

SAĞLIK HİZMETLERİNDE PSİKOSOSYAL RİSKLER¹

PSYCHOSOCIAL RISKS IN HEALTHCARE

Meryem TEKİN EPİK*, Mustafa ÖZTÜRK**

* Arş. Gör., Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, meryemtekin@sdu.edu.tr, <https://orcid.org/>

** Prof. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, mustafaozturk@sdu.edu.tr, <https://orcid.org/>

ÖZ

Sağlık hizmeti üretimine doğrudan katılan sağlık meslek profesyonelleri ile hizmet üretimini destekleyen teknik ve destek hizmet profesyonelleri her gün hastalarla, hasta yakınlarıyla ve danışanlarla yoğun bir temas içerisindeyler. Bu etkileşimler sağlık profesyonellerinin psikososyal risklerle karşılaşma olasılığının artmasını da beraberinde getirmektedir. Psikososyal riskler iş içeriği, iş organizasyonu ve yönetimi ile işin sosyal bağlamlarını içerir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin sağlık ve iyilikleri açısından ciddi sonuçlar doğurabilirler. Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı sağlık profesyonellerinin karşılaşabilecekleri başlıca psikososyal riskleri; iş stresi, tükenmişlik sendromu, mobbing/zorbalık, işte şiddet, çalışma saatleri ve madde bağımlılığı şeklinde sıralamıştır. Bu makalenin amacı, temel psikososyal riskler ve bunların hem sağlık çalışanları hem de hastalar açısından olası sonuçları hakkında kısaca bilgi vermektir.

Anahtar Kelimeler: Psikososyal Risk, İş Stresi, Tükenmişlik, Mobbing/Zorbalık, Şiddet, Çalışma Saatleri, Madde Bağımlılığı, Çalışan Güvenliği

Jel Kod: I1, I3, L8

ABSTRACT

Healthcare professionals who directly participate in the production of healthcare services and technical and support service professionals who support service production are in intense contact with patients, relatives and clients every day. These interactions increase the likelihood of healthcare professionals facing psychosocial risks. Psychosocial risks involve job content, its organization and management, as well as its social context. As such they may pose serious consequences for health and well-being of the healthcare professionals. The European Agency for Occupational Health and Safety has listed the major psychosocial risks health professionals may face as follows; job stress, burnout syndrome, mobbing / bullying, violence at work, working hours and substance abuse. The aim of this article is to give a brief survey of the basic psychosocial risks and their consequences for both healthcare workers and their patients.

Keywords: Psychosocial Risks, Workplace Stress, Burnout, Mobbing/Bullying, Violence, Working Hours, Drug Abuse, Occupational Safety.

Jel Codes: I1, I3, L8

¹ Bu çalışma Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı'nda "Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimi Sürecinde Psikososyal Tehlike ve Risklerin Değerlendirilmesi" isimli doktora tezinden üretilmiştir.

1. GİRİŞ

Ekonominin temel sektörlerinden biri olan sağlık hizmetleri sektörü, hem toplum hem de insanlar için sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacıyla hizmetlerin üretildiği emek ve teknoloji yoğun bir sektör olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmetleri, koruyucu, tedavi edici, rehabilitasyon ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini kapsamaktadır. Sağlık hizmetleri sağlık hizmetleri üretimine doğrudan katılan sağlık meslek profesyonelleri ile sağlık hizmet üretimini destekleyen teknik ve destek hizmet profesyonellerinden oluşan bir ekip tarafından gerçekleştirilmektedir. Kısaca sağlık hizmetleri bir ekip işidir ve sağlık

hizmetlerinde çalışanların tümü sağlık insangücünü oluşturmaktadır. Sağlık çalışanlarının hizmet sektöründeki sayısal çokluğu ve çeşitliliği tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de her geçen gün artmaktadır (Akarsu, 2017:35; Akarsu ve Güzel, 2016:1). T.C Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2018) ve Türkiye İstatistik Kurumu (2018) verilerine göre Türkiye’de 1.534’ü hastane olmak üzere sağlık hizmeti veren toplam 34.559 kurum ve 1.016.401 sağlık çalışanı bulunmaktadır. Tablo 1’ de Türkiye’deki sağlık insangücünün tüm sektörlerde yıllara göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo 1: Yıllara Göre Sağlık İnsangücü Sayıları, Tüm Sektörler

	2002	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Hekim	91.949	133.775	135.616	141.259	144.827	149.997	153.128
Diş Hekimi	16.371	22.295	22.996	24.834	26.674	27.889	30.615
Eczacı	22.289	27.012	27.199	27.530	27.864	28.512	32.032
Hemşire	72.393	139.544	142.432	152.803	152.952	166.142	190.499
Ebe	41.479	53.427	52.838	53.086	52.456	53.741	56.351
Diğer Sağlık Personeli	50.106	131.652	138.878	145.943	144.609	155.417	177.409
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	290.363	303.110	311.337	321.952	339.241	376.367
Toplam Sağlık İnsangücü Sayısı	378.551	798.068	823.069	856.792	871.334	920.939	1.016.401

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018.

İşyerleri birçok hastalığa katkıda bulunmakta ve bireylerin sağlık ve refahları üzerinde etkili olmaktadır. Biyolojik, fiziksel, kimyasal, ergonomik, güvenlik gibi çok sayıda riski bünyesinde barındıran işyerlerinde son zamanlarda büyük bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen ve iş sağlığı alanında üzerinde çokça çalışılan konulardan biri psikososyal risklerdir. Psikososyal riskler işin içeriği, iş tasarımı ve yönetimi ile işin sosyal bağlamlarını ifade etmektedir. Psikososyal riskler çalışma koşullarının karmaşık mimarisinin merkezinde görülmektedir.

Çalışma hızı, işle ilgili nicel, bilişsel ve duygusal talepler, iş üzerinde kontrol, işte

gelişme olanağı, tanınma, takdir, rol açıklığı ve rol çatışması lider özellikleri, örgüt kültürü, işyerinde kişilerarası ilişkiler, arkadaşların ve yöneticilerin sağladığı sosyal destek ve yardım, iş güvencesizliği, iş-ev çatışması vb. çalışma ortamı ve işin içeriğinden kaynaklanan psikososyal tehlikelerden bazılarıdır. Psikososyal tehlikelerle bağlantılı olarak ortaya çıkabilecek olan iş stresi, tükenme, depresyon, madde kullanımı ve bağımlılığı, şiddet, işyeri intiharı gibi konular iş sağlığı ve güvenliği alanı için büyük zorluklar olarak kabul edilmektedir. Psikososyal riskler diğer risk gruplarında olduğu gibi çalışanların fiziksel ve zihinsel sağlıkları, iş yönelik tutum ve davranışlar, verimlilik,

üretilen ürünün ya da sunulan hizmetin kalitesi vb. açılardan çalışma yaşamını ve ayrıca aile ve sosyal yaşamı üzerinde etkili olabilmektedir.

Sağlık tesisleri birer işyeri olmalarının yanı sıra bakım alma ve verme yeridir. Dünyanın dört bir yanında faaliyette bulunan sağlık tesislerindeki 59 milyondan fazla çalışan, her gün biyolojik, kimyasal, fiziksel, ergonomik, psikososyal, elektrik, yangın ve patlama gibi sağlık ve güvenliklerini tehdit edebilecek çeşitli tehlikelere maruz kalmaktadırlar (WHO, 2020). İş ve çalışma ortamı kaynaklı tehlikeler yanında acı ile yüzleşme, ölecek durumdaki hastalarla ilgilenme acil ve travmatik durumlara maruz kalma, vardiyalı çalışma, gece çalışma icapçı görev süreleri, gerekli ve acil durumlarda çağrılma gibi düzensiz çalışma zamanları, tıbbi uygulama hatası durumunda doğacak dava tehdidi gibi mesleğe özgü psikososyal tehlikeler, sağlık profesyonellerinde başta iş stresi olmak üzere tükenme, depresyon, anksiyete, madde kullanımı/ bağımlılığı ve hatta kimi durumlarda intihar gibi istenmeyen durumlara neden olabilmektedir. Ayrıca sağlık profesyonellerinin maruz kaldığı psikososyal riskler sadece onların sağlık ve güvenliklerini etkilemekle kalmamakta, hasta güvenliği, hastalara sunulan hizmetin kalitesi, hasta memnuniyeti, hastanenin tanınırlık ve bilinirliği, hekimin tekrar tercih edilmesi gibi konular üzerinde de etkili olabilmektedir.

Bu nedenle çalışmada Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı'nın sağlık sektöründe psikososyal risk sınıflandırmasından yola çıkılarak, sağlık profesyonellerinin çalışma ortamında işlerini icra ederken karşılaşılabilecekleri psikososyal riskler, bu risklere neden olabilecek risk faktörleri (tehlikeler), en çok maruziyet yaşan meslek ve birimler ve söz konusu risklerin sağlık profesyonelleri, hastalar ve sağlık kurumu açısından olası sonuçları hakkında kısaca bilgi verilmesi amaçlanmıştır.

