

**COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE AKTİF ÇALIŞAN
SAĞLIK PERSONELLERİNİN İŞ YAŞAM KALİTESİNİN
TÜKENMİŞLİK SENDROMUNA ETKİSİNİN ADLİ
BİLİMLER AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Emetullah YALTAGİL

**ADLİ TIP ANABİLİM DALI
Adli Bilimler Programı**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Mucahit ORUÇ**

Yüksek Lisans Tezi - 2022

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE AKTİF ÇALIŞAN SAĞLIK
PERSONELLERİNİN İŞ YAŞAM KALİTESİNİN TÜKENMİŞLİK
SENDROMUNA ETKİSİNİN ADLİ BİLİMLER AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Emetullah YALTAGİL

**Adli Tıp Anabilim Dalı
Adli Bilimler Programı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Mucahit ORUÇ**

**MALATYA
2022**

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. İş Yaşam Kalitesi Tanımı ve Tarihçesi	4
2.1.1. Sağlık Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesinin Önemi.....	5
2.1.2. İş Yaşam Kalitesi Kriterleri-Bileşenleri	7
2.2. Tükenmişlik Kavramı ve Tarihçesi.....	10
2.2.1. Tükenmişlik Kavramının Önemi	13
2.2.2. Maslach Tükenmişlik Envanteri	14
2.2.3. Tükenmişlik Nedenleri	14
2.3. Tükenmişlik-İş Yaşam Kalitesi İlişkisi.....	15
2.4. Covid-19'un Sağlık Çalışanları Üzerindeki Psikolojik Etkileri	16
2.4.1. Covid-19 Sürecinde Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik ve İş Yaşam Kalitesi....	18
2.5. Medikal Malpraktis ile İş Yaşam Kalitesi ve Tükenmişlik İlişkisi	20
3. MATERYAL VE METOT	24
3.1. Evren-Örneklem/Çalışma Grubu	24
3.2. Araştırma Modeli.....	26
3.3. Verilerin Toplanması	28
3.4. Verilerin Çözümlemesi	29
3.4.1. Yapısal Eşitlik Modeli (YEM).....	29
4. BULGULAR.....	31
4.1. Çalışmaya Ait Frekans Analizleri.....	31
4.2. Araştırmada Kullanılan Ölçek Analizlerinin Özetlenmesi	32
4.3. Parametrik Test Sonuçları.....	37
4.3.1. İş Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait Parametrik Test Sonuçları.....	37
4.4. Ölçeklere Ait DFA ve YEM Analizleri	43
4.4.1. İş Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait DFA Sonuçları	43

4.4.2. Tükenmişlik Düzeyi Ölçeğine Ait DFA Sonuçları.....	46
4.4.3. Yapısal Eşitlik Modelinin Test Edilmesi.....	49
5. TARTIŞMA.....	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
KAYNAKLAR.....	58
EKLER.....	65
EK 1. Özgeçmiş.....	65
EK 2. Etik İzin.....	66
EK-3. Kurum İzni.....	67
EK 4. Anket Formu.....	68

TEŞEKKÜR

Bu çalıőmanın yűrűtűlmesi sırasında desteęini esirgemeyen danıőmanım Dr. Őęr. Ŭyesi Mucahit ORUÇ hocama, katkı ve űnerileri için Prof. Dr. Osman CELBİŐ ve Dr. Őęr. Ŭyesi Nusret AYAZ hocalarıma teőekkűrű bir borç bilirim.

Her zaman yanımda olan aileme sonsuz teőekkűr ediyorum.

ÖZET

Covid-19 Pandemisi Sürecinde Aktif Çalışan Sağlık Personellerinin İş Yaşam Kalitesinin Tükenmişlik Sendromuna Etkisinin Adli Bilimler Açısından Değerlendirilmesi

Amaç: Temel yapı taşı insan emeğinden oluşan sağlık kurumlarında; çalışanların iş yaşam kalitelerinin yüksek olması, memnuniyetlerini dolayısı ile motivasyonlarını ve kuruma bağlılıklarını artırırken, tükenmişlik düzeylerinin de düşük seyretmesine katkı sağlamaktadır. Bu bağlamda araştırmanın amacı, COVID-19 pandemisi sürecinde aktif çalışan sağlık personellerinin iş yaşam kalitesi algılarının, tükenmişlik düzeylerine etkisinin adli bilimler açısından değerlendirilmesidir.

Materyal ve metot: Araştırma keşifsel ve tanımlayıcı araştırma niteliğindedir. Araştırmada Aba 'dan uyarlanan "İş Yaşam Kalitesi "Ölçeği" (70) ile Maslach ve Jackson tarafından geliştirilen, Ergin tarafından 1992 Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılan; "Maslach Tükenmişlik Ölçeği" kullanılmıştır. Araştırma pandemi sebebi ile, süreçte aktif çalışan sağlık personellerine online anket yöntemi kullanılarak, 01.02.2022-01.03.2022 tarihleri arasında kolayda örnekleme yöntemi ile yapılmış olup, neticede 324 sağlık çalışanına ulaşılmıştır. Sonuçlar yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırma verilerinden elde edilen bulgulara göre, çalışanların iş yaşam kalitesi algıları ortalamaları 39.45; tükenmişlik düzeyleri 61.40 olarak bulunmuştur. Çalışanların, iş yaşam kalitesinin medikal malpraktise etkisine katılma puan ortalamaları 3.78; tükenmişlik düzeyinin medikal malpraktise etkisine katılma puan ortalamaları 4.9'dur.

Sonuç: Çalışmada; sağlık çalışanlarının pandemi sürecinde ki iş yaşam kalitelerinin düşük olduğu ve bunun tükenmişlik düzeylerini artırdığı; aynı zamanda bu faktörlerin tıbbi hatalar üzerinde etkisi olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, iş yaşam kalitesi, sağlık personeli, tükenmişlik

ABSTRACT

Evaluation of the Effect of Work Life Quality of Actively Working Health Personnel on Burnout Syndrome in terms of Forensic Sciences during the Covid-19 Pandemic Process

Aim: In health institutions, the basic building block of which consists of human labor; The high quality of work life of the employees increases their satisfaction, thus their motivation and commitment to the institution, and contributes to the low level of burnout. In this context, the aim of the research is to evaluate the effect of the occupational life quality perceptions of the health personnel who are actively working during the COVID-19 pandemic on their burnout levels in terms of forensic sciences.

Material and method: The research is exploratory and descriptive research. In the study, the "Quality of Work Life Scale" (70) adapted from Abarbanel and developed by Maslach and Jackson, validity and reliability in Turkish by Ergin in 1992; "Maslach Burnout Scale" was used. Due to the pandemic, the research was carried out by using the online survey method to the health personnel working actively in the process, with the convenience sampling method between 01.02.2022 and 01.03.2022, and as a result, 324 health workers were reached. The results were evaluated by structural equation modeling.

Results: According to the findings obtained from the research data, the average of the employees' perceptions of the quality of work life was 39.45; burnout levels were found to be 61.40. The mean score of employees' participation in the effect of work life quality on medical malpractice was 3.78; The mean score of participating in the effect of burnout level on medical malpractice is 4.9.

Conclusion: In the study; that the quality of work life of health workers during the pandemic process is low and this increases their level of burnout; At the same time, it was concluded that these factors have an effect on medical errors.

Keywords: Covid-19, work life quality, health personnel, burnout

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DFA	: Doğrulayıcı faktör analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
QOL	: Genel yaşam kalitesi
QWL	: İş yaşam kalitesi
YEM	: Yapısal eşitlik modeli

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 3.1. Power Analizi Sonucu	25
Şekil 3.2. Araştırma Modeli	27
Şekil 4.1. İş Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait DFA Diyagramı.....	45
Şekil 4.2. Tükenmişlik Düzeyi Ölçeğine Ait DFA Diyagramı.....	48
Şekil 4.3. Model Diyagramı	52

TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Araştırma Kapsamında Yer Verilen Ölçekler ve Bilimsel Kökenleri	28
Tablo 3.2. YEM Model Uyumu ile İlgili Değerler	30
Tablo 4.1. Katılımcılara Ait Demografik Veriler.....	31
Tablo 4.2. Ölçek ve Faktör Puan Ortalamaları	32
Tablo 4.3. İş Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait Yargı İfadelerinin Ortalama Değerleri.....	33
Tablo 4.4. Tükenmişlik Düzeyi Ölçeğine Ait Yargı İfadelerinin Ortalama Değerleri ..	34
Tablo 4.5. İş Yaşam Kalitesi ve Medikal Malpraktis ile İlişkisi.....	36
Tablo 4.6. Tükenmişlik Düzeyinin Medikal Malpraktis ile İlişkisi	36
Tablo 4.7. İş Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Çalışılan Birime Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları	37
Tablo 4.8. Tükenmişlik Düzeyi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Çalışılan Birime Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları	39
Tablo 4.9. İş Yaşam Kalitesinin Medikal Malpraktise Etkisinin Çalışılan Birime Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları	40
Tablo 4.10. Tükenmişlik Düzeyinin Medikal Malpraktise Etkisinin Çalışılan Birime Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları.....	40
Tablo 4.11. İş Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının İşten Memnuniyete Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları.....	41
Tablo 4.12. Tükenmişlik Düzeyi Ölçeği ve Alt Boyutlarının İşten Memnuniyete Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları.....	42
Tablo 4.13. İş Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Ölçüm Modeli Uyum İndeksleri.....	43
Tablo 4.14. İş Yaşam Kalitesine Ait Ölçüm Modelinin Parametre Değerleri	44
Tablo 4.15. Tükenmişlik Düzeyi Ölçeğinin Ölçüm Modeli Uyum İndeksleri	46
Tablo 4.16. Tükenmişlik Düzeyine Ait Ölçüm Modelinin Parametre Değerleri	46
Tablo 4.17. Model Uyum İndeksleri	49
Tablo 4.18. Model Parametre Değerleri	50
Tablo 5.1. Araştırmaya Ait Hipotez Sonuçları.....	55

1. GİRİŞ

Biyomedikal disiplinlerde yaşam kalitesi kavramı, aslında sağlıkla ilgili yaşam kalitesine karşılık gelmektedir ve yaşam kalitesinin sağlık ve hastalıkla ilgili olan, dolayısıyla tıp tarafından ele alınabilecek yönleriyle ilgilidir. Hastalarda sağlık ve yaşam kalitesi algısı son yıllarda kapsamlı araştırmalara konu olmuştur, ancak sağlık personeli arasında yaşam kalitesine odaklanan araştırmalar azdır ve bu konuların daha iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının belirli özelliklerini anlamak ve iş yükü düzeylerinin yaşam kalitesi parametreleri ve çalışmalarının psikososyal yönleriyle ilişkisini araştırmak önemlidir. Bu araştırmalar ve farkındalıklar sağlık kurumlarında, destek ve müdahale önlemlerinin kullanımını optimize etmek ve sağlık çalışanlarının yaşamları üzerindeki olumsuz etkileri azaltmaya yardımcı olmak için kullanılabilir.

İşyerinde çalışanların beden ve ruh sağlığının iş yaşam kalitesinin önemli bir unsuru olarak göz ardı edilmesi, mesleki gerilime, personel çatışmasına, sağlıklarında bozulmalara ve görevlerini yerine getirememelerine, mesleki iletişimde kırılganlığa, memnuniyetsizliğe ve nihayetinde işten ayrılmaya neden olabilmektedir.

Pandemi dönemi ile iş yaşam kalitesi ciddi olarak düşmüş ve sağlık çalışanlarının iş yükü ve zorlukları oldukça artmıştır. COVID-19 pandemisi ile ilişkili zorluklar (örneğin, ağır iş yükü, iş baskısı, yüksek enfeksiyon riski, yetersiz kaynaklar), ön saflarda çalışan sağlık personelinin ruh sağlığını, esas olarak tükenmişlik düzeyleri açısından etkileyebilmektedir. Kişinin duygusal ve fiziksel kaynaklarının tükenmesi anlamına gelen tükenmişlik, sinizm yani işten uzaklaşma ve azaltılmış etkinlik ile karakterize, işyerindeki stres faktörlerine tekrar tekrar maruz kalmanın bir sonucu olarak, işle ilgili bir gerilimi temsil etmektedir (1). Alan yazın incelendiğinde COVID-19 pandemisi ile birlikte sağlık çalışanlarında; stres ve strese bağlı bozuklukların yoğunlaştığı, psikolojik rahatsızlıklara sık rastlandığı ve nihayetinde tükenmişlik düzeyinin oldukça arttığı görülmektedir.

Sağlık çalışanlarının tükenmişliği, azalan bakım kalitesi ve azalan hasta güvenliği ile ilişkili olduğundan, tıbbi personelin tükenmişliğinin etkin bir şekilde yönetilmesi, hem tıp sektöründeki çalışanlar hem de hastalar için sağlık sisteminin nasıl çalıştığı konusunda önemli sonuçlarla birlikte pratik çıkarımları da beraberinde getirmektedir ve mevcut veya gelecekteki salgınlara yanıt verme etkinliğine sahiptir (2). Bu durumda; sağlık çalışanları

üzerindeki yükün en aza indirilmesi, muhtemelen hastalarının yaşam kalitesini, tıbbi sonuçlarını ve sağlık personeli ile olan ilişkilerini de iyileştirecektir.

Çalışmanın temel amacı: iş yaşam kalitesinin, tükenmişliği nasıl ve ne yönde etkiliyor olduğu ve aynı zamanda kurumda sunulan hizmetler açısından iş yaşam kalitesi ve tükenmişliğin ne kadar farklılaştığı sorunlarına yanıt bulmaktır. Söz konusu çalışma ile pandemi sürecinde aktif çalışan sağlık personellerinin iş yaşam kalitesi algılarının, tükenmişlik düzeylerine etkisinin belirlenmesi hedeflenmektedir. Aynı zamanda; bu faktörlerin tıbbi hatalara etkisi değerlendirilmiştir.

Doğrudan insana hizmet eden, insanlarla yüz yüze çalışılan (doktor, hemşire, polis, öğretmen vb.) meslek gruplarında tükenmişlik ile daha sık karşılaşıldığı bildirilmiştir. Sağlık personelinin yoğun iş yükü, sıkça problemlerle karşılaşmaları, görev paylaşımında oluşan sıkıntılar, uyku düzenindeki sorunlar iş yaşam kalitesini düşürmekte ve meslek yaşamında tükenmişliğe sebep olmaktadır.

Söz konusu çalışma; içinde bulunulan pandemi sürecinde zor şartlarda, en etkin şekilde çalışan ve önemi yadsınamayacak sağlık personelinin, iş yaşam kalitesini ve tükenmişlik düzeylerini araştırmaktadır. Çalışma, iş yaşam kalitesinin düşmesi ile tükenmişlik düzeyinin artacağı, iş yaşam kalitesinin ve tükenmişliğin medikal malpraktisi etkilediği ve kurumdan memnuniyet durumu ile ilişkili olduğu şeklinde hipotezlerden oluşmaktadır.

Sağlık personelleri normal çalışma saatleri ve günleri dışında çalışmak durumunda kalmakta, acil durumlarla karşılaşmakta ve her türlü sağlık sorunda ilk başvuru noktasında yer alarak anahtar rol oynamaktadır. Bu yoğun stres altında çalışma, personelin ruhsal durumunu olumsuz etkileyerek tükenmişlik düzeyine ve yaşam kalitesine olumsuz yansıyabilmektedir. Sağlık personellerinin iş yaşam kalitesi ve tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi hem personelin yaşam kalitesi hem de verilen hizmetin kalitesi açısından önem taşımaktadır. Söz konusu çalışma bu durumdan dolayı, pandemi sürecinde sağlık çalışanlarında iş yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, tükenmişlik sendromunun erken tanınması, önlenmesi, başa çıkmada etkili yöntemlerin belirlenmesi ve iş yaşam kalitelerinin artırılması bakımından literatüre katkı

Türkiye’de sağlık kurumları sayı ve verilen hizmet çeşitliliği noktasında oldukça geniş bir kapsama sahiptirler. Bu nedenle sağlık kurumlarının tamamını, tüm çalışanları ve sağlık üzerine yapılan tüm hizmet kollarını araştırmaya dahil etmek mümkün değildir.

Bu bağlamda; araştırma bir devlet hastanesinde pandemi sürecinde aktif çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 324 sağlık çalışanı ile sınırlandırılmıştır.

Ayrıca anket formu çevrimiçi ortamda katılımcılara uygulandığı için, sadece internet erişimi olan ve ankete dahil edilen bir örneklem grubuna ulaşılmıştır. Bu durum araştırmanın diğer bir kısıtını oluşturmaktadır.

Tüm bu kısıtların var olması hasebiyle araştırma sonuçlarının Türkiye genelindeki tüm sağlık kurumlarına ve hizmet sunan tüm çalışanlara genellenmesi mümkün olmamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İş Yaşam Kalitesi Tanımı ve Tarihçesi

İş yaşam kalitesi (QWL) terimi ilk kez 1960 yılında ortaya çıkmış (3), sonrasında 1972 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmış olan uluslararası bir konferansta kullanılmıştır (2). İş yaşam kalitesi kavramı literatürde çok farklı anlamlarda kullanılmıştır. Bu çeşitlilik, çeşitli sosyal bilim disiplinlerindeki farklı QWL anlayışlarından, kurumsal sorumluluklar ve çalışan haklarının değişen görüşlerinden kaynaklanmaktadır. Çeşitli yazarlar, yüksek kaliteli bir çalışma ortamının, özerklik ve sorumluluk sağlaması, insan kapasitesini geliştirmesi, olumlu iş ilişkilerini ve denetimi teşvik etmesi, ilerleme fırsatları sağlaması ve çalışanları etkileyen kararlar üzerinde çalışanların bir miktar kontrolüne izin vermesi anlamında “zenginleştirici” bir kavram olması gerektiğini öne sürmüşlerdir (4). Davranış bilimciler, iş yaşam kalitesini çalışan memnuniyeti ile ilişkilendirmişlerdir (5). Çoğu yazar QWL'nin sadece iş tatmini olmadığı konusunda hem fikir olsa da çoğu QWL'nin göstergeleri olarak iş tatmini ölçümlerini kullanmaktadır (4).

Araştırmacılar kavramın tarihsel bir değerlendirmesini 2006 yılında sunmuşlar ve yeni bir anlam öne sürmüşlerdir: "Çalışma yaşamının kalitesi, belirli bir zamanda, bireyin hiyerarşik olarak organize edilmiş hedeflerine yönelik dinamik arayışında, bireyi bu hedeflerden ayıran boşluğun azaltılmasının yansıtıldığı bir duruma karşılık gelmektedir." Bireyin hem genel yaşam kalitesi, hem de iş yaşam kalitesi örgütsel performans ve sonuç olarak toplumun genel işleyişi üzerinde olumlu etki sağlamaktadır (6).

Çalışma hayatı kalitesi (QWL), örgütsel amaçlardan ziyade bireye odaklanan ve hem bireyin hem de örgütün sonuçlarını iyileştirmeyi amaçlayan bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. QWL, yetenekli çalışanları çekmek, elde tutmak ve yüksek kalitede performans sağlamak için en önemli faktörlerden biri olarak gösterilmektedir (7).

İnsanların işlerindeki tutum ve davranışlarının yaşam kalitelerine de yansıdığına dikkat çeken bazı sosyal bilimciler, çalışanların yaşamları ve gelecekleri hakkındaki görüşlerinin, çalışan refahı ve esenliği ile ilgili herhangi bir değerlendirmenin parçası olması gerektiğini öne sürmüşlerdir (4).

