 \pm 2,484$, $p=0,048$) ve karar serbestliği puan ortalamaları daha yüksek ($6,38 \pm 1,293$, $p=0,029$) saptanmıştır.

Tablo 5.52. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Aile Üyeleri Arasında COVID-19 Vakası Olma ve COVID-19 Nedeniyle Hayatını Kaybeden Olma Durumlarına Göre İşveç İş Yüğü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı (Ortalama $\pm$ SS, Ortanca, Çeyrekler) (2021)

	Aile Üyeleri Arasında					
	COVID-19 Vakası			COVID-19 Nedeniyle Hayatını Kaybeden		
	Olan	Olmayan	p	Olan	Olmayan	p
İş Yüğü	15,51 $\pm$ 1,804	14,46 $\pm$ 1,548	<0,001	15,39 $\pm$ 2,206	15,20 $\pm$ 1,739	0,435
	15,50	14,00		15,00	15,00	
	14,00-17,00	14,00-15,00		14,00-17,00	14,00-16,00	
İş Kontrolü	17,43 $\pm$ 2,675	17,15 $\pm$ 2,562	0,699	17,61 $\pm$ 2,880	17,29 $\pm$ 2,583	0,473
	17,00	17,50		18,00	17,00	
	16,00-19,00	16,00-19,00		16,00-19,00	16,00-19,00	
Beceri Kullanımı	11,67 $\pm$ 1,911	11,07 $\pm$ 1,694	0,024	11,89 $\pm$ 2,204	11,41 $\pm$ 1,823	0,145
	12,00	11,00		12,00	12,00	
	10,00-13,00	10,00-12,00		10,00-13,00	10,00-12,00	
Karar Serbestliği	5,76 $\pm$ 1,519	6,08 $\pm$ 1,375	0,036	5,72 $\pm$ 1,615	5,88 $\pm$ 1,454	0,561
	6,00	6,00		6,00	6,00	
	5,00-7,00	5,00-7,00		4,00-7,00	5,00-7,00	
Sosyal Destek	16,45 $\pm$ 3,864	14,50 $\pm$ 2,230	<0,001	15,60 $\pm$ 3,959	16,02 $\pm$ 3,517	0,596
	16,00	14,00		15,00	15,00	
	14,00-20,00	13,00-16,00		13,00-18,00	14,00-18,00	
İş Stresi	0,91 $\pm$ 0,202	0,85 $\pm$ 0,145	0,006	0,89 $\pm$ 0,205	0,89 $\pm$ 0,187	0,612
	0,87	0,82		0,85	0,87	
	0,77-1,00	0,76-0,89		0,76-1,00	0,77-1,00	

p değeri Mann Whitney U testi ile hesaplanmıştır.

Araştırma grubunun İşveç iş yüğü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların aile üyeleri arasında COVID-19 vakası olma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yüğü, beceri kullanımı, karar serbestliği, sosyal destek ve iş stresi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Aile üyeleri arasında COVID-19 vakası olanların iş yüğü puan ortalamaları daha yüksek ($15,51 \pm 1,804$, $p<0,001$), beceri kullanımı puan ortalamaları daha yüksek ($11,67 \pm 1,911$, $p=0,024$), karar serbestliği puan ortalamaları daha düşük ($5,76 \pm 1,519$, $p=0,036$), sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek ($16,45 \pm 3,864$, $p<0,001$) ve iş stresi puan ortalamaları daha yüksek ($0,91 \pm 0,202$, $p=0,006$) saptanmıştır.

Araştırma grubunun İşveç iş yüğü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların aile üyeleri arasında COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden

olma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, iş kontrolü, beceri kullanımı, karar serbestliği, sosyal destek ve iş stresi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 5.53. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının En Az İki Doz COVID-19 Aşısı Olma Durumlarına Göre İsveç İş Yükü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı (Ortalama $\pm$ SS, Ortanca, Çeyrekler) (2021)

	En Az İki Doz COVID-19 Aşısı		p
	Olan	Olmayan	
İş Yükü	15,21 $\pm$ 1,797	15,56 $\pm$ 1,826	0,196
	15,00	16,00	
	14,00-16,00	14,00-17,00	
İş Kontrolü	17,31 $\pm$ 2,565	17,96 $\pm$ 3,514	0,354
	17,00	18,00	
	16,00-19,00	15,00-21,00	
Beceri Kullanımı	11,49 $\pm$ 1,829	11,81 $\pm$ 2,386	0,361
	12,00	12,00	
	10,00-12,00	10,00-14,00	
Karar Serbestliği	5,82 $\pm$ 1,473	6,15 $\pm$ 1,657	0,241
	6,00	6,00	
	5,00-7,00	5,00-8,00	
Sosyal Destek	15,82 $\pm$ 3,553	17,37 $\pm$ 4,059	0,045
	15,00	17,00	
	14,00-18,00	15,00-21,00	
İş Stresi	0,89 $\pm$ 0,190	0,89 $\pm$ 0,189	0,584
	0,87	0,83	
	0,77-1,00	0,73-1,00	

p değeri Mann Whitney U testi ile hesaplanmıştır.

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların en az iki doz COVID-19 aşısı olma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde sosyal destek puanları ile katılımcıların en az iki doz COVID-19 aşısı olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. En az iki doz COVID-19 aşısı olanların sosyal destek puan ortalamaları (15,82 $\pm$ 3,553, p=0,045) en az iki doz COVID-19 aşısı olmadığını ifade edenlere göre daha düşük saptanmıştır.

5.4.5. Çoklu Değişken Analizleri

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının yüksek iş stresi düzeyleri ile ilişkili olan faktörleri saptamak yüksek iş stresi risk tahminlerini belirlemek amacıyla ikili lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Katılımcıların İsveç İş Yüğü İş Kontrolü Sosyal Destek ölçeğinden aldıkları puanlar normal dağılım göstermediğinden puan ortancalarına (0,8571) göre ortanca ve üzeri iş stresi puanları yüksek iş stresi, ortancanın altındaki iş stresi puanları ise düşük iş stresi olarak gruplanmıştır. Yüksek iş stresi düzeyleri için 4 model oluşturulmuştur.

Bazı sosyodemografik özellikler ve çalışma yaşamı özelliklerine göre iş stresi durumunun düşük ya da yüksek olma durumlarına ilişkin yapılan ikili lojistik regresyon analizinde, Model 1’de (Tablo 5.54), cinsiyet (kadın/erkek), öğrenim durumu (lisans altı/lisans ve üstü), şiddete uğrama (uğrayan/uğramayan), COVID-19 hastalığı geçirme (geçiren/geçirmeyen), toplumdan dışlanma hissetme durumu (hisseden/hissetmeyen), toplumdan takdir edilme hissetme durumu (hisseden/hissetmeyen), hastane öncesi sağlık hizmetlerinde çalışmaya başladıktan sonra sağlık durumundaki değişim (daha kötü hissedenden/daha iyi hissedenden), kişisel koruyucu donanım kullanırken zorladığını düşünme (evet/hayır), enfeksiyon etkenini evine/apartmanına taşıdığı konusunda toplumdan bir uyarıya maruz kalma (evet/hayır) iş stresi ile ilişkili faktörler olarak yer almıştır.

Model 2’de (Tablo 5.54) ise, yaş grubu (<34 ve ≥ 34), cinsiyet (kadın/erkek), çocuk sahibi olma durumu (olan/olmayan), öğrenim durumu (lisans altı/lisans ve üstü), görev ünvanı (acil tıp teknisyeni/paramedik), şiddete uğrama (uğrayan/uğramayan), COVID-19 hastalığı geçirme (geçiren/geçirmeyen), toplumdan dışlanma hissetme durumu (hisseden/hissetmeyen), çalışılan kurumda sosyal mesafe kurallarına uygun ortam hazırlanma durumu (hazırlanan/hazırlanmayan), pandemi döneminde aylık gelirdeki değişim (artan/artmayan), hastane öncesi sağlık hizmetlerinde çalışmaya başladıktan sonra sağlık durumundaki değişim (daha kötü hissedenden/daha iyi hissedenden), pandemi döneminde çalışma hayatına ilişkin sorunluluklardaki değişim (artan/artmayan), yeni bir vakaya giderken enfeksiyon etkenine maruz kalma endişesi (duyan/duymayan), kullanılan el antiseptikleri nedeniyle alerjik reaksiyon yaşama (yaşayan/yaşamayan),

pandemi döneminde çalışma temposundaki değişim (artan/artmayan) iş stresi ile ilişkili faktörler olarak yer almıştır.

Bazı durumlarda kaygı duyma ve sorun yaşama özelliklerine göre iş stresinin düşük ya da yüksek olma durumlarına ilişkin ikili lojistik regresyon analizinde, Model 1’de (Tablo 5.55), cinsiyet (kadın/erkek), yaş grubu (<34 ve ≥ 34), öğrenim durumu (lisans altı/lisans ve üstü), görev ünvanı (att/paramedik), COVID-19’a yakalanma (yaşayan/yaşamayan), güncel ve doğru bilgiye erişememe(yaşayan/yaşamayan), yöneticilerle iletişim kuramama (yaşayan/yaşamayan), COVID-19’dan yeteri kadar korunamama (yaşayan/yaşamayan), günlük planlanan işleri tamamlayamama (yaşayan/yaşamayan), işe uygun KKD (maske, eldiven vb.) olmaması (yaşayan/yaşamayan),

KKD’ler nedeni ile yoğun sıvı/elektrolit kaybı (yaşayan/yaşamayan), ekip arkadaşlarınızla anlaşmazlık (yaşayan/yaşamayan), yöneticilerinizle anlaşmazlık (yaşayan/yaşamayan), aile üyelerinizle anlaşmazlık (yaşayan/yaşamayan), hasta/temaslılarla iletişim sorunları (yaşayan/yaşamayan), verilen yemek ve içeceklerin kalitesinin iyi olmaması ya da yetersiz olması (yaşayan/yaşamayan), günlük, uzun çalışma süresi (yaşayan/yaşamayan), günlük planlamalarda aksamalar (yaşayan/yaşamayan), ekip üyelerinin sayısının yeterli olmaması (yaşayan/yaşamayan), enfeksiyonu eve taşıma riski (yaşayan/yaşamayan), ailenizin ihtiyaçlarının (beslenme, bakım, eğitim, konaklama, ulaşım) karşılanamaması (yaşayan/yaşamayan), kişisel ihtiyaçlarınızın (beslenme, kişisel temizlik, tuvalet, ulaşım vb.) karşılanamaması (yaşayan/yaşamayan), gerektiğinde testlere ve tedaviye hızlı erişememe (yaşayan/yaşamayan), öğün atlama ya da öğünlerin zamanında yenilememesi (yaşayan/yaşamayan) iş stresi ile ilişkili faktörler olarak yer almıştır.

Model 2’de ise (Tablo 5.55) yaş grubu (<34 ve ≥ 34), cinsiyet (kadın/erkek), medeni durum (bekar/evli), öğrenim durumu (lisans altı/lisans ve üstü), aylık gelir (giderden az/gidere eşit ya da fazla), yöneticilerle iletişim kuramama (yaşayan/yaşamayan), COVID-19’dan yeteri kadar korunamama (yaşayan/yaşamayan), şiddete uğrama (uğrayan/uğramayan), çalışılan kurumda sosyal mesafe kurallarına uygun ortam hazırlanma durumu

(hazırlanan/hazırlanmayan), ekip üyelerinin sayısının yetersiz olması (yaşayan/yaşamayan), işe uygun KKD olmaması (yaşayan/yaşamayan), yöneticilerle anlaşmazlık (yaşayan/yaşamayan), aile üyeleriyle anlaşmazlık (yaşayan/yaşamayan), hasta/temaslılarla iletişim sorunları (yaşayan/yaşamayan), COVID-19'a yakalanma (yaşayan/yaşamayan), enfeksiyonu eve taşıma riski (yaşayan/yaşamayan), gerektiğinde testlere ve tedaviye hızlı erişememe (yaşayan/yaşamayan), kişisel ihtiyaçların karşılanamaması (yaşayan/yaşamayan), ailenin ihtiyaçların karşılanamaması (yaşayan/yaşamayan), güncel ve doğru bilgiye erişememe (yaşayan/yaşamayan), şikayet edilme (yaşayan/yaşamayan), günlük planlanan işleri tamamlamama (yaşayan/yaşamayan), KKD'ler nedeniyle yoğun sıvı/elektrolit kaybı (yaşayan/yaşamayan), ekip arkadaşlarıyla anlaşmazlık (yaşayan/yaşamayan), günlük uzun çalışma süresi (yaşayan/yaşamayan), ekip üyelerinin tamamının önlemlere tam olarak uymaması (yaşayan/yaşamayan), iş yerine ulaşım olanaklarında sınırlılık (yaşayan/yaşamayan), yeterli sayıda KKD olmaması (yaşayan/yaşamayan) iş stresi ile ilişkili faktörler olarak yer almıştır.

Tablo 5.54. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Sosyodemografik Özellikler ve Çalışma Yaşamı Özelliklerine Göre İş Stresi Düzeyinin Düşük ya da Yüksek Olma Durumlarına İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (2021)

Modele katılan değişkenler	Model 1		
	Wald	p	OR (%95 GA)*
Cinsiyet (kadınlar referans)	6,260	0,012	2,63 (1,23-5,63)
Toplumdan dışlanma hissetme durumu (hissetmeyenler referans)	7,129	0,008	3,11 (1,35-7,17)
Mesleğe başladıktan sonra sağlık durumundaki değişim (daha iyi hissedenler referans)	4,209	0,040	2,95 (1,05-8,30)
Kişisel koruyucu donanım kullanırken zorlanma (zorlanmayanlar referans)	3,956	0,047	2,68 (1,01-7,08)
* OR: Odds ratio, %95 Güven aralığı Hosmer ve Lemeshow testi; p=0,303; -2 Log likelihood: 165,360; Omnibus test, p=0,001 Nagelkerke R Square: 0,252; Doğru Sınıflama Yüzdesi: %70,2			
Başlangıçta modele alınan değişkenler (adjusted variables): Cinsiyet (kadın/erkek), öğrenim durumu (lisans altı/lisans ve üstü), şiddete uğrama (uğrayan/uğramayan), COVID-19 hastalığı geçirme (geçiren/geçirmeyen), toplumdan dışlanma hissetme durumu (hisseden/hissetmeyen), toplumdan takdir edilme hissetme durumu (hisseden/hissetmeyen), hastane öncesi sağlık hizmetlerinde çalışmaya başladıktan sonra sağlık durumundaki değişim (daha kötü hisseden/daha iyi hisseden), kişisel koruyucu donanım kullanırken zorlandığını düşünme (evet/hayır), enfeksiyon etkenini evine/apartmanına taşıdığı konusunda toplumdan bir uyarıya maruz kalma (evet/hayır).			
Modele katılan değişkenler	Model 2		
	Wald	p	OR (%95 GA)*
Cinsiyet (kadınlar referans)	4,509	0,034	2,39 (1,07-5,35)
Görev ünvanı (ATT'ler referans)	4,204	0,040	4,17 (1,06-16,38)
Toplumdan dışlanma hissetme durumu (hissetmeyenler referans)	4,327	0,038	2,45 (1,05-5,69)
Çalışılan kurumda sosyal mesafe kurallarına uygun ortam hazırlanma durumu (hazırlananlar referans)	4,660	0,031	2,79 (1,09-7,09)
* OR: Odds ratio, %95 Güven aralığı Hosmer ve Lemeshow testi; p=0,984; -2 Log likelihood: 159,900; Omnibus test, p=0,002 Nagelkerke R Square: 0,293; Doğru Sınıflama Yüzdesi: %71,6			
Başlangıçta modele alınan değişkenler (adjusted variables): Yaş grubu (<34 ve ≥34), cinsiyet (kadın/erkek), çocuk sahibi olma durumu (olan/olmayan), öğrenim durumu (lisans altı/lisans ve üstü), görev ünvanı (acil tıp teknisyeni/paramedik), şiddete uğrama (uğrayan/uğramayan), COVID-19 hastalığı geçirme (geçiren/geçirmeyen), toplumdan dışlanma hissetme durumu (hisseden/hissetmeyen), çalışılan kurumda sosyal mesafe kurallarına uygun ortam hazırlanma durumu (hazırlanan/hazırlanmayan), pandemi döneminde aylık gelirdeki değişim (artan/artmayan), hastane öncesi sağlık hizmetlerinde çalışmaya başladıktan sonra sağlık durumundaki değişim (daha kötü hisseden/daha iyi hisseden), pandemi döneminde çalışma hayatına ilişkin sorunluluklardaki değişim (artan/artmayan), yeni bir vakaya giderken enfeksiyon etkenine maruz kalma endişesi (duyan/duymayan), kullanılan el antiseptikleri nedeniyle alerjik reaksiyon yaşama (yaşayan/yaşamayan), pandemi döneminde çalışma temposundaki değişim (artan/artmayan).			

Araştırmaya katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının bazı sosyodemografik özellikler ve çalışma yaşamı özelliklerine göre iş stresi durumunun düşük ya da yüksek olma durumlarına ilişkin yapılan ikili lojistik regresyon analizinde, Model 1’de ortaya çıkan regresyon modelinin istatistiksel

olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,001$). Model Nagelkerke R^2 katsayısı ile yüksek iş stresine sahip olma üzerindeki değişimin %25,2'sini açıklamış, genel olarak katılımcıların %70,2'sini doğru olarak kategorilere sınıflandırmıştır. Yüksek iş stresinin, erkeklerde kadınlara göre 2,63 kat (%95 GA 1,23-5,63), görevinden dolayı toplumdan dışlanma hissedenlerde hissetmeyenlere göre 3,11 kat (%95 GA 1,35-7,17), mesleğe başladıktan sonra sağlık durumundaki değişim daha kötü olanlarda daha iyi olanlara göre 2,95 kat (%95 GA 1,05-8,30), kişisel koruyucu donanım kullanırken zorlananlarda zorlanmayanlara göre 2,68 kat (%95 GA 1,01-7,08) daha fazla ilişkili olduğu bulunmuştur.

Kurulan Model 2'de de ortaya çıkan regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,002$). Model Nagelkerke R^2 katsayısı ile yüksek iş stresine sahip olma üzerindeki değişimin %29,3'ünü açıklamış, genel olarak katılımcıların %71,6'sını doğru olarak kategorilere sınıflandırmıştır. Yüksek iş stresinin, erkeklerde kadınlara göre 2,39 kat (%95 GA 1,07-5,35), paramediklerde ATT'lere göre 4,17 kat (%95 GA 1,06-16,38), görevinden dolayı toplumdan dışlanma hissedenlerde hissetmeyenlere göre 2,45 kat (%95 GA 1,05-5,69), çalışılan kurumda sosyal mesafe kurallarına uygun ortam hazırlanmayanlarda hazırlananlara göre 2,79 kat (%95 GA 1,09-7,09) daha fazla ilişkili olduğu bulunmuştur.

Tablo 5.55. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Durumlarda Kaygı Duyma ve Sorun Yaşama Özelliklerine Göre İş Stresi Düzeyinin Düşük ya da Yüksek Olma Durumlarına İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (2021)

Modele katılan değişkenler	Model 1		
	Wald	p	OR (%95 GA)*
Cinsiyet (kadınlar referans)	5,294	0,021	1,74 (1,08-2,78)
COVID-19'dan yeteri kadar korunamama (yaşamayanlar referans)	8,037	0,005	2,44 (1,31-4,53)
Yöneticilerle anlaşmazlık (yaşamayanlar referans)	7,460	0,006	2,31 (1,26-4,22)
Aile üyeleri ile anlaşmazlık (yaşamayanlar referans)	5,627	0,018	2,06 (1,13-3,63)
Hasta/temaslılarla iletişim sorunu (yaşamayanlar referans)	10,847	0,001	2,54 (1,45-4,43)
Verilen yemeklerin kalitesiz olması (yaşamayanlar referans)	4,928	0,026	1,86 (1,07-3,23)
Ekip üyelerinin sayısının yetersiz olması (yaşamayanlar referans)	4,323	0,038	1,77 (1,03-3,06)
* OR: Odds ratio, %95 Güven aralığı Hosmer ve Lemeshow testi; p=0,195; -2 Log likelihood: 444,561; Omnibus test, p<0,001 Nagelkerke R Square: 0,232; Doğru Sınıflama Yüzdesi: %67,7			
Başlangıçta modele alınan değişkenler (adjusted variables): Cinsiyet ((kadın/erkek), yaş grubu (<34 ve ≥34), öğrenim durumu (lisans altı/lisans ve üstü), görev ünvanı (att/paramedik), COVID-19'a yakalanma (yaşayan/yaşamayan), güncel ve doğru bilgiye erişememe(yaşayan/yaşamayan), yöneticilerle iletişim kuramama (yaşayan/yaşamayan), COVID-19'dan yeteri kadar korunamama (yaşayan/yaşamayan), günlük planlanan işleri tamamlayamama (yaşayan/yaşamayan), işe uygun KKD (maske, eldiven vb.) olmaması (yaşayan/yaşamayan), KKD'ler nedeni ile yoğun sıvı/elektrolit kaybı (yaşayan/yaşamayan), ekip arkadaşlarınızla anlaşmazlık (yaşayan/yaşamayan), yöneticilerinizle anlaşmazlık (yaşayan/yaşamayan), aile üyelerinizle anlaşmazlık (yaşayan/yaşamayan), hasta/temaslılarla iletişim sorunları (yaşayan/yaşamayan), verilen yemek ve içeceklerin kalitesinin iyi olmaması ya da yetersiz olması (yaşayan/yaşamayan), günlük, uzun çalışma süresi (yaşayan/yaşamayan), günlük planlamalarda aksamalar (yaşayan/yaşamayan), ekip üyelerinin sayısının yeterli olmaması(yaşayan/yaşamayan), enfeksiyonu eve taşıma riski (yaşayan/yaşamayan), ailenizin ihtiyaçlarının (beslenme, bakım, eğitim, konaklama, ulaşım) karşılanamaması (yaşayan/yaşamayan), kişisel ihtiyaçlarınızın (beslenme, kişisel temizlik, tuvalet, ulaşım vb.) karşılanamaması (yaşayan/yaşamayan), gerektiğinde testlere ve tedaviye hızlı erişememe (yaşayan/yaşamayan), öğün atlama ya da öğünlerin zamanında yenilememesi (yaşayan/yaşamayan).			