2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE STRES

Stres, psikolojik ve fiziksel açıdan bireye rahatsızlık veren, bireyde gerilim yaratan durum şeklinde tanımlanabilir. Stres yorucu, keyifsiz ve tehdit eden bir şeydir. İş temelli stres fizyolojik ve psikolojik gerilim durumunun işle ilgili faktörler tarafından ortaya çıkarılmasıdır (Ünsal, 2012:377-378). Sağlık çalışanları işle veya meslekle ilgili stresten muzdariptir.

Sağlık çalışanlarında stres etkenleri çalışmaya görevlerinden, işteki rollerden, maddi ve sosyal çevreden, işyerine entegrasyondan yahut kişinin kendisinden kaynaklanabilir. Bununla birlikte stres karmaşık bir fenomen olduğundan stres kaynakları konusunda fazla emin ve karalı olunamaz; tersine her bireyin bireysel olarak neyi stresli bir faktör olarak algıladığını da hesaba katmak gerekmektedir. Sağlık profesyonellerinin duygusal sağlıkları üzerinde etkili olabilecek faktörlerden ilki mesleğin stresli doğasıdır. Başka insanların kişisel sorunlarıyla uğraşma, kritik ve zor durumda olan hastalarla ilgilenme gibi psikolojik görevler, etik ikilemler ve hasta talepleri çalışanlarda strese neden olarak, sağlık profesyonellerinin duygusal durumları üzerinde bir yük olabilir. İşyerindeki gerilimler ve endişeler hastalara sunulan bakım hizmetinin kalitesini etkileyebilir ve bu da sağlık profesyonellerinin mesleki tatminlerini dolayısıyla da yaşam kalitelerini düşürebilir. Hastalar, hasta yakınları, arkadaşları ile sürekli bir etkileşim içinde olmak özellikle hastaların sorunlarına çözüm bulunamadığında öfke, utanç, korku ve çaresizlik duygularını besleyebilir ve böylece sağlık çalışanlarını daha karmaşık ve sinir bozucu bir duruma yönlendirebilir. Meslektaşların ve yöneticilerin yardım ve destek eksikliği, tedavi ekibinin üyeleri arasındaki çatışmalar, fazla sorumluluk üstlenme, belirsiz roller, çelişkili iş talimatları, kötü çalışma atmosferi, zaman baskısı, aşırı bilgi yüklenmesi, az ya da yetersiz iletişim gibi faktörler psikiyatrik morbiditede pay sahibidir. Ayrıca kişinin becerilerinin yetersiz olması, profesyonel tecrübe eksikliği, görevlerden, suçlama ve yaptırımlardan korkması, sosyal ve iletişim

yeteneklerinde eksiklik gibi kişiden kaynaklı etkenlerde sağlık çalışanlarında strese yol açabilir (European Commission, 2014:176-177; Koinis vd., 2015:12).

Sağlık hizmeti alanındaki stresörler yapılan işe bağlı olarak meslekler arasında farklılık gösterebilir. Başka bir ifadeyle tüm sağlık çalışanlarında aynı düzeyde stres gelişmez ve birçok çalışmada stresin tükenme aşamasındaki belirtiler görülmez. Örneğin iş yükü, zaman baskısı, sosyal destek eksikliği enfeksiyon hastalıklarına maruziyet, iğne yaralanmaları, işyerinde şiddet, uyku problemleri, rol belirsizliği ve çatışması, personel yetersizliği kritik durumdaki hastalarla ilgilenme hemşirelerde strese neden olan faktörler olarak belirlenmişken, doktorlar içinse uzun çalışma saatleri, iş yükünün fazlalığı, ölmek üzere olan hastalarla ilgilenme, diğer sağlık meslek mensuplarıyla yaşanan çatışmalar, tıbbi uygulama hatası temel stresörler olarak belirtilmiştir (CDC, 2008:2-3). Ayrıca sağlık hizmetlerinde stresörler çalışılan birime göre de farklılık arz edebilir. Bazı araştırmalara göre Yoğun Bakım Ünitesinde görevli tıbbi ve hemşirelik personeli, İç hastalıkları ve Cerrahi Bölümlerde çalışan hemşirelere kıyasla ölümle baş etmenin kendileri için temel stres kaynağı olduğunu bildirmektedirler. Bu profesyoneller için iş yükü ve işgücü yetersizliği en önemli stres kaynaklarıdır (Foxall vd., 1990:577). Bazı araştırmalarda ise cerrahi bölümlerde çalışan hemşireler onkoloji ve hematoloji bölümlerindeki meslektaşlarına göre duygusal yönü (zor ve kritik durumdaki hastalarla ilgilenme) daha az önemli olarak değerlendirmişlerdir (Tyler ve Ellison, 1994:469). Yani tüm sağlık çalışanlarında aynı düzeyde stres gelişmemekte ve birçok çalışmada stresin tükenme aşamasındaki belirtiler görülmemektedir. Genel olarak sağlık profesyonelleri başka insanların hayatlarından sorumlu olduklarından ve eylemlerinin veya eylemsizliklerinin hastaları üzerinde ciddi etkileri olduğundan strese ve tükenmeye daha yatkındırlar.

İş stresi sağlık profesyonellerinin fiziksel ve duygusal refahı ve genel yaşam kaliteleri üzerinde etkilidir. Stres sağlık çalışanlarında

kalp hastalığı, uyku problemleri, sindirim problemleri, obezite, cilt hastalıkları, yorgunluk gibi fiziksel yakınmalara yol açabilmektedir. İşyerinde uzun süreli strese maruz kalma anksiyete, çaresizlik, depresyon dâhil olmak üzere pek çok psikolojik kökenli bozukluğa katkıda bulunabilir. Ayrıca sağlık çalışanlarındaki iş stresinin; iş motivasyonunun azalması, iş verimliliğinin düşmesi, işle ilgili kendine güvende azalma, tükenme, işe gecikme, mazaret uydurarak işe hiç gelmeme ya da işi tamamen bırakma gibi birtakım kurumsal sonuçları da olabilmektedir (Birgili vd., 2010: 29-35; Lowe, 2013:130; Saygun, 2012:378; Tel vd. 2003:15-16). Sağlık profesyonellerinin yaşadığı stresin hastalar üzerindeki en önemli etkisi hastanın yeterli bakımdan ve insan haklarından yoksun bırakılması nedeniyle aldığı bakımın kalitesinin düşmesidir (Keykaleh vd., 2018:2228).

3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE TÜKENMİŞLİK

ABD’de 1970’lerde ortaya çıkan bir terim olan tükenmişlik kavramı, en iyi bilinen tanımıyla Maslach ve Johnson tarafından “iş gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda kalan kişilerde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının, yapılan işe, yaşama ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumlarla yansması ile oluşan bir sendrom” olarak ifade edilmiştir (Dalkılıç, 2014:11-12). Tükenmişlik her yaş ve meslekteki bireyleri etkilese de başkalarına bakım sunan hasta bireylerle yoğun ve sürekli temas halinde olan sağlık profesyonelleri arasında oldukça yaygın bir sorundur (Palvakis vd., 2010:2).

Dünya genelinde hekimler, hemşireler fizyoterapistler, birinci basamak sağlık çalışanları ve diğer sağlık uzmanlarıyla yapılan çalışmalar, sağlık çalışanlarında tükenmişlik prevalansının %2.6 ile %75 arasında olduğunu bildirmiştir (Zarei vd., 2019:2). Örneğin ABD’de doktorların yarısından fazlasının, tükenmişlik sendromu

belirtisi yaşadıkları ifade edilmektedir. 2011-2014 yılları arasında tükenmişlik prevalansının doktorlarda %9 oranında arttığı, diğer çalışanlarda sabit kaldığı belirtilmiştir (Drybye vd., 2017:1-2). Yine İranda yapılan çalışmada, sağlık çalışanları arasındaki tükenmişlik prevalansının %17.3 ile %34.5 arasında değiştiği ifade edilmiştir (Zarei vd., 2019:2).

Yapılan çalışmalar işle ilgili stres kaynaklarının sağlık çalışanlarında tükenmenin ortaya çıkmasını teşvik ettiğini göstermektedir. Aşırı iş yükü (çalışma saatleri, gece sık sık çağırılma, hemşire başına düşen hasta sayısı vb.), zaman baskısı, işyerinde meslektaşlarla, yöneticilerle yaşanan çatışmalar, iş-aile yaşamı dengesizliği, örgüt iklimiyle ilgili faktörler (örgüt kültürü, doktor-hemşire işbirliğinin olmaması, değer uyumu, ilerleme fırsatlarının yetersizliği, sosyal destek eksikliği vb.), duygusal talepler, rolle ilgili problemler (rol çatışması ve rol belirsizliği), kontrol ve özerklik eksikliği, geribildirim olmaması, kararlara katılımın yetersizliği sağlık çalışanları arasındaki tükenmişlikle ilişkilendirilmiştir (Dyrbye vd., 2017:3; Ramirez vd., 2018:79-80; Schaufeli, 2007:221; Wiederhold, 2018:254).