İş yaşam kalitesi; çalışanlara ödüller, iş güvenliği, kariyer geliştirme fırsatları vb. sağlayarak memnuniyeti destekleyen ve artıran elverişli çalışma ortamı olarak tanımlanmaktadır. Çalışanların kişisel ihtiyaçlarını karşılayabilen çalışma ortamının, mükemmel bir iş yaşam kalitesine yol açacak olumlu bir etkileşim etkisi sağladığı araştırmacılarca kabul edilmiştir. Araştırmacılar; ödüllendirme, terfi, tanınma ve gelişme gibi organizasyondan alınan ödüllerin çalışanların beklentilerini karşıladığında kişisel ihtiyaçlarının da karşılandığını vurgulamıştır. Bireyin iş yaşam kalitesi ile ilgili unsurlar; görev, çalışma ortamı, kurum içindeki sosyal çevre, idari sistem ve iş ve iş dışı yaşam arasındaki ilişkiyi içermektedir (8). Avrupa Yaşam Koşullarını İyileştirme Vakfı, QWL'nin kavramsallaştırılması ve ölçülmesi için dikkatle düşünülmesi gereken birbiriyle ilişkili bir dizi faktörden oluşan çok boyutlu bir yapı olduğunu belirtmektedir (9).

Günümüzde; pek çok ülkenin karşı karşıya olduğu en büyük sorunlardan biri, iş yaşam kalitesi (QWL) ve bunun genel yaşam kalitesiyle (QOL) ilişkisidir. Bilim adamları ve yöneticiler, bireyin iş yaşam kalitesinin nasıl geliştirileceğini öğrenmek amacıyla, iş yaşam kalitesi kavramına ve onu etkileyen faktörlere artan bir ilgi göstermektedir. Geliştirilmiş QWL, çalışanların memnuniyetine katkıda bulunmanın yanı sıra, kuruluşların uzun vadeli verimliliği, etkinliği ve ulusal performansı için de temel oluşturmaktadır (10).

Genel yaşam kalitesi (QOL) kadar iş yaşam kalitesi de birey tarafından deneyimlenmektedir. Çevresel koşullar bireyin yaşam kalitesi duygusunu etkileyebilmektedir. Çevresel koşullar; fiziksel koşullar (binalar, teknoloji, malzemeler, fiziksel konum), ekonomik koşullar (ücret, sosyal haklar, hizmetler), örgütsel koşullar (organizasyon yapısı, sosyal koşullar, iş tasarımı) ve benzeri gibi çok çeşitli öğeleri içermektedir (4).

Tüm bu açıklamalar ve tanımlar iş yaşam kalitesinin gerek çalışanlar gerek kurumlar ve gerekse toplum için gerekli ve önemli olduğunu göstermektedir.

2.1.1. Sağlık Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesinin Önemi

İş yaşamı, bireyin ruh sağlığı için önemli bir alandır ve bireyin özerkliği ile benlik saygısının temelini oluşturmaktadır. İşyerinin iç ve dış baskıları sık ve amansız olursa, sonunda tükenmişliğe ve işin kalitesinin değişmesine yol açmaktadır. İş yaşamının kalitesini artırma, çalışanların memnuniyetini artıran ve çevrede öğrenmelerini teşvik eden, işlerini ve iş yüklerini yönetmelerine yardımcı olan kapsamlı bir programdır.

Çalışanların iş yaşam kalitesinden memnun olmaması, konumları veya statüleri ne olursa olsun hemen hemen tüm çalışanları etkileyen bir sorundur. İş yaşam kalitesi ifadesi son yıllarda hızla gelişmiştir ancak bu ifadenin anlamı hakkında çok az fikir birliği vardır. Bununla birlikte, ifadenin en az iki ortak uygulaması vardır: Birincisi, iş yaşam kalitesi çalışanlar için iş tatmini, büyüme fırsatları, psikolojik sorunlar, güvenlik, işverenlerin çalışanlarla olan insan ilişkileri gibi bir dizi sonucu ifade etmektedir. İkincisi, iş yaşam kalitesi katılımcı yönetim, iş zenginleştirme ve güvenli çalışma koşulları gibi bir dizi görevi veya organizasyonel işlevi belirtmektedir. Bu bağlamda, iş yaşam kalitesini geliştirmeye yönelik programlar, organizasyonel verimliliği, üretkenliği artırmak ve insan kaynakları yönetimi için bir strateji olarak düşünülebilmektedir (11). Bununla beraber; çalışanların iş yaşam kalitesi uygun değilse kişisel, ailevi, sosyal, mesleki ve örgütsel alanlarda kendi sorumluluklarını alamazlar (12).

İş yaşam kalitesi, bir çalışma alınına iyi ve güzel yapan, somut ve soyut birçok faktörü kapsamaktadır. QWL, halihazırda ödül sistemleri, iş güvenliği, eğitim ve kariyer ilerleme fırsatları, iş tatmini, motivasyon, sağlık, yetkinlik becerisi ve karar vermeye katılım gibi kavramları içeren dinamik çok boyutlu bir yapıdır (13).

İş yaşam kalitesi, çalışanlar için çalışma koşullarını ve işverenler için örgütsel etkinliği iyileştirmek amacıyla çalışan memnuniyetini artıran ve koruyan işyeri stratejileri, uygulamaları ve ortamı olarak da tanımlanmıştır (14). Sağlık kuruluşlarında ise QWL, toplam çalışma ortamındaki güçlü ve zayıf yönler atıfta bulunularak tanımlanmıştır (15). Politikalar ve prosedürler, liderlik tarzı, operasyonlar ve ortamın genel bağlamsal faktörleri gibi organizasyonel özelliklerin tümü, personelin çalışma yaşamının kalitesini nasıl gördüğü üzerinde derin bir etkiye sahiptir (14).

Saraji ve Dargahi çalışması QWL'yi çalışan memnuniyetini artırmak, işyeri öğrenimini güçlendirmek ve tanımlayıcı ve analitik çalışma yürüterek çalışanların daha iyi yönetme, değişim ve geçiş yapmalarına yardımcı olmak için tasarlanmış kapsamlı, departman çapında bir program olarak açıklamıştır (14). İş yaşam kalitesi programları; işle ilgili sorunları karşılıklı olarak çözerek, işbirliği oluşturarak, çalışma ortamlarını iyileştirerek, görevleri dikkatli ve adil bir şekilde insan kaynakları sonuçlarını ve getirilerini yöneterek yeniden yapılandırarak hem kuruma hem de yönetime fayda sağlayacaktır (9).

Hosseini ve Jorjatki, kariyer tatmini, kariyer başarısı ve kariyer dengesinin sadece iyi bir iş yaşamı kalitesi elde etmek için önemli değişkenler değil, aynı zamanda bunun iş yaşam kalitesi (QWL) sistemi olduğu sonucuna varmıştır. İş yaşam kalitesi motivasyon yaratan yöntemlerin ve iş zenginleştirmenin önemli bir yoludur. Çalışan ve yöneticilerin, adil ücrete, büyüme fırsatlarına ve sürekli terfi olanaklarına daha fazla dikkat eden iş yaşam kalitesi şartları çalışanların motivasyonunu artırarak onların performansını iyileştirmektedir (16).

Bununla beraber, iş yaşam kalitesi eksikliği, daha düşük iş performansına yol açan ve kuruluşlar için önemli maliyetlere neden olan işle ilgili daha yüksek mesleki stres, kaygı ve tükenmişlik ile ilişkilidir (17).

İş yaşam kalitesinin tüm bu etkileri düşünüldüğünde tüm kurumlar için önemi yadırganamaz bir gerçektir. Bu bağlamda; insan gücü en yoğun olan, birçok farklı disiplini bünyesinde bulunduran ve insan için en önemli-zorlayıcı hizmeti yerine getiren sağlık kurumlarında çalışanlar için iş yaşam kalitesi oldukça büyük öneme sahiptir. Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesinin algılanması ve desteklenmesi, hastalara sağlanan yüksek düzeyde bakımın sağlanmasında da çok önemli bir faktördür (12).

2.1.2. İş Yaşam Kalitesi Kriterleri-Bileşenleri

İş yaşam kalitesi, kavramsallaştırmak ve ölçmek için dikkatle düşünülmesi gereken birbiriyle ilişkili bir dizi faktörden oluşan çok boyutlu bir yapıdır. Avrupa Yaşam Koşullarını İyileştirme Vakfı tarafından kavramsallaştırıldığı gibi iş tatmini, işe katılım, motivasyon, üretkenlik, sağlık, güvenlik, iş güvenliği, yetkinlik gelişimi ve iş ve iş dışındaki yaşam arasındaki denge ile ilişkilidir (9). Bu dengenin bozulması iş yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyecek ve strese neden olacaktır.

İşle ilgili yüksek düzeyde stresin olası nedenleri arasında; yorgunluk, gece vardiyası, iş yoğunluğu, stresli çalışma ortamları, hastalığın şiddeti ve iş arkadaşları veya hastalar ile çatışmalar yer almaktadır. Örneğin, yoğun bakım ünitesi doktorlarının iş yükü, fiziksel olarak zorludur, sınırlı dinlenmeye izin vermektedir ve uyku yoksunluğu, kişisel ve özel durumlarını etkileyebilecek fizyolojik stresin nesnel belirteçleri (ketonüri, aritmi veya kalp hızı anormallikleri) ile ilişkilidir. Sürekli yoğun ve aktif çalışan sağlık profesyonellerinin meslektaşları ile kişisel ilişkiler kurmak için boş zamanları olmamaktadır. Çalışma ortamı ve psikososyal faktörler de sağlık sorunlarının temel belirleyicileri olarak kabul edilmiştir (18).

Bireyin iş yaşam kalitesi ile ilgili unsurlar; görev, fiziksel çalışma ortamı, örgüt içindeki sosyal çevre, idari sistem ile iş başında ve dışında yaşam arasındaki ilişkiyi içermektedir (19). Tüm bunlar algı ve deneyimlere göre sağlığı, memnuniyeti ve iş performansını etkilemektedir (18).

İş yaşam kalitesi şunları içermektedir (9):

(i) bağımsız inisiyatif ve kendi kendini yönetmeyi gerektiren zorluklar ve durumlarla yüzleşmek için yetenek ve kapasitelerini kullanma fırsatı,

(ii) ilgili kişiler tarafından değerli olduğu düşünülen bir faaliyet,

(iii) kişinin rolünü anladığı bir aktivite,

(iv) kişinin yaptığıyla ve onu iyi yaptığından gurur duyma duygusu.

Kalra ve Ghosh'a literatür taramasına göre iş yaşam kalitesinin dokuz önemli bileşenine dikkat çekmektedir (20):

1. Çalışma ortamı
2. Organizasyon kültürü ve iklimi
3. İlişki ve işbirliği
4. Eğitim ve geliştirme
5. Tazminat ve Ödüller
6. Tesisler
7. İş tatmini ve İş güvenliği
8. İşin özerkliği
9. Kaynakların yeterliliği

Çalışma ortamı

Çalışma ortamı kişinin çalıştığı yerdir. Çalışanların bir dizi insanla etkileşime girmesi ve koordinasyon içinde çalışması gereken sosyal ve profesyonel bir ortamdır.

Güvenli ve sağlıklı çalışma koşulları, sağlığı, hizmetlerin sürekliliğini, kötü iş yönetimi ilişkilerinin azalmasını sağlamaktadır. Lau vd. QWL'yi, çalışanlara ödüller, iş güvenliği ve kariyer geliştirme fırsatları sağlayarak memnuniyeti destekleyen ve artıran elverişli çalışma ortamı olarak açıklamıştır (13).

Organizasyon Kültürü ve İklimi

Organizasyon kültürü ve organizasyon iklimi bir organizasyonun değerlerinin, vizyonunun, normlarının vb. parçası olan insanların toplu davranışlarını içeren bir dizi özellik ve politikadır. Cavry'ye 1995 göre, politikalar ve prosedürler, liderlik tarzı, operasyonlar ve genel bağlamsal ortam faktörleri gibi örgütsel özelliklerin tümü, personelin çalışma yaşamının kalitesini nasıl gördüğü üzerinde derin bir etkiye sahiptir (21).

İlişki ve İşbirliği

İlişki ve işbirliği, yönetim ve çalışanlar arasında işyeri kararı, çatışmalar ve problem çözme ile ilgili bir iletişimdir. Çalışanların gerek yönetimle gerek birbirleri ile gerekse hizmet alıcıları ile olan ilişki ve işbirliklerinin etkinliği iş yaşam kalitesinin artmasına katkı sağlamaktadır.

Eğitim ve Geliştirme

Eğitim ve geliştirme, bireylerin ve grupların performansını iyileştirmeyi amaçlayan; böylelikle işin kalitesi artırmayı amaçlayan organizasyonel bir faaliyettir.

Tazminat ve Ödüller

Tazminat ve ödüller en etkin motivasyon faktörlerindedir. İnsanların ekonomik çıkarları onları bir işte çalışmaya teşvik etmektedir, çalışan memnuniyeti en azından kısmen sunulan ücrete bağlıdır. Mirvis ve Lawler, çalışma yaşamının kalitesinin ücretler, saatler ve çalışma koşullarından duyulan memnuniyetle ilişkili olduğunu vurgulayarak, iyi bir çalışma yaşamının temel öğelerini; güvenli çalışma ortamı, adil ücretler, eşit istihdam fırsatları ve ilerleme fırsatları olarak tanımlamıştır (5).

Tesisler

Tesisler, çalışanların hem fiziksel hem de duygusal ihtiyaçlarını karşılayarak amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesinde büyük rol oynamaktadır. Tesisler yemek servisi, ulaşım, güvenlik vb. konuları içermektedir. Birçok işveren çalışanları için çalışma şartlarını düzenlemeleri noktasındaki alternatiflere izin vermeyi faydalı bulmuştur. Bu, çalışan verimliliğini ve moralini iyileştirmenin bir yoludur (9).

İş Memnuniyeti ve İş Güvenliği

İş tatmini, çalışanların işleri hakkındaki olumlu veya olumsuz düşüncelerini içermektedir. Özerklik, çeşitlilik, görev kimliği, görevin önemi ve geri bildirim gibi olumlu davranış unsurları açısından zengin işler, çalışanların memnuniyetine katkıda bulunmaktadır. Nitekim araştırmalar liderlik tarzının çalışanların iş tatminini etkilemede hayati bir rol oynadığını bulmuştur. Bogler'e göre farklı liderlik stilleri farklı çalışma ortamlarını teşvik edecek ve çalışanların iş tatminini doğrudan etkileyecektir (22).

İş güvenliği, çalışanlar üzerinde baskı yapan bir diğer faktördür. İstihdam sürekliliği çalışanlara güven vermektedir ve iş yaşam kalitelerini artırmaktadır (13). Buna karşın; küçülme, hak kazanma ve dış kaynak kullanımı gibi organizasyon değişiklikleri çalışanların sadakatini, moralini, motivasyonunu ve algılanan iş güvenliğini olumsuz yönde etkilemektedir.

QWL'nin merkezi yönü olan iş güvenliği, çalışma ortamındaki değişikliklerden bağımsız olarak kuruluşların kalıcı ve istikrarlı istihdam sağlama gücünü temsil etmektedir. Drobnic ve arkadaşları, iş güvencesi ve maaşı olan çalışanların işyerinde kendilerini rahat hissedebileceklerini ve bunun yaşam kalitelerini etkilediğini öne sürmektedir (23).

İşin Özerkliği

Özerk çalışma gruplarında çalışanlar bireylere karar verme özgürlüğü verilmektedir, bu kurumlarda çalışanlar işle ilgili faaliyetleri kendileri planlamakta, koordine etmekte ve kontrol etmektedir. Robins, QWL'nin, bir organizasyonun, çalışanların ihtiyaçlarına, işyerinde hayatlarını tasarlayan kararların alınmasında tam olarak katılmalarına izin verecek mekanizmalar geliştirerek yanıt verdiği bir süreç olduğunu öne sürmektedir (24).

Kaynakların Yeterliliği

Kaynaklar belirtilen hedeflerle eşleşmelidir; aksi takdirde, çalışanlar hedeflere ulaşamayacaklardır. Bu ise çalışan memnuniyetsizliği ve daha düşük QWL ile sonuçlanmaktadır (9).

2.2. Tükenmişlik Kavramı ve Tarihçesi

Tükenmişlik teriminin kullanımı, 1970'lerin ortalarında Amerika Birleşik Devletleri'nde, özellikle hizmet işletmelerinde çalışan insanlar arasında ortaya çıkmıştır

(25). Tükenmişlik kavramının doğuşu 1970'lerde başlamış olsa da bu, sorunun kendisinin birdenbire sahneye çıktığı anlamına gelmemektedir. İnsanların iş ortamlarında ortaya çıkabilecek zorluklar uzun zamandır önemli bir sorun olarak kabul edilmektedir (26). Bunun dışında dikkat çeken nokta ise araştırmacılar tarafından sistematik bir çalışmanın odağı haline gelmeden çok önce hem uygulayıcılar hem de sosyal yorumcular tarafından tükenmişliğin toplumsal bir sorun olarak öneminin tespit edilmiş olmasıdır (25). Tükenmişlik, bugün geniş bir meslek yelpazesinde ve birçok farklı ülkede potansiyel bir sorun olarak kabul edilmektedir (26). Tükenmişlik terimini hem önemli hem de tartışmalı kılan şey, insanların işyerindeki deneyimlerinin gerçeklerini yakalamadaki çağrıştırmacı gücüdür (25).

Tükenmişlik kavramı ilk olarak, klinik psikolog Freudenberger tarafından 1974 yılında ücretsiz klinikler hakkında bir dizi makalede rapor edilmiştir (27). Aynı zamanda, bir sosyal psikolog olan Christina Maslach, sağlık ve insan hizmeti mesleklerinde çalışan işçilerle keşif araştırması yapmış ve onların işte güçlü duygusal uyarılma ile nasıl başa çıktıklarını araştırmıştır. Görüşmeler sırasında, bazı çalışanlar psikolojik zorluklarını “tükenmişlik” olarak tanımlamış ve Maslach odağını bu fenomeni tanımlamaya kaydırmıştır. Hem Freudenberger hem de Maslach için tükenmişlik, işin özünün sağlayıcı ve alıcı arasındaki ilişki olduğu bakım ve hizmet mesleklerinde kök salmıştır. İşin bu kişiler arası bağlamı, başından beri tükenmişliğin sadece bireysel bir stres tepkisi olarak değil, bireyin işyerindeki ilişkisel işlemleri açısından incelendiği anlamına gelmektedir. Ayrıca, bu kişilerarası ilişki, dikkati bireyin duygularına ve diğer insanlarla çalışmasının altında yatan güdüler ve değerlere odaklamıştır.

Tükenmişlik kavramının tanımı ile ilgili olarak ilk yıllarda tam görüş birliği bulunmamakla beraber, tüm tanımlarda ortak olan şey, tükenmişliğin bireysel düzeyde ortaya çıkmış olması; duyguları, tutumları, güdüleri ve beklentileri içeren içsel bir psikolojik deneyim olduğu ve sorunlar, sıkıntı, rahatsızlık, işlev bozukluğu ve/veya olumsuz sonuçlarla ilgili olması bakımından birey için olumsuz bir deneyim olduğudur (26). Bir başka ifade ile tükenmişlik, “duygusal olarak zorlayıcı iş durumlarına uzun süreli maruz kalmaktan kaynaklanan fiziksel, duygusal ve zihinsel tükenme durumu” olarak tanımlanmaktadır. Bazı yazarlar tükenmişliği; kişi (kişisel/kendi) ile ilgili, müşteri ile ilgili ve iş/iş yeri ile ilgili olmak üzere üç boyutlu yorgunluk ve bitkinlik olarak değerlendirmişlerdir (28).