Tablo 5.55 (devamı). Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Durumlarda Kaygı Duyma ve Sorun Yaşama Özelliklerine Göre İş Stresi Düzeyinin Düşük ya da Yüksek Olma Durumlarına İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (2021)

Modele katılan değişkenler	Model 2		
	Wald	p	OR (%95 GA)*
Cinsiyet (kadınlar referans)	5,037	0,025	1,72 (1,07-2,78)
Yöneticilerle iletişim kuramama (yaşamayanlar referans)	5,514	0,019	1,99 (1,12-3,56)
COVID-19'dan yeteri kadar korunamama (yaşamayanlar referans)	8,190	0,004	2,50 (1,33-4,71)
Çalışılan kurumda sosyal mesafe kurallarına uygun ortam hazırlanma durumu (hazırlanan referans)	12,378	<0,001	3,06 (1,64-5,72)
Ekip üyelerinin sayısının yetersiz olması (yaşamayanlar referans)	5,142	0,023	1,88 (1,09-3,27)
Yöneticilerle anlaşmazlık (yaşamayanlar referans)	6,126	0,013	2,16 (1,17-3,99)
Aile üyeleri ile anlaşmazlık (yaşamayanlar referans)	7,091	0,008	2,30 (1,24-4,27)
Hasta/temaslılarla iletişim sorunu (yaşamayanlar referans)	9,304	0,002	2,39 (1,36-4,20)
* OR: Odds ratio, %95 Güven aralığı Hosmer ve Lemeshow testi; p=0,621; -2 Log likelihood: 434,638; Omnibus test, p<0,001 Nagelkerke R Square: 0,227; Doğru Sınıflama Yüzdesi: %71,0			
Başlangıçta modele alınan değişkenler (adjusted variables): Yaş grubu (<34 ve ≥34), cinsiyet (kadın/erkek), medeni durum (bekar/evli), öğrenim durumu (lisans altı/lisans ve üstü), aylık gelir (giderden az/gidere eşit ya da fazla), yöneticilerle iletişim kuramama (yaşayan/yaşamayan), COVID-19'dan yeteri kadar korunamama (yaşayan/yaşamayan), şiddete uğrama (uğrayan/uğramayan), çalışılan kurumda sosyal mesafe kurallarına uygun ortam hazırlanma durumu (hazırlanan/hazırlanmayan), ekip üyelerinin sayısının yetersiz olması (yaşayan/yaşamayan), işe uygun KKD olmaması (yaşayan/yaşamayan), yöneticilerle anlaşmazlık (yaşayan/yaşamayan), aile üyeleriyle anlaşmazlık (yaşayan/yaşamayan), hasta/temaslılarla iletişim sorunları (yaşayan/yaşamayan), COVID-19'a yakalanma (yaşayan/yaşamayan), enfeksiyonu eve taşıma riski (yaşayan/yaşamayan), gerektiğinde testlere ve tedaviye hızlı erişememe (yaşayan/yaşamayan), kişisel ihtiyaçların karşılanamaması (yaşayan/yaşamayan), ailenin ihtiyaçların karşılanamaması (yaşayan/yaşamayan), güncel ve doğru bilgiye erişememe (yaşayan/yaşamayan), şikayet edilme (yaşayan/yaşamayan), günlük planlanan işleri tamamlamama (yaşayan/yaşamayan), KKD'ler nedeniyle yoğun sıvı/elektrolit kaybı (yaşayan/yaşamayan), ekip arkadaşlarıyla anlaşmazlık (yaşayan/yaşamayan), günlük uzun çalışma süresi (yaşayan/yaşamayan), ekip üyelerinin tamamının önlemlere tam olarak uymaması (yaşayan/yaşamayan), iş yerine ulaşım olanaklarında sınırlılık (yaşayan/yaşamayan), yeterli sayıda KKD olmaması (yaşayan/yaşamayan).			

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının yüksek iş stresine sahip olma olasılıkları üzerinde etkisi olduğu düşünülen, bazı durumlarda kaygı duyma ve sorun yaşama özelliklerine ilişkin değişkenlerin, bu olasılık üzerindeki etkilerini incelemek için oluşturulan ikili lojistik regresyon analizinde, Model 1'de ortaya çıkan regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Model Nagelkerke R^2 katsayısı ile yüksek iş stresine sahip olma üzerindeki değişimin %23,2'sini açıklamış, genel olarak katılımcıların %67,7'sini doğru olarak kategorilere sınıflandırmıştır. Yüksek iş stresinin, erkeklerde kadınlara göre 1,74 kat (%95 GA 1,08-2,78), COVID-19'dan yeteri kadar korunamama endişesi

yaşayanlarda yaşamayanlara göre 2,44 kat (%95 GA 1,31-4,53), yöneticilerle anlaşmazlık sorunu yaşayanlarda yaşamayanlara göre 2,31 kat (%95 GA 1,26-4,22), aile üyeleriyle anlaşmazlık sorunu yaşamayanlarda yaşayanlara göre 2,06 kat (%95 GA 1,13-3,63), hasta/temaslılarla iletişim sorunları yaşayanlarda yaşamayanlara göre 2,54 kat (%95 GA 1,45-4,43), verilen yemek ve içeceklerin kalitesiz olması sorunu yaşayanlarda yaşamayanlara göre 1,86 kat (%95 GA 1,07-3,23), ekip üyelerinin sayısının yetersiz olması sorunu yaşayanlarda yaşamayanlara göre 1,77 kat (%95 GA 1,03-3,06) daha fazla ilişkili olduğu bulunmuştur.

Model 2’de ortaya çıkan regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($\chi^2_{(28)} = 81,021$, $p < 0,001$). Model Nagelkerke R^2 katsayısı ile yüksek iş stresine sahip olma üzerindeki değişimin %22,7’sini açıklamış, genel olarak katılımcıların %71,0’ini doğru olarak kategorilere sınıflandırmıştır. Yüksek iş stresinin, erkeklerde kadınlara göre 1,72 kat (%95 GA 1,07-2,78), yöneticilerle iletişim kuramama sorunu yaşayanlarda yaşamayanlara göre 1,99 kat (%95 GA 1,12-3,56), COVID-19’dan yeteri kadar korunamama sorunu yaşayanlarda yaşamayanlara göre 2,50 kat (%95 GA 1,33-4,71), çalışılan kurumda sosyal mesafe kurallarına uygun ortam hazırlanmayanlarda hazırlananlara göre 3,06 kat (%95 GA 1,64-5,72), ekip üyelerinin sayısının yetersiz olması sorunu yaşayanlarda yaşamayanlara göre 1,88 kat (%95 GA 1,09-3,27), yöneticilerle anlaşmazlık sorunu yaşayanlarda yaşamayanlara göre 2,16 kat (%95 GA 1,17-3,99), aile üyeleri ile anlaşmazlık sorunu yaşayanlarda yaşamayanlara göre 2,30 kat (%95 GA 1,24-4,27), hasta/temaslılarla iletişim sorunu yaşayanlarda yaşamayanlara göre 2,39 kat (%95 GA 1,36-4,20) daha fazla ilişkili olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri ile çalışma yaşamı özellikleri ve iş stresi düzeylerine göre, mesleği bırakmayı düşünme ve genel sağlık algısı durumlarına ilişkin oluşturulan ikili lojistik regresyon modellerinde iş stresi puanlarına ilişkin istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar bulunamamıştır (Tablo 5.56, 5.57).

Tablo 5.56. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Sosyodemografik ve Çalışma Hayatı Özelliklerine Göre Genel Sağlık Algısı Durumlarına İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (2021)

Modele katılan değişkenler	Model		
	Wald	p	OR (%95 GA)*
Cinsiyet (erkekler referans)	0,211	0,646	1,12 (0,69-1,81)
Yaş	3,176	0,075	1,05 (0,99-1,11)
Ünvan (ATT'ler referans)	0,800	0,371	1,30 (0,72-2,33)
İş stresi puanı	3,140	0,076	2,96 (0,89-9,89)
COVID-19 geçirme (geçirmeyenler referans)	11,311	0,001	2,47 (1,45-4,19)
* OR: Odds ratio, %95 Güven aralığı Hosmer ve Lemeshow testi; p=0,844; -2 Log likelihood: 418,604; Omnibus test, p=0,002 Nagelkerke R Square: 0,048; Doğru Sınıflama Yüzdesi: %72,6			

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının genel sağlık algısının iyi ve kötü olma durumları üzerinde etkisi olduğu düşünülen, cinsiyet, yaş, unvan, iş stresi puanı, COVID-19 geçirme durumlarının, bu olasılık üzerindeki etkilerini incelemek için oluşturulan ikili lojistik regresyon analizinde, ortaya çıkan regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0,002). Model Nagelkerke R² katsayısı ile yüksek iş stresine sahip olma üzerindeki değişimin %4,8'sini açıklamış, genel olarak katılımcıların %72,6'sını doğru olarak kategorilere sınıflandırmıştır. COVID-19 geçirenlerde geçirmeyenlere göre kötü genel sağlık durumları algısının 2,47 kat (%95 GA: 1,45-4,19) daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 5.57. Araştırmaya Katılan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Bazı Sosyodemografik ve Çalışma Hayatı Özelliklerine Göre Mesleği Bırakmayı Düşünme Durumlarına İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (2021)

Modele katılan değişkenler	Model		
	Wald	p	OR (%95 GA)*
Cinsiyet (erkekler referans)	0,002	0,964	1,01 (0,66-1,54)
Yaş	2,333	0,127	1,04 (0,98-1,09)
Ünvan (ATT'ler referans)	10,121	0,001	2,37 (1,39-4,04)
İş stresi puanı	2,969	0,085	0,36 (0,11-1,15)
* OR: Odds ratio, %95 Güven aralığı Hosmer ve Lemeshow testi; p=0,125; -2 Log likelihood: 501,047; Omnibus test, p=0,006 Nagelkerke R Square: 0,051; Doğru Sınıflama Yüzdesi: %55,4			

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının mesleği bırakmayı düşünme durumları üzerinde etkisi olduğu düşünülen, cinsiyet, yaş, unvan, iş stresi puanı durumlarının, bu olasılık üzerindeki etkilerini incelemek için oluşturulan ikili

lojistik regresyon analizinde, ortaya çıkan regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,006$). Model Nagelkerke R^2 katsayısı ile yüksek iş stresine sahip olma üzerindeki değişimin %5,1'ini açıklamış, genel olarak katılımcıların %55,4'ünü doğru olarak kategorilere sınıflandırmıştır. Paramediklerde ATT'lere göre mesleğini bırakmayı düşünmenin 2,37 kat (%95 GA: 1,39-4,04) daha yüksek olduğu bulunmuştur.



6. TARTIŞMA

Çin'in Hubei eyaletinin Wuhan şehrinde, Aralık 2019 sonlarında, sebebi bilinmeyen bir grup pnömoni vakası ortaya çıkmış, hastalık damlacık yolu ve yakın temas ile insandan insana bulaşmıştır. Kolay bulaş olması sebebiyle kısa bir sürede tüm dünyaya yayılmış ve DSÖ tarafından 30 Ocak 2020'de önce "uluslararası öneme sahip bir halk sağlığı acili" ardından da 11 Mart 2020'de "pandemi" ilan edilmiştir (109). DSÖ hastalık etkenini SARS-CoV-2 virüsü, hastalığın adını ise COVID-19 olarak açıklamıştır (110). Hastalığın başlangıcından günümüze yaklaşık 624 milyon vaka ile 6,5 milyon ölüm görülmüştür (111). COVID-19 yayıldıkça ambulans ve acil sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç daha da artmıştır. Olası ve kesin tanı COVID-19 hastalarına müdahale ve nakil süreçlerinde yer alan hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları hastalığa yakalanma açısından en yüksek riske sahip gruplar arasında yer almaktadır (112). Bu kapsamda Türkiye'de görev yapan hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarından acil tıp teknisyenleri ve paramediklerden ülke genelinde yaklaşık 1750 üyeye sahip olan TAPDER üyesi acil sağlık çalışanlarının COVID-19 dönemindeki çalışma koşulları ve iş stresi düzeyleri araştırılmak istenmiştir. Veri toplama süreci, literatür taranarak oluşturulan veri toplama formunun katılımcılara çevrimiçi olarak iletilmesi ile 2021 yılı Ekim-Kasım aylarını kapsamaktadır.

Araştırmanın sonuçları sırasıyla; katılım düzeyi, sosyodemografik özellikler, çalışma hayatı özellikleri, iş stresi başlıkları altında tartışılmıştır.

Katılım Düzeyi

Bu çalışmada hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının COVID-19 döneminde çalışma koşulları ile iş stresi düzeyleri araştırılmıştır. Araştırmanın veri toplama formunu TAPDER üyesi olan yaklaşık 1750 kişiden 377 kişi yanıtlamıştır. Yanıt verenler arasından 5 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmediğini bildirdiği için araştırma grubu dışında tutulmuştur.

Araştırmada veriler çevrimiçi anket yolu ile toplanmıştır. Yoğun çalışma saatleri ve COVID-19 pandemisi nedeniyle verilerin çevrimiçi anket yolu ile toplanmış olması gibi nedenlerle araştırmaya katılım düzeyi düşük kalmıştır.

Sosyodemografik, Sağlık Durumu ve Çalışma Hayatı Özellikleri

Araştırmaya katılan 372 katılımcının %53,5'i kadın, %46,5'i erkektir. Dünyada geçmişten günümüze, toplumsal cinsiyet rollerinden dolayı bakım işleri çoğunlukla kadının temel görevi olarak kabul edilmiştir. Toplumsal cinsiyet rollerinden dolayı uygulanan bu ayrımcılık, sağlık sektöründe de ortaya çıkmış, kadınların mesleki seçimlerinde etkili olmuştur. Dünya genelinde geliri daha yüksek olan doktorluk daha çok erkeklerin, daha düşük gelirli hemşirelik ise kadınların çalıştığı alanlar olmuştur (113). Bu durum hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarında da görülmektedir. Bu alandaki cinsiyet dağılımının görece birbirine yakın oluşu, muhtemelen mesleğin gerektirdiği fiziksel zorluklar nedeniyle erkek çalışanların bu alanda kadın çalışanlara yaklaşan bir sayıda olmasını açıklayabilir.

Araştırma grubunun %98,5'i 40 yaş ve altında olup yaş ortalaması $32,57 \pm 4,55$ 'tir. Katılımcıların %76,3'ü evli, %67,2'si ise çocuk sahibidir. Katılımcıların %10,2'si ortaöğretim, %46,2'si ön lisans, %41,4'ü lisans düzeyinde eğitim almıştır. Araştırmaya katılan hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının %71,0'i ATT, %29,0'u paramedik olarak görev yapmaktadır. Kayseri ilinde hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları ile yapılan bir çalışmada da çalışanların büyük kısmı 30 yaş altında (%63,6), %65,9'u kadın, %41,3'ü ortaöğretim, %39,1'i ön lisans, %19,6'sı lisans ve üzeri öğrenim durumuna sahip, %78,8'i evli, %58,1'i ATT, %17,3'ü paramediktir (59). Edirne ilinde yapılan bir başka çalışmada ise çalışanların çoğunluğu 40 yaş altında (%96,6), %62,9'u kadın, %44,0'ü ortaöğretim, %41,4'ü ön lisans, %12,9'u lisans öğrenim durumuna sahip, %60,3'ü evli, %69,8'i ATT, %19,0'u paramediktir (114). Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri özellikle son çeyrek yüzyılda hızla gelişme göstermiştir. Türkiye'de ise dünyaya göre daha yavaş bir gelişmeden söz edilebilmektedir. Alanda çalışan personelin yaş ortalaması da bu kapsamda genç bireylerden oluşmaktadır (115). Bu çalışmada da yaş ortalaması 32,57 bulunmuştur. Bu kapsamda Türkiye'deki hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin genç bir çalışan kadrosuyla sunulduğu değerlendirilebilmektedir. Çevrimiçi veri toplama yöntemiyle tüm ülke genelinde yapılan bu çalışmada, katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı çeşitli illerde benzer gruplar ile birlikte yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının %27,4'ü genel sağlık durumlarının çok kötü/kötü/orta düzeyde olduğunu ifade etmektedir. Yine benzer şekilde katılımcıların %29'u pandemi öncesi döneme göre pandemi döneminde genel sağlık durumlarını daha kötü hissettiğini ifade etmiştir. Açıksöz ve ark. yaptığı bir çalışmada hemşirelik öğrencilerinde sağlığını iyi olarak değerlendirenlerin oranı %71 olarak bulunmuş, bu grupta sağlığını iyi olarak değerlendirmeyenler %29 olarak saptanmıştır (116). Yoğun, stresli, vardiyalı çalışma ortamı hastane öncesi sağlık hizmetleri çalışanlarında da katılımcıların yaklaşık üçte birinin sağlık algılarının olumsuz olmasına neden olmuştur. Katılımcıların %38,7'si doktor tarafından tanı konulmuş bir COVID-19 hastalığı geçirdiğini ifade etmiştir. ATT'lerin %91,3'ü, paramediklerin ise %96,3'ü COVID-19'a karşı en az iki doz aşılanmıştır. COVID-19 salgınıyla ilk kez karşılaşan Avrupa ülkesi olan İtalya'da sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada bu sıklık %18 olarak bulunmuştur (117). Aşılanmanın ilk dönemleri olmasının bu sıklığın düşüklüğünü açıklayabileceği değerlendirilmektedir. Pala'nın çalışmasına göre, dünya üzerindeki çeşitli merkezlerde yapılan çalışmalara göre sağlık çalışanları arasında COVID-19 pozitifliği %3-40 arasında değişmektedir (76). Sağlık çalışanları arasında COVID-19 sıklığını incelen çalışmalar sınırlıdır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları özelinde düşünüldüğünde, bu çalışmada olduğu gibi COVID-19 geçirme sıklığının daha da fazla olabileceği değerlendirilmektedir. Türkiye'de sağlık çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada aşılanma oranı %78,6 olarak bulunmuş (118), benzer şekilde bu çalışmada da yüksek aşılanma oranı olduğu görülmüştür. Türkiye'de pandeminin başlarında aşılanmanın ilk olarak sağlık çalışanlarında yapıldığı ve hastalığa yönelik algının görece daha yüksek olduğu döneme denk geldiği düşünüldüğünde aşılanma oranlarının yüksek olması anlaşılabilmektedir.

Araştırma grubunun %96,5'i gelirlerinin giderlerine eşit ya da daha az olduğunu belirtmiştir. İstanbul ilinde yapılan sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini inceleyen bir çalışmada da sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun (%79,0) geliri giderine eşit ya da daha az olarak saptanmıştır (119). Bu kapsamda Türkiye'de sağlık sektöründe çalışanların gelir düzeylerinin iyileştirilmesi gerektiği değerlendirilmektedir.

Araştırma grubunun, %71'ini (n=264) acil tıp teknisyenleri, %29'unu (n=108) paramedikler oluşturmaktadır, %72,6'sı (n=270) acil sağlık hizmetleri istasyonunda; %19,9'u (n=74) ambulansa; %7,5'i (n=28) komuta kontrol merkezinde çalışmaktadır. Toplam çalışma süreleri incelendiğinde, katılımcıların %16,4'ü 5 yıl altında, %38,4'ü 5-10 yıl arasında, %45,2'si 10 yıl üzerinde çalışmışlardır. Ortalama çalışma süresi $10,14 \pm 4,571$ yıldır. En az çalışılan süre 0,75 yıl olup en fazla çalışılan süre 26 yıldır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde toplam çalışma süreleri değerlendirildiğinde, %23,9'u 5 yıl altında, %39,2'si 5-10 yıl arasında, %36,9'u ise 10 yıl üzerinde çalışmışlardır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde ortalama çalışma süresi $9,25 \pm 4,502$ yıldır. En az çalışılan süre 1 yıl olup en fazla çalışılan süre 26,42 yıldır.