Tükenmişliğin belirtileri aynı zamanda tükenmişliğin sonuçları şeklinde de ele alınabilir. Tükenmişliğin belirtilerine bakıldığında tükenmişliğin hem bireyler hem de örgütler açısından olumsuz sonuçlar yarattığı görülmektedir. Birey tükenme vakası yaşamaya başladığında yaşam enerjisinin düşmesi, baş dönmesi, mide rahatsızlıkları, cilt hastalıkları, kas ağrıları, uyku bozuklukları gibi sorunlar görülmektedir (Özağaç, 2013:38). Bireyin çalışma ortamında yaşamış olduğu yoğun gerginlik bireyin uyku düzenini olumsuz şekilde etkileyerek bireyin gevşemesine ve gece rahat bir şekilde uyuyabilmesine imkân vermemekte bu da bireyin yeterince dinlenememesiyle sonuçlanmaktadır. Öte yandan kronikleşen yorgunluk ve gerginlik bireyin grip, soğuk algınlığı gibi hastalıklara yakalanma olasılığını ve psikosomatik şikâyetleri arttırmakta ve bu tip

rahatsızlıkların uzun bir süre atlatılmamasına neden olmaktadır (Maslach ve Zimbardo, 1982:74). Tükenmişlik bireyin sağlığını etkileyerek, fiziksel ve psikosomatik sorunlara yol açmasının yanı sıra depresyon, anksiyete, düşük benlik saygısı, suçluluk duyguları ve hayal kırıklığına karşı düşük toleransa neden olabilir (Honkonen, vd. 2006:62-63; Schulz vd., 2011:411) Bireyin fiziksel ve ruhsal sağlık problemleri yaşamasına sebep olan tükenmişlik çalışma yaşamı üzerinde de birtakım olumsuz etkilere sahiptir. Hizmet sunulan kişilere karşı yetersiz ilgi, bakım kalitesinde düşme, sunulan sağlık hizmetlerindeki hata artışı, azalan meslek başarısı, iş memnuniyetsizliği, düşük performans ve motivasyon, gereksiz olarak işe devamsızlıklarda artış, iş değiştirme isteği tükenmişliğin işle ilgili sonuçları olarak karşımıza çıkmaktadır (Maslach ve Zimbardo, 1982:77; Maslach ve Leiter, 1997:73-74; Shanafelt vd.,2009:467; Soler vd., 2008:254; West vd., 2006:1071). Son olarak sağlık profesyonellerinin yaşadığı tükenmişlik onların sosyal ve aile yaşamını da etkilemekte ailevi sorunlar, iş-ev çatışması, yaşam kalitesinin düşmesi gibi problemlere yol açabilmektedir (Drybye vd.,2011:211; Van der Heijden, vd., 2008:572).

4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE MOBBİNG

Mobbing işyerinde yaşanan önemli sorunlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Mobbing işyerinde birine, bir veya birkaç kişi tarafından –bu kişiler çalışma arkadaşları, yöneticiler veya astlar olabilir-, sistematik olarak düşmanca ve etik dışı iletişimde bulunulması ve devam eden bu iletişim sonucunda düşmanca davranışlara maruz kalan kişinin çaresiz ve savunmasız bir pozisyona itilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Leimann, 1996:168). İşyerinde mobbingin kişiyi istifaya zorlama, başarısızlığa sürüklenme gibi gerekçeleri bulunmaktadır.

Şiddetin özel bir türü olan mobbing sağlık kurumlarında yaygın olarak görülen ve

sağlık çalışanları için önlem alınmasını gerektiren önemli bir mesleki tehlikedir (Özaydın Bülbül vd., 2013:5). Sağlık sektörünün emek yoğun bir sektör olması, sektördeki kadın çalışanların fazlalığı, düzensiz ve yorucu çalışma programları, hizmet verilen kişilerin bakım ve tedaviye muhtaç kişilerden oluşması, iş stresinin fazla olması gibi sebeplerden dolayı sağlık hizmetleri alanında çalışanlar diğer alanlara kıyasla mobbing davranışlarına daha fazla maruz kalabilmektedirler (Kırılmaz vd., 2016:69). Hasta sayısının fazlalığına bağlı olarak ortaya çıkan yoğun çalışma temposu, hastanelerde tıbbi olanakların yetersiz olması, hasta yoğunluğu dolayısıyla mesleğin gereklerinin tam olarak yerine getirilememesi, hastalar arasında statü ve ekonomik duruma bağlı ayrımcılık yapılması, özellikle devlet kurumlarında alınan maaşların yetersizliği, yükselme ve akademik kariyer sırasında kayırmacılığın olması, yoğun çalışma şartları ve nöbetler nedeniyle aile yaşamını devam ettirmenin zorlaşması, hemşirelerin hemen lise eğitimi sonrası uzak diyarlarda ve küçük yaşlarda çalışmaya başlamaları ve kendilerini koruyamamaları, idareye yakınlık ve yöneticiye kişisel yaklaşım nedeniyle ayrımcılık yapılması sağlık kurumlarında mobbinge yol açan etmenler arasında yer almaktadır (Arısoy, 2011:57-58; Çobanoğlu, 2005:141; Dikmetaş vd., 2011:139).

Ayrıca gerçekleştirilen çalışmalarda genç, eğitim seviyesi düşük, meslekte çalışma süresi az, iletişim ve sosyal becerileri zayıf olan sağlık profesyonellerinin daha fazla mobbing mağduru olduğu tespit edilmiştir. Mesleki açıdan konu ele alındığımsa ilk sırada hemşirelerin, sonrasında ise doktorların ve sağlık memurlarının mobbing davranışlarına daha çok maruz kaldıkları belirtilmektedir. Çalışma şekli bakımından hastanelerde gündüz tam zamanlı olarak çalışanlar, çalışılan birim açısından ameliyathane, yoğun bakım, acil servis gibi bölümlerde çalışanlar ile özel sektörde sağlık hizmetinin sunulduğu kurumlarda çalışanların mobbing olaylarıyla karşılaşma sıklıklarının daha fazla olduğu tespit

edilmiştir (Karsavuran, 2014:276; Yiğitbaş ve Deveci, 2011:26-27).

Yapılan çalışmalarda mobbing mağduru sağlık profesyonellerinin iş doyumsuzluğu, işten kaynaklanan anlam kaybı, odaklanamama ve işe gitme düşüncesinde korku hissi yaşadıkları belirlenmiştir (MacIntosh vd., 2010:1128). Mağdurlar dışlanma, tecrit, gözdağı, aşağılama ve küçük düşürülme duygularının yanı sıra mesleki kimliğe verilen zarar ve bunun sonucunda terfilerde dikkate alınmama dâhil kariyer fırsatlarının kısıtlandığını bildirmişlerdir (Erdoğan ve Yıldırım, 2017:931; Hutchinson vd., 2010:2319). Uykusuzluk, depresyon, anksiyete, gastrointestinal şikayetler, hipertansiyon, göğüs ağrısı, çarpıntı, kilo kaybı, baş ağrısı, libido kaybı, kronik hastalıkta kötüleşme, travma sonrası stres bozuklukları ve hatta intihar düşünceleri gibi fizyolojik ve psikolojik sağlık etkileri söz konusudur (Johnson ve Trad, 2014:15; MacIntosh vd., 2010:1132). İşyerinde mobbinge uğramanın neden olduğu stres, hedef alınan kişinin özel yaşamına sıçrayarak, aile ve arkadaşlarıyla olan ilişkilerini etkileyebilir (İlies vd., 2009:94-98; Judge ve İlies, 2004:670; Song vd., 2008:446-447).

Sağlık profesyonelleri açısından endişe verici durum mobbing davranışının hastalar üzerinde önemli bir etkiye sahip olabileceği gerçeğidir. 2005 yılında yapılan bir araştırma hemşirelerin %94'ününün mobbing davranışının hasta sonuçları üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğu, %54'ünde hasta güvenliğini etkilediği şeklinde bir düşünceye sahip olduklarını ortaya çıkarmıştır (Rosentain ve O'Daniel, 2005:27-31) Bu durum, mobbingin çalışanın motivasyonu, işverenine bağlılığını ve işine konsantre olma becerisini kaybetmesine ve tüm bunların sonucunda işte hata yapma riskinin daha da artmasına neden olmasıyla açıklanmaya çalışılmıştır (Johnson ve Trad, 2014:17). Mağdurlar ve hastalar üzerindeki etkilerinin yanı sıra mobbing işverenler açısından da önemli harcamalara ve baş ağrıtıcı durumlara yol açabilir. Çoğu zaman işveren işyerindeki sıkıntıların altında yatan sebebin mobbing kaynaklı olduğundan

tamamen habersiz olabilir. Kurum işgücü devir hızındaki artıştan, işe devamsızlıklardan (hastalık nedeniyle kullanılan izin süresinin uzatılması) depresyon, engellilik vb. nedeniyle ödenen tazminatlar, yeni çalışan istihdam etme gibi durumların getirdiği maliyetlerden ve hukuk davalarının artmasına bağlı risklerden etkilenebilir. Bazı araştırmalar mobbing mağdurlarının %25'inin ve mobbinge şahit olanların %20'sinin söz konusu davranışlar nedeniyle istifa ettiklerini ortaya çıkarmıştır (Hutchinson vd., 2010:2324,2325; Lieber, 2010:93).

5. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ŞİDDET

İşyeri şiddeti, çalışanın işi nedeniyle (işe gelip giderken olanlar da dâhil) açıkça ya da üstü kapalı bir şekilde maruz kaldığı ve onun güvenliğini, iyilik durumunu ya da sağlığını hedef alan istismar, korkutma, tehdit ya da saldırı olayları şeklinde tanımlanabilir (European Agency for Safety and Health at Work, 2010:16). Sağlık sektöründe şiddet ise, sağlık çalışanına hasta, hasta yakını, sağlık kuruluşundaki diğer çalışanlar ya da herhangi bir birey tarafından fiziksel ve sözel şiddet uygulanması, tehdit edici davranışlar sergilenmesi, cinsel içerikli eylemlerde bulunulması gibi eylemleri içeren, sağlık çalışanlarını risk altına sokabilecek, fiziksel ve ruhsal sağlıkları üzerinde ciddi etkilere neden olabilecek davranışlardır (Saines, 1999:8).

Tüm dünyada sağlık profesyonelleri şiddet olaylarıyla karşılaşma riski altındadır. Sağlık çalışanlarının %8 ile %38'i kariyerlerinin bir noktasında fiziksel şiddete maruz kalmaktadırlar. Birçok çalışan şiddet tehdidi altında işlerini icra etmekte ve sözlü saldırılara maruz kalmaktadırlar. Sağlık profesyonellerine yönelik şiddetin büyük bir çoğunluğu hastalar ve ziyaretçiler tarafından uygulanmaktadır. Ayrıca felaket ve çatışma durumlarında sağlık profesyonelleri toplu veya politik şiddetin hedefi olabilirler (World Health Organization, 2020). Sağlık sektöründeki şiddet olaylarının yaygınlığı çalışılan servis ve bölüme, cinsiyet ve mesleklere göre farklılaşabilmektedir.

Hastanelerde acil servisler, psikiyatri birimleri ve yoğun bakım alanları şiddet için özel endişe verici alanlardır (Gacki-Smith vd., 2009:340; Saygun, 2012:378). Kalabalık olması, bekleme sürelerinin uzunluğu, hastaların acil durumları nedeniyle sinirli ve gergin olabilmeleri acil servislerde şiddet olaylarının yaygın olmasının sebepleri arasında gösterilmiştir. Diğer taraftan laboratuvar, görüntüleme gibi hastayla temasın daha seyrek olduğu alanlarda şiddet olaylarının daha az görüldüğü belirtilmektedir (Yıldız, 2019:138). En çok risk altındaki sağlık çalışanları hemşireler ve hastanın bakım ve tedavisiyle doğrudan ilgilenen diğer personel, acil servis personeli ve sağlık görevlileridir (World Health Organization, 2020).

İşyerinde şiddete neden olan risk faktörleri sağlık hizmeti ortamına göre değişmekle birlikte bazı ortak faktörler söz konusudur. Bunlar; şiddet geçmişi olan veya ilaç, alkol vb. maddelerin etkisi altında bulunan kişilerle çalışma, hastaların kaldırılması, taşınması ve transferi, yalnız çalışma, çalışanın şiddet anında olayın olduğu alandan uzaklaşmasını sağlayacak şekilde çevresel tasarımın yapılması, uygun kaçış yollarının olmaması, şiddet riski bulunan yerlerin iyi ışıklandırılmaması ya da izlenmemesi, acil durum iletişim araçlarının eksikliği, şiddeti önlemeye yönelik politika ve kuralların eksikliği, hasta ve yakınlarının silah taşımaları, sağlık sorunları karşısında çaresiz duygu durumları, uzun bekleme süreleri, hastanın aldığı tedaviden tatmin olmaması, hekim ile teşhis ve tedavi konusunda iletişim sorunları yaşama, suç oranlarının yüksek olduğu bölge, mahalle veya semtte bulunan bir sağlık kuruluşunda çalışma, personel yetersizliği (özellikle ziyaret ve yemek saatlerinde), yüksek işgücü devir oranları, yeterli sayıda güvenlik personelinin olmaması, işyerinde daha önce yaşanan şiddet olaylarının raporlanmaması, çalışanlarda olayların bildirilmesinin hiçbir etkisi olmayacağı algısıdır (Occupational Health And Safety, 2016:4-5; Yıldız, 2019:139).

Sağlık hizmetlerinde şiddet olaylarının tezahürü hem şiddet gören çalışanları hem de kurumları etkileyebilmektedir. Kendine güven ve özsaygının kaybedilmesi, sağlık profesyonelinin mesleki yeteneklerine ve uzmanlığına olan güveninin azalması, iş doyumunun düşmesi, stres düzeyinin artması, travma yaşama, geçici veya kalıcı engellilik, ölüm, şiddet faillerine karşı dava masrafı, öfke, korku, depresyon ve suçluluk duyguları ile kişilerarası ilişkilerde bozulma gibi şiddetin mağdur üzerinde olumsuz sonuçları bulunmaktadır. Şiddet olaylarının işyeri açısından olumsuz sonuçları ise, işe devamsızlıklarda ve hastalık izni kullanımlarında artış, çalışanların moral ve motivasyonlarının azalması, çalışan performansının düşmesi, güvenlik ekipmanlarının kurulumu ve bakımına ayrılan maliyetlerdir (Claveral, 1996:41; Henry ve Ginn, 2002:480; International Council of Nurses, 2000:3; International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International, 2002:18; National Institute for Occupational Safety and Health, 2002).

6. SAĞLIK PROFESYONELLERİNDE MADDE KULLANIMI VE BAĞIMLILIĞI

Madde kullanımı, bireyin herhangi bir bağımlılık oluşturan maddeyi merkezi sinir sistemi üzerinde hoşnutluk yaratıcı etkisi nedeniyle kullanmasını ifade etmektedir (Özen Bekar, 2014:44). Madde bağımlılığı, alkol ve yasadışı ilaçlar dâhil proaktif maddelerin bireye zarar verecek veya tehlikeye sokacak şekilde kullanılmasıdır (World Health Organization, 2020). Kanada Madde Bağımlılığı Merkezi (2006) işyerinde madde bağımlılığını “bir ilacın veya maddenin doğrudan sarhoşluk ya da akşamdan kalma olarak nitelendirilen durumla veya dolaylı olarak da sosyal problemler ve sağlık sorunları yoluyla işyerindeki performansı veya güvenliği olumsuz yönde etkileyecek şekilde kullanılması” olarak tanımlamıştır (Agumba, 2012:22).

Her ne kadar toplumda sağlık profesyonelleri sigara içmekten kaçınma, beslenmelerine dikkat etme, egzersiz yapma gibi sağlıklı davranışlar sergiledikleri, genel nüfusa göre daha sağlıklı bir yaşam tarzına sahip oldukları yönünde bir algı olsa da madde kullanımı ve bağımlılığı açısından sağlık profesyonelleri ile genel popülasyon arasında önemli farklılıkların olmadığı, hatta sağlık profesyonellerinin maddeyi kötü amaçlı kullanma olasılıklarının çok daha fazla olduğu belirtilmektedir (Merlo ve Gold, 2008:181; Snyder, 2016:1). Tüm sağlık profesyonellerinin yaklaşık %10 ile %15’inin kariyer yaşamları boyunca belli bir süre ilaçları veya alkolü kötüye kullandığı tahmin edilmektedir. Sağlık profesyonellerinde madde kullanımı hem kendi sağlıkları açısından hem de bakım sundukları hastaları etkilemesinden dolayı toplum sağlığı açısından önem arz etmektedir (Kırılmaz vd., 2016:70).

Meslek yaşamındaki zorluklar, enjeksiyon ve opiyat kullanımına karşı olan tabunun aşınması ve özellikle sağlık çalışanlarının maddelere erişimlerinin kolay olması sağlık profesyonellerini madde kullanmaya ve madde bağımlılığına iten nedenler arasında yer almaktadır. Ayrıca ailesinde duygusal bozukluk, alkol veya uyuşturucu bağımlılığı öyküsü olan, çocukluğunda duygusal bir travma geçiren, narsist kişilik özelliklerine sahip, aşırı sigara tüketen (günde bir paketten fazla), düzenli olarak alkol kullanan, psikiyatrik bozuklukları olan, aşırı iş yüküne sahip, evliliğinde sorunlar ya da eşin, çocuğun ölümü gibi ailesel felaketler yaşayan, kronik bir ağrısı ya da hastalığı olan sağlık profesyonelleri madde bağımlılığı için daha fazla risk altındadır (Epstein vd., 2010:514; Yargıç, 2009:85).