Tükenmişliğin temel yönleri veya boyutları açısından, bazı tanımlar tek bir boyuta odaklanırken, diğerleri birden çok boyuttan bahsetmektedir. Yıpranma, enerji kaybı, güçten düşme ve yorgunluk olarak da tanımlanmıştır; fakat üzerinde en fazla anlaşma olan ve olmaya devam eden boyut tükenmedir (25). Bazen bu tükenme fiziksel olsa da, genellikle psikolojik veya duygusal bir tükenme yani duygu ve endişe kaybı olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımların ikinci bir boyutu, başkalarına verilen tepkilerde; duyarsızlaşma, danışanlara karşı olumsuz veya uygunsuz tutumlar, sinirlilik, idealizm kaybı ve geri çekilme gibi olumsuz bir değişimleri içermesidir. Bu boyutla ilgili çoğu tartışma, onun zaman içindeki hareketini (olumsuz yönde) vurgulamış; bu hareket, aynı zamanda bir kayma, değişim, gelişme veya birikim olarak da adlandırılmıştır. Bu tanımlarda bulunan üçüncü bir boyut, depresyon, öz saygı eksikliği, düşük moral, düşük üretkenlik veya yetenek ve başa çıkamama olarak da tanımlanan kişinin kendine ve kişisel başarılarına karşı olumsuz bir tepki vermesi olmuştur. Tükenmişliğin ortak bir tanımını oluşturma konusunda daha fazla ilerleme kaydetmek için, ilk anekdot tanımlarının ve yol gösterici teori eksikliğinin ötesine geçmek gerektiğini düşünen araştırmacılar, çalışanların görüşmelerini, anketlerini ve saha gözlemlerini içeren daha kapsamlı nitel araştırmalar yapmaya başlamışlardır (26).

Bu bağlamda; Maslach ve Freudenberger'in ilk yayınları geniş çapta yeniden basılmış ve ardından kişisel vaka çalışmalarını açıklayan makaleler, başyazılar ve mektuplar çoğalmıştır. Daha sonra, daha ciddi tükenmişlik ölçütleri geliştirilmiş; bunların güvenilirliğini ve geçerliliğini belirlemek için psikometrik araştırmalar yapılmıştır. Bu tür önlemler alındıktan sonra, tükenmişlik olgusu üzerinde daha sistematik araştırmalar yapılmaya başlanmıştır.

Tükenmişlik üzerine ilk araştırmalar Amerika Birleşik Devletleri'nde yoğunlaşmış ve ardından yavaş yavaş Kanada ve Büyük Britanya gibi İngilizce konuşulan diğer ülkelere yayılmıştır. Günümüzde, dünyanın birçok başka ülkesinde tükenmişlik araştırmaları yürütülmektedir (26-29).

Tükenmişlik ile ilgili yapılan araştırmalardan ortaya çıkan sonuç, iş ortamında sürekli olarak yaşanan kişilerarası stres faktörlerine yanıt olarak iş tükenmişliğinin psikolojik bir sendrom olarak kavramsallaştırılmasıdır. Bu yanıtın üç anahtar boyutu, sinizm-işten kopma duyguları, etkisizlik ve başarı eksikliği duygusu ve yıpratıcı bir tükenmedir (25). Tükenme kavramı, tükenmişliğin temel bireysel stres boyutunu temsil etmektedir. Aşırı gergin olma duygularını ifade etmektedir ve kişinin duygusal ve fiziksel

kaynaklarının tükenmesi anlamına gelmektedir. Sinizm veya diğer adıyla duyarsızlaşma bileşeni, tükenmişliğin kişilerarası ilişki boyutunu temsil etmektedir. İşin çeşitli yönlerine olumsuz, duygusuz veya aşırı derecede kopuk bir yanıt verme anlamına gelmektedir. Azaltılmış etkinlik veya başarı bileşeni, tükenmişliğin öz değerlendirme boyutunu oluşturmaktadır. Yetersizlik duygularını ve işte başarı ve üretkenlik eksikliğini ifade etmektedir (17).

Araştırmalar; tükenmişliğin sadece strese verilen kendine özgü uyumlu bir tepki olmadığını, aynı zamanda bazı tanımlanabilir düzenlilikleri olan bir sendrom olduğunu ileri sürmüştür (26).

2.2.1. Tükenmişlik Kavramının Önemi

Son zamanlarda, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tükenmişliği, kronik stres ile karakterize edilen işle ilgili bir fenomen olarak sınıflandırmıştır. Tükenmişliğin maliyetleri günümüzde hızla artmakta ve şu anda çalışan nüfusun yaklaşık %13-25' ini etkilemektedir (17). Sürekli insana hizmet veren ve çok karmaşık bir yapıya sahip olan sağlık kurumlarında çalışanlar ise tükenmişlik sendromunu en yoğun yaşayan meslek grupları içerisinde yer almaktadır. Gerek iş yükü gerekse riski göz önüne alındığında tükenmişliğin sağlık çalışanlarına ve sağlık hizmetlerine olan etkisinin özenle incelenmesi gerekmektedir.

Tükenmişliğin hem birey hem de işyeri için önemi, onun önemli sonuçlarla olan bağlantılarında yatmaktadır. İncelenen sonuçların çoğu ise iş performansı ile ilgili olanlardır. Tükenmişliğin bir stres olgusu olarak kabul edildiği göz önüne alındığında, sağlık sonuçlarına da dikkat çekilmiştir (25).

Tükenmişlik hasta bakımının kalitesini etkilediğinden, etkili faktörlerin daha iyi tanımlanması sağlık ve tedavi hizmetlerinin kalitesini artırmak için faydalı olacaktır. Ayrıca, örgütsel hedeflere ulaşmak, işgücünün ve iş yaşam kalitesinin artırılması gibi faktörlere bağlıdır. Bu nedenle, yöneticilerin görevlerinden biri, organizasyonu ve üyelerini memnun etmek, tanımak, çalışanlarının iş ortamlarının iş yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin farkında olmak ve işletmenin amaçlarına ulaşmaktır (11).

Yüksek düzeyde duygusal zekaya sahip çalışanlar, stresle daha fazla başa çıkabildiklerinden, genellikle daha düşük tükenmişlik düzeylerine sahiptir ve bu da daha yüksek bir üretkenlik düzeyine yol açabilmektedir. Duygusal düzenleme teknikleri, bireylerin işte başarılı olduklarını hissetmelerine yardımcı olabilmektedir. Düşük başarı

duygusu tükenmişliğin boyutlarından biri olduğundan, duygusal düzenleme stratejileri bu sendromun önlenmesine yardımcı olabilmektedir (17). Bu bağlamda; tükenmişliğin ne olduğu, bu konuda ne yapılması gerektiği ve etkili çözümleri belirlemek için sürekli araştırma ihtiyacı duyulmaktadır. Araştırmacılar; tükenmişliğin nerede ve ne zaman meydana geldiğini, kiminle ve ne ölçüde meydana geldiğini, ona neyin sebep olduğunu ve neyin iyileştirdiğini vb. konuları belirlemek için tükenmişliği incelemektedirler. Hakkında farklı varsayımlara dayalı olarak yıllar içinde çeşitli önlemler geliştirilmiştir. 1980'lerin başında çeşitli tükenmişlik ölçütleri geliştirilmiş olmasına rağmen; en yaygın olarak kullanılmaya devam eden ve tükenmişlik üzerine yapılan çalışmalarda “altın standart” olarak kabul edilen birincil tükenmişlik ölçüsü üç boyutu da değerlendiren tek ölçek olan Maslach Tükenmişlik Envanteri' dir (26).

2.2.2. Maslach Tükenmişlik Envanteri

Orijinal ölçek, 1970' lerin sonlarında, sağlık ve insan hizmetleri alanında bir saha araştırması programına dayalı olarak geliştirilmiştir (2). Çalışanların diğer insanlarla (müşteriler, hastalar, öğrenciler, vb.) yoğun bir şekilde etkileşime girdiği mesleklere odaklanan ölçek tükenmişliği üç boyutta incelemektedir. Bu boyutlar sırası ile “duygusal tükenmişlik”, “duyarsızlaşma” ve “azalan kişisel başarı” dır (26). Günümüzde de bu üç boyut esas olarak araştırılmaktadır ve ölçeğin güvenilir, geçerli ve uygulanması kolay olduğu tüm araştırmacılarca kabul edilmiştir.

2.2.3. Tükenmişlik Nedenleri

Tükenmişlik, işteki kronik duygusal ve kişilerarası stres faktörlerine karşı uzun süreli bir tepkidir. Son 25 yıllık araştırmalar, yapının karmaşıklığını ortaya koymuştur ve bireysel stres deneyimini, insanların işleriyle ilişkilerinin daha geniş bir örgütsel bağlamına yerleştirmiştir. Son zamanlarda tükenmişlik üzerine yapılan çalışmalar uluslararası alanda genişlemiş ve yeni kavramsal modellere yol açmıştır (25). Tükenmişlik sendromun karakteristik özellikleri duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarıdır. Tükenmişlik sendromundan etkilenen kişiler, depresif veya endişeli semptomlardan, uyku bozukluklarından, kronik ağrı sendromlarından, kardiyovasküler veya gastrointestinal sistemin fonksiyonel bozukluklarından mustarip olabilmektedir. Tükenmişlik sendromunun başlıca nedenleri arasında düşük etkiyle birleşen yüksek talep, yeterli ödül veya tatmin olmaksızın yüksek düzeyde katılım ve

düşük düzeyde sosyal destek yer almaktadır. Tükenmişliğe karşı önleyici tedbirler arasında Balint benzeri denetim grupları yer almaktadır (30).

Freudenberger, tükenmişliği kişinin enerjisine ve kaynaklarına olan aşırı talebin neden olduğu tükenmenin son durumu olarak tanımlayarak, tükenmişliğin merkeziliğine özellikle vurgu yapmıştır (27). Tükenme kavramının, düşük uyarılmadan ziyade önceden yüksek uyarılma veya aşırı yüklenme durumunu varsaydığına dikkat çekmiştir. Bu nedenle, duygusal tükenmenin bu tanımsal bileşeni, tükenmişliği sıkıcı ve monoton çalışmaya bir tepki olarak gören diğer bazı kavramsallaştırmaların aksine durmaktadır (31). İkinci bileşen olan duyarsızlaşma da bu görüşmelerden ortaya çıkmıştır. Doğrudan insana hizmet veren kurum çalışanlarının işlerinin duygusal stresleriyle nasıl başa çıkmaya çalıştıklarını veya “merhamet yorgunluğunu” nasıl yaşadıklarını anlatmaları neticesinde (32) danışanlara karşı olan şefkatini onlardan duygusal mesafeyle yumuşatmayı, “bağımsız endişe” (33), işte etkili bir şekilde çalışmayı engelleyebilecek yoğun duygusal uyarılmadan kendini korumanın bir yolu olarak görmüşlerdir. Ancak, aşırı tarafsızlık ve çok az ilgi arasındaki dengesizlik, personelin müşterilere olumsuz, duygusuz şekillerde yanıt vermesine neden olmuştur. Bu nedenle, duyarsızlaşma performansı bozabilmekte ve bakımın kalitesine zarar verebilmektedir. Üçüncü bileşen ise, mesleki yeterliliğin öz değerlendirmesiyle ilgilidir. Çoğu zaman, duygusal kargaşa deneyimi “profesyonel olamama” (yani duygusal olmayan, havalı, nesnel) olarak yorumlanmıştır ve insanları bir hizmet kariyerinde çalışma yeteneklerini sorgulamaya yöneltmiştir. Birçok uygulayıcı, resmi eğitimlerinin onları çalışmalarının duygusal gerçekliğine ve bunun kişisel işlevleri üzerindeki müteakip etkisine hazırlamadığını hissetmiştir (26).

Tükenmişliğin olumlu antitezi olan katılıma odaklanma, tükenmişliği hafifletmeye yönelik müdahalelere yeni bakış açıları kazandırmayı vaat etmektedir. Tükenmişliğin sosyal odağı, sendromla ilgili sağlam araştırma temeli ve çalışma alanıyla olan özel bağları, insanların sağlığına ve esenliğine belirgin ve değerli bir katkı sağlamaktadır. Tam gelişmiş bir tükenmişlik sendromu vakalarında, etkilenen kişiler ya psikoterapi ya da multimodal psikosomatik tedavi görmelidir (30).

2.3. Tükenmişlik-İş Yaşam Kalitesi İlişkisi

Tükenmişlik, başarıyla yönetilemeyen kronik işyeri stresinin sonucu olarak kavramsallaştırılan bir sendromdur (34). Maslach ve Leiter tükenmişlik araştırmalarının

talep-kaynak-iş ortamı temelli üç tükenmişlik modelinin ortaya çıkmasına neden olduğunu bulmuşlardır (35). İş Talepleri-Kaynaklar bu model, insanlar sürekli iş talepleriyle karşı karşıya kaldıklarında ancak bu talepleri çözecek veya azaltacak kaynaklara sahip olmadıklarında tükenmişliğin meydana geldiği kavramına odaklanmaktadır. Benzer şekilde, Kaynakların Korunması modeli, mevcut kaynaklar sürekli tehdit edildiğinde, iş motivasyonunun azaldığını ve bunun da zihinsel sağlığın zarar görmesine yol açacağını varsaymaktadır. Yukarıdaki modellerin yeni bir varyasyonu, iş yükü de dahil olmak üzere tükenmişliğe katkıda bulunan stres alanlarına daha kişi merkezli bir yaklaşımı dikkate alan Çalışma Hayatı Alanları modelidir. Bu modeller, iş-yaşam dengesinin tükenmişliğe olan önemini vurgulamaktadır (34). Şöyle ki talep ve kaynak dengesi iş yaşam kalitesini etkilemektedir. Sağlık çalışanlarının elindeki kaynaklar ki bu kaynaklar; çalışma ortamı, zaman, kullanılan araç ve gereçler, ekipman, tıbbi cihazlar ve sağlık insan gücü olarak sıralanabilir. Bu var olan kaynaklar etkin ve verimli kullanımı iş yaşam kalitesini de etkileyecektir (36).

Bu bağlamda; Covid-19 süreci ile birlikte sağlık kurumlarına talep de daha fazla artış göstermiştir. Buna karşın kaynaklarda herhangi bir artış söz konusu olmamış; hatta azalma eğilimine girmiştir. Artan talep ve yorgunlukla birlikte, artan bir tükenmişlik riski potansiyeli açığa çıkmıştır. Yukarıda tartışıldığı gibi, tükenmişliğin çalışma hayatı modeli, iş yükünün tükenmişlikle nedensel bir bağlantısı olduğunu düşündürmektedir. Gerek pandemi süreci ile gerek artan teknoloji kullanımıyla birlikte; iş artık eve daha fazla taşındığından, iş yükü baskılarının artma potansiyeli de yüksektir (34). İş yerinde stres yaşayan sağlık çalışanları artık bu stres faktörlerine evde de maruz kalmaktadır. Bu durum ise iş yaşam kalitesinin düşmesine ve tükenmişlik düzeyinin artmasına sebep olmaktadır.

2.4. Covid-19'un Sağlık Çalışanları Üzerindeki Psikolojik Etkileri

Çin'in Vuhan şehrinde ortaya çıktıktan kısa bir süre sonra Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından pandemi ilan edilen COVID-19, yayılmaya başladığı nokta dışında birçok ülkeyi de etkisi altına almıştır ve en çok sağlık çalışanlarını etkilemiştir (37). Koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) küresel salgını, yaşama ve çalışma şeklini büyük ölçüde değiştirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, 12 Ocak itibarıyla dünya çapında 88 milyondan fazla vaka ve 1.9 milyon ölüm bildirilmiştir (38). Sağlık çalışanları, Çin'de ortaya çıkan yeni koronavirüs (COVID-19) dahil olmak üzere bulaşıcı

hastalıklara maruz kalma riski altındadır. Sağlık çalışanlarının diğer salgın hastalıklarla ilgili psikolojik risklerine odaklanan önceki literatür, sağlık çalışanlarında yüksek düzeyde kaygı, depresyon, stres ve tükenmişlik tespit etmiştir. Anksiyete gibi belirtiler ve korku, epidemiyolojik bir krizin erken evrelerinde hemen artarken, sonraki aşamalarda, depresyon ve travma sonrası stres belirtileri zamanla devam etmiştir (39). Karantinaya alınan ve virüsü taşıyan kişilerle yüz yüze çalışmak, sağlık çalışanları arasında ölüm korkusu, yalnızlık ve öfke gibi ciddi kaygılar uyandırabilmekte ve bu duygular profesyonellerde strese yol açabilmektedir (40). Nitekim; COVID-19 hastalarının tanı, tedavi ve bakımında yer alan ön saflardaki sağlık çalışanları, ön saflarda olmayanlara göre daha şiddetli anksiyete, depresyon ve stres belirtileri bildirmişlerdir (39).

Bulaşıcı hastalıklarla mücadele eden sağlık çalışanları; farklı bir kültüre uyum sağlama, aile ve sosyal ağların bozulması, izole yaşam ortamı ve uzun çalışma saatleri gibi genel döneme göre daha fazla biyo-psiko-sosyo-davranışsal risk faktörlerine maruz kalmaktadırlar bu ise tükenmişlik, ikincil travmatik stres, anksiyete ve depresyona neden olmaktadır (41).

Cai ve ark. tarafından Hubei eyaletinde 534 doktor, hemşire ve birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısı ile yapılan araştırmada, COVID-19 salgını sırasında sağlık çalışanlarının stres düzeylerinin son derece yüksek olduğu tespit edilmiştir (42). Türkiye'de yapılan bir araştırma sonucu acil serviste hizmet sunan hemşirelerin %38'inin stres yaşadığını belirlemiştir. Aynı araştırmaya göre stres yaşayan hemşirelerin meslek seçimlerinden pişmanlık duydukları ya da işi bırakmayı düşündükleri ortaya çıkmıştır (43). Jiang ve ark., Wuhan'da COVID-19 salgını sırasında sağlık çalışanlarının psikolojik semptomlarını incelemek amacıyla 310 kişiyle yaptığı araştırmada, sağlık çalışanlarının orta ile şiddetli stres altında olduğunu ve birçoğunun yüksek kaygı ve depresyon bildirdiğini göstermiştir (44). COVID-19 salgını gibi acil durumlar, sıradan sağlık hizmetlerinin sunumunda bile çeşitli zorluklar ve riskler altında çalışan sağlık çalışanları için daha riskli olabilmektedir. Bu durumlar onların şiddetli stres reaksiyonlarına maruz kalmalarına ve stres yaşamalarına neden olabilmekte ve bu da ikincil travma geliştirme ve psikolojik sıkıntı riskini artırmaktadır. Nitekim sağlık profesyonelleri üzerinde yapılan bir araştırma stres ve tükenmişlik arasında anlamlı bir pozitif ilişki olduğunu göstermiştir (45).

Yine; Wankowicz vd. acil servislerde, enfeksiyon servislerinde ve yoğun bakım ünitelerinde SARS-CoV-2 ile enfekte olan hastalarla temasta bulunan sağlık çalışanlarının anksiyete ve depresyon semptomları yaşama riskinin diğerlerine göre çok daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (46).

Luceño-Moreno ve arkadaşları İspanya'da sağlık çalışanları üzerine yaptıkları araştırmada, çalışanların yarısından fazlasında travma sonrası stres bozukluğu ve anksiyete bozukluğu ve örneklemde neredeyse yarısında depresif bozukluk tespit etmişlerdir. Çin'de geliştirilen bir başka çalışma, sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısının (%50.4) depresyon belirtileri bildirdiğini göstermektedir (47).

COVID-19 salgını sırasında tükenmişlik, kaygı ve stres bozuklukları arasındaki ilişkiyi araştıran bir başka çalışmada, doktor ve hemşirelerin tükenmişlik dahil olmak üzere yüksek düzeyde ruh sağlığı sorunları yaşadıkları bildirilmiştir (48).