COVID-19 Dönemi Çalışmaları ile İş Sağlığı ve Güvenliği Konuları

Araştırma grubunun pandemi öncesi dönem ile pandemi dönemindeki günlük, haftalık çalışma süreleri ile günlük vaka sayıları incelendiğinde, pandemi öncesi dönemde katılımcıların %34,1'i günde 12 saat ve altında, %2,2'si 13-23 saat arasında, %63,7'si 24 saat ve üzerinde çalıştıklarını ifade ederken pandemi döneminde %30,4'ü günde 12 saat ve altında, %3,5'i 13-23 saat arasında, %66,1'i 24 saat ve üzerinde çalıştıklarını belirtmiştir. Pandemi öncesi dönemde ortalama günlük çalışma süresi $18,85 \pm 7,051$ saat olurken pandemi döneminde bu süre $19,51 \pm 6,534$ saat olmuştur. Günlük vaka sayılarının dağılımına bakıldığında pandemi öncesinde günde 12 ve üzeri sayıda vakaya çıkanların oranı %21,3 iken, pandemi döneminde bu oran %60,2'ye çıkmıştır. Bu bulgular ışığında pandemi dönemi ile birlikte hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının günlük, haftalık çalışma süreleri ile günlük vaka sayıları artmıştır. Yapılan bir çalışmada pandemi ile birlikte artan çalışma sürelerinin sağlık çalışanlarının dikkatlerini azalttığını ve motivasyonlarını düşürdüğü görülmüştür (120). COVID-19 pandemisi hastane öncesi acil sağlık hizmetleri alanında çalışma sürelerini artırmış, bu da personelin korku, tükenmişlik, mesleki doyum durumlarını olumsuz etkilemiştir (121-124).

Katılımcıların pandemi döneminde ambulansa çalışma süreleri incelendiğinde, acil tıp teknisyenlerinin %45,8'i (n=121), paramediklerin %38,0'i (n=41) ambulansa çalışmıştır. Acil tıp teknisyenlerinin ortalama ambulansa çalışma

süresi $13,58 \pm 5,49$ ay olup paramediklerin ortalama ambulansa çalışma süresi $12,46 \pm 5,78$ aydır.

Pandemi öncesi dönemde, katılımcıların %62,4'ü (n=232) vardiya çalışması, %46,2'si (n=172) gece çalışması yapmadığını belirtmiş; pandemi döneminde %59,9'u (n=223) vardiya çalışması, %42,5'i (n=158) gece çalışması yapmamıştır. Bu kapsamda bakıldığında hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının vardiyalı çalışma ve gece çalışması yapmaları pandemi döneminde daha da artmıştır. Yapılan bir çalışmada vardiyalı çalışmanın hemşirelerde psikiyatrik bozukluklar ve düşük yaşam kalitesi açısından risk faktörü olduğu gösterilmiştir (125). Bir meta-analizde vardiyalı çalışmanın iş kazası riskini %50-100 arasında artırdığı, bilişsel fonksiyonlarda azalmaya neden olduğu gösterilmiştir (126). Pandemi döneminde vardiyalı çalışmanın ve gece çalışmasının arttığı, bunun da hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının çalışma koşullarını daha da olumsuz etkilediği düşünülebilir.

Katılımcıların %73,7'si (n=274) genel iş sağlığı güvenliği eğitimi, %83,1'i (n=309) COVID-19 ve korunma yöntemlerine ilişkin eğitim, %63,2'si (n=235) kişisel koruyucu donanım kullanma yöntemlerine ilişkin eğitim, %28,2'si (n=105) acil sağlık hizmetleri alanındaki görev, yetki ve sorumluluklarına ilişkin eğitim aldıklarını ifade etmiştir. Araştırmaya katılanların %28,2'si (n=105) ise belirtilen eğitimleri almadığını belirtmiştir. Katılımcıların yaklaşık olarak üçte birinin belirtilen eğitimleri almamış olması meslek içi eğitim konusunda daha fazla çalışmalar yapmak gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Araştırma grubunun %36'sı (n=134) pandemi döneminde sosyal mesafe kurallarına uygun çalışma ortamı hazırlanmadığını ifade etmiştir. %87,6'sı (n=326) kişisel koruyucu donanım kullanırken zorlandığını, %87,9'u (n=328) vakaya giderken enfeksiyona yakalanma endişesi yaşadığını, %37,1'i (n=138) enfeksiyon etkenini eve taşıma konusunda uyarıya maruz kaldığını belirtmiştir. Enfeksiyon etkenini evine/apartmanına taşıdığı konusunda toplumdan bir uyarıya maruz kaldığını belirtenlerin %61,1'i (n=69), bu uyarıya maruz kalmadığını belirtenlerin ise %45,9'u (n=119) yüksek iş stresi yaşamaktadır. Yapılan bir çalışmada sağlık

çalışanlarının sıklıkla komşu, akraba ve daha az yakın arkadaşları tarafından uyarıya maruz kaldığı görülmüştür (109).

Katılımcıların %34,7'si (n=129) kullanılan el antiseptikleri nedeniyle alerjik reaksiyon yaşadığını, %21'i (n=78) pandemi öncesine göre daha sık kesici/delici alet yaralanması geçirdiğini düşündüğünü, yalnızca %5,9'u (n=22) hastanede yatmayı gerektiren hastalık veya kaza geçirdiğini, yaklaşık yarısı (n=182) mesleği bırakmayı düşündüğünü, %64,8'i (n=241) çalışma temposunun arttığını, %16,4'ü (n=61) aylık gelirin arttığını, %26,1'i (n=97) azaldığını, %57,5'i (n=214) ise değişmediğini ifade etmiştir. Türkiye'de bir üniversite hastanesinde yapılan bir çalışmada katılımcıların yaklaşık üçte biri istifa etmeyi düşündüğünü belirtmiştir (127). Bu çalışmada da istifa etmeyi düşünme oranı yüksek bulunmuştur. Gerek hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin mesleğin doğası gereği mevcut zorlukları, gerekse pandeminin getirdiği ek zorlamalar nedeniyle mesleğini bırakmayı düşünenlerin oranı artmıştır.

Katılımcıların %43'ü (n=160) pandemi döneminde toplumdan dışlandığını hissettiğini, %19,6'si (n=73) pandemi döneminde toplumda takdir edildiğini hissettiğini, %63,7'si (n=237) çalışma hayatına ilişkin sorumluluklarının arttığını, %57,8'i (n=215) aile hayatına ilişkin sorumluluklarının arttığını belirtmiştir. Katılımcılardan her zaman/sıklıkla toplumdan dışlandığını hissedenlerin %63,7'si (n=102), hissetmeyenlerin %40,6'sı (n=86) yüksek iş stresi yaşamaktadır. Toplumdan dışlandığının hissetme durumu ile yüksek iş stresi yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Yapılan bir çalışma, sağlık çalışanlarının %67'sinin pandemi döneminde mesleklerinden dolayı toplumdan dışlanma hissettiklerini ortaya koymuştur (127). Bu çalışmada da pandemi döneminde mesleğinden dolayı toplumdan dışlanma hissettiğini belirtenlerin oranı benzer şekilde yüksek bulunmuştur.

Araştırma grubunun maruz kaldıkları şiddet türüne göre dağılımları incelendiğinde %71,5'inin sözel şiddete, %42,2'sinin psikolojik şiddete, %15,6'sının fiziksel şiddete, %1,1'inin cinsel şiddete/tacize, %26,1'inin ise mobbing/yıldırmaya maruz kaldığı görülmüştür. Benzer bir çalışmada sağlık çalışanlarının %20,5'i fiziksel şiddete, %60,7'si sözel şiddete, %2,9'u cinsel şiddete maruz kalmıştır (128).

Bu araştırmada sağlık çalışanlarına şiddet uygulayan kişilerin dağılımına bakıldığında en yüksek sıklığının %73,9 ile hasta/hasta yakınları olduğu saptanmıştır. Bahar ve ark. yaptığı bir çalışmada şiddete uğrayan çalışanlarının %60,2'si hasta yakını, %33,6'sı hastalar tarafından şiddete maruz kaldığı görülmüştür (129). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin en fazla acil sağlık hizmetlerinde görüldüğü bilinmektedir (130, 131). Katılımcılardan herhangi bir şiddete uğrayanların (sözel, psikolojik, fiziksel, cinsel şiddet/taciz, mobbing) %54,8'i (n=156), uğramayanların ise %37,1'i (n=33) yüksek iş stresi yaşamaktadır. Şiddete uğrama durumuna göre yüksek iş stresi yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p=0,004). Acil sağlık hizmetleri alanı acil müdahale gerektiren vakaların, yaralanmaların, riski yüksek hastaların kısacası hayat ile ölüm arasındaki çizginin yüksek gerilimle yaşandığı yerlerdir. Bu nedenle şiddet olayları sıklıkla bu alanlarda görülmektedir (60, 132). 2018 yılında Gaziantep ilinde acil sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışma çalışanların %69,7'sinin meslek hayatında en az bir kez herhangi bir şiddet türüne maruz kaldıkları gösterilmektedir. Aynı çalışmada en çok maruz kalınan şiddet türünün sözel şiddet, en çok şiddeti uygulayan kişilerinse hasta yakınları olduğu ifade edilmektedir (133). Bu çalışmada da ilgili konuda benzer sonuçlara ulaşılmış, yıllar geçse de sağlıkta şiddet konusunda aynı tablonun devam ettiği görülmektedir.

Araştırma grubunun %27,7'si pandemi öncesi dönemde iğne batması gibi delici-kesici alet yaralanması geçirdiğini ifade etmiştir. Pandemi öncesi dönemde delici-kesici alet yaralanması geçirme ortalaması $2,43 \pm 1,58$ 'dir. Son bir yıllık döneme bakıldığında iğne batması gibi delici-kesici alet yaralanması geçirdiğini ifade edenler %29'a ulaşmıştır. Pandemi dönemindeki delici-kesici alet yaralanması geçirme ortalaması ise $3,20 \pm 2,70$ olmuştur. Kayseri ilinde hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları ile yapılan bir çalışmada da çalışanların %38,6'sının delici-kesici alet yaralanması geçirdiği görülmüştür (134). Ambulans çalışanları ile yapılan bir çalışmada, çalışanların %23,0'ünün delici-kesici alet yaralanması yaşadığı bulunmuştur (135). Yapılan çalışmalara göre sağlık çalışanları arasında işle ilgili yaralanmaların yaklaşık olarak üçte birinden delici-kesici alet yaralanmalarının sorumlu olduğu bilinmektedir (26). Pandemi döneminde bu risk daha da artmış, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının delici-kesici alet yaralanmasına

bağlı enfekte olma riski daha da önemli bir boyut kazanmıştır. Sağlık çalışanları delici-kesici alet yaralanmaları ile Hepatit B, Hepatit C, Hepatit D ve HIV başta olmak üzere 20 kadar hastalık riski ile karşı karşıya kalmaktadır (135).

Araştırma grubunun %24,5'i pandemi öncesi dönemde hasta/temaslı vücut sıvısı ile temas şeklinde kaza geçirdiğini belirtmiştir. Pandemi öncesi dönemde hasta/temaslı vücut sıvısı ile temas şeklinde kaza geçirme sıklığı $5,21 \pm 5,19$ 'dur. Pandemi döneminde hasta/temaslı vücut sıvısı ile temas şeklinde kaza geçirdiğini ifade edenlerin yüzdesi 36,8 olmuştur. Pandemi döneminde hasta/temaslı vücut sıvısı ile temas şeklinde kaza geçirme sıklığı $6,88 \pm 15,72$ 'dur. Benzer bir çalışmada sağlık çalışanlarının %51,1'i mukozal membran ve bütünlüğü bozulmuş cilt teması ile karşılaşmıştır (135). Bir başka çalışmada sağlık çalışanlarının %64,0'ü en az bir kez hastanın kan ve vücut sıvılarına maruz kalmıştır (136). Bu çalışmada vücut sıvıları ile temasın literatürdeki diğer çalışmalara göre görece daha az saptanması pandemi nedeniyle kişisel koruyucu donanım kullanımı bilincinin, maske, siperlik, gözlük, önlük kullanımının artması olarak değerlendirilebilir (7, 135).

Bu çalışmada sosyodemografik değişkenlerden cinsiyet, medeni durum, çocuğu olma durumu, öğrenim durumu, aylık gelir düzeyi, eşinin çalışma durumu ile COVID-19'a yakalanma, kişisel ihtiyaçlarınızın karşılanamaması, ailenizin ihtiyaçlarının karşılanamaması, güncel ve doğru bilgiye erişememe, yöneticilerle iletişim kuramama, mesai arkadaşlarınızla sorun yaşama, şikâyet edilme, COVID-19'dan yeteri kadar korunamama, günlük planlanan işleri tamamlayamama durumlarında her zaman ya da sıklıkla kaygı duyma durumları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Katılımcıların yaş gruplarına göre bazı durumlarda her zaman ya da sıklıkla kaygı duyma sıklıklarının dağılımına bakıldığında, yöneticilerle iletişim kuramama konusunda 20-25 yaş grubunda olanların %65,2'si, 26-30 yaş grubunda olanların %46,5'i, 31-35 yaş grubunda olanların %58,3'ü, 36-40 yaş grubunda olanların %68,2'si, 41-51 yaş grubunda olanların ise %66,7'si her zaman ya da sıklıkla kaygı duyduğunu belirtmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,026$). Diğer kaygı durumu özellikleri ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada yönetici ile kurulan

pozitif bir iletişimin sağlık çalışanının performansına olumlu yönde bir etki yaptığı gösterilmiştir (137). Bu çalışmada da katılımcıların yaş gruplarına göre yaklaşık yarısı ile üçte ikisinin yöneticilerle iletişim kuramama sorunu yaşadığı bulunmuştur. Ekip çalışması gerektiren sağlık sektöründe iletişim konusu özellikle önemlidir ve iki yönlü olarak da geliştirilmelidir.

Araştırma grubunda enfeksiyonu eve taşıma riski konusunda lisans düzeyi altında eğitim alanların %84,3'ünün her zaman ya da sıklıkla kaygı duyduğu görülürken, lisans ve üzeri seviyede eğitim alanların %93,2'sinin her zaman ya da sıklıkla kaygı duyduğu görülmüş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. ($p=0,008$) Eğitim seviyesindeki artış enfeksiyona maruz kalma ve bunu eve, evdeki bireylere taşıma konusunda kaygı duyma sıklığını artırmıştır. Gerektiğinde testlere ve tedaviye hızlı erişememe riski konusunda lisans düzeyi altında eğitim alanların %52,9'unun her zaman ya da sıklıkla kaygı duyduğu görülürken, lisans ve üzeri eğitim alanların %42'sinin her zaman ya da sıklıkla kaygı duyduğu görülmüş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. ($p=0,037$) Bu sonuçlar değerlendirildiğinde, lisans ve üzerinde eğitim seviyesine sahip olma durumunda hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarında enfeksiyonu eve/apartmanına taşıma kaygısının daha düşük eğitim seviyesindeki çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu, gerektiği durumda test ve tedavilere ulaşamama kaygısının daha düşük eğitim seviyesindeki çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmektedir.

Sosyodemografik değişkenlerden cinsiyet, medeni durum, çocuğu olma durumu, öğrenim durumu, aylık gelir düzeyi, eşinin çalışma durumu ile, işe uygun KKD (Maske, eldiven vb.) olmaması, KKD'ler nedeni ile yoğun sıvı/elektrolit kaybı (terleme), KKD'ler nedeni ile tuvalet gereksinimini erteleme, yöneticilerinizle anlaşmazlık, aile üyelerinizle anlaşmazlık, hasta/temaslılarla iletişim sorunları, iş yerine ulaşım olanaklarında (Personel servisi vb.) sınırlılık, öğün atlama ya da öğünlerin zamanında yenilememesi, yemek sağlanmaması, yeteri kadar sıvı alamamak, verilen yemek ve içeceklerin kalitesinin kötü ve yetersiz olması, uygun el yıkama, tuvalet vb. olanakların olmaması, dinlenme için yeterli zaman olmaması, dinlenme alanı olanaklarının yetersiz olması, günlük, uzun çalışma süresi, günlük planlamalarda aksamalar, ekip üyelerinin tamamının önlemlere tam olarak

uymaması, uygun olmayan termal koşullarda çalışma durumlarında her zaman ya da sıklıkla sorun yaşama durumları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Kişisel temizlik olanaklarının sınırlılığı konusunda lisans ve üzeri eğitim seviyesine sahip olanların daha düşük eğitim seviyesindeki çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek sorun yaşadığı saptanmıştır ($p=0,027$). Ekip üyelerinin sayısının yeterli olmaması konusunda aylık geliri giderinden az olan katılımcılar, diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha sıklıkla sorun yaşamaktadır ($p=0,006$).

Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özelliklerine göre bazı durumlarda her zaman ya da sıklıkla sorun yaşama sıklıklarının dağılımına bakıldığında, yeterli sayıda kişisel koruyucu donanım olmaması konusunda aylık geliri giderden az olanların %58,8'i sorun yaşarken, aylık geliri gidere eşit/fazla olanların %23,1'i sorun yaşadığını ifade etmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. ($p=0,011$) Yeteri sayıda kişisel koruyucu donanım olmaması konusunda eşi çalışanların %59,6'sı sorun yaşarken, eşi çalışmayanların %44,1'i sorun yaşadığını belirtmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,033$). Bu sonuçların ışığında incelendiğinde aylık gelir seviyesi daha az olanların kişisel koruyucu donanımlara gelir seviyesi görece yüksek olanlara göre daha zor ulaştıkları değerlendirilebilir. Aynı konuda eş çalışma durumuna göre bakıldığında, eşi çalışanların daha fazla sorun yaşıyor olması da dikkat çekici bulunmuştur.

Araştırma grubunda ekip arkadaşlarıyla anlaşmazlık konusunda erkeklerin %34,7'si sorun yaşadığını belirtirken kadınların %46,7'si sorun yaşadığını belirtmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,018$). Ekip arkadaşlarıyla anlaşmazlık konusunda lisans altı eğitim düzeyine sahip olanların %46,2'si sorun yaşadığını belirtirken lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip olanların %34,6'sı sorun yaşadığını belirtmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,024$). Ekip çalışması gerektiren hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışmalarında kadınların ve eğitim düzeyi daha düşük olanların birbirleriyle daha sıklıkla anlaşmazlık yaşadıkları saptanmıştır. Çalışma yaşamında kadınların karşılaştıkları birçok sorun bulunmaktadır (138). İşe alımda, ücretlendirmede, bir üst pozisyona geçmede, mobinge maruz kalmada, psikolojik ve

cinsel tacize maruz kalmada kadın çalışanlar daha sıklıkla risk altındadır. Kayseri ilinde yapılan bir çalışmada da benzer bulgular saptanmıştır (139, 140).

Katılımcıların yaş gruplarına göre bazı durumlarda her zaman ya da sıklıkla sorun yaşama sıklıklarının dağılımına bakıldığında, günlük planlamalarda aksamalar olması konusunda 20-25 yaş grubunda olanların %73,9'u, 26-30 yaş grubunda olanların %81,2'si, 31-35 yaş grubunda olanların %69,7'si, 36-40 yaş grubunda olanların %63,6'sı, 41-51 yaş grubunda olanların %50,0'si her zaman ya da sıklıkla sorun yaşadığını belirtmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,008$). Diğer sorun yaşama durumlarına göre yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Katılımcıların her yaş grubunda da işlerinden dolayı günlük hayatlarına ilişkin planlarında aksamalar yaşadığı görülmektedir. Yoğun çalışma saatleri, vardiyalı çalışma, gece çalışması gibi çalışma biçimlerinin bunu etkilemiş olabileceği değerlendirilmektedir.

Araştırma grubunda medeni durumlarına göre COVID-19 hastalığı geçirme durumları incelendiğinde, evli olanların %42,6'sı, bekar olanların ise %26,1'i COVID-19 hastalığı geçirdiği belirtmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,006$). Çocuğu olanların %42,8'i, çocuğu olmadığını ifade edenlerin ise %30,3'ü COVID-19 hastalığı geçirdiği belirtmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,020$). Evli ve çocuğu olan çalışanların daha sık COVID-19 hastalığına yakalandığı görülmektedir. Evli olmayanların ve çocuk sahibi olmadığını ifade edenlerin muhtemelen izolasyon önlemlerine daha iyi uyum sağladıkları değerlendirilebilir. Hastalığın damlacık yoluyla bulaştığı düşünüldüğünde bekar ve tek başına yaşamak gerekli izolasyonu daha rahatlıkla sağlayabilmeye imkân verebilmektedir.