Madde kullanımı ve bağımlılığı açısından en yüksek oranların olduğu uzmanlık alanları anestezi, acil servis, psikiyatri gibi bölümler iken; pediatri, patoloji, radyoloji, kadın doğum birimleri ise en düşük madde bağımlılığı oranlarına sahip birimlerdir. Mesleki açıdan konu ele alındığında özellikle hemşire, eczacı, diş hekimi ve veteriner hekimlerde madde kullanım oranlarının diğer sağlık meslek

mensuplarına kıyasla yüksek olduğu görülmüştür (Baldisseri, 2007:108).

İnkâr mekanizması, aldıkları eğitim ve sahip oldukları deneyimler sayesinde sorunu gizleyebilme becerileri ve madde kullanımına dair mantıksallaştırıcı neden bulmadaki kabiliyetleri dolayısıyla sağlık profesyonellerinde maddenin kötü amaçlı kullanımı ve bağımlılığını tespit edebilmek oldukça güçtür (Yargıç, 2009:85). Başka bir ifadeyle sağlık profesyonelleri kariyerlerini, ev yaşamlarını ve madde bağımlılıklarını bir süre daha kimse farkına varmadan sürdürebilecekleri anlamına gelmektedir. Sık sık il değiştirme, gözetimin az ve ilaca erişim kolaylığının fazla olduğu gece vardiyalarını tercih etme, işyerinde veya vardiya arasında uyuklama, hastalara narkotik uygulamak için gönüllü olma, fazla mesai veya ekstra vardiya yapma konusunda endişelenme, sık sık tuvaleti kullanma ve gerekçesi olmayan devamsızlıklar, ağızda alkol kokusu, sürekli sakız, şeker, gargara vb. kullanma, aile ve kişiler arası ilişkilerde, finansal konularda sorunlar yaşama, dalgın gözler ve küçülmüş gözbebekleri, ilaç reçete eden doktorlarla alışılmadık dostane ilişkiler, sık sık tekrarlanan hatalar sağlık profesyonellerinde madde bağımlılığın yaygın belirtileri arasındadır (Addiction Center, 2020).

Madde kullanımının kısa ve uzun vadeli, doğrudan ve dolaylı etkileri olabilmektedir. Söz konusu etkiler, genellikle kullanılan ilacın türüne, nasıl ve ne kadar alındıklarına, kişinin genel sağlık durumuna ve diğer faktörlere bağlıdır. Kısa vadeli etkiler iştah, uyanıklık hali, kalp atış hızı, kan basıncı ve ruh halindeki değişikliklerden kalp krizi, felç, psikoz, aşırı doz kullanımı ve hatta ölüme kadar değişebilir. Kalp ve akciğer hastalıkları, kanser, akıl sağlığı sorunları, HIV/AIDS, hepatit vb. madde kullanımının uzun vadeli etkileri arasındadır. Madde kullanımının hem madde kullanan sağlık profesyonelleri hem de çevresindeki kişiler üzerinde dolaylı etkileri olabilmektedir. Bağımlılıktan muzdarip olan sağlık profesyonelleri sadece kendi sağlıklarını değil bakım verdikleri hastaların sağlık ve

güvenliklerini de riske atmaktadırlar (National Institutes of Health, 2020).

7. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞMA SAATLERİ

Sağlık profesyonellerinin sağlık ve güvenlikleri, hasta güvenliği ve iş-yaşam dengesinde uzun çalışma saatlerinin etkilerinden dolayı, sağlık sektörü için çalışma süreleriyle ilgili riskler önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışma saatlerinin düzenlenmesi çalışanların işleri sırasında karşı karşıya kaldıkları yük faktörleri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Ancak çalışma saatleriyle ilgili risk sadece yükün kaynağını oluşturan çalışma sürelerinin uzunluğu değil, aynı zamana düzenlenmesi ve dağılımıyla ilgilidir. Çalışma gününün 24 saate yayıldığı hastanelerde iş normal rutininden farklı zamanlarda yürütülmektedir. Bakım evlerinde görevli personel hem akşamları hem de geceleri çalışabilmekte, yine Pazar günleri ve resmi tatillerde çalışmaya devam edilebilmektedir. Ayrıca sağlık sektöründeki işler, özellikle de hastane ve hemşirelik alanındaki işlerin zamanında yapılması, ertelenmemesi gerekmektedir. Bu durum sağlık profesyonellerinin vücutlarının fizyolojik nedenlerden ötürü dinlenmeye odaklandığı zamanlarda dahi çalışmalarını anlamına gelmektedir. Normal çalışmaya ek olan bu iş yükü, en çok geceleri söz konusu olmakla birlikte, akşam saatlerindeki işler de sosyal faaliyetlere kısıtlı imkân tanıdığı için yük oluşturmaktadır (European Commission, 2014:196,198).

Vardiya usulü çalışma, gece çalışma, uzun icapçı görev süreleri, düzenli olarak fazla mesai yapma, hafta tatillerinde ve resmi günlerde çalışma, görev süreleri arasındaki dinlenme sürelerinin iyi planlanamaması, görev çizelgelerinde acil olarak sık sık değişikliklerin yapılması sağlık profesyonellerinde çalışma programları nedeniyle oluşabilecek risk faktörleridir.

Çalışma saatleri ile çalışan sağlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok araştırmada, özellikle fazla çalışmanın bireylerin ruh

sağlıkları üzerinde etkili olduğu ve kardiyovasküler ve nörolojik şikâyetleri arttırdığı görülmüştür. Yine fazla çalışmadan kaynaklanan pek çok sorun stresle ilişkilendirilmiştir. Mide, bağırsak, kas iskelet bozuklukları, bağışıklık sisteminden kaynaklı pek çok hastalık bu sorunlar arasında öne çıkanlardır (Sezgin, 140-141). Vardiyalı çalışmanın yorgunluk, devam eden uyku sorunları, kronik halsizlik, sağlık bozuklukları (hem psikovejetatif hem de gastrointestinal), kaza riski, sosyal uyumsuzluk, düzgün ve kaliteli iş yapamama gibi etkilerinin olduğu ifade edilmiştir (European Commission, 2014:200).

Uzun saatler çalışma sağlık profesyonellerinin çalışma günü içinde diğer risk faktörlerine maruz kalma durumları üzerinde de etkili olabilmektedir. Şöyle ki uygun molalar olmadan uzun saatler çalışmak yorgunluğun etkilerini arttırabilecek, bu durum çalışanın dikkati toplama ve odaklanma güçlüğü, hatırlamada zorlanma, bilgiyi daha yavaş veya hatalı işleme, muhakeme yapma, problem çözme yeteneğinin ve üretkenliğin azalması gibi sorunlara neden olabilecektir. Yorgunluk sadece hasta güvenliğini tehlikeye atmakla kalmayıp aynı zamanda çalışanların güvenliğine ve kişisel refahlarına yönelik riskleri de arttırmaktadır. Bir çalışmada vardiya programında çalışma süresi 8 saatten fazla olan hemşirelerin kesici delici yaralanmalar ve iğne batması sorunlarıyla daha fazla karşılaştıkları görülmüştür (İlhan vd., 2006:536). Ayrıca uzun çalışma saatleri sağlık profesyonellerinin iş yaşam dengelerinin bozulmasına da neden olabilmektedir.

8. SONUÇ

Çalışanların birçok durumda duygularını gizleme zorunluluğu, fiziksel ve sözlü şiddet, gözdağı gibi olumsuz sosyal davranışlara maruz kalma, istihdam ve çalışma koşullarındaki güvencesizlik açısından sağlık hizmetleri en yüksek oranlara sahip sektör olarak karşımıza çıkmaktadır (European Agency for Safety

and Health at Work, 2014:83). Kaliteli sağlık bakımı elde edebilmek için sağlık profesyonellerinin işyerinde güvenli ve sağlıklı olmalarının yanı sıra işlerini iyi yapma konusunda da motive olmaları gerekmektedir. Sağlık profesyonellerinin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam anlamıyla iyi olmaları, potansiyellerini kullanabilmeleri ve işyerinin, işin yüksek talepleriyle başa çıkabilmeleri açısından son derece önemlidir.