İsviçre'deki Weilenmann ve arkadaşları, 1410 sağlık çalışanının tükenmişlik ve psikolojik sıkıntı (depresyon ve anksiyete) düzeyini araştırmış; sonuçta yüksek düzeyde tükenmişlik ve sırasıyla %25.9 ve %20.7' sinin klinik düzeyde anksiyete ve depresyona sahip olduklarını tespit etmişlerdir (28).

Hastalarla doğrudan temas halinde olan hekim, hemşire ve yardımcı sağlık personelinin stres, kaygı ve tükenmişlikleri hem iş performanslarını hem de sağlık durumlarını etkileyerek yaşam kalitelerini düşürebilmektedir. Sağlık çalışanlarında kriz müdahalesi sırasında veya sonucunda ortaya çıkan kaygı, zihinsel muhakeme ve soyut düşünme becerilerini bozarak dikkat ve koordinasyon eksikliğine neden olabilmektedir. Korku ve kaygı gibi çeşitli duygular problem çözme performanslarını da etkileyebilmektedir. Problem çözme yeteneğindeki azalma, bireylerin ve toplum sağlığının korunması ve yaşam koşullarının kolaylaştırılması için verilen hizmetlerin etkinliğinin azalmasına neden olabilmektedir (45).

2.4.1. Covid-19 Sürecinde Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik ve İş Yaşam Kalitesi

Bireyin görevi, çalışma ortamı, örgüt içindeki sosyal çevre, idari sistem ile iş başında ve dışında yaşam arasındaki ilişkiyi içeren iş yaşam kalitesi ile ilgili unsurlar Covid-19 sürecinde olumsuz etkilenmiş ve özellikle bu süreçte aktif çalışan sağlık personellerinin iş yaşam kalitesini düşürmüş, sürekli strese sebep olmuş ve beraberinde tükenmişliği getirmiştir.

Stres, yorgunluk ve artan iş yükü kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları gibi çeşitli sonuçlara yol açabilse de, bu durumların en olası olumsuz sonuçlarından biri sağlık hizmetlerinde artan tükenmişlik sendromudur. Salgın sırasında giderek yayılan virüse yakalanma riskinin hem sağlık çalışanları hem de yakınları için hastalanma kaygısını artırdığı ve dayanıklılık gerektiren görevlerin yerine getirilmesinde tükenmişliğe yol açtığı bilinmektedir (45). Pandemi nedeniyle sağlık çalışanları, pandeminin tüm dünyaya yayıldığı Mart 2020'den bu yana benzeri görülmemiş bir stres düzeyine maruz kalmaktadır (38). Bu aşırı stres duygusu ise tükenmişliği beraberinde getirmektedir. COVID-19 sürecinde; tükenmişlik, kişisel başarı kaybı ile birlikte kronik bir psikolojik durum, fiziksel ve zihinsel yorgunluk duyguları ve ön saflardaki sağlık çalışanlarının duyarsızlaşması ile mücadele önemli bir endişe kaynağı haline gelmiştir. Zaten doğası gereği tükenmişlik sağlık çalışanları arasında yaygındır. Bir kavram olarak tükenmişlik, profesyonellerde gelişen hayal kırıklığı ve güçsüzlük duygularıyla ilişkili, iş yerindeki olumsuz tutumları ifade etmektedir. Alan yazın sağlık çalışanlarının tükenmişlik için yüksek riskli bir grup olduğunu ortaya koymaktadır ve bu sendromun belirtilerini taşıyan çalışanların iş performanslarının düştüğünü; aynı zamanda daha az tatmin olduklarını göstermektedir (38-39).

COVID-19' u hastalara, iş arkadaşlarına ve aileye potansiyel olarak bulaştırma riskinin artması, yeni ve sürekli değişen protokollerle çalışmak, daha ağır ve daha stresli bir iş yükü ile uğraşmak, sınırlı kişisel koruyucu ekipman, kritik hastalara bakmak zorunda kalmak gibi sorunlar iş yaşam kalitesini düşürmüş ve tükenmişliği artırmıştır. Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı çalışma koşullarıyla ilişkili uzun süreli stres ve semptomatoloji, pandemi öncesinde zaten bir endişe kaynağı iken bu ek zorluklarla beraber daha da şiddetlenmiştir. Portekiz'de yapılan iki araştırma, sağlık profesyonelleri arasında yüksek bir tükenmişlik oranı bildirmiştir (28).

COVID-19 gibi salgın dönemlerinde, uzun çalışma saatleri, virüsle yakın temas yükü ile hastalanma kaygısı ve en önemlisi sağlık mesleğini riske atan sağlık çalışanlarının verdiği emeği değersizleştiren her türlü söylem ve yaklaşım tükenmişliğin en önemli nedenlerindedir. Tükenmişlik daha çok "sağlık" gibi insanlara doğrudan hizmet eden ve insan ilişkilerinin önemli olduğu mesleklerde çalışan kişilerde görülmektedir. Salgın dönemi dışında yapılan çalışmalarda da hem ülkemizde hem de dünyada sağlık çalışanları arasında yüksek düzeyde tükenmişlik bildirilmiştir (49). Bu bağlamda; Matsuo ve diğerleri Japonya'da 488 sağlık çalışanları arasında tükenmişliğin

yaygınlığını araştırmak için ilk kesitsel çalışmayı Nisan 2020'de gerçekleştirmiş ve genel tükenmişlik prevalansının %31.4 olduğunu bildirmiştir. Yazarlar ayrıca hekim olmamanın tükenmişlikle ilgili önemli faktörlerden biri olduğunu belirtmişlerdir (50).

Tükenmişliğin yaygınlığını ve bununla ilişkili faktörleri araştırmak için çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Ancak, sağlık çalışanlarının tükenmişliği ile ilgili faktörler hakkında tek tip bir model yoktur. Amanullah ve arkadaşları COVID-19' a maruz kalmanın artan tükenmişlik ile ilişkili olmadığını bildirmiştir (51). Buna karşılık, diğer kesitsel araştırmalar, COVID-19 ile sık temasın psikolojik yük ve tükenmişlikle ilişkili en önemli faktör olduğunu kaydetmiştir (38).

Tükenmişlik sağlığı etkileyerek fiziksel ve psikosomatik semptomatolojinin ve depresyonun gelişmesine yol açabilmektedir. Tükenmişlik bakımın kalitesinin düşmesine, sağlanan sağlık hizmetlerinde hataların artmasına, daha fazla tıbbi izin ve devamsızlık oluşumuna neden olabilmektedir. Ayrıca, çok yoğun kriz durumlarına maruz kalan tüm bireylerin duygu durum bozukluklarından mustarip olmadığını, dayanıklılığın koruyucu bir değişken ve tükenmişliği koruyan bir faktör olarak hayati önem taşıdığını da belirtmekte fayda vardır (28).

2.5. Medikal Malpraktis ile İş Yaşam Kalitesi ve Tükenmişlik İlişkisi

Medikal malpraktis (tıbbi uygulama hataları), son yıllarda giderek artan bir şekilde gündeme gelmekte ve toplumun ilgisini oldukça çekmektedir. Çünkü tıbbi uygulama hatası, dünya çapında önde gelen morbidite ve mortalite nedenidir. Adli bilimlerin önemli konularından biri olan medikal malpraktis günümüzde birçok hukuk davalarına da konu olmaktadır. Bu bağlamda; kavramın öneminin farkında olunması, sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ile tükenmişlik düzeylerinin medikal malpraktis üzerinde etkisinin bilinmesi, gerek toplum sağlığı açısından gerekse sağlık çalışanlarının etkin hizmet verebilmesi ve kaliteli sağlık hizmeti sunumu açısından önem arz etmektedir.

Dünya Tabipler Birliği'ne göre tıbbi uygulama hatası; “hekimin veya sağlık personelinin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarardır” olarak tanımlanmıştır. Başka bir ifadede ise medikal malpraktis “hekimliğin kötü uygulanması (malpraktis); ilgisizlik, bilgisizlik ya da deneyimsizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi” (52) olarak belirtilmiştir.

Tıbbi uygulama hataları; ilacın uygulama talimatından sapması ile ilgili olan ve çoğu önlenebilir olan “ilaç hatası; hastaya doğru ve zamanında teşhis konulmaması veya

hastaya iletilmesinde yaşanan sorunu ifade eden “tanı hatası”; uygulanan tedavinin yanlış ya da eksik olması anlamına gelen “tedavi hatası”; cerrahi hatalar, hasta kimliğinde yanlışlık, hastanın düşürülmesi, hasta güvenliği konularını içeren “hasta güvenliği hataları” ve sistem yetersizliklerine bağlı gelişen, hastanenin teknik yapısı ve idari yapısının sebep olduğu veya kullanılan tıbbi cihaz ve malzemelerdeki bozukluklar, yetersizliklerden kaynaklı “diğer tıbbi hatalar”; çalışanların bilgi eksikliği, dikkatsizliği veya ihmali sonucunda açığa çıkan “çalışanlara bağlı tıbbi hatalar” (53) olarak sıralanabilir. Kök nedenlerine göre tıbbi hatalar ise; “işe bağlı hatalar”, “ihmallere bağlı hatalar” ve “uygulamaya bağlı hatalar” olarak üç farklı grupta incelenebilmektedir (54-55).

Tüm bu tıbbi hataların gerek kurumlara, gerek çalışanlara ve gerekse hasta ve yakınlarına ciddi negatif etkilerinin olduğu alan yazınca açıktır. Bu zararlar; hastanın hayatını kaybetmesi, sakatlanması, uzun süre hastanede yatması, tedavi sürecinin uzaması, yeni sakatlanmaların ya da komplikasyonların iyileştirilmesi, tekrar eden laboratuvar testleri, yinelenen ilaç tedavisi gibi yeni maliyetlerin oluşmasına sebep olması, sağlık hizmeti sunan çalışanlarda moral ve motivasyona yönelik kayıpların oluşması, toplum nezdinde sağlık sisteminden memnun olmama durumu ve sağlık çalışanlarına güvensizliğin meydana gelmesi; aynı zamanda tıbbi hatanın alternatif eksileri ve toplum gözünde oluşturduğu manevi problemler olarak sıralanabilir (56).

Medikal malpraktis gerek hizmet sunucusuna gerek alıcılara verdiği bu geri dönüşü olmayan zararların yanın sıra, dafansif tıpı da beraberinde getirmektedir. Defansif tıp: “Hekimlerin kendilerini tıbbi malpraktis davalarına karşı korumak amacı ile tanı ve tedaviye yönelik gereksiz işlemler kullanmaları veya malpraktis davası ile sonuçlanma riski yüksek tıbbi uygulamaların sorumluluğunu almamak için, bu tür uygulamalardan kaçınmaları” dır (57). Nitekim; medikal malpraktis davalarının dünya genelinde geçen dönem arttığı ve davaların gerek kurumlara gerekse hizmet sunucularına ciddi maddi ve manevi külfet yüklediği; bununla beraber malpraktis davalarının tükenmişlik, depresyon ve intihar düşünceleri ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu alan yazınca kabul edilmiştir (58-60). Bu durum ise sağlık bakım kalitesinin etkinliğini, verimliliğini ve kalitesini olumsuz yönde etkilemekte, toplumun sağlık düzeyini düşürmektedir.

McNutt ve arkadaşları, tıbbi hata sebeplerini insan (beşeri) faktörleri, kurumsal faktörler ve teknik faktörler olmak üzere üç grupta incelemiştir (61). Alan yazın incelendiğinde; bu faktörlerin altında toplanmış olan tıbbi hataların artmasına sebep olan

hususlar; sağlık kurumlarında insan gücünün sayı ve nitelik bakımından eksik olması, uzun süreli çalışma mesailerini ve beraberinde gelen yorgunluk, mantık hataları, sağlık çalışanlarının büyük orandaki iş yükü, tedavi uygulamalarında ki vakit baskıları, takım liderliği konusundaki eksiklik (62), çalışanlarda iletişim ve iş birliği eksikliği (63), aşırı stres (64), yeterli olmayan eğitimler (ki bu eğitim eksikliği; yanlış teşhis konulması, tedavinin eksik ya da hatalı uygulanması, görüntüleme hizmetlerinden gelen yanlış raporlamalar, hekim talimatlarının yardımcı sağlık çalışanınca yeterli uygulanamaması gibi birçok tıbbi hatayı beraberinde getirmektedir) (65); iş yeri yapısı, politikalar, idari/finansal yapılanma, liderlik, iş bölümünün yanlış yapılması, yetersiz otomasyon ve tıbbi cihaz ile malzemeler (61) olarak sıralanabilir.

Sağlık bakım hizmetlerinin kişilere hiçbir zarar veya yan etkileri olmadan verilmeyeceği belirtmekle birlikte (64) bunun en aza ve en zararsız noktaya indirgenmesi önem arz etmektedir.

Sağlık çalışanlarının sürekli olarak stresli ortamlarda çalışmaları, nöbet sistemi, çalışma saatlerinin uzun olması, sağlık insan gücü eksikliği vb. gibi iş yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bu durumların tıbbi hata eğilimini arttırdığı açıktır. İş ortamında ki aksaklıklar, çalışanların dikkatlerinin dağılması, işlerini zamanında ve etkin yapamamaları, sağlık problemleri, motivasyon kaybı, stres düzeylerinin artması gibi birçok olumsuz sonucu beraberinde getirmektedir. Bu durumlar ise gerek süreçle ilgili gerek teknik sebeplerle gerekse çalışanlardan kaynaklı tıbbi hata oranların artmasına sebebiyet vermektedir. Bu bağlamda iş yaşam kalitesinin etkinliği beraberinde doğru hizmet ve tıbbi hataların en aza inmesi sonucunu doğurmaktadır.

Tüm bunların yanında iş yaşam kalitesinde eksiklik sürekli stresle beraber tükenmişlik oranını da artırmaktadır. Bireyleri pek çok açıdan etkileyen, tükenmişliğin etkileri ilk zamanlarda küçük görünmektedir; fakat zaman geçtikçe birçok olumsuz sonucu beraberinde getirmektedir. Motivasyon eksikliğine bağlı olarak, sabah erken kalkma konusunda zorlanmak, düşük enerji gibi nedenler çalışma yaşamının gergin ve stresli geçmesine neden olabilmektedir. Zamanla bu durum psikolojik ve fiziksel hastalıklara yatkınlığın artmasına neden olabilmektedir. Tüm bu durumlar tükenmişliğe neden olmaktadır. Tükenmişlik yaşayan çalışanda ise aile yaşantısında bozulma, işten ayrılma, hastalara karşı davranışlarda olumsuz tutumlar gösterme, memnuniyetsizlik, iş tatminsizliği, iletişimde zorlanma görülebilmektedir.

Tüm bunların sonucunda sağlık çalışanı, hastalara uzun zaman ayırmamakta, iletişimde sorunlar yaşamakta, motivasyonu azalmakta, daha gergin ve sinirli davranışlar sergilemekte ve kendini bitkin hissetmektedir. Hizmet verdiği kişileri yeterince umursamayan ve yeterli ilgi göstermeyen çalışan artık onları insan olarak değil bir nesne gibi algılamakta ve onlara nezaketsiz tutum ve davranışlar sergilemektedir. Bu durum ise sadece tükenmişlik yaşayan kişiyi değil, aynı zamanda çalıştığı arkadaşlarını da olumsuz yönde etkileyerek onların motivasyonunu azaltmaktadır. Tüm bunlar ise çalışanlara bağlı tıbbi hataların artmasına sebep olmaktadır (66).

3. MATERYAL VE METOT

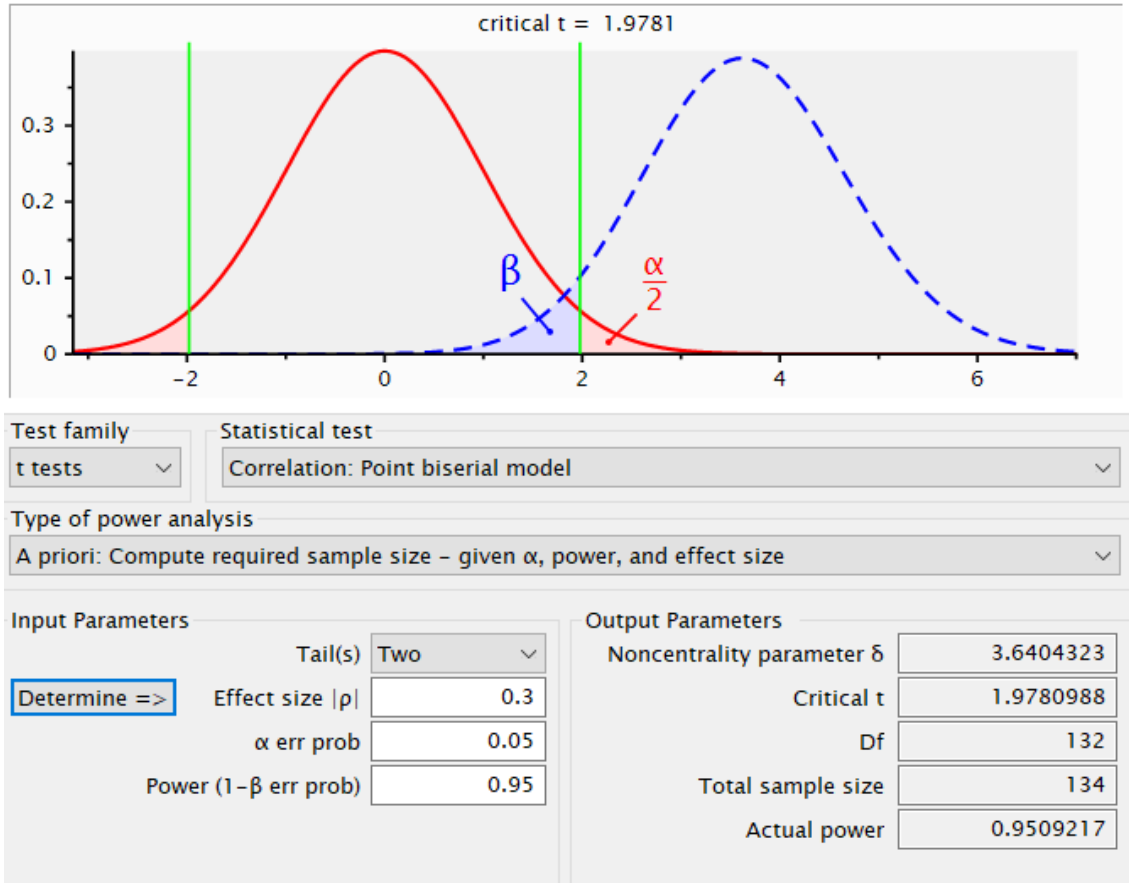
Araştırma keşifsel ve tanımlayıcı araştırma niteliğindedir. Teorik ve uygulama bölümlerinden oluşan araştırmanın teorik bölümünde konu ile ilgili yazın taranmış ve ikincil veriler toplanarak keşifsel araştırma yapılmıştır. Uygulama bölümünde ise anket metninin hazırlanması, uygulanması, sonuçların analiz edilmesi ve yorumlanması ile de tanımlayıcı nicel araştırma gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın modeli tarama modellerinden ilişki model olarak oluşturulmuş ve yapısal eşitlik modeliyle test edilmiştir. Yapılan çalışmanın alan araştırması, çevrimiçi ortamdan uygulanan anketlerle gerçekleştirilmiştir. Anketin uygulanması için gerekli kurum ve etik kuruldan izin alınmıştır.

3.1. Evren-Örneklem/Çalışma Grubu

Evren sayısı hastane veri sisteminden ve ilgili yetkiliden 1820 olarak tespit edilmiştir. Araştırmada örneklem yöntemi olarak en kolay ulaşılabilen katılımcının, en ideal olduğunu kabul eden ve katılımcı bulma süreci arzu edilen örneklem büyüklüğüne ulaşıncaya kadar devam ettirilen “kolayda örnekleme” yöntemi tercih edilmiştir. Bu yöntemle göre, 01.02.2022-01.03.2022 tarihleri arasında gönüllü olarak ankete katılmayı kabul eden sağlık çalışanları araştırma kapsamına alınmıştır.