Araştırma grubundan ATT olduğunu ifade edenlerin %62,5'i pandemi döneminde aile hayatına ilişkin sorumluluklarının arttığını ifade ederken, paramediklerin %46,3'ü aile hayatına ilişkin sorumluluklarının arttığını belirtmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,004$). Pandemi döneminde artan çalışma saatleri ve yoğun çalışma temposu sağlık çalışanlarının ailelerine ayırdıkları zamanı ve aile hayatlarına ilişkin sorumluluklarını etkilemiştir. ATT'lerin bu durumdan daha fazla etkilendikleri görülmektedir. Paramediklere göre

daha sıklıkla ambulansta çalıştıkları düşünüldüğünde, yoğun ve düzensiz çalışma tempolarının bu sonuçta etkili olduğu değerlendirilmektedir.

ATT'lerin %65,1'i (n=172) pandemi öncesi dönemde ve pandemi döneminde iş kazası/meslek hastalığına yakalanma endişesi duyarken, %22,3'ü (n=59) endişe duymadığını belirtmiştir ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Paramediklerin %60,1'i (n=65) pandemi öncesi dönemde ve pandemi döneminde iş kazası/meslek hastalığına yakalanma endişesi duyarken, %19,4'ü (n=21) endişe duymadığını belirtmiştir ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). İş kazası yaşanması konusunda diğer sağlık çalışanlarına göre daha riskli grupta yer alan hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının yaklaşık üçte ikisi bu konuda bir endişe yaşamaktadır (26).

ATT'lerin %55,3'ü (n=146) pandemi öncesi dönemde ve pandemi döneminde diğer personel ve hasta yakınları ile iletişim sorunları yaşadığını düşünürken, %34,0'ü (n=90) iletişim sorunları yaşamadığını belirtmiştir ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Paramediklerin %57,4'ü (n=62) pandemi öncesi dönemde ve pandemi döneminde diğer personel ve hasta yakınları ile iletişim sorunları yaşadığını düşünürken, %22,2'si (n=24) iletişim sorunları yaşamadığını belirtmiştir ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). ATT ve paramedikler, sıklıkla acil durum ve acil durumu yaşayan kişilerle ilk karşılaşan ekiplerdir. Stres ortamında yardım talep edenlerle ilk iletişimi sağlarlar. Bu çalışmada iletişim sorunları yaşama sıklığı da katılımcıların yarısından fazlasında görülmektedir. Gerek hizmet içi eğitimlerde gerekse ortaöğretim, ön lisans ve lisans eğitimleri kapsamında bu konunun da müfredatta yeteri kadar değerlendirilmesi gerekmektedir.

Araştırma grubundan ATT olduğunu ifade edenlerin %38,3'ü kullanılan el antiseptikleri nedeniyle alerjik reaksiyon yaşadığını belirtirken, paramediklerin %25,9'u alerjik reaksiyon yaşadığını belirtmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,023$). Katılımcılardan ATT olduğunu ifade edenlerin %53,8'i mesleği bırakmayı düşündüğünü belirtirken, paramediklerin %37,0'si mesleği bırakmayı düşündüğünü belirtmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,003$). Ambulansta hasta/temaslılarla daha

sıklıkla baş başa kalan ATT'lerin daha sıklıkla el antiseptikleri kullanmalarına bağlı olarak daha sıklıkla alerjik reaksiyonlara maruz kaldıkları düşünülmektedir. Yine bu gruptaki stres yaşantılarının da daha fazla olduğu, bunun da mesleği bırakmayı düşünmede etkili olabileceği değerlendirilebilir.

İş Stresi

Cronbach's alfa ile değerlendirilen güvenilirlik katsayıları iş yükü alt boyutu için 0,70, iş kontrolü için 0,58 ve sosyal destek alt boyutu için 0,82 olarak bulunmuştur. Literatürdeki öneriler doğrultusunda beceri kullanımı ve karar serbestliği alt boyutlarının birleştirilerek kullanılabileceği değerlendirilebilmektedir (104). 17 maddeden oluşan ölçeğin toplam Cronbach's alfa değeri 0,77 olarak saptanmış, bu değer de ölçeğin araştırma grubu için güvenilir olduğunu göstermiştir (161,162).

Katılımcılardan 23-30 yaş grubunda olanların %47,6'sı (n=59), 31-40 yaş grubunda olanların %52,1'i (n=126), 41 yaş üstü olanların %50,0'si (n=3) yüksek iş stresi yaşamaktadır. Yaş gruplarına göre yüksek iş stresi olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p=0,741). Katılımcılardan erkeklerin %57,8'i (n=100), kadınların ise %44,2'si (n=88) yüksek iş stresi yaşamaktadır. Cinsiyetler arasında yüksek iş stresi yaşama açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p=0,009). Lisans altı öğrenim durumuna sahip olanların %45,7'si (n=96), lisans ve üzeri öğrenim durumu olanların ise %56,8'i (n=92) yüksek iş stresi yaşamaktadır. Öğrenim durumu grupları arasında yüksek iş stresi yaşama açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p=0,034). Eşi çalışanların %48,0'i (n=108), eşi çalışmayanların %66,1'i (n=39) yüksek iş stresi yaşamaktadır. Eş çalışma durumuna göre yüksek iş stresi yaşama açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p=0,013). Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre yüksek iş stresi yaşama durumuna bakıldığında, erkek olmanın, lisans ve üzeri eğitim seviyesine sahip olmanın, eşi çalışmayanların daha yüksek iş stresi yaşadığı bulunmuştur.

Araştırma grubunun iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeği puanlarının dağılımına bakıldığında, iş yükü puan ortalaması $15,23 \pm 1,799$ 'dur. Beceri kullanımı puanı ve karar serbestliği puanlarının toplanması ile elde edilen iş kontrolü

puanlarının ortalaması $17,36 \pm 2,645$ olup iş yükü puanının iş kontrolü puanına bölünmesiyle elde edilen iş stresi puan ortalaması ise $0,89 \pm 0,190$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların sosyal destek puanları ortalaması ise $15,93 \pm 3,609$ olmuştur. Atasoy ve ark. tarafından sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada iş stresi puanı $0,83 \pm 0,20$ olarak saptanmış, bu çalışmada unvan, eğitim durumu, çalışma süresi gibi değişkenlerin çalışanların iş stresi düzeylerini etkilediği bulunmuştur (141). Denizli ilinde acil sağlık hizmetleri çalışanları ile yapılan bir çalışmada da iş stresi düzeyi bu çalışma ile benzer bir şekilde $0,91 \pm 0,00$ bulunmuştur (142).

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde yaş gruplarına göre ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Benzer bir sonuç Engindeniz'in çalışmasında da saptanmış, o çalışmada da yaş grupları değişkeninin iş stresi puanları üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür (143).

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde iş kontrolü, beceri kullanımı, karar serbestliği, iş stresi puanları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Kadın katılımcıların iş kontrolü puanı erkeklerden daha yüksekken, erkeklerin iş stresi puanları kadın katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$). Benzer bir çalışmada da erkek sağlık çalışanlarının daha yüksek iş stresi puanına sahip olduğu görülmüştür (141, 144).

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların medeni durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, iş kontrolü, beceri kullanımı, karar serbestliği, sosyal destek ve iş stresi puanları açısından medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte evli olanlarda iş stresi puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Erşan ve ark. tarafından sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada da benzer şekilde medeni durumun iş stresi puanları üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür (145).

Yapılan bir diğ er çalışmada da bu çalışmaya benzer şekilde medeni durumun tek başına iş stresi konusunda belirleyici bir faktör olmadığını ortaya koymaktadır (146).

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek  l eğinden aldıkları puanların  ocuk sahibi olma durumuna göre dağılımlı incelendiğinde iş yükü, iş kontrolü, beceri kullanımı, karar serbestliği, sosyal destek ve iş stresi puanları ile  ocuk sahibi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Engindeniz'in yapmış olduğu çalışmada da  ocuk sahibi olma durumunun iş stresi ile anlamlı düzeyde bir ilişkisi gösterilememiş olsa da bu çalışmayla farklı olarak o çalışmada  ocuk sahibi olanlarda iş stresi düzeyinin daha fazla olduğu saptanmıştır (143).

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek  l eğinden aldıkları puanların öğrenim düzeylerine göre dağılımlı incelendiğinde iş yükü, iş kontrolü, beceri kullanımı ve iş stresi puanları ile katılımcıların öğrenim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Yapılan  oklu karşılaştırmalar sonucunda bu farkların iş yükü puanı için ortaöğretim ve lisans düzeyleri arasında ($p=0,041$), iş kontrolü puanı için yüksek lisans-lisans, yüksek lisans-ön lisans ve yüksek lisans-ortaöğretim düzeyleri arasında ($p=0,004$), beceri kullanımı puanı için yüksek lisans-lisans, yüksek lisans-ön lisans ve yüksek lisans-ortaöğretim düzeyleri arasında ($p=0,002$), iş stresi puanı için yüksek lisans-ortaöğretim, lisans-ortaöğretim arasında olduğu saptanmıştır ($p=0,002$). Bu kapsamda bakıldığında iş stresi puanlarının eğitim seviyesi yükseldikçe arttığı bulunmuştur. Atasoy ve ark.  alışmasında da bu çalışmaya benzer bir sonuç bulunmuştur (141). Eğitim düzeyi arttı a bireylerin meslekte yükselme durumları da daha hızlı olabilmektedir. Daha yüksek pozisyonda çalışmak yıpranma düzeyini de eş zamanlı olarak artırabilmektedir. Meslekte daha yüksek pozisyonlarda çalışmak görev ve sorumluluklar ile alınan riskleri de belli ölçüde artırmaktadır (147).

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek  l eğinden aldıkları puanların aylık gelirlerine göre dağılımlı incelendiğinde iş yükü ve iş stresi puanları ile katılımcıların aylık gelirleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Yapılan  oklu karşılaştırmalar sonucunda bu farkların iş yükü puanı için geliri gidere eşit-geliri giderden az olanlar arasında olduğu saptanmıştır

($p=0,001$). Katılımcılardan geliri giderden az olanların iş stresi puanlarının en yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,017$). İş stresi puanları gelir düzeyi arttıkça azalmaktadır. Engindeniz'in hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları ile yaptığı çalışmada bu çalışmaya paralel olarak geçim durumu kötüden iyiye doğru gittikçe iş stresi puanı azalmaktadır (143).

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların eşlerinin çalışma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, iş kontrolü, karar serbestliği ve iş stresi puanları ile katılımcıların eşlerinin çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Eşi çalışmayanların iş yükü puan ortalamaları daha yüksekken ($15,63\pm2,311$, $p=0,020$), eşi çalışanların iş kontrolü puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($17,55\pm2,591$, $p=0,010$). Eşi çalışanların karar serbestliği puanları daha yüksek olup ($5,97\pm1,371$, $p=0,031$), eşi çalışmayanların iş stresi puan ortalaması daha yüksek saptanmıştır ($0,98\pm0,258$, $p=0,001$). Eşi çalışmayanların iş stresi puanlarının daha yüksek olması, ailenin toplam gelir durumunun düşük kalması nedeniyle olduğu değerlendirilmektedir.

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların halen çalışılan birime göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, sosyal destek ve iş stresi puanları ile halen çalışılan birim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Yapılan çoklu karşılaştırmalar sonucunda bu farkların iş yükü puanı için komuta kontrol merkezi-ambulans ile istasyon-ambulans arasında ($p=0,001$), sosyal destek puanı için istasyon-ambulans arasında ($p<0,001$), iş stresi puanları için ise istasyon-ambulans arasında olduğu saptanmıştır ($p=0,043$). Ambulansta çalışan personelin iş stresi puanları diğer birimlerde çalışanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların şiddete uğrama durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, karar serbestliği, sosyal destek ve iş stresi puanları ile katılımcıların şiddete uğrama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Şiddete uğrayanların iş yükü puanları daha yüksekken ($15,50\pm1,797$, $p<0,001$), karar serbestliği puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur ($5,73\pm1,584$, $p=0,021$). Şiddete

uğrayanların sosyal destek puan ortalamaları ($16,35 \pm 3,765$, $p < 0,001$) ve iş stresi puan ortalamaları ($0,92 \pm 0,204$, $p < 0,001$) şiddete uğramayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının büyük bir bölümünün şiddete maruz kaldıktan sonra herhangi bir sonuç alamayacağını düşündüğü için yasal yola hiç başvurmadığı, en çok yapılan tepkinin hiçbir şey yapmamak olduğu görülmüştür. Bu durum şiddet olayıyla sıklıkla yüz yüze gelme ihtimali olan hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının da stres durumunu artırmaktadır (128).

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların pandemi öncesi dönemde iş kazası/meslek hastalığı geçirme endişesi duyma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, beceri kullanımı, karar serbestliği, sosyal destek ve iş stresi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. İş kazası/meslek hastalığı geçirme endişesi duyanların iş yükü puan ortalamaları daha yüksek ($15,64 \pm 1,741$, $p < 0,001$), beceri kullanımı puan ortalamaları daha yüksek ($11,66 \pm 1,920$, $p = 0,040$), karar serbestliği puan ortalamaları daha düşük ($5,66 \pm 1,595$, $p = 0,001$), sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek ($16,61 \pm 3,948$, $p < 0,001$) ve iş stresi puan ortalamaları daha yüksek ($0,92 \pm 0,206$, $p < 0,001$) saptanmıştır. Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların pandemi döneminde iş kazası/meslek hastalığı geçirme endişesi duyma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, karar serbestliği, sosyal destek ve iş stresi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. İş kazası/meslek hastalığı geçirme endişesi duyanların iş yükü puan ortalamaları daha yüksek ($15,48 \pm 1,77$, $p < 0,001$), karar serbestliği puan ortalamaları daha düşük ($5,73 \pm 1,578$, $p = 0,003$), sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek ($16,37 \pm 3,78$, $p < 0,001$) ve iş stresi puan ortalamaları daha yüksek ($0,91 \pm 0,200$, $p < 0,001$) saptanmıştır. Pandemi dönemiyle birlikte iş kazası/meslek hastalığı geçirme endişesi duyanların iş stresi puan ortalamaları pandemi öncesi dönemle paralellik göstermekle birlikte, endişe duymayanlara göre halen yüksek seyretmeye devam etmektedir. hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarında iş kazası sıklığı diğer sağlık personeline göre daha yüksek sıklıkta görülmektedir. Bu durum da ilgili çalışanların her dönemde endişe içinde olduğunu göstermiştir (148).

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların COVID-19 hastalığı geçirme durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, sosyal destek ve iş stresi puanları ile katılımcıların COVID-19 hastalığı geçirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. COVID-19 hastalığı geçirmiş olanların iş yükü puan ortalamaları ($15,49 \pm 1,900$, $p=0,010$), sosyal destek puan ortalamaları ($16,34 \pm 3,809$, $p=0,094$) ve iş stresi puan ortalamaları ($0,92 \pm 0,197$, $p=0,015$) COVID-19 hastalığı geçirmeyenlere göre daha yüksek saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının COVID-19 enfeksiyonu geçirme durumu kişilerin mental durumlarını önemli ölçüde etkilemektedir (149). Zhang ve arkadaşlarının çalışmasında COVID-19 sonucu negatif olan sağlık çalışanlarına göre, test sonucundan emin olmayanların daha yüksek depresyon, anksiyete ve sıkıntı ve daha düşük iş tatmini yaşadıkları görülmüştür (150).

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların en az iki doz COVID-19 aşısı olma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde sosyal destek puanları ile katılımcıların en az iki doz COVID-19 aşısı olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. En az iki doz COVID-19 aşısı olanların sosyal destek puan ortalamaları ($15,82 \pm 3,553$, $p=0,045$) en az iki doz COVID-19 aşısı olmadığını ifade edenlere göre daha düşük saptanmıştır. COVID-19 aşısı olanlar ile olmayanların iş stresi puanları birbirine çok benzer şekilde bulunmuştur. Bu durum ilgili aşının yan etkileri ve uzun dönem etkileri ile koruyuculuk düzeylerinin henüz netleştirilememiş olmasından kaynaklanıyor olabileceğinden iş stresi puanlarının benzer olduğu değerlendirilmektedir.

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların pandemi öncesi dönemde vardiya çalışması yapma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, karar serbestliği, sosyal destek ve iş stresi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Vardiya çalışması yapmayanların iş yükü puan ortalamaları daha yüksek ($15,51 \pm 1,726$, $p<0,001$), karar serbestliği puan ortalamaları daha düşük ($5,96 \pm 1,621$, $p=0,016$), sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek ($16,68 \pm 3,691$, $p<0,001$) ve iş stresi puan ortalamaları daha yüksek ($0,91 \pm 0,206$, $p=0,014$) saptanmıştır. Araştırma grubunun

İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların pandemi öncesi dönemde gece çalışması yapma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, beceri kullanımı ve sosyal destek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Gece çalışması yapmayanların iş yükü puan ortalamalarının ($15,55 \pm 1,694$, $p < 0,001$), beceri kullanımı puan ortalamalarının ($11,81 \pm 1,965$, $p = 0,010$) ve sosyal destek puan ortalamalarının ($17,16 \pm 3,722$, $p < 0,001$) gece çalışması yapanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların pandemi döneminde vardiya çalışması yapma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, karar serbestliği, sosyal destek ve iş stresi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Vardiya çalışması yapmayanların iş yükü puan ortalamaları daha yüksek ($15,54 \pm 1,803$, $p < 0,001$), karar serbestliği puan ortalamaları daha düşük ($5,70 \pm 1,628$, $p = 0,044$), sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek ($16,50 \pm 3,855$, $p < 0,001$) ve iş stresi puan ortalamaları daha yüksek ($0,91 \pm 0,202$, $p = 0,006$) saptanmıştır. Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların pandemi döneminde gece çalışması yapma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, sosyal destek ve iş stresi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Gece çalışması yapmayanların iş yükü puan ortalamalarının ($15,64 \pm 1,679$, $p < 0,001$), sosyal destek puan ortalamalarının ($17,19 \pm 3,779$, $p < 0,001$) ve iş stresi puan ortalamalarının ($0,91 \pm 0,187$, $p = 0,013$) gece çalışması yapanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırma grubunda hem pandemi öncesi dönemde hem de pandemi döneminde vardiyalı çalışmayanlar ile gece çalışması yapmayanların iş stresi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Konu ile ilgili yapılan bir çalışma sağlık çalışanlarının çoğunluğunun vardiyalı çalışma uygulamasından memnun olmadıklarını göstermektedir (151). Yine bir başka çalışmanın sonuçlarına göre vardiyalı sistemde çalışan sağlık çalışanlarının depresyon anksiyete ve uyku bozuklukları riski altında oldukları ortaya koyulmaktadır (152). Acil servislerde görev yapan sağlık çalışanları ile birlikte yapılan bir çalışmada vardiyalı çalışmanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür (153). Bumin ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada vardiyalı sistemde çalışan sağlık çalışanlarının gündüz çalışanlara göre algılanan stres seviyelerinin daha yüksek olduğu ve

psikolojik iyilik hallerinin daha düşük seviyede olduğu saptanmıştır (154). Bir başka çalışmada ise vardiyalı sistemde ve nöbetli çalışmanın, sağlık çalışanlarının fizyolojik, psikolojik sağlıkları ile sosyal yaşamları üzerinde olumsuz etkileri olduğu saptanmıştır (155).

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların iş arkadaşları arasında COVID-19 vakası olma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, beceri kullanımı ve sosyal destek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. İş arkadaşları arasında COVID-19 vakası olanların iş yükü puan ortalamaları ($15,37 \pm 1,855$, $p=0,001$), beceri kullanımı puan ortalamaları ($11,64 \pm 1,923$, $p=0,007$), sosyal destek puan ortalamaları ($16,24 \pm 3,776$, $p<0,001$) iş arkadaşları arasında COVID-19 vakası olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların aile üyeleri arasında COVID-19 vakası olma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, beceri kullanımı, karar serbestliği, sosyal destek ve iş stresi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Aile üyeleri arasında COVID-19 vakası olanların iş yükü puan ortalamaları daha yüksek ($15,51 \pm 1,804$, $p<0,001$), beceri kullanımı puan ortalamaları daha yüksek ($11,67 \pm 1,911$, $p=0,024$), karar serbestliği puan ortalamaları daha düşük ($5,76 \pm 1,519$, $p=0,036$), sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek ($16,45 \pm 3,864$, $p<0,001$) ve iş stresi puan ortalamaları daha yüksek ($0,91 \pm 0,202$, $p=0,006$) saptanmıştır. Karkın ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada sağlık çalışanı olan kadınların sağlık çalışanı olmayan kadınlara göre COVID-19'a ilişkin korku ve kaygılarının daha fazla olduğu bulunmuştur (156). Bir başka çalışmaya göre ise aile üyeleri ile birlikte yaşamamanın ya da aile üyelerinden birinin COVID-19 enfeksiyonuna yakalanmasının sağlık çalışanında anksiyete için risk faktörü olduğu görülmüştür (149).