Sağlık profesyonellerinin karşılaştığı psikososyal tehlikeler ve bunların neden olduğu durumlar diğer tehlike türlerine nazaran çalışanların daha çok zihinsel sağlıkları üzerinde etkili olmaktadır. Psikososyal tehlikelere uzun süre maruz kalma kardiyovasküler hastalıklar gibi artan sağlık sorunlarıyla ilişkilendirilmekte ve ayrıca depresyon dâhil pek çok psikiyatrik bozukluğa katkıda bulunmaktadır. Ayrıca risk faktörleri içeren bir çalışma ortamı, motivasyonun ve iş doyumunun azalması, hastalara verilen hizmetin kalitesinde düşme, verimsizlik gibi durumlara da neden olabilir. Tüm bu olumsuz sonuçlar dikkate alındığında, sağlık profesyonelleri için sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı oluşturulması sürecinde tehlikelerin risk yönetimi açısından tanımlanarak, bu tehlikelerin yol açabileceği olası riskler ve olumsuz etkilerinin bertarafı için gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir.

İşteki stres faktörlerinin olabildiğince önlenmesi ve çalışanların tükenme durumundan korunabilmesi için çalışma koşullarının sürekli gözetim altında tutulması gerekmektedir. İş durumu analizi, risk değerlendirme, çalışan anketleri ve görüşmeleri, daha önceki risk değerlendirme raporlarının incelenmesi yoluyla sağlık çalışanlarında stres ve tükenmeye neden olabilecek tehlikeler saptanabilir. İş düzeninin yeniden tasarlanması, çalışanlara belirli oranda özgürlük tanınması, sosyal destek ve yardım sağlanması, geribildirimde bulunulması gibi örgüt düzeyinde önlemler alınabilir. Ayrıca çalışanlara sosyal ve iletişim becerilerini geliştirme, zaman yönetimi, stresle başa çıkma, işin içerdiği tehlikeler vb. konularda eğitimler verilebilir.

Stresle mücadelede kurum düzeyinde alınabilecek önlemler dışında sağlık çalışanları bir takım bireysel yöntemlerle de yaşadıkları stresi minimize edebilirler. Kişinin fiziksel olarak aktif olması, mümkünse her hafta birkaç kez kendine zevk veren aktivitelere katılması, uyku ve beslenme düzenine dikkat etmesi, sigara, alkol, ilaç, kafein vb. maddelerin tüketimini sınırlandırması, aile ve arkadaşlarla sürekli iletişim ve etkileşim halinde olma, gerektiğinde yardım ve destek isteme, aynı şekilde işyerinde iletişim ve destek için iş arkadaşlarına, meslektaşlara başvurma, nefes egzersizleri, meditasyon, yoga gibi gevşeme ve rahatlama egzersizleri yapma bireysel mücadele yöntemlerinden bazılarıdır.

Sağlık profesyonellerinde tükenmişlikle mücadele de lider özellikleri önemli bir faktördür. Çalışanların işte gelişmesine, ilerlemesine fırsat sağlama, çatışma çözüme becerisine sahip olma, iş planlaması konusunda yetkin olma gibi lider niteliklerinin sağlık çalışanlarında tükenmişliği azalttığı ve iş tatminini arttırdığı yönünde çalışmalar bulunmaktadır (Shanafelt vd., 2015). Sağlık hizmeti yöneticileri tükenmişliği sistemik bir sorun olarak kabul etmeli ve çalışanları arasında yukarıdan aşağıya bir öz bakım kültürü geliştirmelidir. Bunu sağlamak için hastanelerde sağlıklı yaşam sorumlusu idari pozisyonları oluşturulabilir. Pek çok sağlık sistemi doktorların maaşlarını üretkenliklerine ya da performanslarına dayalı olarak ödemekte, doktorlarını finansal ödüllerle motive etmektedir. Performansa dayalı ödeme sistemi sıklıkla fazla çalışmaya ve/veya hasta başına düşen sağlık bakım süresinin kısalmasına yol açabilir, bu da tükenmişliğin artmasına neden olur. Bu sorunları önlemek için sağlık kurumları performansa dayalı ücret sistemlerine alternatif modeller düşünebilirler veya çalışma programlarında daha fazla esneklik, izin vb. sağlayabilirler. Bilindiği üzere sağlık hizmetleri kesintisiz sunulan hizmetlerdir. Sağlık profesyonelleri hafta sonu, tatil günleri vb. zamanlarda çalışmak zorunda kalmakta, uzun iş saatleri

ile kişisel yaşamları arasında denge kurmakta genellikle zorlanmaktadır. Kurumlar doktorların daha az ücret karşılığında daha az saat çalışmasına izin vererek veya onlara daha fazla esneklik sağlayarak bu sorunun azaltılmasına yardımcı olabilir. Örneğin doktorlara iş gününe erken ya da geç başlama yahut belirli günlerde uzun saatler, diğer günlerde de daha kısa saatler çalışma konusunda tercih sunulabilir. Ayrıca kurum ve kuruluşlar doktorların işin en sevdikleri yönüne (örneğin hasta bakımı, eğitim, araştırma ve idare) daha fazla zaman ayırmasına izin verebilirler. Zamanın en az %20'sini işin en tatmin edici bulunduğu kısımda geçiren doktorların, tükenme yaşama durumlarının önemli ölçüde azaldığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Shanafelt vd., 2009). Tükenmişlikle bireysel düzeyde mücadelede sağlık profesyonelleri zaman yönetimi becerilerini geliştirmek için çalışabilirler. İşyerinde verimsiz olarak kullanılan zamanın ortadan kaldırılması, evde daha fazla zaman ayrılmasına olanak tanıyabilir. Diğer taraftan sağlık profesyonelleri arasında birlik ve dayanışmanın teşvik edilmesi de tükenmişliği azaltabilir. Nitekim yapılan bir çalışmada doktorların iki haftalık bir zaman diliminde bir saatlik küçük grup tartışmalarına katıldıklarında duyarsızlaşma ve duygusal tükenme düzeylerinde önemli düşüşlerin yaşandığı görülmüştür (Colin vd., 2014).

Ayrıca sağlık profesyonelleri için zihinsel sağlık sorunları bir tabu olmaya devam etmektedir. Çoğu çalışan utanç, gelir kaybı yaşama gibi gerekçelerle zihinsel sağlık sorunları için tedaviye başvurma konusunda isteksizdirler. Kuruluşlar, çalışanların bu problemlerini en aza indirecek şekilde sağlık profesyonellerinin tedavi olmayı kabul etmesini teşvik edebilir. Örneğin zihinsel sağlık hizmetlerinden yararlananların gizli tutulması, çalışanların randevulara katılmasına izin verme konusunda teminat sağlanması. Sağlık kuruluşları çalışanlarına kişisel bakımlarına özen göstermeyi teşvik eden kaynaklar da sağlayabilirler. Kafeteryalarda sağlıklı yiyecekler sunmak, hastane veya klinikte farkındalık veya

egzersiz programları sağlamak ve yerel spor salonlarına üyeliklerini kolaylaştırmak bu uygulamalara örnek olarak verilebilir.

Sağlık profesyonellerinde gerek fiziksel şiddeti gerek de psikolojik şiddeti (mobbing) önleyebilmek için yine risk değerlendirmesinin yapılması ve sürekli olarak yenilenmesi gerekmektedir. Risk değerlendirmesi yapılırken sağlık kurumlarında şiddet açısından riskli birimler, çalışma alanlarının ve meslek gruplarının belirlenmesine, sağlık profesyonellerinin hangi tür şiddet davranışlarına maruz kaldıklarına, şiddet eylemlerinin sağlık kurumunda en çok hangi saatlerde görüldüğü ve şiddet uygulayanların kim olduğu gibi konulara yer verilmelidir. Risk değerlendirmesinde şiddet açısından riskli birimler belirlendikten sonra buralardaki riski minimize etmek için önleyici ve koruyucu tedbirler alınmalıdır. Şiddet anında güvenliğe haber verebilmek için alarm sistemlerin kurulması ve düzenli şekilde kontrol edilmesi, şiddet olaylarının fazla olduğu birimlerde güvenlik güçlerinin artırılması, güvenlik kameralarının artırılması, çalışan görüşlerinin periyodik olarak alınması, çalışma şartlarının iyileştirilmesi için gerekli çalışmalar yapılması, iş yoğunluğunun azaltılması, nöbetlerin tek başına tutulmamasına dikkat edilmesi, şiddet olaylarının raporlanması gibi önlemler alınabilir. Ayrıca çalışanlara yatıştırma ve kendini koruma, öfke kontrolü, sorun ve çatışma çözme, şiddet anında

yapılması gerekenler vb. konularda eğitimler verilmesi yoluyla da şiddet olayları azaltılabilir.

Madde kullanımı ve bağımlılığıyla ilgili risklerin azaltılmasına yönelik olarak; sağlık kurumunda bağımlılığı engellemeye yönelik tedbirlerin alınması, kurumda alkolizm, sigara ilaç vb. madde bağımlılığı, yasal olmayan maddeler, bağımlı çalışanların tespiti, sorunlu çalışanlara nasıl yaklaşılması gerektiği konularında bilgilendirmenin yapılması, bağımlılık konusunda yöneticilerin eğitilmesi, bağımlı olanların davranışlarını değiştirmelerini sağlayacak, yardım önerileri sunacak şekilde yöneticilerin ve çalışma arkadaşlarının devamlı olarak çalışanlara yaklaşması, yapıcı konuşmalar yapmaları, bağımlı çalışanın uzman desteği almasına yardımcı olunması etkili olabilir.