Örneklem yöntemi belirlendikten sonra örneklem hacminin hesaplanması gerekmektedir. İstatistiksel formüller neticesinde, örneklem sayısı 318 olarak hesaplanmıştır. Bununla beraber yapılmış olan benzer çalışmaların verileri ile yapılan power analizi sonucunda % 95 güç oranında gerekli olan örneklem sayısının 134 kişi olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar neticesinde örneklem olarak 318 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir.

Araştırmanın amacına ve örnekleme en yakın üç çalışma (67-69) power analizi için incelenmiş olup; analiz sonuçları Şekil 3.1’ de verilmiştir.



Şekil 3.1. Power Analizi Sonucu

Bu bağlamda; Karagöz, “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde” çalışan hemşirelerin iş-yaşam kalitesi ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceldiği ve 80 hemşire ile çalıştığı araştırma sonucunda korelasyon değerini -0.381 olarak tespit etmiştir (68).

Sağlam 198 engelli ve yaşlı bakım personeline uyguladığı araştırmanın sonucunda çalışanların tükenmişlik düzeyi ile çalışma yaşamı kalitesi algıları arasında negatif yönlü (-0.490) anlamlı ilişki saptanmıştır (69).

Burak vd. (67), Bingöl ilinde çalışan 119 doktorla gerçekleştirmiş oldukları araştırmada iş yaşam kalitesi ile mesleki tükenmişlik arasındaki ilişkiyi tespit etmeyi amaçlanmıştır. Araştırma sonucunda, iş yaşam kalitesi ve tükenmişlik arasında anlamlı ilişki (0.463) olduğu tespit edilmiştir.

Bu değerler ışığında üç çalışma için de yapılan power analizi sonucunda % 95 güç oranında ulaşılması gereken kişi sayısının 134 olduğu Şekil.1’de görülmektedir.

Bunun dışında araştırma için ilgili hastane yetkililerinden alınan evren sayısı 1820 sağlık personelidir. Bu bağlamda; örneklem sayısını tespit etmek için Raosoft programından ve

$$n = \frac{N * p * q * Z^2}{(N - 1) * d^2 + Z^2 * p * q}$$

Formülünden yararlanılmıştır.

Burada;

n=1820;

d= 0.05;

p =0.50; q (1-p)=0.50;

Z_{α} : $\alpha=0.05, 0.01, 0.001$ için sırasıyla 1.96, 2.58, 3.28;

Yukarıdaki değerler formülde yerine konulduğu zaman, % 95 güven düzeyinde, % 5 hata payında örneklem hacmi 318 kişi olarak belirlenmiştir. Raosoft programı ile de bu sonuç test edilmiştir.

Örnek boyut hesaplayıcı

Hangi hata payını kabul edebilirsiniz? % 5 yaygın bir seçimidir. %

Hangi güven seviyesine ihtiyacınız var? Tipik seçenekler% 90, % 95 veya% 99'dur. %

Nüfus büyüklüğü nedir? Bilmiyorsanız, 20000'i kullanın.

Yanıt dağılımı nedir? Bunun% 50 olarak bırakın. %

Önerilen örnek boyutunuz: **318**

Hata payı, tahammül edebileceğiniz hata miktarıdır. Cevap verenlerin% 90'ı evet cevabını verirken, % 10'u hayır cevabını verirse, cevaplayanların 50-50 veya 45-55'e bölünmesine kıyasla daha büyük miktarda hatayı tolere edebilirsiniz. Daha düşük hata payı, daha büyük bir örnek boyutu gerektirir.

Güven seviyesi, tahammül edebileceğiniz belirsizlik miktarıdır. Anketinizde 20 evet-hayır sorunuz olduğunu varsayalım. % 95 güven düzeyiyle, sorulardan biri için (20'de 1), evet yanıtı veren kişilerin yuzdesinin , gerçek yanıtın uzaktaki hata payından daha fazla olmasını beklersiniz. Doğru cevap, herkesle kapsamlı bir şekilde röportaj yaparsanız elde edeceğiniz yuzdedir. Daha yüksek güven seviyesi, daha büyük bir örnek boyutu gerektirir.

Rastgele örneğinizi seçebileceğiniz kaç kişi var? Örnek boyutu, 20.000'den büyük popülasyonlar için çok fazla değişmez.

Her soru için sonuçların ne olmasını bekliyorsunuz? Örnek şu ya da bu şekilde oldukça çarpıksa, popülasyon muhtemelen de öyledir. Bilmiyorsanız, en büyük örnek boyutunu veren% 50'yi kullanın. Bu kafa karıştırcıysa, **daha fazla bilgi** altında aşağıya bakın.

Bu, anketinizin önerilen minimum boyutudur. Bu kadar çok kişiden oluşan bir örnek oluşturursanız ve herkesten yanıt alırsanız, anketinize yalnızca örneklerin küçük bir yuzdesinin yanıt verdiği büyük bir örneklemeden alacağınızdan daha doğru bir yanıt alma olasılığınız daha yüksektir.

Vovici ile yapılan çevrimiçi anketlerin tamamlanma oranları% 66'dır!

Örneklem büyüklüğünde	100	200	300	Güven düzeyi ile	90	95	99
Hata payınız	% 9,53	% 6,54	% 5,17	Örnek boyutunuzun olması gerekir	236	318	487

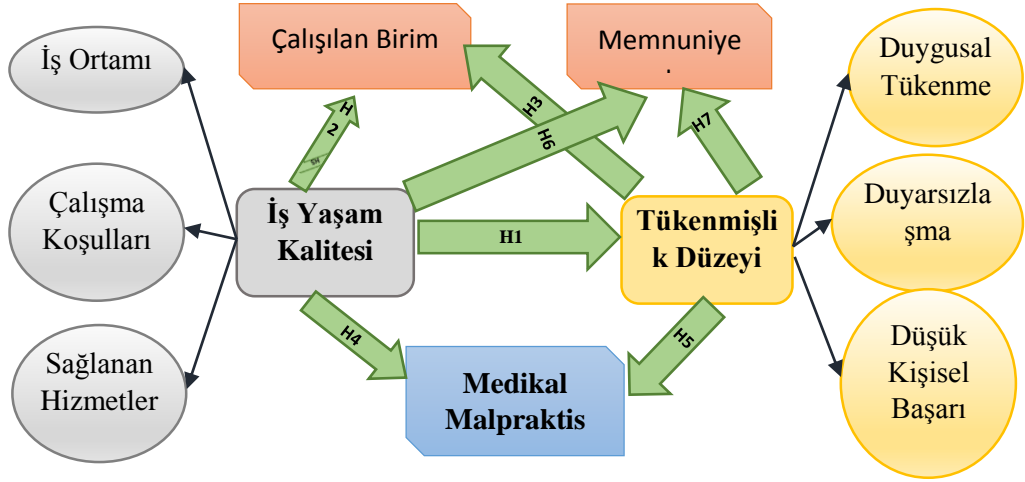
Çabadan tasarruf edin, zamandan tasarruf edin. Anketinizi çevrimiçi olarak Vovici ile gerçekleştirin .

Anketi 338 kişi yanıtlamıştır. Ölçeğin okunarak cevaplandığından emin olmak için maddeler arasına yerleştirilmiş deneme soruları yardımı ile anketi okumadan cevaplayan katılımcılar değerlendirme dışında tutulmuş (14 kişi) ve sonuç olarak hedeflenmiş olan 318 kişiye ulaşıldığı, örneklem sayısının 324 kişi olduğu belirlenmiş ve veri toplama süreci tamamlanmıştır.

3.2. Araştırma Modeli

Araştırmanın amacı ışığında hazırlanmış araştırma modeli Şekil 3.2' de verilmiştir.

Bu modelde bağımsız değişken olan dışsal değişken ile bağımlı değişken olan içsel değişkenin arasındaki ilişkinin yönü ve şiddeti belirlenmektedir.



Şekil 3.2. Araştırma Modeli

Bu bağlamda; araştırmanın amacı doğrultusunda geliştirilen modele göre araştırmanın problem cümlesi ve hipotezleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

Problem cümlesi: İş yaşam kalitesinin sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyine etkisi var mıdır?

H₁: İş yaşam kalitesi sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyini etkilemektedir.

H₂: Sağlık kurumunda çalışılan birime göre iş yaşam kalitesi farklılık göstermektedir.

H₃: Sağlık kurumunda çalışılan birime göre tükenmişlik düzeyi farklılık göstermektedir.

H₄: İş yaşam kalitesinin medikal malpraktis üzerinde etkisi vardır.

H₅: Tükenmişlik düzeyinin medikal malpraktis üzerinde etkisi vardır.

H₆: Çalışılan kurumdaki duyulan memnuniyet düzeyinin iş yaşam kalitesi algısı üzerinde etkisi vardır.

H₇: Çalışılan kurumdaki duyulan memnuniyet düzeyinin tükenmişlik düzeyi üzerinde etkisi vardır.

3.3. Verilerin Toplanması

Elde edilen verilerin, bilgisayar ortamında SPSS programı aracılığıyla: Sosyo-Demografik verilerin dağılımının betimsel analizi, kullanılacak ölçeklerin faktörlerine ilişkin güvenilirlik ve geçerlilik analizleri, demografik verilerle ölçek ilişkilerini ölçen ANAVO testi yapılmıştır. Araştırma ölçekleri ve ölçek faktörlerinin her biri için aralarındaki ilişkiyi incelemek üzere AMOS programı aracılığıyla: yapısal eşitlik modellemesi kullanılmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak çevrimiçi anket yöntemi kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan anket formu beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde çalışanların demografik özellikleri, çalışma alanlarına dair sorular ile kurumdan memnuniyet düzeyleri sorulmuştur.

İkinci bölümde Aba’ dan uyarlanan İş yaşam Kalitesi Ölçeği’ ne ait yargı ifadelerine yer verilmiştir. Ölçek “iş ortamı” (7 madde), “çalışma koşulları” (6 madde) ve “sağlanan hizmetler” (3 madde) olarak üç boyuttan ve 16 maddeden oluşmaktadır.

Üçüncü bölümde Maslach ve Jackson tarafından geliştirilen ve Ergin tarafından 1992 yılında Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılan; “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” ne ait yargı ifadelerine yer verilmiştir (71). Ölçek “duygusal tükenme” (9 madde), “duyarsızlaşma” (5 madde) ve “düşük kişisel başarı” (8 madde) olarak üç boyuttan ve 22 maddeden oluşmaktadır.

Son olarak ise iş yaşam kalitesinin ve tükenmişlik düzeyinin medikal malpraktise etkisi sorulmuştur. Araştırma kapsamında kullanılan ölçeklerin bilimsel kökenleri Tablo 3.1’ de verilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırma Kapsamında Yer Verilen Ölçekler ve Bilimsel Kökenleri

Kullanılan Ölçek	Ölçek Boyutları	Bilimsel Kökenleri
İş Yaşam Kalitesi (16 madde)	İş Ortamı (7 madde)	Aba (2009)
	Çalışma Koşulları (6 madde)	
	Sağlanan Hizmetler (3 madde)	
Tükenmişlik Düzeyi (22 madde)	Duygusal Tükenme (9 madde)	Maslach and Jackson (1981). Ergin (1992)
	Duyarsızlaşma (5 madde)	
	Düşük Kişisel Başarı (8 madde)	

3.4. Verilerin Çözümlemesi

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde “SPSS” ve “IBM AMOS 23” programlarından faydalanılmıştır. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlarının yanı sıra, “güvenilirlik analizi” ve “doğrulayıcı faktör analizi” (DFA) yapılmıştır, son olarak ise yapısal eşitlik modelleme (YEM) yöntemi kullanılmıştır.

Araştırmadaki ölçek ifadelerin güvenilirliklerini test etmek amacıyla öncelikle iç tutarlık analizi yapılmış, ardından ölçeğin örneğe uygunluğunu test etmek amacıyla birinci düzey çok faktörlü DFA modeli kullanılmıştır.

Araştırmanın hipotezleri iş yaşam kalitesi ile tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişkiyi ölçen bir yapısal eşitlik modeli kurularak AMOS ile test edilmiştir.

3.4.1. Yapısal Eşitlik Modeli (YEM)

Model; faktör ve regresyon analizlerinin bir kombinasyonu olup, birden çok regresyon analizini aynı anda çözümleyebilen, yol (path) ve yol katsayıları (path coefficients) vasıtasıyla doğrusal ilişkileri yordayabilen oldukça kullanışlı ve faydalı bir yöntemdir. YEM’ de adı geçen gizil değişkenler; algılanan hizmet kalitesi, güven, sadakat gibi soyut kavramları ifade etmekte olup, doğrudan doğruya ölçümlenemeyen bu gizil değişkenlerin, araştırmacı tarafından minimum üç gözlenebilir değişken ile ilişkilendirilmesi gerekmektedir (72).

YEM’ de bağımlı ve bağımsız değişkenler yerine içsel (endogenous) ve dışsal (exogenous) değişken terimleri kullanılmakta olup; süreç teorik temeller üzerine inşa edilmiş güçlü bir modelin kurgulanmasıyla başlayıp, nedensellik bağıını temsil eden yol analizi vasıtasıyla yapısal eşitliklerin oluşturulması ve ölçüm modeli uyum düzeylerinin değerlendirilmesi ile devam etmektedir. Son olarak gerekli modifikasyonlar sonrasında geçerli bir modelin ortaya konulup konulamadığı raporlandırılmaktadır (73).

YEM modelinin kullanılabilmesi için, verilerin normal dağılımdan gelmesi gerekmektedir. Aynı zamanda değişkenler arasında çoklu bağlantı bulunmaması gerekmektedir. Bu bağlamda; YEM kapsamında sınanmaya çalışılan modelin, o model için toplanmış olan verilerin ne düzeyde uygun olduğuna ilişkin genel durumu gösteren “uyum indekslerinin” incelenmesi oldukça önemlidir. Model uyumu (model fit) için, model ile veri arasındaki uyumu test ederken, bu değerlerden birkaçı kullanılabildiği gibi, hepsinin de kullanılması tercih edebilir. Bu uyum iyiliği istatistiklerinden hangisinin

kullanılacağına dair alan yazında tam bir uzlaşma bulunmamaktadır (74). YEM kapsamında en fazla yardımına başvuru ve dolayısıyla bu çalışma kapsamında da yer verilen indeksler ve uyum değerleri Tablo 3.2’de yer almaktadır.

Tablo 3.2. YEM Model Uyumu ile İlgili Değerler

	Uyum Ölçütleri	Mükemmel Uyum Değerleri	Kabul Edilebilir Uyum Değerleri
CMIN/DF	χ^2 /Serbestlik Derecesi (sd)	≤ 3	$\leq 4-5$
GFI	İyilik Uyum İndeksi	≥ 0.900	0.890-0.850
AGFI	Düzeltilmiş İyilik Uyum İndeksi	≥ 0.900	0.890-0.850
NFI	Normlaştırılmış Uyum İndeksi	≥ 0.950	0.940-0.900
IFI	Artırmalı Uyum İndeksi	≥ 0.950	0.940-0.900
TLI	Tucker-Lewis İndeksi	≥ 0.950	0.940-0.900
CFI	Karşılaştırmalı Uyum İndeksi	≥ 0.970	≥ 0.950
RMSEA	Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü	≤ 0.05	0.060-0.080

Kaynak: 72-74-75 ‘den uyarlanmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma neticesinde elde edilen veriler değerlendirilmiş ve tüm bulgular sistematik bir şekilde sunulmuştur. Bu bağlamda ilk olarak katılımcılara ait demografik verilere yer verilmiştir. Devamında her bir ölçek için normallik dağılımları, ölçek ortalamaları ve DFA analizleri verilmiştir. Sonrasında ölçeklerin her biri için sırası ile çalışma verileri temelinde parametrik test sonuçlarına (Anova) yer verilmiştir. Son olarak araştırmanın temeli olan YEM modelleri şekil ve tablolarla raporlanmıştır.

4.1. Çalışmaya Ait Frekans Analizleri

Bu başlık altında katılımcıların cinsiyetleri, yaşları, medeni durumları, eğitim düzeyleri, meslekleri, aylık ortalama gelir düzeyleri ve sosyal güvenceleri incelenmekte son olarak ise değerlendirdikleri sağlık kurumlarının özelliklerine yer verilmektedir. Katılımcılara ait demografik veriler Tablo 4.1' de verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcılara Ait Demografik Veriler

Değişken	f	%	Değişken	f	%		
Cinsiyet	Kadın	163	50.3	Medeni Durum	Bekar	145	44.8
	Erkek	161	49.7		Evli	179	55.2
Eğitim Düzeyi	Lise	26	8.0	Görev Tecrübesi	1 yıldan az	12	3.7
	Ön lisans	76	23.5		1-5 yıl arası	146	45.1
	Lisans	165	50.9		6-10 yıl arası	113	34.9
	Lisans Üstü	57	17.6		11-15 yıl arası	32	9.9
Çalışılan Birim	Covid-19	56	17.3	15 yıldan fazla	21	6.5	
	Servis	65	20.1	Hekim	30	9.3	
	Poliklinik	65	20.1	Hemşire	106	32.7	
	Acil Servis	59	18.2	Fizyoterapist	27	8.3	
	Ameliyathane-	45	13.9	Psikolog	13	4.0	
	Yoğun B.			Diyetisyen	13	4.0	
	Diğer	34	10.5	Sağlık Teknikeri	91	28.1	
İş Memnuniyeti	Memnun Değil	95	29.3	Diğer	44	13.6	
	Kısmen	133	41.0	TOPLAM	324	100	
	Memnun	96	29.6				
	Memnun						

Katılımcıların cinsiyeti hemen hemen eşit dağılım göstermektedir. Yarısından fazlası evlidir. Katılımcıların eğitim düzeyi ağırlıklı olarak lisans seviyesindedir. Çalışmaya katılan 324 katılımcıdan lisans dışında kalan 159 katılımcının 26 tanesi lise, 76 tanesi ön lisans ve 57 kişi ise yüksek lisans düzeyinde eğitime sahiptir. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarından mesleğini icra etme süresi olarak en çok 1-5 yıl arası ve 5-10 yıl arası çalışanlar oluşturmaktadır. Çalışılan birim mukayese edilecek olursa, ankete katılanların çoğunluğunu servis ve poliklinikte çalışanlar oluşturmaktadır.

Gönüllü katılımcıların yarıdan fazlası hemşire ve sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Geriye kalan azınlık kısmı ise diğer meslek grubuna ait sağlık çalışanları ve hekimler tamamlamaktadır. Yapmakta olduğunuz işten memnun musunuz sorusuna 133 kişi kısmen memnunuz cevabını vermişken memnunuz ve memnun değiliz cevabını verenlerin oranı ise hemen hemen aynıdır.

4.2. Araştırmada Kullanılan Ölçek Analizlerinin Özetlenmesi

Bu başlık altında araştırma kullanılmış olan; “İş Yaşam Kalitesi” ve “Tükenmişlik Düzeyi” ölçeklerine ilişkin güvenilirlik puan ortalamalarının normallik analizlerinin sonuçları sunulmaktadır. Ölçek ve faktör puan ortalamaları Tablo 4. 2’ de verilmektedir.