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışmaya başladıktan sonra sağlık durumlarındaki değişim durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, sosyal destek ve iş stresi puanları ile katılımcıların hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışmaya başladıktan sonra sağlık durumlarındaki değişim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Sağlık durumundaki

değişimin daha kötü olduğunu hissedenlerin iş yükü puan ortalamaları ($16,03 \pm 1,857$, $p < 0,001$), sosyal destek puan ortalamaları ($15,89 \pm 3,925$, $p < 0,001$) ve iş stresi puan ortalamaları ($0,97 \pm 0,257$, $p < 0,001$) sağlık durumundaki değişimin daha iyi olduğunu hissedenlere göre daha yüksek saptanmıştır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri alanında göreve başladıktan sonra genel sağlık durumunda kötü yönde değişim olduğunu düşünenlerin %59,3'ü ($n=64$), iyi yönde değişim olduğunu düşünenlerin %33,3'ü ($n=11$) yüksek iş stresi yaşamaktadır. Genel sağlık durumundaki bu değişim ile yüksek iş stresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0,009$). Meslek dalları arasında iş kazası ve meslek hastalıklarının görülme sıklıklarına bakıldığında sağlık sektörü riskli gruplardan birini oluşturmaktadır. Performansa dayalı çalışma sistemi, az sayıda çalışanla çok sayıda işin yürütülmek durumunda kalınması, sözleşmeli çalışma modelleri gibi çeşitli sorunlar sağlık çalışanlarının sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (157). Çalışmamızda, sağlık hizmetlerinde çalışmaya başlamakla birlikte katılımcıların sağlık durumlarındaki değişim de olumsuz yönde olmuştur. Sağlık durumlarındaki değişimin daha kötü yönde olduğunu belirtenlerin iş stresi puan ortalamaları da daha yüksektir.

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların pandemi döneminde toplumdan dışlanma duygusu hissetme durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, karar serbestliği, sosyal destek ve iş stresi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Pandemi döneminde toplumdan dışlandığını hissedenlerin iş yükü puan ortalamaları daha yüksek ($15,94 \pm 1,888$, $p < 0,001$), karar serbestliği puan ortalamaları daha düşük ($5,56 \pm 1,725$, $p=0,006$), sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek ($16,48 \pm 4,192$, $p=0,002$), iş stresi puan ortalamaları daha yüksek ($0,95 \pm 0,220$, $p < 0,001$) saptanmıştır. Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların pandemi döneminde toplumda takdir edilme duygusu hissetme durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş kontrolü, karar serbestliği ve sosyal destek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Pandemi döneminde toplumda takdir edildiğini hissedenlerin iş kontrolü puan ortalamaları ($18,11 \pm 3,071$, $p=0,031$), karar serbestliği puan ortalamaları ($6,15 \pm 1,622$, $p=0,039$) ve sosyal destek puan ortalamaları ($16,93 \pm 3,831$, $p=0,018$) daha yüksek saptanmıştır. COVID-19 enfeksiyonuna yakalanan sağlık çalışanları arasında yapılan

bir çalışmada katılımcıların %67,6'sı sağlık çalışanı olduğu için çevresindekiler tarafından dışlandığını ifade etmiştir (127).

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların çalışma hayatına ilişkin sorumluluklarındaki değişim durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, beceri kullanımı, karar serbestliği, sosyal destek ve iş stresi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Çalışma hayatına ilişkin sorumlulukları artanların iş yükü puan ortalamaları daha yüksek ($15,63 \pm 1,824$, $p < 0,001$), beceri kullanımı puan ortalamaları daha yüksek ($11,71 \pm 1,975$, $p = 0,014$), karar serbestliği puan ortalamaları daha düşük ($5,71 \pm 1,645$, $p = 0,020$), sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek ($16,78 \pm 3,997$, $p < 0,001$), iş stresi puan ortalamaları daha yüksek ($0,92 \pm 0,216$, $p = 0,001$) saptanmıştır. Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların aile hayatına ilişkin sorumluluklarındaki değişim durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, beceri kullanımı, sosyal destek ve iş stresi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Aile hayatına ilişkin sorumlulukları artanların iş yükü puan ortalamaları ($15,65 \pm 1,863$, $p < 0,001$), beceri kullanımı puan ortalamaları ($11,69 \pm 1,967$, $p = 0,012$), sosyal destek puan ortalamaları ($16,67 \pm 3,962$, $p < 0,001$) ve iş stresi puan ortalamaları ($0,92 \pm 0,222$, $p = 0,014$) daha yüksek saptanmıştır. Çalışma hayatına ilişkin sorumluluklarının arttığını ifade eden katılımcıların %57,0'si ($n=135$), artmadığını ifade edenlerin ise %39,3'ü ($n=53$) yüksek iş stresi yaşamaktadır. Çalışma hayatına ilişkin sorumluluklarındaki değişim durumu ile yüksek iş stresi yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p = 0,001$). Aile hayatına ilişkin sorumluluklarının arttığını ifade eden katılımcıların %56,3'ü ($n=121$), artmadığını ifade edenlerin ise %42,7'si ($n=67$) yüksek iş stresi yaşamaktadır. Aile hayatına ilişkin sorumluluklarındaki değişim durumu ile yüksek iş stresi yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p = 0,010$). Katılımcıların COVID-19 pandemisi döneminde artan iş yükü, çalışma hayatı ve aile hayatına ilişkin sorumluluklarını ve iş stresi düzeylerini arttırmıştır. Sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada kurulan regresyon modelinde iş stresine en fazla katkıyı iş-aile çatışmasının yaptığı gösterilmiştir (158). Aile hayatına ilişkin sorumlulukların

artması ile iş aile çatışması da gündeme gelebilmekte, bu da iş stresi yaşantılarının sıklığını artırabilmektedir.

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların çalışılan ortamda sosyal mesafe kurallarına uygun ortam hazırlanma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde iş yükü, iş kontrolü, beceri kullanımı ve iş stresi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Sosyal mesafe kurallarına uygun ortam hazırlananların iş yükü puan ortalamaları daha düşük ($14,61 \pm 1,797$, $p < 0,001$), iş kontrolü puan ortalamaları daha yüksek ($18,03 \pm 2,760$, $p = 0,013$), beceri kullanımı puan ortalamaları daha yüksek ($12,08 \pm 1,856$, $p = 0,004$) ve iş stresi puan ortalamaları daha düşük ($0,82 \pm 0,165$, $p < 0,001$) saptanmıştır. Katılımcılardan çalıştıkları ortamda sosyal mesafe kurallarına uygun bir ortam hazırlandığını ifade edenlerin %33,8'i ($n=25$), hazırlanmadığını ifade edenlerin ise %54,7'si ($n=163$) yüksek iş stresi yaşamaktadır. Çalışılan ortamda sosyal mesafe kurallarına uygun iş ortamı hazırlanması durumu ile yüksek iş stresi yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p = 0,001$). Hastalığın bulaş yolu da dikkate alındığında, çalışılan ortamlarda buna yönelik sosyal mesafe önlemlerinin alınmasının, sağlık çalışanları için stresi azaltıcı bir faktör olduğu, çalışanların kendilerini daha güvende hissetmelerine yardımcı olduğu görülmüştür.

Araştırma grubunda, kişisel koruyucu donanım kullanırken zorlanarlarda ($p = 0,002$), enfeksiyon etkenine maruz kalma endişesi duyanlarda ($p < 0,001$), enfeksiyon etkenini taşıdığına ilişkin toplumdan uyarıya maruz kalanlarda ($p = 0,002$) iş stresi puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubunun İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların mesleği bırakmayı düşünme durumlarına göre dağılımı incelendiğinde sosyal destek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Mesleğini bırakmayı düşünenlerin sosyal destek puan ortalamaları daha düşük ($15,23 \pm 3,298$, $p < 0,001$) saptanmıştır.

Yüksek iş stresinin, erkeklerde kadınlara göre 2,63 kat (%95 GA 1,23-5,63), görevinden dolayı toplumdan dışlanma hissedenlerde hissetmeyenlere göre 3,11 kat (%95 GA 1,35-7,17), mesleğe başladıktan sonra sağlık durumundaki değişim daha

kötü olanlarda daha iyi olanlar göre 2,95 kat (%95 GA 1,05-8,30), kişisel koruyucu donanım kullanırken zorlanmayanlarda zorlanana göre 2,68 kat (%95 GA 1,01-7,08) daha fazla ilişkili olduğu bulunmuştur. Modele göre, erkek olmak, toplumdan dışlanma hissetmek, mesleğe başladıktan sonra sağlık durumunda olumsuz değişim yaşamak, kişisel koruyucu donanım kullanırken zorlanmamak, daha yüksek iş stresiyle ilişkilendirilebilmektedir.

Kurulan Model 2’de de yüksek iş stresinin, erkeklerde kadınlara göre 2,39 kat (%95 GA 1,07-5,35), paramediklerde ATT’lere göre 4,17 kat (%95 GA 1,06-16,38), görevinden dolayı toplumdan dışlanma hissedenlerde hissetmeyenlere göre 2,45 kat (%95 GA 1,05-5,69), çalışılan kurumda sosyal mesafe kurallarına uygun ortam hazırlanmayanlarda hazırlanana göre 2,79 kat (%95 GA 1,09-7,09) daha fazla ilişkili olduğu bulunmuştur. Kurulan ikinci modele göre, erkek olmak, paramedik olmak, toplumdan dışlanma hissetmek, çalışılan ortamda sosyal mesafe kurallarına uygun ortam sağlanmaması daha yüksek iş stresiyle ilişkilendirilebilmektedir.

Yüksek iş stresinin, erkeklerde kadınlara göre 1,74 kat (%95 GA 1,08-2,78), COVID-19’dan yeteri kadar korunamama kaygısı yaşayanlarda yaşamayanlara göre 2,44 kat (%95 GA 1,31-4,53), yöneticilerle anlaşmazlık sorunu yaşayanlarda yaşamayanlara göre 2,31 kat (%95 GA 1,26-4,22), aile üyeleriyle anlaşmazlık sorunu yaşayanlarda yaşamayanlara göre 2,06 kat (%95 GA 1,13-3,63), hasta/temaslılarla iletişim sorunları yaşayanlarda yaşamayanlara göre 2,54 kat (%95 GA 1,45-4,43), verilen yemek ve içeceklerin kalitesiz olması sorunu yaşayanlarda yaşamayanlara göre 1,86 kat (%95 GA 1,07-3,23), ekip üyelerinin sayısının yetersiz olması sorunu yaşayanlarda yaşamayanlara göre 1,77 kat (%95 GA 1,03-3,06) daha fazla ilişkili olduğu bulunmuştur. Yaşanılan kaygı ve sorunlara bakıldığında, Model 1’de, erkek olmak, COVID-19’dan yeteri kadar korunamama kaygısı yaşamak, yöneticilerle ve aile üyeleriyle anlaşmazlık sorunu yaşamak, hasta/temaslılarla iletişim sorunları yaşamak, çalışılan kurumda sağlanan yemeklerin kalitesinin düşük olması, yetersiz sayıda ekip üyesi ile çalışmak daha yüksek iş stresiyle ilişkilendirilebilmektedir.

Yüksek iş stresinin, kadınlarda erkeklere göre 1,72 kat (%95 GA 1,07-2,78), yöneticilerle iletişim kuramama sorunu yaşamayanlarda yaşayanlara göre 1,99 kat (%95 GA 1,12-3,56), COVID-19’dan yeteri kadar korunamama kaygısı yaşayanlarda

yaşamayanlara göre 2,50 kat (%95 GA 1,33-4,71), çalışılan kurumda sosyal mesafe kurallarına uygun ortam hazırlanmayanlarda hazırlananlara göre 3,06 kat (%95 GA 1,64-5,72), ekip üyelerinin sayısının yetersiz olması sorunu yaşayanlarda yaşamayanlara göre 1,88 kat (%95 GA 1,09-3,27), yöneticilerle anlaşmazlık sorunu yaşayanlarda yaşamayanlara göre 2,16 kat (%95 GA 1,17-3,99), aile üyeleri ile anlaşmazlık sorunu yaşamayanlarda yaşayanlara göre 2,30 kat (%95 GA 1,24-4,27), hasta/temaslılarla iletişim sorunu yaşayanlarda yaşamayanlara göre 2,39 kat (%95 GA 1,36-4,20) daha fazla ilişkili olduğu bulunmuştur. Model 2’de ise, kadın olmak, yöneticilerle iletişim kuramama sorunu yaşamak, COVID-19’dan yeteri kadar korunamama kaygısı yaşamak, çalışılan kurumda sosyal mesafe kurallarına uygun ortam hazırlanmaması, yetersiz sayıda ekip üyesi ile çalışmak, yöneticilerle ve aile üyeleriyle anlaşmazlık sorunu yaşamak, hasta/temaslılarla iletişim sorunları yaşamak, daha yüksek iş stresiyle ilişkilendirilebilmektedir.

Mesleği bırakmayı düşünme durumu ve genel sağlık durumu algılarını etkilemiş olabileceği düşünülen cinsiyet, yaş, unvan ve iş stresi düzeylerine ilişkin oluşturulan regresyon modellerinde iş stresinin mesleği bırakma ve genel sağlık algısı üzerindeki etkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

7. SONUÇ ve ÖNERİLER

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının COVID-19 döneminde çalışma koşulları ve iş stresi düzeylerinin incelendiği bu çalışmada saptanan sonuçlar ve başlıca öneriler şu şekildedir;

1. Araştırmaya katılım istenilen düzeyin altında kalmıştır.

- COVID-19 pandemisi döneminde yüz yüze veri toplamının zorlukları nedeniyle çevrimiçi veri toplanması yoluna gidilmektedir. Gerekli sosyal mesafe önlemleri alınarak ve maddi olanaklar sağlanarak yüz yüze anket ile verilerin toplanması katılım sayılarını artırabileceğinden, veriler yüz yüze anket uygulaması ile toplanmalıdır.
- Acil sağlık çalışanları açısından katılımını teşvik eden düzenlemeler yapılabilir.

2. Çalışma koşullarına ilişkin olarak; katılımcıların büyük çoğunluğu acil sağlık hizmetleri istasyonunda ve ambulanslarda çalışmaktadır (%92,5), çalışanların %39'u aylık gelirinin giderinden az olduğunu ifade etmiş olup, %76,1'i 5 yıl ve üzerinde bir süredir hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde görev yapmaktadır. Pandemi döneminde çalışanların günlük, haftalık çalışma süreleri artmış, yaklaşık üçte ikisi günde ortalama yirmi saate yakın çalışmaktadır. ATT ve paramedikler pandemi sürecinde yaklaşık sırasıyla on dört ve on üçer ay süreyle ambulansda görev yapmış, vardiyalı çalışma ve gece çalışması yine bu süreçte artış göstermiştir. Çalışanların iş kazası/meslek hastalığı geçirmeye yönelik endişeleri de yüksek olarak saptanmıştır.

Çalışanların büyük çoğunluğu kişisel koruyucu donanım kullanırken zorlandığını ifade etmiş (%87,6), %5,9'u çalışma dönemine hastaneye yatmayı gerektirecek kaza/hastalık geçirdiğini belirtmiştir. Pandemi döneminde hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının yaklaşık yarısı (%48,9) mesleğini bırakmayı düşünmüştür. Çalışma temposu artan çalışanların aylık gelirlerindeki değişim arzulanan seviyede olmamıştır. Katılımcıların yaklaşık üçte ikisi pandemi dönemi ve öncesinde en az bir kez şiddete uğradığını ifade etmiştir, en sık görülen şiddet türü ise hasta/hasta yakınları tarafından uygulanan sözel şiddet olmuştur. Pandemi döneminde sıklıkla ambulansda çalışan personel, önceki döneme göre daha sık delici/kesici alet yaralanması geçirmiş, hasta/temaslı vücut sıvıları ile temas şeklinde kaza

geçirenlerin sıklığı da artmıştır. Çalışanların yaklaşık yarısı az sayıda ekip üyesi ile çalışmak durumunda olduklarını belirtmiştir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları yüksek iş yükü ve az sayıda ekip üyesi ile çalışmak durumunda kalmaktadırlar. Ekip üyesi sayısının yetersiz olması iş stresini 1,88 kat (GA: 1,09-3,27) artırmaktadır. Çalışanların yaklaşık yarısının yöneticileriyle anlaşmazlık, dörtte üçünün hasta/temaslılarla iletişim sorunları yaşadığı görülmektedir. Yöneticilerle anlaşmazlık yaşamak iş stresini 2,16 kat (GA: 1,17-3,99), hasta/temaslılarla iletişim sorunları yaşamak ise 2,39 kat (GA: 1,36-4,20) artırmaktadır. Çalışanlara kurumlarında sağlanan yemeklerin kalitesiz ve yetersiz olması da bir diğer önemli sorun olarak bildirilmektedir. Öyle ki kalitesiz yemek sağlanması sorunuyla karşılaşarlarda iş stresinin 1,86 kat (GA: 1,07-3,23) fazla olduğu görülmektedir.

- Sağlık çalışanlarının gelirleri artırılmalı, alım güçleri korunmalıdır.
- Günlük, haftalık çalışma saatleri düzenlenmeli, verimli, topluma faydalı, kişisel gelişimlerine ve ailelerine vakit ayırabilecekleri bir çalışma düzeni oluşturulmalıdır.
- İş kazası/meslek haslıkları yönünden çalışanlar bilinçlendirilmeli, kazaya maruz kalan çalışanların sonraki süreçte kazanın bildirimi ve kişisel hakları konusunda olumlu yönde bilgi, tutum ve davranış değişikliği kazanmaları sağlanmalıdır.
- Sağlıkta şiddet konusu ülke genelinde, ilkökul eğitiminden başlayan, toplumun her kesimini içine alan, geniş bir toplumsal katılımı ile ele alınmalı, gerekli yasal düzenlemeler vakit kaybetmeden yapılmalı, yasaların uygulanması konusunda boşluğa imkân verilmemeli, çalışanlar sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışabilmelidir.
- Pandemi ile birlikte giderek artmış olan iş yükünü ve hizmet talebini karşılayabilecek yeni kadrolar tahsis edilmeli, ortaöğretim düzeyinden başlayarak geleceğe yönelik hizmet talebi doğrultusunda ileriye dönük planlamalar yapılmalıdır.
- Çalışanlara etkili iletişim yetenekleri düzenli aralıklarla tekrarlanan eğitimlerle kazandırılmalıdır.

- Mesai saatlerinde çalışanlara yeterli ve dengeli beslenmelerine destek olacak, işin doğası gereği gereken kaloriyi sağlayacak seviyede kaliteli yemek düzenli olarak sunulmalıdır.

3. Çalışma ortam koşullarına ilişkin olarak; Çalışanların üçte ikisinin çalışma ortamlarında sosyal mesafe kurallarına uygun ortamlar hazırlanmamış, dörtte üçü uygun el yıkama, tuvalet vb. olanakların olmadığını, iş yerine ulaşım ve dinlenme alanı olanaklarının sınırlı olduğunu ifade etmiştir. Yine on katılımcıdan yaklaşık sekizi uygun olmayan termal koşullarda çalışmıştır. Çalışılan kurumda sosyal mesafe kurallarına uygun çalışma ortamı hazırlanmayanlarda yüksek iş stresi görülmesi 3,06 kat fazladır (GA: 1,64-5,72).

- Çalışanların çalışma ortamları pandemi dönemi koşullarına uygun şekilde düzenlenmelidir.
- Yoğun çalışma nedeniyle çalışanlar için uygun, stres düzeyini azaltıcı, verimli vakit geçirebilecekleri dinlenme alanları planlanmalıdır.
- Mevsim döngülerine paralel olarak, ısıtma-soğutma gibi uygun termal koşullar sağlanmalıdır.

4. Çalışanların yaklaşık üçte biri herhangi bir meslek içi eğitim almadığını belirtmektedir.

- Çalışanlara hem mevzuat hem de mesleki eğitimlerin yıllık belirli bir plan dahilinde rutin ve tüm çalışanların katılımı sağlanacak şekilde, yetişkin eğitimi ilkeleri doğrultusunda uzman personeller tarafından verilmesi sağlanmalıdır.
- Çalışanlar sertifikalı eğitim programlarına katılım konusunda desteklenmeli, gerekli idari düzenlemeler bu yönde planlanmalıdır.

5. Katılımcıların yaklaşık üçte birinden fazlası (%38,7), ayaktan veya yatarak COVID-19 tedavisi aldığını belirtmiştir. Çalışanların büyük bir kısmı en az iki doz COVID-19 aşısı olduğunu, dörtte üçü iş arkadaşları ve ailesinde COVID-19 vakası olduğunu ifade etmiştir. Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının dörtte biri genel olarak sağlık durumlarının iyi olmadığını, pandemi öncesi döneme göre sağlık durumu

algılarının olumsuz yönde değiştiğini belirtmektedir. COVID-19'dan yeteri kadar korunamama endişesi yaşayanlarda iş stresi 2,50 kat (GA: 1,33-4,71) daha fazladır.