Çalışma programlarının hazırlanmasında olabildiğince az gece vardiyası, arka arkaya gece vardiyasında çalışmama, vardiya programlarının zorunlu ara vermeleri, dinlenme sürelerini dikkate alacak şekilde düzenlenmesi, vardiya zamanlarının öngörülebilir olması vb. konulara dikkat edilmelidir. Ayrıca spor aktiviteleri, sağlıklı beslenme, uyku durumunu iyileştirmeye yönelik kişisel seviyede alınabilecek tedbirlerle de sağlık profesyonellerinin gece ve vardiyalı çalışmanın olumsuz etkilerini minimize edebilmeleri mümkündür.

KAYNAKÇA

1. ADDICTION CENTER (2020). "Addiction in Medical Professional", <https://www.addictioncenter.com/addiction/medical-professionals/>, 22.08.2020.
2. AGUMBA, W. M. (2011). The Effects of Alcohol and Drug on Work Performance of Employees in Selected Star Rated Hotels at the Kenya Coast, Master's Thesis, Hospitality Management in the School of Hospitality and Tourism of Kenyatta University, Nairobi.
3. AKARSU, H. (2017). "Sağlık Sektöründe Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliğine Dair Bulguların Yarı Nicel Değerlendirilmesi", Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi, 5(4):35-45.
4. AKARSU, H. ve GÜZEL, M. (2016). Sağlık Sektöründe Tehlike ve Riskler, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi Yayını, Ankara.
5. ARISOY, A. (2011). Mobbingi Ortaya Çıkaran Faktörler: Isparta-Antalya-Burdur'da Sağlık Sektöründe

- Hemşireler Üzerine Çalışma, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
6. BALDISSERI, M. R. (2007). "Impaired healthcare professionals", *Critical Care Medicine*, 35(2): 106-116.
 7. BİRGİLİ, F., SALIŞ, F. ve ÖZDEMİR, S. (2010). "Sağlık Çalışanlarının İş Doyumunu Etkileyen Bazı Etmenlerin İncelenmesi", *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2): 27-37.
 8. CDC, "Exposure to Stress-Occupational Hazards in Hospitals", Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention National Institute for Occupational Safety and Health, 2008, <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2008-136/pdfs/2008-136.pdf>, 21.10.2019.
 9. CLARAVALL, L. (1996). "Healthcare violence: a nursing administration perspective", *Journal of Nursing Administration*, 26(2): 41-46.
 10. ÇOBANOĞLU, Ş. (2005). *Mobbing, İşyerinde Duygusal Saldırı ve Mücadele Yöntemleri*, Timas Yayınları, İstanbul.
 11. DALKILIÇ, O. S. (2014). *Çalışma Hayatında Tükenmişlik Sendromu-Tükenmişlikle Mücadele Teknikleri*, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
 12. DİKMETAŞ, E., TOP, M. ve ERGİN, G. (2011). "Asistan Hekimlerin Tükenmişlik ve Mobbing Düzeylerinin İncelenmesi", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(3): 137-149.
 13. DRYBE, L.N., SHANAFELT, T. D., SINSKY, C. A., CIPRIANO, P. F., BHATT, J., OMMAYA, A.,...MEYERS, D. (2017). "Burnout Among Health Care Professionals: A Call to Explore and Address This Underrecognized Threat to Safe, High-Quality Care" *NAM Perspectives*. Discussion Paper, National Academy of Medicine, Washington.
 14. DRYBYE, L. N., SHANAFELT, T. D., BALCH, C. M., SATELE, D., SLOAN, J. ve FREISCHLAG, J. (2011). "Relationship Between Work-Home Conflicts and Burnout Among American Surgeons A Comparison by Sex", *Archives of Surgery*, 146: 211-217.
 15. EPSTEIN, P. M., BURNS, C. ve CONLON, H. A. (2010). "Substance Abuse Among Registered Nurses", *American Association of Occupational Health Nurses*, 58(12): 513-516.
 16. ERDOĞAN, V. ve YILDIRIM, A. (2017). "Healthcare professionals' exposure to mobbing behaviors and relation of mobbing with job satisfaction and organizational commitment", *Procedia Computer Science* 120: 931-938.
 17. EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK (2010). "Workplace Violence and Harassment: A European Picture", European Risk Observatory Report, Luxembourg: Publication Office of the European Union, <https://osha.europa.eu/en/publications/workplace-violence-and-harassment-european-picture> 02.11.2019.
 18. EUROPEAN COMMISSION (2014). "Occupational health and safety risks in the healthcare sector- Guide to prevention and good practice", <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b29abb0a-f41e-4cb4-b787-4538ac5f0238>, 18.10.2019.
 19. FOXALL, M.J., ZIMMERMAN, L., STANDLEY, R. ve BENE, B. (1990). "A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical-surgical nurses", *Journal of Advanced Nursing*, 15(5): 577-584.
 20. GACKI-SMITH, J., JUAREZ, A., BOYETT, L., HOMEYER, C., ROBINSON, L. ve MACLEAN, S. (2009). "Violence Against Nurses Working in US Emergency

- Departments”, The Journal of Nursing Administration, (307/8): 340-349.
21. HENRY, J. ve GINN, G. (2002). “Violence prevention in healthcare organizations within a total quality management framework”, Journal of Nursing Administration, 32(9): 479-486.
 22. HONKONEN, T., AHOLA, K., PERTOVAARA, M., ISOMETTA, E., KALIMO, R., NYKYRI, E., AROMAA, A. ve LONNQVIST, J. (2006). “The association between burnout and physical illness in the general population—results from the Finnish Health 2000 Study”, Journal of Psychosomatic Research 61:59-66
 23. HUTCHINSON, M., VICKERS, M., WILKES, L. ve JOCKSON, D. (2010). “A typology of bullying behaviors: the experiences of Australian nurses”. Journal of Clinical Nursing, 19: 2319–2328.
 24. ILIES, R., WILSON, K. ve WAGNER, D. (2009). “The spillover of daily job satisfaction onto employees’ family lives: the facilitating role of work-family integration”, Academy of Management Journal, 52(1): 87–102.
 25. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). (2000). “Abuse and violence against nursing personnel”, ICN Position Statement https://static1.squarespace.com/static/579770cd197aea84455d6908/t/57d86320d1758e16f4e0f202/1473798944490/C01_Abuse_Violence_Nsg_Personnel.pdf, 21.08.2020.
 26. INTERNATIONAL LABOR OFFICE (ILO), INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) ve WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), PUBLIC SERVICES INTERNATIONAL (PSI). (2002). “Workplace violence in the health sector”, https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/ed_dialogue/sector/documents/normativeinstrument/wcms_160908.pdf, 21.08.2020.
 27. İLHAN, M. N., DURUKAN, E., ARAS, E. ve TÜRKÇÜOĞLU, S. (2006). “Long Working Hours Increase the Risk of Sharp and Needlestick Injury in Nurses: The Need for New Policy Implication”, Journal of Advanced Nursing, 56(5): 563-568.
 28. JOHNSON, J. ve TRAD, M. (2014). “Bullying among radiation therapists: bully behavior and effects on personal health”, Radiation Therapist, 23(1): 11–20.
 29. JUDGE, T. ve ILIES, R. (2004). “Affect and job satisfaction: a study of their relationship at work and at home”, Journal of Applied Psychology, 89(4): 661–673.
 30. KARSAVURAN, S. (2014). “Sağlık Sektöründe Mobbing: Hastane Yöneticileri Üzerinde Bir Uygulama”, Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 11(26): 271-296.
 31. KEYKALEH, M. S., SAFAPOUR, H., YOUSEFIAN, S., FAGHI SOLOUK, F., MOHAMMADI, E. ve GHOMIAN, Z. (2018). “The Relationship between Nurse’s Job Stress and Patient Safety”, Open Access Macedonian Journal of Mediacal Sciences, 6(11): 2228-2232.
 32. KIRILMAZ, H., YORGUN, S. ve ATASOY, A. (2016). “Sağlık Çalışanlarında Psikososyal Risk Faktörlerini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma”, International Journal of Cultural and Social Studies, 2(1): 66-82.
 33. KOINIS, A., GIANNOU, V., DRANTAKI, V., ANGELAINA S., STRATOU, E. ve SARIDI, M. (2015). “The Impact of Healthcare Workers Job Environment on Their