Tablo 4.2. Ölçek ve Faktör Puan Ortalamaları

	n	Min.	Max.	Ort.	Sd	Ca	Skewness		Kurtosis	
							Ss	Se	Ss	Se
İş Yaşam Kalitesi	324	16.00	80.00	39.45	12.62	0.92	.183	.135	.125	.270
İş Ortamı	324	7.00	35.00	19.52	6.73	0.89	.052	.135	-.303	.270
Çalışma Koşulları	324	6.00	30.00	13.68	4.96	0.83	.546	.135	.265	.270
Sağlanan Hizmetler	324	3.00	15.00	6.23	2.54	0.75	.597	.135	.147	.270
Tükenmişlik Düzeyi	324	22.00	95.00	61.40	12.06	0.84	-.569	.135	.469	.270
Duygusal Tükenme	324	9.00	45.00	30.02	8.13	0.89	-.231	.135	-.556	.270
Duyarsızlaşma	324	5.00	25.00	12.49	3.88	0.70	.278	.135	.159	.270
Düşük Kişisel Başarı	324	8.00	31.00	18.88	4.70	0.74	-.241	.135	-.311	.270

Ölçeklere ilişkin temel veriler incelendiğinde; ölçeklerin ve alt faktörlerinin tümünün normal dağılımdan geldiği ve güvenilirliği sağladığı görülmektedir. Bu

bağlamda; iş yaşam kalitesi ölçeğinde Cronbach Alpha ($C\alpha$) güvenilirlik katsayılarının “iş ortamı” boyutu için 0.89 “çalışma koşulları” için 0.83, “sağlanan hizmetler” için 0.75 olduğu; ölçek genelinde ise 0.92 olduğu görülmektedir.

Tükenmişlik düzeyi ölçeğinde ise Cronbach Alpha ($C\alpha$) güvenilirlik katsayılarının “duygusal tükenme” boyutu için 0.89 “çalışma koşulları” için 0.70, “sağlanan hizmetler” için 0.74 olduğu; ölçek genelinde ise 0.84 olduğu görülmektedir.

Yapılan normal dağılım analizi sonucunda “iş yaşam kalitesi” ve “tükenmişlik düzeyi” ölçekleri ve alt boyutlarının normal dağılımdan gelmediği belirlenmesine rağmen normal dağılımın diğer varsayımları olan “basıklık (Skewness)” ve “çarpıklık (Kurtosis)” değerlerinin ± 1.5 arasında olması (75), örneklem hacminin 30 veya üzerinde olması sebebiyle, ölçeğe ait verilerin normal dağılımdan çok fazla uzaklaşmadığı sonucuna varılmış; böylece analizlere parametrik testlerle devam edilmiştir.

Ölçek ortalamaları incelendiğinde; iş yaşam kalitesi ölçeğinden alınabilecek minimum puanın 16, maksimum puanın ise 80 olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi algılarının ise 39.45 puan ile orta düşük olduğu görülmektedir.

Tükenmişlik düzeyi ölçeğinden alınabilecek minimum puanın 22, maksimum puanın 95 olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin ise 61.40 puan ile yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.3. İş Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait Yargı İfadelerinin Ortalama Değerleri

Yargı İfadeleri	n	Min.	Max.	Ort.	Sd.
2 Yapmakta olduğum işin yeteneklerime uygun olduğunu düşünüyorum.	324	1.00	5.00	3.50	1.26
1 Genel olarak şimdiki kurumda çalışmaktan memnunum.	324	1.00	5.00	2.93	1.22
9 Kurumdaki izin uygulamalarının düzenli olduğunu düşünüyorum.	324	1.00	5.00	2.75	1.30
4 Yetki ve sorumluluklarımın dengeli olduğunu düşünüyorum.	324	1.00	5.00	2.73	1.26
8 İşteki çalışma saatleri ve mesai uygulamalarının ideal olduğunu düşünüyorum.	324	1.00	5.00	2.71	1.26
6 İşte kendimi ifade etme ve geliştirme olanaklarımın yeterli olduğunu düşünüyorum.	324	1.00	5.00	2.68	1.20
7 Yaptığım işin beklentilerime uygun olduğunu düşünüyorum.	324	1.00	5.00	2.68	1.21
3 Mevcut işim nedeniyle toplumda saygınlık duyduğumu düşünüyorum.	324	1.00	5.00	2.51	1.29

5	Kurum hedefleri ile kişisel hedeflerim arasında uyum olduğunu düşünüyorum.	324	1.00	5.00	2.46	1.14
10	Kurumdaki fiziki çalışma ortamının yeterli olduğunu düşünüyorum.	324	1.00	5.00	2.45	1.12
15	Haberleşme ve ulaşım olanaklarının yeterli olduğunu düşünüyorum.	324	1.00	5.00	2.44	1.15
13	Örgütsel gelişim ve değişim konusunda yapılan çalışmaların etkin olduğunu düşünüyorum.	324	1.00	5.00	2.26	.99
14	Sağlanan yemek hizmetinin yeterli olduğunu düşünüyorum.	324	1.00	5.00	1.93	.98
11	İş ortamındaki sosyal faaliyetlerin yeterliliği olduğunu düşünüyorum.	324	1.00	5.00	1.85	1.00
16	Sosyal olanaklar ve faaliyetlerin yeterli olduğunu düşünüyorum.	324	1.00	5.00	1.85	.96
12	Yaptığım işe göre ücretimin yeterli olduğunu düşünüyorum.	324	1.00	5.00	1.63	1.01

İş yaşam kalitesi ölçeğine ait yargı ifadelerinin ortalama değerleri incelendiğinde; anketi cevaplayan sağlık çalışanlarının en fazla katıldıkları ifade 3.50 puan ile “Yapmakta olduğum işin yeteneklerime uygun olduğunu düşünüyorum.” olmuştur. Bunu 2.93 puanla “Genel olarak şimdiki kurumda çalışmaktan memnunum.” ifadesi takip etmiştir. “Kurumdaki izin uygulamalarının düzenli olduğunu düşünüyorum.” ifadesi ise 2.75 puanla üçüncü sıradadır.

Anketi cevaplayan sağlık çalışanlarının en az katıldıkları ifade 1.63 puan ile “Yaptığım işe göre ücretimin yeterli olduğunu düşünüyorum.” ifadesi iken onu 1.85 ortalamaya sahip “Sosyal olanaklar ve faaliyetlerin yeterli olduğunu düşünüyorum.” ve “İş ortamındaki sosyal faaliyetlerin yeterliliği olduğunu düşünüyorum.” ifadeleri takip etmektedir.

Tablo 4.4. Tükenmişlik Düzeyi Ölçeğine Ait Yargı İfadelerinin Ortalama Değerleri

	Yargı İfadeleri	n	Min.	Max.	Ort.	Sd.
14	İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.	324	1.00	5.00	3.69	1.12
2	İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.	324	1.00	5.00	3.63	1.22
8	Yaptığım işten tükendiğimi hissediyorum.	324	1.00	5.00	3.59	1.26
1	İşimden soğuduğumu hissediyorum.	324	1.00	5.00	3.53	1.28
16	Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.	324	1.00	5.00	3.36	1.19

11	Bu işin giderek beni katılaştırmasından korkuyorum.	324	1.00	5.00	3.34	1.26
13	İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.	324	1.00	5.00	3.29	1.17
6	Bugün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.	324	1.00	5.00	3.24	1.29
3	Sabah kalktığımda. bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.	324	1.00	5.00	3.22	1.30
10	Bu işte çalışmaya başladığımdan beri. insanlara karşı sertleştim.	324	1.00	5.00	3.13	1.24
19	Bu işte birçok kayda değer bir başarı elde ettim.	324	1.00	5.00	2.78	1.04
18	İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissedirim.	324	1.00	5.00	2.77	1.06
12	İşimle ilgili çok şeyler yapabilecek güçteyim.	324	1.00	5.00	2.59	1.09
20	Yolun sonuna geldiğimi. her şeyin bittiğini hissediyorum.	324	1.00	5.00	2.44	1.35
22	İşim gereği karşılaştığım insanların bazen problemlerinin. zaman zaman benden kaynaklandığını düşünüyorum.	324	1.00	5.00	2.41	1.05
17	İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yarattım.	324	1.00	5.00	2.37	.99
21	İşimde duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum.	324	1.00	5.00	2.32	.94
7	İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.	324	1.00	5.00	2.12	.86
4	İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini anlarım.	324	1.00	5.00	2.07	.93
5	İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere. sanki insan değillermiş gibi davrandığımı hissediyorum.	324	1.00	5.00	1.87	1.15
9	Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.	324	1.00	5.00	1.83	.91
15	İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.	324	1.00	5.00	1.72	1.03

Tükenmişlik düzeyi ölçeğine ait yargı ifadelerinin ortalama değerleri incelendiğinde; anketi dolduran sağlık çalışanlarının en çok katıldıkları ifade 3.69 puan ile “İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.” ifadesi iken onu sırasıyla 3.63 ve 3.59 puanlar ile “İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.” ve “Yaptığım işten tüendiğimi hissediyorum.” ifadeleri takip etmektedir.

Anketi dolduran sağlık çalışanlarının en az katıldıkları ifade 1.72 puan ile “İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil” ifadesidir. Bunu 1.83 puanla

“Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunuyorum” ve 1.87 puanla “İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere, sanki insan değillermiş gibi davrandığımı hissediyorum.” ifadeleri takip etmektedir.

Tablo 4.5. İş Yaşam Kalitesi ve Medikal Malpraktis ile İlişkisi

İş yaşam kalitesinin düşük olmasının tıbbi uygulama hatalarının artmasına neden olduğunu düşünüyorum.		
	n	%
Kesinlikle Katılmıyorum	22	6.8
Katılmıyorum	16	4.9
Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	79	24.4
Katılıyorum	99	30.6
Kesinlikle Katılıyorum	108	33.3
Toplam	324	100.0
Ortalama / Sd.		3.78 / 1.15

İş yaşam kalitesinin düşük olmasının, tıbbi uygulama hatalarının artmasına neden olduğunu düşünüyorum ifadesine ankete katılım gösteren sağlık çalışanlarının % 33.3' ü “Kesinlikle Katılıyorum” cevabını verirken; %30.6' lık orana sahip kesim ise “Katılıyorum.” cevabını vermiştir. 3.78 puanlık ortalamaya sahip olan bu ifade sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesinin düşük olmasının medikal uygulama hatalarıyla ters orantılı olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.6. Tükenmişlik Düzeyinin Medikal Malpraktis ile İlişkisi

Sağlık çalışanlarında tükenmişlik düzeyinin artmasının tıbbi uygulama hatalarının artmasına neden olduğunu düşünüyorum.		
	n	%
Kesinlikle Katılmıyorum	14	4.3
Katılmıyorum	2	0.6
Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	62	19.1
Katılıyorum	108	33.3
Kesinlikle Katılıyorum	138	42.6
Toplam	324	100.0
Ortalama / Sd.		4.09 / 1.01

Sağlık çalışanlarında tükenmişlik düzeyinin artmasının, tıbbi uygulama hatalarının artmasına neden olduğunu düşünüyorum ifadesine, ankete katılan sağlık çalışanlarının %42.6'lık kısmı “Kesinlikle Katılıyorum” cevabını vermiştir. %33.3' lük bir kesim ise “Katılıyorum” cevabını vermiştir. Ankete katılan sağlık çalışanlarının bu ifadeye verdiği cevapların ortalaması 4.09 olarak saptanmıştır. Çok yüksek olan bu ortalama sağlık çalışanlarında tükenmişlik düzeyinin tıbbi uygulama hatalarıyla doğru orantılı olduğunu göstermektedir.

4.3. Parametrik Test Sonuçları

4.3.1. İş Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait Parametrik Test Sonuçları

Bu başlık altında “İş Yaşam Kalitesi Ölçeği” ve alt boyutlarının puan ortalaması ile çalışılan birim ve işten memnuniyet durumu değişkenlerinin ilişkilerini ölçen “Tek Yönlü ANOVA testi” sonuçları verilmiştir.

Normallik testi sonucunda, tüm ölçeklerin normal dağılımdan geldiği (Skewness-Kurtosis ± 1.5) kanıtlandığı için ölçek puan ortalamaları ile başvuru sağlık kurumunun özellikleri arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi amacıyla parametrik testlerden olan; ikiden fazla değişkenli verilerde “Tek yönlü ANOVA testi” ile hipotezler test edilmiştir.

İş yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının sağlık kurumunda çalışılan birime göre farklılaşma durumuna ait tek yönlü ANOVA testi sonuçları Tablo 4. 7’ de verilmektedir.

Tablo 4.7. İş Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Çalışılan Birime Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

Sağlık Kurumunda Çalışılan Birim	n	x	S.s	F	p	Fark	
İş Yaşam Kalitesi	Covid-19 ¹	56	41.33	13.37	2.906	.014*	3-5
	Servis ²	65	40.24	12.59			
	Poliklinik ³	65	42.06	11.19			
	Acil Servis ⁴	59	36.69	13.49			
	Ameliyathane ⁵	45	34.64	10.76			
	Diğer ⁶	34	40.97	12.97			
İş Ortamı	Covid-19 ¹	56	19.4286	6.54	1.946	.086	-
	Servis ²	65	19.7692	6.68			
	Poliklinik ³	65	21.3077	6.53			
	Acil Servis ⁴	59	18.0678	7.33			
	Ameliyathane ⁵	45	18.1556	5.58			
	Diğer ⁶	34	20.1765	7.34			

Çalışma Koşulları	Covid-19 ¹	56	14.8036	5.91	3.353	.006*	1-5 3-5
	Servis ²	65	14.0769	4.61			
	Poliklinik ³	65	14.2923	4.44			
	Acil Servis ⁴	59	12.8136	4.82			
	Ameliyathane ⁵	45	11.4222	4.24			
	Diğer ⁶	34	14.4412	5.11			
Sağlanan Hizmetler	Covid-19 ¹	56	7.1071	2.90	3.879	.002*	1-5 3-5
	Servis ²	65	6.4000	2.56			
	Poliklinik ³	65	6.4615	1.977			
	Acil Servis ⁴	59	5.8136	2.48			
	Ameliyathane ⁵	45	5.0667	2.32			
	Diğer ⁶	34	6.3529	2.68			

Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesine ilişkin algı düzeylerinin çalışılan birime göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan analiz sonuçlarına göre ölçek genelinde ve iş ortamı dışındaki alt boyutlarında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu bağlamda; H_2 : “Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesine ilişkin algı düzeyleri çalışılan birime göre farklılık göstermektedir” hipotezi kabul edilmiştir. Farklılığın kaynağını belirlemek için yapılan Tukey testine göre aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

İş yaşam kalitesi algısında genel olarak en yüksek puan ortalamasına sahip birim poliklinikler iken en düşük iş yaşam kalitesine sahip birimin ameliyathaneler olduğu görülmektedir.

Çalışma koşulları algısında genel olarak en yüksek puan ortalamasına sahip birimler Covid-19 ve poliklinikler iken en düşük iş yaşam kalitesine sahip birimin ameliyathane olduğu görülmektedir.

Sağlanan hizmetler algısında genel olarak en yüksek puan ortalamasına sahip birimler Covid-19 ve poliklinikler iken en düşük sağlık hizmetlerine sahip birim ise ameliyathanedir.

Tablo 4.8. Tükenmişlik Düzeyi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Çalışılan Birime Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

Sağlık Kurumunda Çalışılan Birim	n	x	S.s	F	p	Fark	
Tükenmişlik Düzeyi	Covid-19 ¹	56	61.26	11.51	1.057	.384	-
	Servis ²	65	62.12	12.39			
	Poliklinik ³	65	60.27	11.96			
	Acil Servis ⁴	59	61.27	10.80			
	Ameliyathane ⁵	45	64.37	11.51			
	Diğer ⁶	34	58.67	14.93			
Duygusal Tükenme	Covid-19 ¹	56	30.48	8.30	3.263	.007*	2-5
	Servis ²	65	28.93	7.93			
	Poliklinik ³	65	28.80	7.62			
	Acil Servis ⁴	59	30.18	7.82			
	Ameliyathane ⁵	45	34.04	7.27			
	Diğer ⁶	34	28.08	9.34			
Duyarsızlaşma	Covid-19 ¹	56	12.96	4.47	.805	.547	-
	Servis ²	65	13.01	4.18			
	Poliklinik ³	65	12.01	3.38			
	Acil Servis ⁴	59	12.47	3.32			
	Ameliyathane ⁵	45	12.37	3.98			
	Diğer ⁶	34	11.82	3.95			
Düşük Kişisel Başarı	Covid-19 ¹	56	17.8214	5.13	2.174	.057	-
	Servis ²	65	20.1692	4.557			
	Poliklinik ³	65	19.4615	3.97			
	Acil Servis ⁴	59	18.6102	4.04			
	Ameliyathane ⁵	45	17.9556	5.41			
	Diğer ⁶	34	18.7647	5.15			

Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyine ilişkin algı düzeylerinin çalışılan birime göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan analiz sonuçlarına göre sadece duygusal tükenme algısında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu bağlamda; H_3 : “Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesine ilişkin algı düzeyleri çalışılan birime göre farklılık göstermektedir” hipotezi kısmen kabul edilmiştir. Farklılığın kaynağını belirlemek için yapılan Tukey testine göre aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

Duygusal tükenme algısında en yüksek puana sahip birim ameliyathane iken en düşük puana sahip birim diğer başlığı altındaki birimlerdir. Tükenmişlik düzeyi, duygusal tükenme ve düşük kişisel başarı algılarında ise anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.9. İş Yaşam Kalitesinin Medikal Malpraktise Etkisinin Çalışılan Birime Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

Sağlık Kurumunda Çalışılan Birim	n	x	S.s	F	p	Fark
Covid-19 ¹	56	3.94	1.10			
Servis ²	65	3.66	1.09			
Poliklinik ³	65	3.84	1.06	.506	.772	-
Acil Servis ⁴	59	3.81	1.07			
Ameliyathane ⁵	45	3.75	1.47			
Diğer ⁶	34	3.64	1.25			

İş yaşam kalitesinin malpraktise etkisinin çalışılan birime göre farklılaşma durumuna ait analiz sonuçlarına bakıldığında birimler arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.10. Tükenmişlik Düzeyinin Medikal Malpraktise Etkisinin Çalışılan Birime Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

Sağlık Kurumunda Çalışılan Birim	n	x	S.s	F	p	Fark
Covid-19 ¹	56	4.30	.91			
Servis ²	65	3.86	1.04			
Poliklinik ³	65	4.06	1.07	1.264	.279	-
Acil Servis ⁴	59	4.08	.97			
Ameliyathane ⁵	45	4.17	1.17			
Diğer ⁶	34	4.14	.78			

Tükenmişlik düzeyinin medikal malpraktise etkisinin çalışılan birime göre farklılaşma durumuna ait analiz sonuçlarına bakıldığında sağlık kurumlarında çalışılan birimler arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

İş yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının işten memnuniyet düzeyine göre farklılaşma durumuna ait tek yönlü Anova testi sonuçları Tablo 4.11’de verilmektedir.

Tablo 4.11. İş Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının İşten Memnuniyete Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

	İşten Memnuniyet	n	x	S.s	F	p	Fark
İş Yaşam Kalitesi	Hayır ¹	95	27.58	9.92	150.882	.000	1-2
	Kısmen ²	133	40.00	7.61			1-3
	Evet ³	96	50.41	10.06			2-3
İş Ortamı	Hayır ¹	95	13.35	5.54	142.093	.000	1-2
	Kısmen ²	133	19.72	4.00			1-3
	Evet ³	96	25.35	5.39			2-3
Çalışma Koşulları	Hayır ¹	95	9.53	3.51	99.054	.000	1-2
	Kısmen ²	133	13.89	3.51			1-3
	Evet ³	96	17.50	4.73			2-3
Sağlanan Hizmetler	Hayır ¹	95	4.69	2.15	37.722	.000	1-2
	Kısmen ²	133	6.38	2.08			1-3
	Evet ³	96	7.56	2.68			2-3

İş yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının işten memnuniyete göre farklılaşma durumuna ait analiz sonuçları incelendiğinde; iş yaşam kalitesi, iş ortamı, çalışma koşulları ve sağlanan hizmetler algılarının hepsinde anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Buna göre işten memnun olduğunu söyleyenlerin iş yaşam kalitesi algısı ortalaması 50.41 iken memnun olmadığını söyleyenlerin iş yaşam kalitesi algısı 27.58’ dir.