- Çalışanlara COVID-19'dan ve diğer enfeksiyonlardan korunmalarına yönelik doğru ve yeterli kişisel koruyucu donanım sağlanmalıdır.
- KKD temini konusunda çalışanları işlerini yaparken en az zorlayacak, maksimum düzeyde koruma sağlayacak ürünler seçilmelidir.

6. İş stresi ile ilgili olarak; katılımcıların iş stresi puan ortalamaları 0,89'dur. İş yükü- iş kontrolü modelinin dörtlü yapısına göre çalışanların %22,5'i yüksek iş stresi yaşamaktadır. Erkeklerde, evli olanlarda, eğitim düzeyi yüksek olanlarda, aylık geliri giderinden az olanlarda, eşi çalışmayanlarda, paramediklere göre ATT'lerde, ambulanda çalışanlarda, mesleğini uyguladığı sırada şiddete uğrayanlarda, mesleğinden dolayı toplumdan dışlanma hissedenlerde, pandemi ile birlikte çalışma ve aile hayatına ilişkin sorumlulukları artanlarda, iş kazası/meslek hastalığı geçirme endişesi duyanlarda, çalışırken hasta/hasta yakınları ile iletişim sorunları yaşadığını düşünenlerde, COVID-19 hastalığı geçirenlerde, çalıştığı kurumda sosyal mesafe kurallarına uygun çalışma ortamı hazırlanmayanlarda, kişisel koruyucu donanım kullanırken zorlananlarda, enfeksiyon etkenine maruz kalma endişesi taşıyanlarda, enfeksiyon etkenini evine/apartmanına taşıdığı konusunda toplumdan uyarıya maruz kalanlarda, aile üyeleri arasında COVID-19 vakası olanlarda iş stresi puan ortalamaları daha yüksektir.

- Çalışanlar için ulusal ve kurumsal düzeyde destekleyici bir iklim oluşturulmalıdır.
- Ekip çalışmasına önem verilmelidir.
- Fiziksel çalışma koşulları iyileştirilmelidir.
- Enfeksiyonlardan, iş kazalarından etkili korunma yolları geliştirilmelidir.
- Şiddet uygulamalarının önüne geçilmelidir.
- Stres yaşantılarına yönelik etkili psikolojik destek sağlanmalıdır.
- Yüksek iş yüküne yönelik etkili çözümler üretilmeli, yeteri sayıda personel istihdam edilmelidir.

7. Çalışmanın tamamı değerlendirildiğinde; Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları, yoğun ve stresli çalışma ortamlarında görev yapmaktadır. Pandemi döneminde artan hizmet talebi, yetersiz sayıda personelle çalışılması mevcut şartları daha da ağırlaştırmaktadır. Stres yaşantılarının en aza indirilmesi, çalışanların güvenli ve verimli bir ortamda çalışma haklarına sahip olabilmeleri, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından önemlidir. Ülkemize hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının mevcut ve potansiyel sorunları ile ilgili daha fazla çalışma yapılmalı, gerçekleştirilecek idari ve mevzuat düzenlemelerinde ilgili kurum, kuruluş ve meslek örgütlerinin görüşleri alınmalıdır.



8. KAYNAKLAR

1. Temizkan RC, et al. 112 acil sağlık hizmeti çalışanlarının çalışma koşulları, karşılaştıkları sorunlar ve ocuk acil servisi ile ilgili beklenti ve tutumlarının değerlendirilmesi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2019;14(3):114-8.
2. Ekşi A. Kitlesele olaylarda hastane öncesi acil sağlık hizmetleri yönetimi. Kitapana, İzmir. 2015.
3. Meckler G, Schwartz HP. Prehospital pediatrics and emergency medical services (EMS). 2012.
4. Bogomolova S, Tan P, Dunn S, Bizjak-Mikic M. Understanding the factors that influence patient satisfaction with ambulance services. Health marketing quarterly. 2016;33(2):163-80.
5. Güneri S, N İlhan M, Avcı E. Ankara 112 Acil Sağlık hizmeti çalışanlarının çalışma koşulları ve iş memnuniyetinin değerlendirilmesi. Gazi Medical Journal. 2011;22(1):1-5.
6. nal O. Acil Sağlık İstasyonlarında alışan Personelin Mesleki Risk Durumları. Journal of Contemporary Medicine. 2015;5(4):239-44.
7. Yıldırım SA, Gerdan S. Hastane ncesi Acil Sağlık alışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği Kapsamındaki Mesleki Riskleri. Hastane ncesi Dergisi. 2017;2(1):37-49.
8. Havva T, Karadağ M, Hatice T, Aydın ř. Sağlık alışanlarının alışma Ortamındaki Stres Yaşantıları İle Başetme Durumlarının Belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 5(2):13-23.
9. Türk K, Eroğlu C, Türk D. TC Devlet Hastanelerindeki alışma koşullarının stres üzerine etkilerini ölçmeye yönelik bir araştırma: Geyve Devlet Hastanesi rneği. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2008;5(1):1-17.
10. Pala S, Metintas S. COVID-19 Pandemisinde Sağlık alışanları. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2020;5:175-87.
11. Alli BO. Fundamental principles of occupational health and safety Second edition. Geneva, International Labour Organization. 2008;15:2008.
12. Yıldız AN, Sandal A. (Ed.). İş Sağlığı ve Güvenliği Meslek Hastalıkları, içinde A. N. Yıldız, C. şahan, İş Sağlığı ve Güvenliği Temel Kavramlar (s. 19-68). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayını. ISBN: 978-975-491-506-8.
13. 6331 Sayılı İş Sağlığı Ve Güvenliği Kanunu. (2012). T.C. Resm Gazete, 28339, 20 Haziran 2012.
14. cek , al M. Dünyada ve Türkiye’de İş Sağlığı ve İş Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi. Hak İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi. 2016;5(11):106-29.
15. Bilir N. İş Sağlığı ve Güvenliği, içinde İş Sağlığı ve Güvenliğinin Gelişme Aşamaları (s. 3-14). ISBN: 978-975-277-773-6.
16. Bilir N. İş Sağlığı ve Güvenliği, içinde Sağlık Personelinin Mesleksel Riskleri (s. 349-352). ISBN: 978-975-277-773-6.
17. Meydanlıoğlu A. Sağlık alışanlarının Sağlığı ve Gvenliği. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2(3):192-9.
18. Ngan K, Drebit S, Siow S, Yu S, Keen D, Alamgir H. Risks and causes of musculoskeletal injuries among health care workers. Occupational medicine. 2010;60(5):389-94.
19. Kim H, Dropkin J, Spaeth K, Smith F, Moline J. Patient handling and musculoskeletal disorders among hospital workers: Analysis of 7 years of

- institutional workers compensation claims data. *American journal of industrial medicine*. 2012;55(8):683-90.
20. Yılmaz A. Denizli ilinde görevli 112 personellerinin geçirdikleri iş kazaları. 2012.
21. Özgüler M, Saltık-Güngör L, Kaygusuz T, Papila Ç. Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Çalışanlarında Hepatit A, Hepatit B, Kızamık ve Kızamıkçık Seroprevalansı. *Klimik Journal/Klimik Dergisi*. 2016;29(1).
22. Reddy S, Manuel R, Sheridan E, Sadler G, Patel S, Riley P. Brucellosis in the UK: a risk to laboratory workers? Recommendations for prevention and management of laboratory exposure. *Journal of clinical pathology*. 2010;63(1):90-2.
23. Salman E, Karahan ZC. Sağlık Çalışanlarında Enfeksiyon Riskleri ve Korunma II: Solunum Yoluyla Bulaşan Enfeksiyonlar. 2014.
24. Corrao CRN, Mazzotta A, La Torre G, De Giusti M. Biological risk and occupational health. *Industrial health*. 2012;50(4):326-37.
25. Çalışkan D, Bayhan S. Ankara Üniversitesi Cebeci Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin ve Tıp Fakültesi hemşirelerinin mesleki riskleri konusunda bilgi düzeyleri: Ankara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.; 2004.
26. Akgün S. Sağlık sektöründe iş kazaları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2015;2(2):67-75.
27. Özkan Ö. Hastanede çalışan hemşirelerin iş ve çalışma ortamı tehlike ve riskleri ile risk algılarının saptanması. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. 2005.
28. Constantinidis T, Vagka E, Dallidou P, Basta P, Drakopoulos V, Kakolyris S, et al. Occupational health and safety of personnel handling chemotherapeutic agents in Greek hospitals. *European journal of cancer care*. 2011;20(1):123-31.
29. Türk M, Çiçeklioğlu M, Davas A, Saçaklıoğlu F. Antineoplastiklerle Çalışan Hemşirelerde Maruziyetin Değerlendirilmesi. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*. 2015;7(28).
30. Özkan N. Diş teknisyenleri ve silikozis hastalığı. *Eğitim Bilim Toplum Dergisi*. 2013;11:118-20.
31. Özkan Ö, Emiroğlu ON. Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı Ve İş Güvenliği Hizmetleri. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006;10(3):43-51.
32. Caballero ML, Quirce S. Identification and practical management of latex allergy in occupational settings. *Expert review of clinical immunology*. 2015;11(9):977-92.
33. Zahariev Vukšinić K, Knežević B, Bogadi-Šare A, Bubaš M, Krišto D, Pejnović N. Anaphylactic reaction to latex in a health care worker: case report. *Acta dermatovenerologica Croatica*. 2012;20(3).
34. Mazurek JM, Weissman DN. Occupational respiratory allergic diseases in healthcare workers. *Current allergy and asthma reports*. 2016;16(11):1-10.
35. Syamlal G, Mazurek JM, Bang KM. Prevalence of lifetime asthma and current asthma attacks in US working adults: an analysis of the 1997–2004 National Health Interview Survey data. *Journal of occupational and environmental medicine*. 2009;51(9):1066-74.
36. Krueger C, Schue S, Parker L. Neonatal intensive care unit sound levels before and after structural reconstruction. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2007;32(6):358-62.

37. Marchetti E, Capone P, Freda D. Climate change impact on microclimate of work environment related to occupational health and productivity. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*. 2016;52(3):338-42.
38. Price TG, Goldsmith LJ. Changes in hearing acuity in ambulance personnel. *Prehospital Emergency Care*. 1998;2(4):308-11.
39. Keyserling W, Armstrong T. Ergonomics and work-related musculoskeletal disorders. Maxcy-Rosenau-Last Public Health and Preventive Medicine New York: The McGraw-Hill Companies. 2008:763-79.
40. Güler Ç. Sağlık boyutuyla ergonomi. Palme Yayıncılık, Ankara. 2004:1-3.
41. Alçelik A, Deniz F, Yeşildal N, Mayda AS, Ayakta B. AİBÜ Tıp Fakültesi Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Sağlık Sorunları Ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2005.
42. Karadağ M, Yıldırım N. Hemşirelerde çalışma koşullarından kaynaklanan bel ağrıları ve risk faktörleri *Hemşirelik Forumu Dergisi*. 2004;7(2):48-54.
43. Karwowski W, Jang R-L, Rodrick D, Quesada PM, Cronin SN. Self-evaluation of biomechanical task demands, work environment and perceived risk of injury by nurses: a field study. *Occupational Ergonomics*. 2005;5(1):13-27.
44. Roberts MH, Sim MR, Black O, Smith P. Occupational injury risk among ambulance officers and paramedics compared with other healthcare workers in Victoria, Australia: analysis of workers' compensation claims from 2003 to 2012. *Occupational and environmental medicine*. 2015;72(7):489-95.
45. Şahin V. Sağlık çalışanlarında iş kazaları ve meslek hastalıkları, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ameliyathane çalışanlarında iş kazaları: Yüksek Lisans Tezi Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2014.
46. Özcanarslan N. Hemşirelerin iş ortamındaki stresörlerinin belirlenmesi. TC Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi Adana. 2009.
47. Dikmen Y, Aydın Y. Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu: Ne? Nasıl? Ne Yapmalı? *Journal of human rhythm*. 2016;2(1).
48. Yargıç İ. Sağlık çalışanlarında bağımlılıkla ilgili sorunlar ve çözüm yolları. *Klinik Gelişim*. 2009;22(4):84-7.
49. Cocker F, Joss N. Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: A systematic review. *International journal of environmental research and public health*. 2016;13(6):618.
50. Tokuç B, Turunç Y, Ekuklu G. Edirne'de ambulans çalışanlarının anksiyete, depresyon ve işe bağlı gerginlik düzeyleri. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*. 2015;11(42).
51. İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği. *Resmi Gazete*. 2012;28509.
52. Yılmaz A. Denizli ilinde görevli 112 personellerinin geçirdikleri iş kazaları. 2012, Erişim tarihi: 13.11.2022.
53. Gülen B, Serinken M, Hatipoğlu C, Özaşır D, Sönmez E, Kaya G, et al. Work-related injuries sustained by emergency medical technicians and paramedics in Turkey. 2016.
54. Oğan H. Sağlık Çalışanları İçin İşçi Sağlığı Ve Güvenliği Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara. 2014.
55. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2022). COVID-19 Salgın Yönetimi ve Çalışma Rehberi. Erişim tarihi: 13.11.2022.

<https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/40982/0/covid19-toplumdasalginyonetimirehberipdf.pdf>

56. Polat Y. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Elektrik Çarpması Vakasının Acil Bakım Ve İş Sağlığı Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*.2(1):5-11.
57. Korkmaz A, Avsallı H. Çalışma hayatında yeni bir dönem: 6331 sayılı iş sağlığı ve güvenliği yasası. *Süleyman Demirel Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2012;2012(26):153-67.
58. İlhan MN, Çakır M, Tunca MZ, Avcı E, Çetin E, Aydemir Ö, et al. Toplum gözüyle sağlık çalışanlarına şiddet: nedenler, tutumlar, davranışlar. *Gazi Medical Journal*. 2013;24(1).
59. Çelebi İ, Uçku Ş. Kayseri İli 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Sağlık Personelinin Deprem Bilgi Düzeyi Ve Etkileyen Etmenler. *Hastane Öncesi Dergisi*. 2017;2(2):91-103.
60. Gormley MA, Crowe RP, Bentley MA, Levine R. A national description of violence toward emergency medical services personnel. *Prehospital emergency care*. 2016;20(4):439-47.
61. Maguire BJ, Smith S. Injuries and fatalities among emergency medical technicians and paramedics in the United States. *Prehospital and disaster medicine*. 2013;28(4):376-82.
62. Pınar T, Pınar G. Sağlık çalışanları ve işyerinde şiddet. 2013.
63. Eksi A, Celikli S, Catak I. Effects of the institutional structure and legislative framework on ambulance accidents in developing emergency medical services systems. *Turkish journal of emergency medicine*. 2015;15(3):126-30.
64. Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri. TTB Yayınları. Ankara. 2008.
65. Lowery K, Stokes MA. Role of peer support and emotional expression on posttraumatic stress disorder in student paramedics. *Journal of traumatic stress*. 2005;18(2):171-9.
66. Donnelly E. Work-related stress and posttraumatic stress in emergency medical services. *Prehospital emergency care*. 2012;16(1):76-85.
67. Wee D, Myers D. Compassion, satisfaction, compassion fatigue, and critical incident stress management. *International journal of emergency mental health*. 2003.
68. Enli Tuncay F, Koyuncu E, Özel Ş. Pandemilerde sağlık çalışanlarının psikososyal sağlığını etkileyen koruyucu ve risk faktörlerine ilişkin bir derleme. *Ankara Medical Journal*. 2020;20(2):488-504.
69. WHO. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. March 11, 2020. Erişim tarihi: 13.11.2022. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
70. Yen M-Y, Lin Y-E, Lee C-H, Ho M-S, Huang F-Y, Chang S-C, et al. Taiwan's traffic control bundle and the elimination of nosocomial severe acute respiratory syndrome among healthcare workers. *Journal of Hospital Infection*. 2011;77(4):332-7.
71. WHO. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health: interim guidance, 19 March 2020. World Health Organization; 2020.

72. Şahan C, Özgür EA, Arkan G, Alagüney ME, Demiral Y. COVID-19 Pandemisi'nde meslek hastalığı tanı kılavuzu. İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanları Derneği ve Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. 2019.
73. Çetintepe SP, İlhan MN. COVID-19 salgınında sağlık çalışanlarında risk azaltılması. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*. 2020;4:50-4.
74. Yürümez Y, Alaçam M. Acil Serviste COVID-19 ve yönetimi. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*. 2020;4:116-22.
75. Pak MD, Özcan E, Çoban Aİ. Acil Servis Çalışanlarının İkincil Travmatik Stres Düzeyi Ve Psikolojik Dayanıklılığı. *Journal of International Social Research*. 2017;10(52).
76. Pala SÇ, Metintaş S. COVID-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanları. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2020;5:156-68.
77. Windsor-Shellard B, Butt A. Coronavirus (COVID-19) related deaths by occupation, England and Wales: deaths registered between 9 March and 25 May 2020. 2020.
78. Murat A, Tekingündüz S. Ambulans Çalışanlarının (112) Tükenmişlik, Algılanan İş Stresi Ve İş Tatminlerinin Kişisel Özelliklere Göre İncelenmesi. *Social Sciences*. 2014;9(3):54-69.
79. Koh D. Occupational risks for COVID-19 infection. *Occupational Medicine (Oxford, England)*. 2020;70(1):3.
80. Walton M, Murray E, Christian MD. Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*. 2020;9(3):241-7.
81. Şimşek P, Günaydın M, Gündüz A. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri: Türkiye Örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;8(1):120-7.
82. Paksoy VM. Acil Sağlık Hizmetlerinde Uluslararası Uygulama Modellerinin Karşılaştırması: Anglo-Amerikan Ve Franko-German Modeli. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*. 2016;4(1):6-24.
83. Johnson NB, Hayes LD, Brown K, Hoo EC, Ethier KA. CDC National Health Report: leading causes of morbidity and mortality and associated behavioral risk and protective factors—United States, 2005–2013. 2014.
84. Şişman A, Şişman Y, Terzi Ö. Samsun 112 Acil Çağrılarının ve Acil Sağlık Hizmet İstasyonlarının Konumlarının CBS ile Değerlendirilmesi. *III Uzaktan Algılama ve Coğrafi Bilgi Sistemleri Sempozyumu*. 2010:11-3.
85. Yaman B. Hastanelerde Sunulan Acil Sağlık Hizmetlerinin Yönetim ve Organizasyonu: Yüksek Lisans Tezi) İstanbul, s. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2015.
86. Bélanger V, Ruiz A, Soriano P. Recent advances in emergency medical services management: Faculté des sciences de l'administration, Université Laval; 2015.
87. Kaba H. Acil sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi sürecinde ilk ve acil yardım teknikliği ve acil tıp teknisyenliği mesleklerinin ortaya çıkışı ve gelişimi. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku Tarihi Dergisi*. 2013;21(3).
88. Zenginol M, Al B, Genç S, Devci İ, Yarbıl P, Yılmaz DA, et al. Gaziantep İli 112 Acil Ambulanslarının 3 Yıllık Çalışma Sonuçları/3 Yearly Study Results of 112 Emergency Ambulances in the City of Gaziantep. *Eurasian Journal of Emergency Medicine*. 2011;10(1):27.