- Mental-emotional Health. Coping Strategies: The Case of a Local General Hospital”, Health Psychology Research, 3(1):12-17.
34. LEYMANN, H. (1996). “The Content and Development of Mobbing at Work”, European Journal of Work and Organizational Psychology, 5 (2): 165-184.
35. LIEBER, L. (2010). “How workplace bullying affects the bottom line”, Employee Relations Today, 37(3): 91-101.
36. LOWE, T. (2013). “Shift Work, Stress, and Violence: Stress” in Controlling Health Hazards to Hospital Workers- A Reference Guide, New Solutions – A Journal of Environmental and Occupational Health Policy, 23: 126-136.
37. MACINTOSH, J., WUEST, J., GRAY, M. ve CRONKHITE, M. (2010). “Workplace bullying in healthcare affects the meaning of work” Qualitative Health Research Journal, 20(8): 1128–1141.
38. MASLACH, C. ve P. G. ZIMBARDO, P.G. (1982). Burnout – The Cost of Caring, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey.
39. MASLACH, C. ve P. M. LEITER, P.M. (1997). The Truth about Burnout, Jossey-Bass, San Francisco, Ca.
40. MERLO, L. J. ve GOLD, M. S. (2008). “Prescription Opioid Abuse and Dependence among Physicians: Hypotheses and Treatment”, Harvard Review of Psychiatry, 16(3): 181-194.
41. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (2020). “Health Consequences of Drug Misuse”, <https://www.drugabuse.gov/drug-topics/health-consequences-drug-misuse/introduction>, 22.08.2020.
42. OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION (OSHA) (2016). “Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers”, <https://www.osha.gov/Publications/osh-a3148.pdf>, 04.11.2019.
43. ÖZAĞAÇ, G. S. (2013). İşyerinde Psikososyal Sağlık: Tekirdağ İli Örneği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tekirdağ.
44. ÖZAYDIN BÜLBÜL, P., ÜNAL, E., BOZAYKUT, T., KORKMAZ, M. ve YÜCEL, A. S. (2013). “Sağlık Çalışanlarında Mobbing: Kamu ve Özel Sağlık Kurum Çalışanlarının Karşılaştırmalı Türkiye Örneği”, Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi, 7(3) https://openaccess.firat.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/11508/8179/1791_8930_7.pdf?sequence=1&isAllowed=y 07.11.2019.
45. ÖZEN BEKAR, E. (2014). “Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanımı Olan Hemşireler ve Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminin Yaklaşımı: Bir Literatür İncelemesi”, Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 1(1): 43-47.
46. PAVLAKIS, A., RAFTOPOULOS, V. ve THEODOROU, M. (2010). “Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey”, BMC Health Services Research, 10(63): 1-8
47. RAMIREZ, M. R., OTERO, P., BLANCO, V., ONTANEDA, M. P., DIAZ, O. ve VASQUEZ, F. L. (2018). “Prevalance and Corralates of Burnout in Health Professionals in Ecuador”, Comprehensive Psychiatry, 82: 73-83.
48. ROSENSTEIN, A. ve O’DANIEL, M. (2005). “Disruptive behavior and clinical outcomes: perceptions of nurses and physicians” American Journal of Nursing, 105: 54–64.
49. SAINES, J.C. (1999). “Violence and aggression in A&G: Recommendations

- for Action”, *Accidentand Emergency Nursing*, 7(1): 8-12.
50. SAYGUN, M. (2012). “Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Sorunları”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(4): 373-382.
51. SAYGUN, M. (2012). “Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Sorunları”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(4): 373-382.
52. SCHAUFELI, W. (2007). “Burnout in Health Care” s:217-232 (Ed.) CARAYON, P., *Handbook of Human Factors and Ergonomics in Health Care and Patient Safety*, Lawrence Erlbaum, Mahwah.
53. SCHULZ, M., DAMKROGER, A., VOLTMER, E., LOWE, B. DRIESSEN, M. ve WARD, M. (2011). “Work-related behaviour and experience pattern in nurses: impact on physical and mental health”, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(5): 411-417.
54. SEZGİN, T. (2013). “Çalışma Süresi Modellerindeki Değişim ve Çalışan Sağlığı Üzerine Etkileri”, *ÇSGB Çalışma Dünyası Dergisi*, 1(1):137-143.
55. SHANAFELT, T. D., GARRINGE, G., MENAKER, R., STARZ, K. A., REEVES, D., BUSKIRK, S., ... SWESEN, S. J. (2015). “Impact of Organizational Leadership on Physician Burnout and Satisfactor”, *Mayo Clinic Proceedins*, 9(4):432-440.
56. SHANAFELT, T. D., WEST, C. P., SLOAN, J. A., NOVOTNY, P. J., POLAND, G. A., MENAKER, R., ... DRYBYE, L. N. (2009). “Career fit and burnoutamong Academy faculty”, *Archives of Internal Medicine*, 169(10): 990-995.
57. SHANAFELT, T.D., BALCH, C.M., BECHAMPS, G.J., RUSSELL, T., DYRBYE, L., SATELE, D., COLLICOTT, P., NOVOTNY, P.J., SLOAN, J. ve FREISCHLAG, A.J. (2009). “Burnout and Career Satisfaction Among American Surgeons”, *Annals of Surgery*, 250(3): 463-471.
58. SNYDER, R. (2016). “Drug Abuse Among Health Professionals”, *Duquesne University Pharm. D Candidate*, https://c.ymcdn.com/sites/papharmacistsite-ym.com/resource/resmgr/CE_Home_Studies/HP_Drug_Abuse_CE_Article.pdf, 12.11.2019.
59. SOLER, J.K., YAMAN, H., ESTEVA, M., DOBBS, F., ASENOVA, R.S., KATIC, M.,... UNGAN, M. (2008). “Burnout in European family doctors: the EGPRN study”, *Family Practice*, 25(4): 245-265.
60. SONG, Z., FOO, M. ve UY, M. (2008). “Mood spillover and crossover among dual-earner couples: A cell phone event sampling study”, *Journal of Applied Psychology*, 93(2), 2008: 443–452.
61. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2018). “Sağlık İstatistikleri Yıllığı”, <https://www.saglik.gov.tr/TR,62400/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html> 18.09.2020.
62. TEL, H., KARADAĞ, M., TEL, H. ve AYDIN, Ş. (2003). “Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamındaki Stres Yaşantıları ile Başetme Durumlarının Belirlenmesi”, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(2): 13-23.
63. TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU (2020). “Sağlık İstatistikleri” http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 18.09.2020.
64. TYLER, P. A. ve ELLISON, R. N. (1994). “Sources of stress and psychological well-being in high-dependency nursing”, *Journal of Advanced Nursing*, 19(3): 469-476.
65. ÜNSAL, Pınar; “İş Stresi Algısı ve Başa Çıkma Bireysel Farklılıkların Rolü” içinde *Çalışma Yaşamında Davranış* (Ed: Aşkın Keser, Gözde Yılmaz &

- Senay Yürür), Umutepe Yayınları, Kocaeli, 2012, ss:387-421.
66. VAN DER HEIJDEN, B.I., DEMEROUTI, E. ve BAKKER, A. B. NEXT Study Group Coordinated by Hans-Martin Hasselhorn, (2008). "Work-home interference among nurses: Reciprocal relationships with job demands and health" *Journal of Advanced Nursing*, 62: 572-584.
67. WEST, C. P., DRYBYE, L. N., ROBATIN, J. T., CALL, T. G., DAVIDSON, J. H., MULTARI, A., ...SHANAFELT, T. D. (2014). "Intervention to promote physician well-being, job satisfaction and professionalism: a randomized clinical trial", *Jama Internal Medicine*, 174(4): 527-533.
68. WEST, C. P., HUSCHKA, M. M., NOVOTNY, P. J., SLOAN, J., KOLARS, J. C., HABERMANN, T. M. ve SHANAFELT, T. D. (2006). "Association of Perceived Medical Errors With Resident Distress and Empathy, A Prospective Longitudinal Study", *Journal of the American Medical Association*, 296:1071-1078.
69. WIEDERHOLD, B. K., CIPRESSO, P., PIZZIOLI, D., WIEDERHOLD, M. ve RIVA, G. (2018). "Intervention for physician burnout: a systematic review", *Open Medicine*, 13: 253-263.
70. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2020). "Violence against health workers", https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/, 21.08.2020.
71. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2020). "Substance Abuse", https://www.who.int/topics/substance_abuse/en/, 21.08.2020.
72. YARGIÇ, İ. (2009). "Sağlık Çalışanlarında Bağımlılıkla İlgili Sorunlar ve Çözüm Yolları", *Klinik Gelişim*, 22(4): 84-87.
73. YILDIZ, M. S. (2019). "Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Ankara İlinde Araştırma", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(1): 135-156.
74. YİĞİTBAŞ, Ç. ve DEVECİ, S. E. (2011). "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Mobbing", *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 11(2) :23-28.
75. ZAREI, E., AHMADI, F., SIAL, M. S., HWANG, J., THU, P. A. ve USMAN, S. M. (2019). "Prevalance of Burnout among Primary Health Care Staff and Its Predictors: A Study in Iran", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(12):1-10.