İşten memnun olduğunu söyleyenlerin iş ortamı ile ilgili ifadelerine verdikleri puan ortalamaları 25.35 iken hayır diyenlerin ortalaması 13.35’ tir.

İşten memnun olduğunu söyleyenlerin çalışma koşulları ile ilgili sorulara verdiği cevaplar doğrultusunda ortaya çıkan puan ortalamaları 17.5 hayır diyenlerin ise 9.53’ tür.

İşten memnun olduğunu söyleyenlerin sağlanan hizmetler algısı ile ilgili sorulara verdiği cevaplar doğrultusunda ortaya çıkan puan ortalamaları 7.56 hayır diyenlerin ise 4.69’ dur.

Tüm bu sonuçlar; memnuniyet düzeyi ile iş yaşam kalitesi algısının doğru orantılı olduğunu göstermektedir. Bu durumda; H6: “Çalışılan kurumdan duyulan memnuniyet düzeyinin iş yaşam kalitesi algısı üzerinde etkisi vardır.” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 4.12. Tükenmişlik Düzeyi Ölçeği ve Alt Boyutlarının İşten Memnuniyete Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

	İşten Memnuniyet	n	x	S.s	F	p	Fark
Tükenmişlik Düzeyi	Hayır ¹	95	69.77	9.26	70.127	.000	1-2
	Kısmen ²	133	61.84	9.68			1-3
	Evet ³	96	52.50	11.36			2-3
Duygusal Tükenmişlik	Hayır ¹	95	36.63	5.86	79.031	.000	1-2
	Kısmen ²	133	29.21	5.97			1-3
	Evet ³	96	24.61	8.18			2-3
Duyarsızlaşma	Hayır ¹	95	14.45	3.420	28.491	.000	1-2
	Kısmen ²	133	12.51	3.56			1-3
	Evet ³	96	10.53	3.78			2-3
Düşük Kişisel Başarı	Hayır ¹	95	18.69	4.90	10.321	.000	1-2
	Kısmen ²	133	20.12	4.14			1-3
	Evet ³	96	17.35	4.78			2-3

Tükenmişlik düzeyi ölçeği ve alt boyutlarının işten memnuniyete göre farklılaşma durumuna ait analiz sonuçları incelendiğinde; tükenmişlik düzeyi, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı algılarının hepsinde anlamlı farklılık bulunmuştur.

Buna göre işten memnun olduğunu söyleyenlerin tükenmişlik düzeyi algısı ortalaması 52.5 iken memnun olmadığını söyleyenlerin ortalaması 69.77'dir.

İşten memnun olduğunu söyleyenlerin duygusal tükenmişlik algısı ortalaması 24.61 iken hayır diyenlerin ortalaması 36.63'tür.

İşten memnun olduğunu söyleyenlerin duyarsızlaşma algısı ortalaması 10.53 iken hayır diyenlerin ortalaması 14.45'tir.

İşten memnun olduğunu söyleyenlerin düşük kişisel başarı algısı ortalaması 17.35 iken hayır diyenlerin ortalaması 18.69'dur.

Bu sonuçlar ise memnuniyet düzeyi ile tükenmişlik düzeyi algısının ters orantılı olduğunu göstermektedir. Bu durumda; H₇: "Çalışılan kurumdan duyulan memnuniyet düzeyinin tükenmişlik düzeyi üzerinde etkisi vardır." hipotezi kabul edilmiştir.

4.4. Ölçeklere Ait DFA ve YEM Analizleri

4.4.1. İş Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait DFA Sonuçları

YEM temelli araştırmalarda alan yazından ya da konuyla ilgili araştırmacının beklentisinden yola çıkılarak. test edilmek üzere istatistiksel bir model tasarlanmaktadır.

Model geliştirme amacıyla yapılan bu araştırmada, önceki araştırmalarda “Açıklayıcı Faktör Analizi” ile yapısal geçerlilik test edilmiş ölçüm modelleri “Doğrulayıcı Faktör Analizi” (DFA) ve değişkenler arasındaki ilişkiyi test eden yapısal model (YEM) olmak üzere iki tür istatistiksel model tasarlanmıştır.

İş yaşam kalitesi ölçeğine ait model uyum değerleri Tablo 4.13’de regresyon katsayıları Tablo 4.14’ te model uyum diyagramı Şekil 4.1’ de gösterilmiştir.

Tablo 4.13. İş Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Ölçüm Modeli Uyum İndeksleri

Ölçüm Modeli	p	χ^2/sd	GFI	AGFI	NFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA
Referans Değerler		≤ 5	≥ 0.850	≥ 0.850	≥ 0.900	≥ 0.900	≥ 0.900	≥ 0.950	≥ 0.080
İş Yaşam Kalitesi									
Ölçek Değerleri (Modifikasyonlu)	0.000	4.579	0.852	0.797	0.917	0.911	0.902	0.936	0.105

İş yaşam kalitesini içeren değişkenlerin ölçüm modeli uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde; (χ^2/sd) oranı referans değerinin altında 4.579 olarak bulunmuştur. GFI değerinin 0.852, AGFI değerinin 0.797, NFI değerinin 0.917, IFI değerinin 0.911, TLI değerinin 0.902, CFI değerinin 0.936 ve RMSEA değerinin ise 0.105 olduğu görülmektedir. Bu bağlamda; AGFI-CF- ve RMSEA değerleri referans değerinin altında çıkmıştır; fakat χ^2/sd oranının ve diğer değerlerin referans değerinde olması sebebi ile modifikasyonlu DFA sonrasında modelin kabul edilebilir düzeyde bir uyuma sahip olduğu ifade edilebilir.

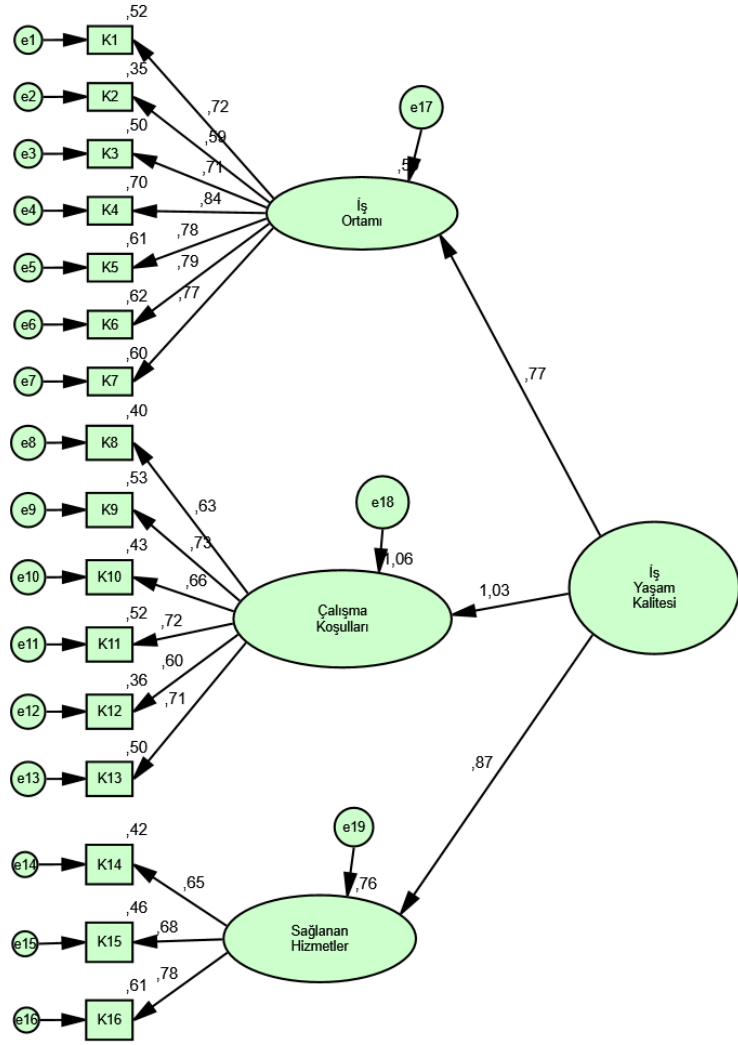
Bu değerlerle birlikte standardize edilmemiş regresyon ağırlıkları (tahmin). standartlaştırılmış regresyon ağırlıkları (SRA), standart hata (SH) ve t değerlerinin de incelenmesi, modelin bir bütün olarak değerlendirilmesi açısından oldukça önem teşkil eden bir süreçtir. Alan yazın SRA’ nın 0.30’ dan t değerinin ise 1.96’ dan büyük (anlamli) olması gerektiğini savunmaktadır; çünkü bu değerler faktör yüklenimlerinin önemli olup olmadığını göstermektedir (73). Faktör yüklenimlerinin anlamlı çıkması ise maddelerin faktörlere doğru yüklendiği anlamına gelmektedir (72).

Tablo 4.14. İş Yaşam Kalitesine Ait Ölçüm Modelinin Parametre Değerleri

			Tahmin	S.R.A.	S.H.	t	p
İş Ortamı	<---	İş Yaşam Kalitesi	1.264	.806	.143	8.867	***
Çalışma Koşulları	<---	İş Yaşam Kalitesi	1.541	.970	.173	8.889	***
Sağlanan Hizmetler	<---	İş Yaşam Kalitesi	1.000	.860			
K1	<---	İş Ortamı	1.000	.723			
K2	<---	İş Ortamı	.841	.590	.082	10.263	***
K3	<---	İş Ortamı	1.035	.707	.084	12.309	***
K4	<---	İş Ortamı	1.200	.838	.082	14.582	***
K5	<---	İş Ortamı	1.013	.783	.075	13.579	***
K6	<---	İş Ortamı	1.068	.786	.079	13.482	***
K7	<---	İş Ortamı	1.064	.773	.081	13.217	***
K8	<---	Çalışma Koşulları	1.000	.708			
K9	<---	Çalışma Koşulları	1.120	.769	.087	12.917	***
K10	<---	Çalışma Koşulları	.823	.655	.076	10.781	***
K11	<---	Çalışma Koşulları	.776	.711	.078	9.985	***
K12	<---	Çalışma Koşulları	.673	.595	.070	9.637	***
K13	<---	Çalışma Koşulları	.748	.676	.069	10.792	***
K14	<---	Sağlanan Hizmetler	1.000	.663			
K15	<---	Sağlanan Hizmetler	1.268	.716	.123	10.341	***
K16	<---	Sağlanan Hizmetler	1.055	.723	.103	10.258	***

***0.000

Ölçüm modelinin parametre değerlerini içeren Tablo 4.14 incelendiğinde; SRA değerlerinin 0.595 ile 0.970 arasında değiştiği ve dolayısıyla 0.30'un altında herhangi bir SRA değerinin olmadığı görülmektedir. Bu bağlamda modelden herhangi bir değişkenin çıkartılması söz konusu olmamıştır. Ayrıca iş yaşam kalitesi gizil değişkeni ile “iş ortamı”, “çalışma koşulları” ve “sağlanan hizmetler” gizil değişkenleri arasındaki tüm ilişkileri temsil eden yolların anlamlı olduğu tespit edilmiştir.



Şekil 4.1. İş Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait DFA Diyagramı

Araştırma modeli kapsamında yer verilen 16 maddelik iş yaşam kalitesi öncüllerinden olan 7 maddelik “iş ortamı” (İÖ), 6 maddelik “çalışma koşulları” (ÇK), 3 maddelik “sağlanan hizmetler” (SH) gizil değişkenleri DFA sürecinde ikinci düzey çok faktörlü model olarak ele alınıp incelenmiştir.

İş yaşam kalitesi ölçeğindeki değişkenlerin faktör yükleri incelendiğinde; “iş ortamı” gizil değişkenindeki tüm maddelerin faktör yüklerinin 0.59 ile 0.84 arasında; “çalışma koşulları” gizil değişkenindeki tüm maddelerin faktör yüklerinin 0.60 ile 0.73 arasında; “sağlanan hizmetler” gizil değişkenindeki tüm maddelerin faktör yüklerinin ise 0.65 ile 0.78 arasında değiştiği, alt boyutların hiçbirinde sorunlu madde bulunmadığı tespit edilmiştir.

Elde edilen sonuçlar bir arada değerlendirildiğinde ölçeğin güvenilir ve geçerli olduğu bulgusu elde edilmiştir (Tablo 3.17-3.18; Şekil 3.4).

4.4.2. Tükenmişlik Düzeyi Ölçeğine Ait DFA Sonuçları

Tükenmişlik düzeyi ölçeğine ait model uyum değerleri Tablo 3.15’ te regresyon katsayıları Tablo 4.16’ da model uyum diyagramı Şekil 4.2’ de gösterilmiştir.

Tablo 4.15. Tükenmişlik Düzeyi Ölçeğinin Ölçüm Modeli Uyum İndeksleri

Ölçüm Modeli	p	χ^2/sd	GFI	AGFI	NFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA
Referans Değerler		≤ 5	≥ 0.850	≥ 0.850	≥ 0.900	≥ 0.900	≥ 0.900	≥ 0.950	≥ 0.080
Tükenmişlik Düzeyi Ölçek Değerleri (Modifikasyonlu)	0.000	4.548	0.855	0.734	0.901	0.903	0.902	0.875	0.105

Tükenmişlik düzeyini içeren değişkenlerin ölçüm modeli uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde; χ^2/sd oranı referans değerinin altında 4.548 olarak bulunmuştur. GFI değerinin 0.855, AGFI değerinin 0.734, NFI değerinin 0.901, IFI değerinin 0.903, TLI değerinin 0.902, CFI değerinin 0.875 ve RMSEA değerinin ise 0.105 olduğu görülmektedir. Bu bağlamda; AGFI-CF- ve RMSEA değerleri referans değerinin altında çıkmıştır; fakat χ^2/sd oranının ve diğer değerlerin referans değerinde olması sebebi ile modifikasyonlu DFA sonrasında modelin kabul edilebilir düzeyde bir uyuma sahip olduğu ifade edilebilir.

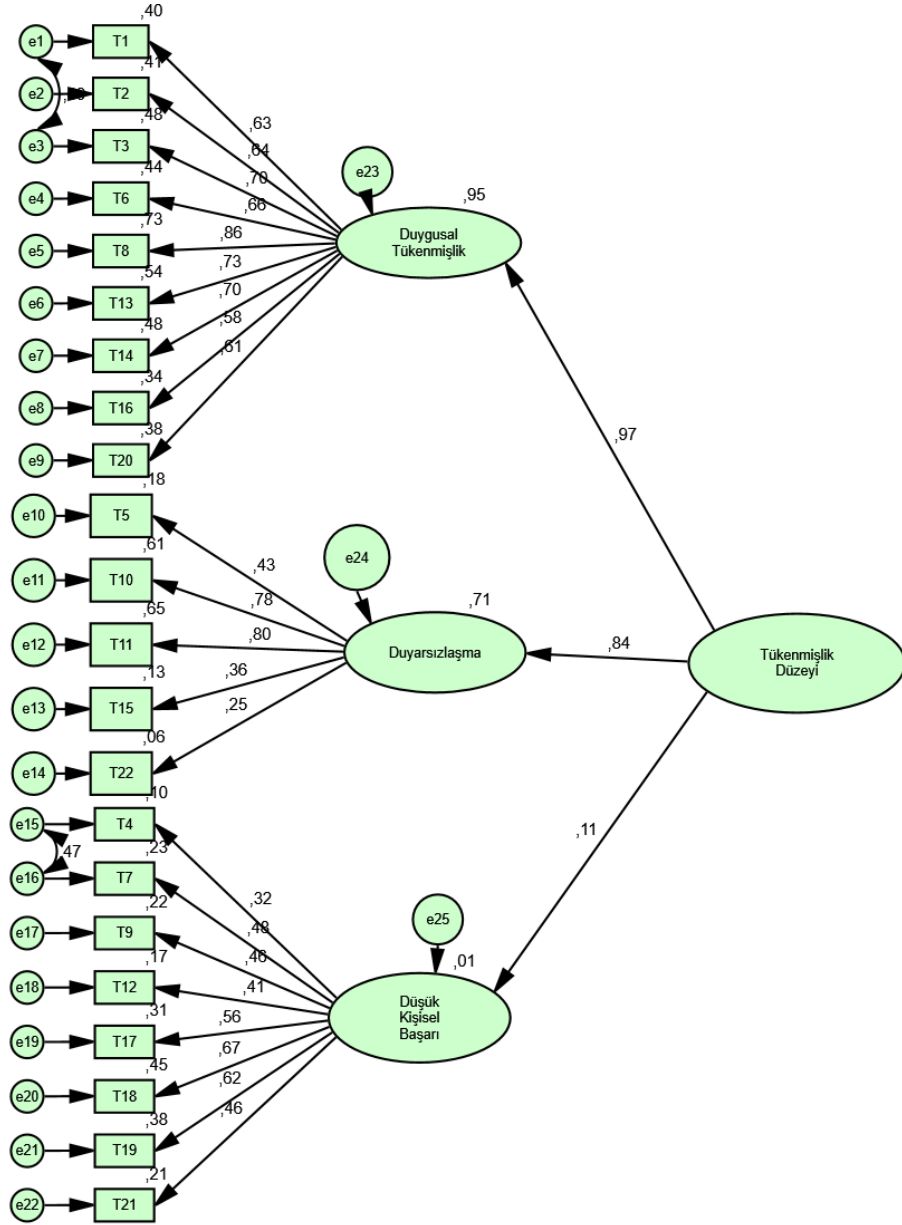
Tablo 4.16. Tükenmişlik Düzeyine Ait Ölçüm Modelinin Parametre Değerleri

			Tahmin	S.R.A.	S.H.	t	p
Duygusal Tükenmişlik	<---	Tükenmişlik Düzeyi	1.000	.974			
Duyarsızlaşma	<---	Tükenmişlik Düzeyi	.530	.843	.309	1.711	.087
Düşük Kişisel Başarı	<---	Tükenmişlik Düzeyi	.044	.114	.034	1.294	.196
T1	<---	Duygusal Tük.	1.000	.634			
T2	<---	Duygusal Tük.	.958	.638	.094	10.222	***
T3	<---	Duygusal Tük.	1.115	.695	.075	14.780	***
T6	<---	Duygusal Tük.	1.053	.660	.106	9.912	***
T8	<---	Duygusal Tük.	1.333	.856	.107	12.426	***

			Tahmin	S.R.A.	S.H.	t	p
T13	<---	Duygusal Tük.	1.062	.732	.099	10.715	***
T14	<---	Duygusal Tük.	.962	.696	.093	10.395	***
T16	<---	Duygusal Tük.	.860	.582	.096	8.949	***
T20	<---	Duygusal Tük.	1.020	.612	.109	9.336	***
T5	<---	Duyarsızlaşma	1.000	.430			
T10	<---	Duyarsızlaşma	1.956	.782	.272	7.187	***
T11	<---	Duyarsızlaşma	2.038	.805	.294	6.942	***
T15	<---	Duyarsızlaşma	.755	.362	.148	5.110	***
T22	<---	Duyarsızlaşma	.519	.246	.140	3.711	***
T4	<---	Düşük Kişisel Baş.	1.000	.323			
T7	<---	Düşük Kişisel Baş.	1.375	.482	.238	5.767	***
T9	<---	Düşük Kişisel Baş.	1.404	.464	.327	4.297	***
T12	<---	Düşük Kişisel Baş.	1.481	.409	.376	3.936	***
T17	<---	Düşük Kişisel Baş.	1.823	.556	.407	4.483	***
T18	<---	Düşük Kişisel Baş.	2.345	.668	.512	4.576	***
T19	<---	Düşük Kişisel Baş.	2.122	.617	.463	4.582	***
T2	<---	Düşük Kişisel Baş.	1.419	.457	.325	4.373	***

***p<0,000

Ölçüm modelinin parametre değerlerini içeren Tablo 4.16 incelendiğinde; iki değişken dışında SRA değerlerinin 0.323 ile 0.856 arasında değiştiği ve dolayısıyla 0.30' un altında SRA değerinin olmadığı görülmektedir. Bu bağlamda modelden herhangi bir değişkenin çıkartılması söz konusu olmamıştır.