89. Rehn M, Davies G, Smith P, Lockey D. Emergency versus standard response: time efficacy of London's Air Ambulance rapid response vehicle. *Emergency medicine journal*. 2017;34(12):806-9.
90. Ağalar, F., Altıntaş, K.H., Çelikli, S., Tüleylioğlu, M., "Acil Hasta Nakli", ed. K.H. Altıntaş, Halk Sağlığı Kurumu Derneği, Teknik Rapor No: 4, Ankara, 1997.
91. Bos N, Krol M, Veenvliet C, Plass A. Ambulance care in Europe: organization and practices of ambulance services in 14 European countries. 2015.
92. Altınar, A. O. Ankara İlinde Acil Yardım Ambulansının Yanıt Süresine Trafik Yoğunluğu Dışında Etki Eden Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Afetlerde Sağlık Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2019.
93. Güçlü N. Stres yönetimi. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2001;21(1).
94. Barutçu E, Serinkan C. Gunumuzun Onemli Sorunlarından Biri Olarak Tükenmişlik Sendromu ve Denizli'de Yapılan Bir Arastırma. *Ege Academic Review*. 2008;8(2):541-61.
95. Selye H. What is stress. Stress without distress. 1 [sup] st ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 1974.
96. Quick JC, Wright TA, Adkins JA, Nelson DL, Quick JD. Preventive stress management in organizations: American Psychological Association Washington, DC; 1997.
97. Millson WA. Predictors of work stress among correctional officers: Carleton University; 2000.
98. Pološki Vokić N, Bogdanić A. Individual differences and occupational stress perceived: a Croatian survey. *EFZG working paper series*. 2007(05):1-15.
99. Yin-Fah BC, Foon YS, Chee-Leong L, Osman S. An exploratory study on turnover intention among private sector employees. *International Journal of Business and Management*. 2010;5(8):57.
100. Guinot J, Chiva R, Roca-Puig V. Interpersonal trust, stress and satisfaction at work: an empirical study. *Personnel Review*. 2014.
101. Karakaya T. İş Güvenliği Uzmanlarının Çalışma Yaşamı Özellikleri, İş Stresi Ve İş Güvenesizliğinin Değerlendirilmesi. 2018.
102. Velavan TP, Meyer CG. The COVID-19 epidemic. *Tropical medicine & international health*. 2020;25(3):278.
103. Morens DM, Folkers GK, Fauci AS. What is a pandemic? : The University of Chicago Press; 2009.
104. Demiral Y, Ünal B, Kılıç B, Soysal A, Bilgin AC, Uçku R, et al. İş stresi ölçeğinin İzmir Konak Belediyesi'nde çalışan erkek işçilerde geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2007;26(1):11-8.
105. Sayılan AA, Boğa SM. Hemşirelerin İş Stresi, İş Yüğü, İş Kontrolü ve Sosyal Destek Düzeyi ile Tıbbi Hataya Eğilimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*.20(1):11-22.
106. Polat O. Şiddet. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi. 2016;22(1):15-34.
107. Gürhan N, Erdoğan G, Seyran F. Cinsel Şiddet. *Meyad Akademi*. 2020;1(1):59-65.
108. Tümer E. İşyerlerinde psikolojik taciz (mobbing) bilgilendirme rehberi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2. Baskı: Ankara. 2014.

109. Taşdelen R, Ayık B, Kaya H, Erciş M, Ertekin E. Türk Sağlık Çalışanlarının Covid-19 Pandemisine Psikolojik Tepkileri: Damgalanmanın Etkisi. *Noro-Psikiyatri Arsivi*. 2022;59(2):133-8.
110. Ergün E, Ergün Ş, Çelebi İ. Acil Sağlık Hizmetleri Personellerinin COVID-19 Hakkında Bilgi, Korunma Düzeyleri Ve Etkileyen Etmenler. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2020;1(1):16-27.
111. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Erişim tarihi: 13.11.2022. <https://covid19.who.int/> 2022
112. Durmuş C, Güner NG, Yurumez Y. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri ve COVID-19 Hasta Yönetimi. *Phoenix Medical Journal*. 2021;3(2):51-3.
113. Aydın FF. Sağlık Sektörü ve Kadın İstihdamında COVID-19 Salgınının Etkileri. *COVID-19 Araştırmaları*.164.
114. Yerlikaya Ö. Çalışma hayatında tükenmişlik: Edirne 112 Acil sağlık çalışanları örneği: *Sosyal Bilimler Enstitüsü*; 2015.
115. Çekiç K, Ali E. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarına Uygulanan Ölçeklerin Değerlendirilmesi. *Hastane Öncesi Dergisi*. 2022;7(1):81-94.
116. Açiksöz S, Uzun Ş, Arslan F. Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlıklı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2013;55(3):181-7.
117. Felice C, Di Tanna GL, Zanus G, Grossi U. Impact of COVID-19 outbreak on healthcare workers in Italy: results from a national E-survey. *Journal of community health*. 2020;45(4):675-83.
118. Baran A, Incecik Ş. Sağlık Çalışanlarında COVID-19 Aşısıyla (CoronaVac®) Aşılama Oranları ve Yan Etkilerin Değerlendirilmesi.
119. Kıvanç Ç. Sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi: *Sağlık Bilimleri Enstitüsü*; 2016.
120. Yenihan B, İslamoğlu E. COVID-19 Pandemi Sürecinin Sağlık Çalışanlarının İş-Aile Yaşamına Olan Etkileri.1.
121. Yumru M. COVID-19 ve sağlık çalışanlarında tükenmişlik. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2020;23(Supp: 1):5-6.
122. Arpacıoğlu S, Baltalı Z, Ünübol B. COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik, Covid korkusu, depresyon, mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Cukurova Medical Journal*. 2021;46(1):88-100.
123. Hoşgör DG, Tanyel TÇ, Saadet C, Demirsoy SB. COVID-19 Pandemisi Döneminde Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik: İstanbul İli Örneği. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*. 2021;8(2):372-86.
124. Hoşgör H, Ülker Z, Sağcan H. Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarında COVID-19 Anksiyetesi Ve Mesleki Performans İlişkisinin Tanımlayıcı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2020;7(3):865-86.
125. Selvi Y, Özdemir GP, Özdemir O, Aydın A, Beşiroğlu L. Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Düşünen Adam-Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2010;23(4):238-43.
126. Ulusoy HG. Vardiyalı sağlık çalışanlarında sirkadiyen ritim ve beslenme durumunun değerlendirilmesi. 2020.
127. Yapıcı G, Evgin İA, Attar GE, Kurt AO. Bir Üniversite Hastanesinde COVID-19 Tanısı Alan Sağlık Çalışanlarının Sosyal İlişkilerindeki Dönüşümlerin Değerlendirilmesi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*. (13):30-50.

128. Tuğçe E, Ayoğlu F, Açıkgöz B. Sağlık çalışanına yönelik şiddet: Risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Turkish Journal of Public Health*. 2021;19(1):69-78.
129. Bahar A, Şahin S, Akkaya Z, Alkayış M. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Şiddete Maruz Kalma Durumu ve İş Doyumuna Etkili Olan Faktörlerin İncelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Dernegi*. 2015;6(2).
130. Annagür B. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010;2(2):161-73.
131. Karagöz AŞ, Maya İ. 112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Karşılaştıkları Mesleki Riskler Ve Risk Yönetimi (Giresun İli Örneği). 2021:128.
132. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı1/the frequency of being exposed to violence in the various health institutions and health profession groups. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2002;3(3):147.
133. Özdemir A, Karasu F, Hakan A. Gaziantep 112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Maruz Kaldıkları Şiddetin Değerlendirilmesi. *Hastane Öncesi Dergisi*. 2018;3(1):31-42.
134. Sarıkahya SD, Güden E, Balcı E, Güden A. Kayseri 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Personelin Çalışma Ortamında Karşılaştıkları Sağlık Sorunları Ve Karşılaştıkları Mesleki Riskler. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2(1):31-43.
135. Akbıyık A. Ambulans Servisi Çalışanlarının Sağlık Durumu ve Mesleki Enfeksiyon Riski. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*. 2008;4:1.
136. Azap A, Ergönül Ö, Memikoğlu KO, Yeşilkaya A, Altunsoy A, Bozkurt G-Y, et al. Occupational exposure to blood and body fluids among health care workers in Ankara, Turkey. *American journal of infection control*. 2005;33(1):48-52.
137. Tanrıverdi H, Adıgüzel O, Çiftçi M. Sağlık Yöneticilerine Ait İletişim Becerilerinin Çalışan Performansına Etkileri: Kamu Hastanesi Örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2010(11):101-22.
138. Küçükali A. Sosyo-ekonomik ve kültürel yapının kadınların çalışma hayatı üzerine etkileri: Erzurum örneği. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*. 2014;9(1):1-19.
139. Aksöz F, Durkal ME. Çalışma Hayatında Kadınların Karşılaştıkları Sorunlar: Kayseri İlinde Çalışan Kadın Öğretmenler Üzerine Bir Araştırma. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2021(59):141-76.
140. Kavas BN, Develi A. Çalışma Yaşamındaki Sorunlar Bağlamında COVID-19 Pandemisinin Kadın Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkisi. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi*. 2020;4(2):84-112.
141. Atasoy A, Yorgun S. Sağlık çalışanlarında iş gerilimi ve iş stres düzeyinin değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. 2013;6(2):71-88.
142. Kuh M. Denizli ili acil sağlık hizmetleri çalışanlarında iş yükü-kontrolü, işe yabancılaşma ve tükenmişlik sendromu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. 2017.
143. Engindeniz F. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Acil Hizmetler Şubesi ve 112 Ambulans Servisinde Çalışan Personelin İş Stresinin Belirlenmesi: DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
144. Sayılan AA, Boğa SM. Hemşirelerin iş stresi, iş yükü, iş kontrolü ve sosyal destek düzeyi ile tıbbi hataya eğilimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2018;20(1):11-22.

145. Erşan EE, Yıldırım G, Doğan O, Doğan S. Sağlık çalışanlarının iş doyumu ve algılanan iş stresi ile aralarındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2013;14(2):115-21.
146. Nur D. Kamu hastanelerinde çalışan sağlık personelinde iş doyumu ve stres ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2011;14(4):230-40.
147. Ergun G. Sağlık işletmelerinde örgütsel stresin işgücü performansı ile etkileşiminin incelenmesi: DEÜ Sosyal Bilimleri Enstitüsü; 2008.
148. Emre K, Topgül S. COVID-19 Pandemisinin Sağlık Çalışanları Açısından İş Kazası ve Meslek Hastalığı Olarak Değerlendirilmesi.5(2):165-95.
149. Özaydın Ö, Gündük Ö. COVID-19 Pandemi Sürecinde Sağlık Çalışanlarının Yaşadıkları Mental Sorunlar. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021:83.
150. Zhang SX, Liu J, Jahanshahi AA, Nawaser K, Yousefi A, Li J, et al. At the height of the storm: Healthcare staff's health conditions and job satisfaction and their associated predictors during the epidemic peak of COVID-19. *Brain, behavior, and immunity*. 2020;87:144-6.
151. Ceyhan R, Çelik Y. Sağlık çalışanlarının vardiyalı çalışma uygulaması hakkındaki görüşleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2004;7(2).
152. Geniş B, Cosar B, Taner ME. Orjinal Makale Sağlık çalışanlarında ruhsal durumu etkileyen faktörler ve vardiyalı çalışma sisteminin etkileri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2020;11(4):275-83.
153. Aydın S. Acil ve diğer servislerde görev yapan sağlık çalışanlarının vardiyalı çalışmasının yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi. 2014.
154. Bumin G, Tatlı İY, Cemali M, Sevgi K, Akyürek G. Vardiyalı ve gündüz çalışan sağlık çalışanlarında uyku kalitesi, reaksiyon zamanı, stres ve iyilik halinin karşılaştırılması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2019;6(3):170-6.
155. Çalık KY, Aktaş S, Bulut HK, Anahar EÖ. Vardiyalı ve nöbet sistemi şeklindeki çalışma düzeninin hemşireler üzerine etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2015;2(1):33-45.
156. Karkın PÖ, Sezer G, Selma Ş, Duran M. Sağlık alanında çalışan kadınlar ile sağlık alanı dışındaki kadınların coronavirus-19 fobisinin karşılaştırılması. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*. 2021;5(2):198-203.
157. Davas A. Hastanelerde sağlık çalışanlarının sağlığı. *Toplum ve Hekim*. 2014;29(6):460-7.
158. Tekingündüz S, Kurtuldu A, Öksüz S. İş-aile yaşam çatışması, iş tatmini ve iş stresi arasındaki ilişkiler. *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*. 2015;3(4):27-42.
159. Niedhammer I. Psychometric properties of the French version of the Karasek Job Content Questionnaire: a study of the scales of decision latitude, psychological demands, social support, and physical demands in the GAZEL cohort. *Int Arch Occup Environ Health* 2002; 75(3):129-144 .
160. Kawakami N, Fujigaki Y. Reliability and validity of the Japanese version of Job Content Questionnaire: replication and extension in computer company employees. *Ind Health* 1996; 34 (4):295-306.
161. Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., & Demirel, F.. Bilimsel araştırma yöntemleri. Pegem Yayınları Ankara (2011).
162. Field, A. *Discovering Statistics Using SPSS*. London: SAGE (2009). Sayfa 659-664.

EKLER

EK 1: VERİ TOPLAMA FORMU

HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARININ COVID-19 PANDEMİSİ DÖNEMİNDE ÇALIŞMA KOŞULLARI ile İŞ STRESİ DÜZEYLERİ

Değerli Katılımcı,

Aralık 2019'da başlayan ve dünyanın hemen her ülkesini etkilemeye devam eden COVID-19 pandemisi Türkiye'de de halen etkisini sürdürmektedir. Sağlık çalışanları, COVID-19 pandemisinin başından itibaren ön saflarda yer almakta, tarama ve tedavi hizmetlerinin aksamadan yürütülmesini sağlamaktadır. Bu çalışmada; COVID-19 salgını sebebiyle hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının bu dönemdeki çalışma koşullarını ve iş stresi düzeylerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Araştırmaya katılımınız tamamen isteğinize bağlıdır. Sorularla ilgili gerçek düşüncelerinizi belirtmeniz ve soruların tümünü cevaplamanız, araştırma sonuçlarının doğruluğu için çok önemlidir. Kişisel bilgileriniz alınmamıştır ve sorulmamaktadır. **Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.** Çalışmada vereceğiniz yanıtlar gizli tutulacak, yalnızca araştırmacılar tarafından değerlendirilecek ve bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır.

Anket formu 3 bölümden ve toplamda 101 sorudan oluşmaktadır. Tüm soruların yanıtlanması yaklaşık 15 dakika sürmektedir. Yanıtlarınızı, soruların yanında yer alan seçenekler arasından uygun olanı işaretleyerek ya da açık uçlu sorularda sorunun altında/yanında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında "diğer" seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda araştırmacı ile iletişim kurabilirsiniz.

Araştırmacı : Dr. Mehmet ŞAN

Danışman : Prof. Dr. Ali Naci YILDIZ

İletişim : Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
(Tel: 0312 305 15 90 – 0312 324 46 23)

Araştırmaya katılma durumu (Uygun göze X koyunuz)

Halen paramedik ya da acil tıp teknisyeni olarak çalışıyorsanız ve çalışmaya katılmayı []

kabul ediyorsanız kutucuğu işaretleyiniz ve devam ediniz.

Araştırmaya katılmayı **kabul etmiyorsanız** işaretleyiniz. []

A. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN SORULAR

1. Cinsiyetiniz nedir? İşaretleyiniz.

- a) Kadın
- b) Erkek

2. Doğum yılınız nedir? Seçiniz.

1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005
1951	1956	1961	1966	1971	1976	1981	1986	1991	1996	2001	2006
1952	1957	1962	1967	1972	1977	1982	1987	1992	1997	2002	2007
1953	1958	1963	1968	1973	1978	1983	1988	1993	1998	2003	2008
1954	1959	1964	1969	1974	1979	1984	1989	1994	1999	2004	2009

3. Medeni durumunuz nedir? İşaretleyiniz.

- a) Bekar
- b) Evli
- c) Diğer, yazınız (.....)

4. Çocuğunuz var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

4.a.1. Okul öncesi dönemde kaç çocuğunuz var? Yazınız (.....)

4.a.2. Okul döneminde kaç çocuğunuz var? Yazınız (.....)

5. Öğrenim düzeyinizi işaretleyiniz.

- a) Ortaöğretim
- b) Ön lisans
- c) Lisans
- d) Yüksek lisans
- e) Doktora
- f) Diğer, yazınız (.....)

6. Aylık gelir seviyenize en uygun seçeneği işaretleyiniz.

- a) Gelir giderden az
- b) Gelir gidere eşit
- c) Gelir giderden fazla

7. Eşiniz gelir getiren bir işte çalışıyor mu?

- a) Çalışıyor
- b) Çalışmıyor
- c) Evli değilim

8. Halen yaşadığınız evde sizinle birlikte kaç kişi yaşadığınızı yazınız (_ _)

B. ÇALIŞMA HAYATINA ve İŞ SAĞLIĞI GÜVENLİĞİ KONULARINA İLİŞKİN SORULAR

9. Halen görev ünvanınızı belirtiniz.

- a) Acil Tıp Teknisyeni
- b) Paramedik
- c) Diğer, yazınız (.....)

10. Halen yaptığınız işinizi belirtiniz.

- a) Acil Tıp Teknisyeni
- b) Paramedik
- c) Diğer, yazınız (.....)

		Yıl	Ay
11.	Toplam ne kadar süredir çalışıyorsunuz?	—	—
12.	Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanı olarak ne kadar süredir çalışıyorsunuz?	—	—

13. Halen çalıştığınız birim nedir? İşaretleyiniz.

- a) İstasyon
- b) Komuta Kontrol Merkezi
- c) Teknik destek
- d) Şube (eğitim, kalite, insan kaynakları vb.)
- e) Ambulans
- f) Diğer, yazınız (.....)

13.e. COVID-19 pandemisi döneminde ambulansda toplam kaç ay çalıştığınızı yazınız. (Ambulansda hiç çalışmadıysanız “0” yazınız).

14. Aşağıdaki eğitimlerden hangilerini aldınız? Aldıklarınızı işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Genel iş sağlığı güvenliği eğitimi
- b) COVID 19 ve korunma yöntemlerine ilişkin eğitim
- c) KKD (Kişisel koruyucu donanım) kullanma yöntemlerine ilişkin eğitim
- d) Acil sağlık hizmetleri alanındaki görev, yetki ve sorumluluklarınıza ilişkin eğitim
- e) Eğitim almadım
- f) Diğer, yazınız (.....)

		a) PANDEMİ ÖNCESİ DÖNEMDE	b) SON BİR YILLIK DÖNEMDE
15.	Yaklaşık günlük çalışma sürenizi saat olarak yazınız	(_ _) saat	(_ _) saat
16.	Çalıştığınız günlerdeki günlük yaklaşık vaka sayısını yazınız	(.....)	(.....)
17.	Yaklaşık haftalık çalışma sürenizi saat olarak yazınız	(_ _) saat	(_ _) saat

18. PANDEMİ ÖNCESİ DÖNEMDE	Evet	Hayır
a) Vardiya çalışması (Günün saatleri içinde dönüşümlü çalışma) yaptınız mı?	☐	☐
b) Gece çalışması (En geç saat 20:00'de başlayarak en erken saat 06:00'ya kadar süren döneme gece dönemi, gece döneminde yapılan çalışma) yaptınız mı?	☐	☐

19. SON BİR YILLIK DÖNEMDE	Evet	Hayır
a) Vardiya çalışması (Günün saatleri içinde dönüşümlü çalışma) yaptınız mı, yapıyor musunuz?	☐	☐
b) Gece çalışması (En geç saat 20:00'de başlayarak en erken saat 06:00'ya kadar süren döneme gece dönemi, gece döneminde yapılan çalışma) yaptınız mı, yapıyor musunuz?	☐	☐

20. Acil tıp teknisyeni/paramedik olarak çalışırken aşağıdakilere en az bir sefer maruz kaldınız mı?

Sözel Şiddet: Bireyi küçük düşüren, aşağılayan veya bireyin itibar ve değerine saygı duyulmadığını gösteren hakaret, sövme, azarlama, aşağılama, tehdit gibi sözlü ifadeleri kapsamaktadır.

Psikolojik Şiddet (Duygusal Şiddet): Fiziksel güç kullanılabileceğini hissettirerek korkutmak (tehdit) dahil, bir kişi veya grup üzerinde onların fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki veya sosyal gelişimine zarar verebilecek şekilde kasıtlı baskı oluşturmak şeklinde ele alınmaktadır.

Fiziksel Şiddet: Bir kişiye veya gruba karşı, onlar üzerinde fiziksel, cinsel ya da psikolojik zarara neden olacak şekilde fiziksel kuvvet uygulanmasını içermektedir.

Cinsel Şiddet/Taciz: Mağdura yakınlığına bakılmaksızın herhangi bir kişinin ev ya da iş yeri dahil herhangi bir ortamda cinsel içerikli eylemde bulunması ya da buna kalkışması, istenmeyen cinsel ifadeler kullanması ya da önerilerde bulunması, para karşılığı seksle ilgili herhangi bir girişimde bulunması ya da baskı yoluyla karşıdaki kişinin cinselliği üzerinde dayatmada bulunmasıdır.

Mobbing/Yıldırma: İş yerlerinde bir veya birden fazla kişi tarafından diğer kişi ya da kişilere yönelik gerçekleştirilen, belirli bir süre sistematik biçimde devam eden, yıldırma, pasifize etme veya işten uzaklaştırmayı amaçlayan; mağdur ya da mağdurların kişilik değerlerine, mesleki durumlarına, sosyal ilişkilerine veya sağlıklarına zarar veren; kötü niyetli, kasıtlı, olumsuz tutum ve davranışlar bütünüdür.

- a) Evet, pandemi öncesi dönemde maruz kaldım
- b) Evet, pandemi döneminde maruz kaldım
- c) Evet hem pandemi öncesi dönemde hem de pandemi döneminde maruz kaldım
- d) Hayır, maruz kalmadım

20.a. Acil tıp teknisyeni/paramedik olarak çalışırken aşağıdakilerden hangilerine en az bir sefer maruz kaldınız? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz).

☐ **Sözel Şiddet:** Bireyi küçük düşüren, aşağılayan veya bireyin itibar ve değerine saygı duyulmadığını gösteren hakaret, sövme, azarlama, aşağılama, tehdit gibi sözlü ifadeleri kapsamaktadır.

☐ **Psikolojik Şiddet (Duygusal Şiddet):** Fiziksel güç kullanılabileceğini hissettirerek korkutmak (tehdit) dahil, bir kişi veya grup üzerinde onların fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki veya sosyal gelişimine zarar verebilecek şekilde kasıtlı baskı oluşturmak şeklinde ele alınmaktadır.

☐ **Fiziksel Şiddet:** Bir kişiye veya gruba karşı, onlar üzerinde fiziksel, cinsel ya da psikolojik zarara neden olacak şekilde fiziksel kuvvet uygulanmasını içermektedir.

☐ **Cinsel Şiddet/Taciz:** Mağdura yakınlığına bakılmaksızın herhangi bir kişinin ev ya da iş yeri dahil herhangi bir ortamda cinsel içerikli eylemde bulunması ya da buna kalkışması, istenmeyen cinsel ifadeler kullanması ya da önerilerde bulunması, para karşılığı seksle ilgili herhangi bir girişimde bulunması ya da baskı yoluyla karşıdaki kişinin cinselliği üzerinde dayatmada bulunmasıdır.

☐ **Mobbing/Yıldırma:** İş yerlerinde bir veya birden fazla kişi tarafından diğer kişi ya da kişilere yönelik gerçekleştirilen, belirli bir süre sistematik biçimde devam eden, yıldırma, pasifize etme veya işten uzaklaştırmayı amaçlayan; mağdur ya da mağdurların kişilik değerlerine, mesleki durumlarına, sosyal ilişkilerine veya sağlıklarına zarar veren; kötü niyetli, kasıtlı, olumsuz tutum ve davranışlar bütünüdür.

20.b. Maruz kaldığınız bu uygulamaları uygulayan kişi ya da kişiler genellikle kimlerdi? (Birden Fazla Seçeneği İşaretleyebilirsiniz)

- a) Hasta/hasta yakını
- b) Yönetici
- c) İş arkadaşları
- d) Diğer, yazınız (.....)

20.c. Maruz kaldığınız bu uygulamalar sonrası sağlık sorunu yaşadınız mı? (Birden Fazla Seçeneği İşaretleyebilirsiniz)

- a) Sadece ilk yardım gerektiren en az bir sağlık sorunu
- b) İş günü kaybına neden olan en az bir sağlık sorunu
- c) Hastanede yatmayı gerektiren en az bir sağlık sorunu
- d) Diğer, yazınız (.....)

21.a. PANDEMİ ÖNCESİ DÖNEMDE, çalışırken hasta/temaslı vücut sıvısı (öksürüğü/hapşırması yoluyla damlacığa maruz kalma vb.) ile temas şeklinde kaza geçirdiyseniz sayısını rakamla yazınız. (Geçirmediyseniz boş bırakınız.) (.....)

21.b. SON BİR YILLIK DÖNEMDE, çalışırken hasta/temaslı vücut sıvısı (öksürüğü/hapşırması yoluyla damlacığa maruz kalma vb.) ile temas şeklinde kaza geçirdiyseniz sayısını rakamla yazınız. (Geçirmediyseniz boş bırakınız.) (.....)

22.a. PANDEMİ ÖNCESİ DÖNEMDE, çalışırken iğne batması gibi delici kesici alet yaralanması geçirdiyseniz sayısını rakamla yazınız. (Geçirmediyseniz boş bırakınız.) (.....)

22.b. SON BİR YILLIK DÖNEMDE, çalışırken iğne batması gibi delici kesici alet yaralanması geçirdiyseniz sayısını rakamla yazınız. (Geçirmediyseniz boş bırakınız.) (.....)

23. İşin yürütülmesi esnasında maruz kaldığınız iş kazalarını belirtiniz. (İş kazası: iş yerinde veya işin yürütümü nedeniyle meydana gelen, ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da beden en engelli hâle getiren olay) (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

A) PANDEMİ ÖNCESİ DÖNEMDE	B) SON BİR YILLIK DÖNEMDE
a) Herhangi bir iş kazasına maruz kalmadım	a) Herhangi bir iş kazasına maruz kalmadım
b) Kimyasal madde ile temas	b) Kimyasal madde ile temas
c) Kas iskelet sistemi yaralanmaları	c) Kas iskelet sistemi yaralanmaları
d) Sıcak ve buharlı yüzeylere bağlı yanık	d) Sıcak ve buharlı yüzeylere bağlı yanık
e) Elektrik maruz kalımına bağlı kaza	e) Elektrik maruz kalımına bağlı kaza
f) Zehirlenme	f) Zehirlenme
g) Diğer (.....)	g) Diğer (.....)

24.a. PANDEMİ ÖNCESİ DÖNEMDE, Çalışırken, yukarıda sıralananlar dışında iş kazası geçirdiyseniz ne olduğunu ve sayısını rakamla yazınız. (Geçirmediyseniz boş bırakınız.) (.....)

24.b. SON BİR YILLIK DÖNEMDE, Çalışırken, yukarıda sıralananlar dışında iş kazası geçirdiyseniz ne olduğunu ve sayısını rakamla yazınız. (Geçirmediyseniz boş bırakınız.) (.....)

25. PANDEMİ ÖNCESİ DÖNEMDE	Evet	Hayır
a) İş kazası geçirme ve meslek hastalığına yakalanma konusunda endişe duyuyor muydunuz?		☐
b) Hastaya müdahale sırasında diğer personel ve hasta yakınları ile iletişim sorunları yaşadığınızı düşünüyor muydunuz?		☐

26. SON BİR YILLIK DÖNEMDE	Evet	Hayır
a) İş kazası geçirme ve meslek hastalığına yakalanma konusunda endişe duyuyor musunuz?	☐	☐
b) Hastaya müdahale sırasında diğer personel ve hasta yakınları ile iletişim sorunları yaşadığınızı düşünüyor musunuz?	☐	☐

27. Bilinen kesin/olası COVID-19 hastasıyla yüksek riskli temasınız oldu mu, olduysa nerede oldu? (Birden Fazla Seçeneği İşaretleyebilirsiniz.)

Yüksek Riskli Temas: Maskesiz olarak COVID-19 hastasıyla 1 metreden daha yakın mesafede tek seferde 15 dakikadan uzun süreyle yüz yüze kalan, konuşan kişiler; maskeli olarak COVID-19 hastasıyla seyahat eden kişiler.

- a) Olmadı
- b) İş yerinde oldu
- c) Günlük yaşantımda oldu
- d) Diğer, yazınız (.....)

28. Doktor tarafından tanı konan COVID-19 hastalığı geçirdiniz mi?

- a) Evet, tedavi aldım
- b) Evet, hastanede yatarak tedavi aldım
- c) Hayır, geçirmedi
- d) Bilmiyorum/fikrim yok

Aşağıdaki sorularda size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

		Evet	Hayır
29.	İş arkadaşlarınız arasında COVID-19 vakası oldu mu?		☐
30.	İş arkadaşlarınız arasında COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden oldu mu?		☐
31.	Ailenizde, yakın akrabalarınızda COVID-19 vakası oldu mu?		☐
32.	Ailenizde, yakın akrabalarınızda COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden oldu mu?		☐

PANDEMİ DÖNEMİNDE sağlık çalışanı olarak çalışmanız nedeni ile;		Her Zaman	Sıklıkla	Fikrim yok	Bazen/Nadiren	Hiçbir Zaman
33.	TOPLUMDAN DIŞLANDIĞINIZI hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
34.	TOPLUM TARAFINDAN TAKTİR EDİLDİĞİNİZİ hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐

35. Engelliğiniz ya da doktor tarafından tanısı konmuş, kronik hastalığınız var mı?

- a) Var, yazınız (.....)
- b) Yok

36. Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- a) Çok iyi
- b) İyi
- c) Orta
- d) Kötü
- e) Çok kötü

37. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışmaya başladıktan sonra genel sağlık durumunuzda, öncesine göre değişiklik oldu mu?

- a) Daha kötü hissediyorum
- b) Değişiklik olmadı
- c) Daha iyi hissediyorum
- d) Karar veremedim

PANDEMİ DÖNEMİNDE;		Arttı	Değişmedi	Azaldı	Karar veremedim
38.	Çalışma hayatına ilişkin sorumluluklarınız öncesine göre nasıl değişti?	☐	☐	☐	☐
39.	Aile hayatına ilişkin sorumluluklarınız öncesine göre nasıl değişti?	☐	☐	☐	☐

Pandemi döneminde işiniz nedeni ile kaygı durumunuza uygun seçeneği işaretleyiniz. (40-50. soruları buna göre işaretleyiniz.)

Kaygı duyduunuz mu? 5 seçeneği de görmek için gerekiyorsa ekranı sağa kaydırınız.		Her zaman	Sıklıkla	Fikrim yok	Bazen/ nadiren	Hiçbir zaman
40.	COVID-19'a yakalanma	☐	☐	☐	☐	☐
41.	Enfeksiyonu eve taşıma riski	☐	☐	☐	☐	☐
42.	Gerektiğinde testlere ve tedaviye hızlı erişememe	☐	☐	☐	☐	☐
43.	Kişisel ihtiyaçlarınızın (beslenme, kişisel temizlik, tuvalet, ulaşım vb.) karşılanamaması	☐	☐	☐	☐	☐
44.	Ailenizin ihtiyaçlarının (beslenme, bakım, eğitim, konaklama, ulaşım) karşılanamaması	☐	☐	☐	☐	☐
45.	Güncel ve doğru bilgiye erişememe	☐	☐	☐	☐	☐
46.	Yöneticilerle iletişim kuramama	☐	☐	☐	☐	☐
47.	Mesai arkadaşlarınızla sorun yaşama	☐	☐	☐	☐	☐
48.	Şikâyet edilme	☐	☐	☐	☐	☐
49.	COVID-19'dan yeteri kadar korunamama	☐	☐	☐	☐	☐
50.	Günlük planlanan işleri tamamlayamama	☐	☐	☐	☐	☐

50.a. Pandemi döneminde yukarıda sıralananlar dışında işiniz nedeni ile kaygı yaşadığınız durumlar varsa belirtiniz. (Yoksa boş bırakınız.) (.....)

Aşağıda PANDEMİ DÖNEMİNDE çalışmalarınızda olası sorunlar sıralanmıştır.

Her birini hangi sıklıkta karşılaştığınıza uygun gözü işaretleyerek yanıtlayınız. 51-72. soruları buna göre işaretleyiniz.

Aşağıdaki olası sorunları ne sıklıkta yaşadınız? 5 seçeneği de görmek için gerekiyorsa ekranı sağa kaydırınız.		Her zaman	Sıklıkla	Fikrim yok	Bazen/ nadiren	Hiçbir zaman
51.	Yeteri sayıda kişisel koruyucu donanım (KKD) (Maske, eldiven vb.) olmaması	☐	☐	☐	☐	☐
52.	İşe uygun KKD (Maske, eldiven vb.) olmaması	☐	☐	☐	☐	☐
53.	KKD'ler nedeni ile yoğun sıvı/elektrolit kaybı (terleme)	☐	☐	☐	☐	☐
54.	KKD'ler nedeni ile tuvalet gereksinimini erteleme	☐	☐	☐	☐	☐
55.	Ekip arkadaşlarınızla anlaşmazlık	☐	☐	☐	☐	☐
56.	Yöneticilerinizle anlaşmazlık	☐	☐	☐	☐	☐
57.	Aile üyelerinizle anlaşmazlık	☐	☐	☐	☐	☐
58.	Hasta/temashılarla iletişim sorunları	☐	☐	☐	☐	☐
59.	İş yerine ulaşım olanaklarında (Personel servisi vb.) sınırlılık	☐	☐	☐	☐	☐
60.	Öğün atlama ya da öğünlerin zamanında yenilememesi	☐	☐	☐	☐	☐
61.	Yemek sağlanmaması	☐	☐	☐	☐	☐
62.	Yeteri kadar sıvı alamamak	☐	☐	☐	☐	☐
63.	Verilen yemek ve içeceklerin kalitesinin iyi olmaması ya da yetersiz olması	☐	☐	☐	☐	☐
64.	Kişisel temizlik olanaklarının sınırlılığı	☐	☐	☐	☐	☐
65.	Uygun el yıkama, tuvalet vb. olanakların olmaması	☐	☐	☐	☐	☐
66.	Dinlenme için yeterli zaman olmaması	☐	☐	☐	☐	☐
67.	Dinlenme alanı olanaklarının yetersiz olması	☐	☐	☐	☐	☐
68.	Günlük, uzun çalışma süresi	☐	☐	☐	☐	☐
69.	Günlük planlamalarda aksamalar	☐	☐	☐	☐	☐
70.	Ekip üyelerinin sayısının yeterli olmaması	☐	☐	☐	☐	☐
71.	Ekip üyelerinin tamamının (şoför dahil) önlemlere tam olarak uymaması	☐	☐	☐	☐	☐
72.	Uygun olmayan termal koşullarda (aşırı sıcak, aşırı soğuk, aşırı yağış, fırtına vb.) çalışmak.	☐	☐	☐	☐	☐
COVID-19 PANDEMİSİ DÖNEMİNDE;		Evet	Hayır	Kısmen		
73.	Çalıştığınız kurumda (112 Acil Yardım İstasyonu, Komuta Kontrol Merkezi vb. ambulans dışı çalışma ortamları göz önüne alındığında) sosyal mesafe kurallarına uygun olarak çalışma ortamı hazırlandı mı?	☐	☐	☐		
74.	Kişisel koruyucu donanım kullanımının mesleğinizi yaparken sizi zorladığını düşünüyor musunuz?	☐	☐	☐		
75.	Yeni bir vakaya giderken enfeksiyon etkenine maruz kalma konusunda endişelendiğiniz oldu mu?	☐	☐	☐		

76.	Enfeksiyon etkenini evinize/apartmanınıza taşıdığınız konusunda toplumdan bir uyarıya maruz kaldınız mı?			
77.	Kullanılan el antiseptikleri nedeniyle alerjik reaksiyon yaşadınız mı?			
78.	Geçmişe kıyasla daha sık kesici-delici alet yaralanması geçirdiğinizi düşünüyor musunuz?			
79.	Hastanede yatmayı gerektirecek hastalık veya kaza geçirdiniz mi?			
80.	Mesleğinizi bırakmayı düşündüğünüz oldu mu?			

81. COVID-19 pandemisi döneminde normalde birlikte yaşadığınız kişilerden ayrı yaşadığınız dönem oldu mu?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Yalnız yaşıyorum

82. En az 2 doz COVID-19 aşısı yaptırdınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

COVID-19 pandemisi ile birlikte;		Arttı	Azaldı	Değişim olmadı
83.	Çalışma temponuzdaki değişikliği belirtiniz.			
84.	Aylık gelirinizdeki değişime en uygun seçeneği işaretleyiniz.			

C. İSVEÇ İŞ YÜKÜ-İŞ KONTROLÜ-SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (30)

Aşağıdaki ifadelerle katılma durumunuzu derecelendirerek belirtiniz.		Hiç	Nadiren	Bazen	Sıklıkla
1.	İşinizde çok hızlı çalışmak zorunda mısınız?				
2.	İşinizde çok yoğun çalışmak zorunda mısınız?				
3.	İşiniz çok fazla kuvvet (efor) gerektirir mi?				
4.	İşinizde, işinizle ilgili görevleri yetiştirecek kadar zamanınız oluyor mu?				
5.	İşinizde, sizden birbiriyle çelişen şeyler istenir mi?				
6.	İşinizde, yeni şeyleri öğrenme olasılığınız var mı?				
7.	İşiniz, yüksek düzeyde beceri ve uzmanlık gerektirir mi?				
8.	İşinizde sizden yenilikler yapmanız beklenir mi?				
9.	İşinizde her gün aynı şeyleri mi yaparsınız? İşiniz monoton mudur?				
10.	İşinizi nasıl yapacağınız konusunda karar vermede sizin seçim hakkınız var mı?				
11.	İşinizde ne yapacağınıza karar vermede sizin seçim hakkınız var mıdır?				
Aşağıdaki ifadelerle katılma durumunuzu derecelendirerek belirtiniz.		Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
12.	Çalıştığım yerde sakin ve hoş bir ortam var				
13.	Çalıştığım yerde birbirimizle iyi geçiniriz				
14.	İşyerinde çalışanlar beni destekler				
15.	Kötü günümdeysen iş yerindekiler durumumu anlarlar				
16.	Üstlerimle ilişkilerim iyidir				
17.	İş arkadaşlarımla çalışmak hoşuma gider				

ANKETİ YANITLADIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

GÖNDER



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-1611

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 07 EYLÜL 2021 SALI
Toplantı No : 2021/14
Proje No : GÖ 21/932 (Değerlendirme Tarihi: 07.09.2021)
Karar No : 2021/14-64

Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. Ali Naci YILDIZ'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Arş. Gör. Dr. Mehmet ŞAN'ın uzmanlık tezi olan, GÖ 21/932 kayıt numaralı "*Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Pandemisi Döneminde Çalışma Koşulları ile İş Stresi Düzeyleri*" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile 08 Eylül 2021-08 Ocak 2023 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

1. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN	(Başkan)	8. Doç. Dr. Betül Çelebi SALTİK	(Üye)
2. Prof. Dr. G. Burça AYDIN	(Üye)	9. Doç. Dr. Hande Güney DENİZ	(Üye)
3. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK	(Üye)	10. Doç. Dr. Tolga YILDIRIM	(Üye)
4. Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER	(Üye)	11. Doç. Dr. Merve BATUK	(Üye)
5. Prof. Dr. Sibel PEHLİVAN	(Üye)	12. Doç. Dr. Gülten KOÇ	(Üye)
6. Doç. Dr. H. Tuna Çak ESEN	(Üye)	13. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	(Üye)
7. Doç. Dr. Nüket Paksoy ERBAYDAR	(Üye)	14. Av. Serap MORALIOĞLU	(Üye)

İZİNLI

EK 3: T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI İZNİ

Subject: Bilimsel Araştırma Başvurusu
To: mehmetan@hacettepe.edu.tr

Date: 07/03/21 01:44 PM
From: Bilimsel Araştırma Başvurusu
Reply-To: noreply@portal.saglik.gov.tr

Sayın İlgili,

Bilimsel Araştırma Platformuna yapmış olduğunuz başvuru incelenmiştir.

Bu çalışmayı yapmanız Bakanlığımızca uygun olarak değerlendirilmiştir. Araştırmanızın gerektirdiği diğer tüm süreçlerin (etik kurul, etik komisyon, faz çalışması, diğer izinler vb.) tamamlanması konusunda araştırmacı/lar sorumludur.

Açıklama :

Form Adı : Mehmet ŞAN-2021-07-02T14_25_43

Başvuru Formu için [tıklayınız](#).

Başvuru Formunuzu <https://bilimselarastirma.saglik.gov.tr/> adresinden görüntüleyebilirsiniz.

İlginiz ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Not: Bu ileti Bilimsel Araştırmanızın Değerlendirilmesinin tamamlanması nedeniyle sistem tarafından otomatik gönderilmiştir.

Lütfen bu iletiyi cevaplamayınız.

EK 4: ÖLÇEK KULLANIM İZNİ**10.08.2021****Sayın Mehmet ŞAN**

**Psikosoyal risklerin ölçümünde kullanılmak üzere geliştirilen ve Türkçe uyarlama çalışması yapılan İsveç İş Yüğü-İş Kontrolü-Sosyal Destek Ölçeğini araştırmanızda kullanabilirsiniz.
İyi çalışmalar dilerim**

**Prof. Dr. Yücel Demiral
Dokuz Eylül Üniversitesi
Halk Sağlığı AD**



TAPDER

TÜM ACİL TIP TEKNİSYENİ VE PARAMEDİK DERNEĞİ

SAYI:2021/14

KONU: DR.MEHMET ŞAN Çalışma izni Hk.

13.10.2021

T.C.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

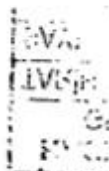
Üniversiteniz Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı üyesi Prof. Dr. Ali Naci YILDIZ'ın danışmanlığını yaptığı Araş. Gör. Dr. Mehmet ŞAN'ın "Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Pandemisi Döneminde Çalışma Koşulları ile İş Stresi Düzeyleri" adlı uzmanlık tezi araştırmasının yapılabilmesi için derneğimizden istenen izin ve destek talep dilekçesi incelenmiş olup,

Söz konusu çalışmanın alanımıza sağlayacağı yarar göz önüne alınarak, üyelerimizin gönüllü olmaları halinde, adli, hukuki ve idari sorumlulukları kendilerinde olmak kaydı ile çalışmanın yapılmasına izin verilmiştir.

Murat ALAÇAM

TAPDER Yönetim Kurulu Adına

Genel Başkan



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ GELEN EVRAK ŞEFLİĞİ
TARİH: 15-10-2021
SAYI :
Tıp Fakültesi Dahili Tıp

Abdullah ÖLÜTAŞ
Genel Başkan Şefi