Şekil 4.2. Tükenmişlik Düzeyi Ölçeğine Ait DFA Diyagramı

Araştırma modeli kapsamında yer verilen 22 maddelik tükenmişlik düzeyi öncüllerinden olan 9 maddelik “duygusal tükenmişlik” (DT), 5 maddelik “duyarsızlaşma”, 8 maddelik “düşük kişisel başarı” (DKB) gizil değişkenleri DFA sürecinde ikinci düzey çok faktörlü model olarak ele alınıp incelenmiştir.

Tükenmişlik düzeyi ölçeğindeki değişkenlerin faktör yükleri incelendiğinde; “duygusal tükenmişlik” gizil değişkenindeki tüm maddelerin faktör yüklerinin 0.58 ile 0.86 arasında; “duyarsızlaşma” gizil değişkenindeki tüm maddelerin faktör yüklerinin 0.25 ile 0.80 arasında; “düşük kişisel başarı” gizil değişkenindeki tüm maddelerin faktör

yüklerinin ise 0.32 ile 0.67 arasında değiştiği, alt boyutların hiçbirinde sorunlu madde bulunmadığı tespit edilmiştir.

Elde edilen sonuçlar bir arada değerlendirildiğinde ölçeğin güvenilir ve geçerli olduğu bulgusu elde edilmiştir (Tablo 4.15-4.16; Şekil 4.2).

4.4.3. Yapısal Eşitlik Modelinin Test Edilmesi

YEM temelli araştırmalarda alan yazından ya da konuyla ilgili araştırmacının beklentisinden yola çıkılarak, test edilmek üzere istatistiksel bir model tasarlanmaktadır.

Model geliştirme amacıyla yapılan bu araştırmada, ölçüm modeli (DFA) ve değişkenler arasındaki ilişkiyi test eden yapısal model (YEM) olmak üzere iki tür istatistiksel model tasarlanmış olup. DFA modelleri veriyle uyum noktasında istatistiksel olarak doğrulanmıştır. Ölçme modellerinin doğrulanmasından sonra, kovaryans matrisi oluşturulmuş ve araştırma hipotezleri test edilmiştir. Buna karşın geliştirilen YEM modelinin istatistiksel doğrulama testleri bu bölümde verilmiştir.

Araştırma modelinin test edilmesi öncesinde aracı değişken olmadan, ölçeklerin birbiri üzerindeki etki değerlerini test etmeyi amaçlayan YEM modelleri kurulmuş ve hipotezler test edilmiştir. YEM modelleri ve hipotez sonuçları sırası ile açıklanmıştır.

Model: iş yaşam kalitesi algısının sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri üzerine etkisi

H₁: İş yaşam kalitesi sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyini etkilemektedir.

H₁ hipotezini test etmek amacıyla geliştirilmiş olan YEM sonuçları aşağıda sunulmuştur.

Model uyum değerleri Tablo 4.17’de regresyon katsayıları Tablo 4.18’de model uyum diyagramı Şekil 4.3’ te gösterilmiştir.

Tablo 4.17. Model Uyum İndeksleri

Ölçüm Modeli	p	χ^2/sd	GFI	AGFI	NFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA
Referans Değerler		≤ 5	≥ 0.850	≥ 0.850	≥ 0.900	≥ 0.900	≥ 0.900	≥ 0.950	≥ 0.080
Model Değerleri	0.000	3.401	0.731	0.699	0.694	0.763	0.742	0.761	0.086

Modelde yer alan değişkenlerin modifikasyon sonucu. $X^2/sd < 5$ ve RMSEA uyum indekslerinin kabul edilebilir eşik değerlerde olduğu, diğer uyum indekslerinin kabul

edilebilir eşik değerlerinin altında olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla model veriyle tam uyum göstermemektedir.

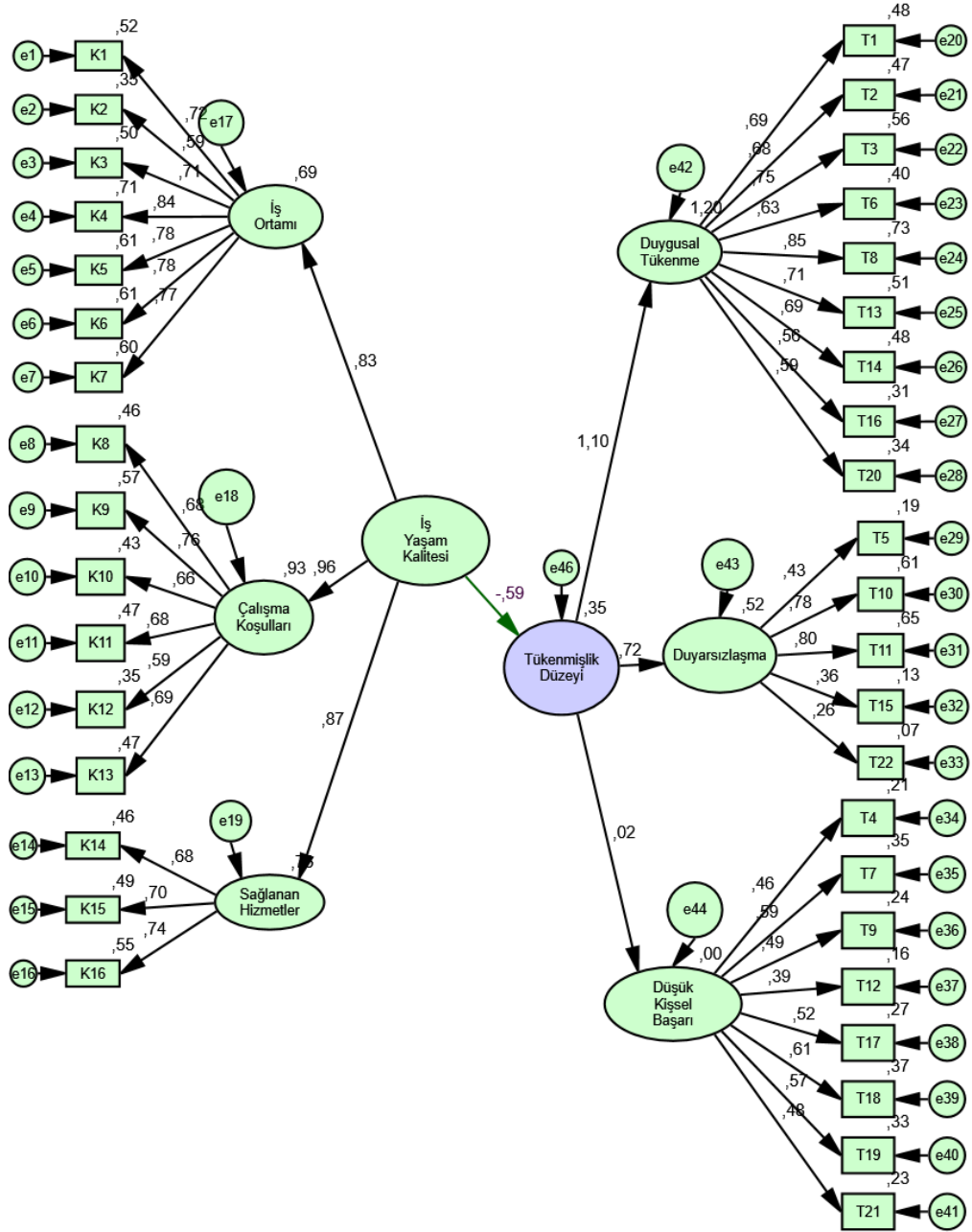
Ancak araştırmacı tarafından öne sürülen modelin toplanan veriyle mükemmel uyum göstermesinin çoğu zaman zor olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda; önerilen modelle toplanan verinin işaret ettiği sonuç arasında belirli bir farklılık olması kaçınılmazdır. Bu farklılık YEM analizlerinde hata ya da artık olarak isimlendirilmektedir (73). Bu bağlamda; diğer parametreler ve $X^2/sd < 5$ değeri geçerliliği sağladığı için model doğrulanmıştır. Model parametre değerleri Tablo 4.18’ de verilmiştir.

Tablo 4.18. Model Parametre Değerleri

			Tahmin	SRA	SH	t	p
Tükenmişlik Düzeyi	<---	İş Yaşam Kalitesi	-.364	-.589	.075	-4.853	***
İş Ortamı	<---	İş Yaşam Kalitesi	1.256	.829	.137	9.159	***
Çalışma Koşulları	<---	İş Yaşam Kalitesi	1.412	.965	.156	9.070	***
Sağlanan Hizmetler	<---	İş Yaşam Kalitesi	1.000	.872			
Duygusal Tükenme	<---	Tükenmişlik	2.705	1.097	.476	5.678	***
Düşük Kişisel Baş.	<---	Tükenmişlik	.027	.022	.078	.344	.731
Duyarsızlaşma	<---	Tükenmişlik	1.000	.722			
K1	<---	İş Ortamı	1.000	.724			
K2	<---	İş Ortamı	.842	.591	.082	10.310	***
K3	<---	İş Ortamı	1.033	.707	.084	12.342	***
K4	<---	İş Ortamı	1.202	.841	.082	14.679	***
K5	<---	İş Ortamı	1.012	.783	.074	13.627	***
K6	<---	İş Ortamı	1.059	.780	.079	13.441	***
K7	<---	İş Ortamı	1.062	.773	.080	13.260	***
K8	<---	Çalışma Koşulları	1.000	.677			
K9	<---	Çalışma Koşulları	1.155	.758	.095	12.208	***
K10	<---	Çalışma Koşulları	.862	.656	.083	10.396	***
K11	<---	Çalışma Koşulları	.799	.683	.079	10.098	***
K12	<---	Çalışma Koşulları	.699	.591	.076	9.239	***
K13	<---	Çalışma Koşulları	.796	.688	.075	10.563	***
K14	<---	Sağlanan Hizmetler	1.000	.678			
K15	<---	Sağlanan Hizmetler	1.211	.700	.115	10.561	***

			Tahmin	SRA	SH	t	p
K16	<---	Sağlanan Hizmetler	1.067	.744	.100	10.693	***
T1	<---	Duygusal Tükenme	1.000	.694			
T2	<---	Duygusal Tükenme	.936	.682	.080	11.749	***
T3	<---	Duygusal Tükenme	1.099	.749	.086	12.794	***
T6	<---	Duygusal Tükenme	.923	.633	.089	10.339	***
T8	<---	Duygusal Tükenme	1.216	.853	.087	13.895	***
T13	<---	Duygusal Tükenme	.947	.714	.082	11.522	***
T14	<---	Duygusal Tükenme	.879	.695	.078	11.303	***
T16	<---	Duygusal Tükenme	.753	.558	.082	9.209	***
T20	<---	Duygusal Tükenme	.891	.585	.093	9.619	***
T5	<---	Duyarsızlaşma	1.000	.432			
T10	<---	Duyarsızlaşma	1.940	.779	.273	7.107	***
T11	<---	Duyarsızlaşma	2.026	.803	.296	6.852	***
T15	<---	Duyarsızlaşma	.758	.365	.148	5.139	***
T22	<---	Duyarsızlaşma	.541	.257	.140	3.848	***
T4	<---	Düşük Kişisel Baş.	1.000	.463			
T7	<---	Düşük Kişisel Baş.	1.173	.589	.171	6.872	***
T9	<---	Düşük Kişisel Baş.	1.041	.493	.187	5.570	***
T12	<---	Düşük Kişisel Baş.	.997	.395	.216	4.622	***
T17	<---	Düşük Kişisel Baş.	1.195	.523	.224	5.338	***
T18	<---	Düşük Kişisel Baş.	1.493	.609	.271	5.509	***
T19	<---	Düşük Kişisel Baş.	1.375	.573	.252	5.464	***
T21	<---	Düşük Kişisel Baş.	1.041	.481	.188	5.531	***

Tablo 4.18'deki verilere göre bir ilişki hariç, tüm ilişkilerde “p” değerlerinin 0.01'den küçük olması sebebiyle, faktör yüklenimleri ve gizil değişkenler arasındaki ilişkilerin önemli olduğu görülmektedir. Bu durum model uyum değerlerinin sapmasını açıklamaktadır.



Şekil 4.3. Model Diyagramı

H₁ (İş yaşam kalitesi sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyini etkilemektedir.) hipotezini test etmek amacıyla tükenmişlik düzeyinin dışsal, iş yaşama kalitesi algısının ise içsel değişken olduğu örtük değişkenli yapısal model test edilmiştir. Şekil 4.3 ve Tablo 4.17 ve 4.18'deki veriler ışığında; iş yaşama kalitesinin toplam etkisini gösteren yol katsayısı (β) sonucunda, sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerini ters yönde yordadığı ($\beta = -.59$; $p < .01$) tespit edilmiş; bu durumda H₁ hipotezi kabul edilmiştir. Bu bağlamda; iş yaşam kalitesi ne derece iyileştirilirse tükenmişlik düzeyinin onun yaklaşık % 59'u kadar azalacağı yorumu yapılabilir.

5. TARTIŞMA

COVID-19 salgını, insanların yaşamları ve zihinsel sağlıkları üzerinde ciddi sonuçları olan küresel bir halk sağlığı acil durumudur. 2 Mart 2020' de Portekiz; teyit edilen ilk SARS-CoV-2 vakasını duyurmuş, 9 Mayıs 2020' de ise 26.715 COVID-19 vakası bildirmiştir. Bir ay sonra, 1500' den fazla ölümlü vaka sayısı 35.910 olarak doğrulanmıştır. Sağlık çalışanları ise bu önemli zorluklara yanıt vermenin yanı sıra, genel nüfusla da ilgilenmek zorunda kalmıştır (28). Nitekim yapılan çalışmalar sağlık çalışanlarının tüm Covid-19 pozitif hastalarının büyük bir bölümünü oluşturduğu bildirmiştir (76). Tüm bunlar ise sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesinin düşmesine ve tükenmişlik düzeyinin artmasına sebep olmuştur (77).

Bu durum gözetilerek; söz konusu çalışma ile pandemi sürecinde aktif çalışan sağlık personellerinin iş yaşam kalitesi algılarının, tükenmişlik düzeylerine etkisinin belirlenmesi hedeflenmiştir. Aynı zamanda bu faktörlerin medikal malpraktise etkisine bakılmıştır.

Araştırma sonucunda, sağlık çalışanlarının Covid-19 sürecinde iş yaşam kalitesi algılarının 39.45 puan ile orta düşük olduğu görülmüştür. Benzer şekilde; Tahran Tıp Bilimleri Üniversitesi Hastaneleri çalışanlarının yaşam kalitelerinden olumlu ve olumsuz tutumlarına ilişkin iç görü sağlamayı amaçlayan araştırma sonuçlarına göre çalışanların çoğunluğu iş sağlığı ve güvenliğinden, ara ve üst düzey yöneticilerden, gelirlerinden, çalışma ve aile ile geçirdikleri zaman arasındaki dengeyi dengeleyemediklerini ve yaptıkları işin ilgi çekici ve tatmin edici olmadığını belirtmişlerdir. Bu bağlamda; bu ankete yanıt veren TUMS hastanelerinin çalışanlarının çalışma yaşam kalitesi düşüktür (3). Yine; Saraji ve Dargahi, İran'da yaptıkları çalışmada hastane çalışanlarının zayıf iş yaşam kalitesi düzeyine sahip olduklarını bulmuşlardır (14).

Covid-19 sürecinde aktif çalışan sağlık personellerinin tükenmişlik düzeylerinin ise 61.40 puan ile yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde; Günüşen ve Üstün sağlık çalışanlarında tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğunu ve tükenmişlik duygusu ile depresyon arasında da ilişki olduğunu tespit etmişlerdir (78). Roslan vd. 2021 de Covid-19 sürecinde Malezyalı sağlık çalışanları arasında tükenmişlik düzeyinin oldukça yüksek olduğunu bulmuşlardır (79). Yine; Arpacioğlu vd.'nin yaptığı çalışmada Covid-19'lu hastalarla doğrudan çalışanlarda tükenmişlik oranlarının daha yüksek olduğu

belirtilmiştir (80). Buna karşın; Hoşgör vd. tarafından Covid-19 döneminde 120 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada, çalışanlarda duygusal tükenmenin orta düzeyde, duyarsızlaşmanın ise düşük düzeyde olduğunu belirtmiştir (81).

İlgili bir OECD çalışma belgesi, sağlığın iş faktörleri ile üretkenlik arasındaki ilişkide önemli bir faktör olduğunu ve iş stresi ile üretkenlik arasında negatif bir ilişki olduğuna dair güçlü kanıtlar bulunduğunu belirtmektedir (17). SARS ve MERS salgınları sırasındaki önceki araştırmalara dayanarak, iş taleplerinin tükenmişlikle pozitif ilişkili olması ve COVID-19 pandemi sırasında sağlık çalışanlarında hem iş kaynaklarının hem de kişisel kaynakların tükenmişlikle negatif ilişkili olması beklenmektedir (1).

Ankete katılan sağlık çalışanları; iş yaşam kalitesinin düşük olmasının medikal uygulama hatalarıyla ters orantılı olduğunu, tükenmişlik düzeyinin ise tıbbi uygulama hatalarıyla doğru orantılı olduğunu düşünmektedirler. Bir başka ifade ile hem iş yaşam kalitesinin hem de tükenmişlik düzeyinin medikal malpraktisi etkilediğini ifade etmişlerdir.

Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesine ilişkin algı düzeylerinin çalışılan birime göre farklılık gösterdiği, iş yaşam kalitesi algısında genel olarak en yüksek puan ortalamasına sahip birimin poliklinikler iken, en düşük iş yaşam kalitesine sahip birimin ameliyathaneler olduğu görülmektedir. Benzer şekilde, Morgantini ve arkadaşları yaptıkları çalışmada tükenmişlik düzeyinin Covid-19 hastaları ile doğrudan temas durumuna ve çalışılan kliniğe göre farklılık gösterdiğini bulmuşlardır (82).

Araştırmanın bir diğer önemli sonucu; iş yaşam kalitesinin sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerini ters yönde yordadığı; iş yaşam kalitesi ne derece iyileştirilirse tükenmişlik düzeyinin onun yaklaşık % 59' u kadar azalacağıdır. Benzer şekilde; Permarupan ve arkadaşlarının yaptığı çalışma da psikolojik güçlendirmenin istatistiksel olarak iş-yaşam kalitesinin (QWL) tükenmişlik üzerindeki etkisine aracılık ederek tükenmişlik etkilerini azalttığını bulmuştur (83). Nitekim Gündoğdu tarafından cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelere yönelik yapılan araştırma sonuçlarına göre de duygusal tükenme ile tıbbi hata eğilimi alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma ile tıbbi hata eğilimi alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (66).

Bununla beraber sağlık çalışanlarının işlerine olan memnuniyetlerinin, iş yaşam kalitesi algılarını doğru orantıda; tükenmişlik düzeylerini ise ters orantıda etkilediği

görülmüştür. Benzer şekilde bir araştırma sonuçlarına göre, sağlık çalışanlarında iş tatmini ve iş yaşam kalitesi arasında olumlu bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir (84).

Araştırmadan elde edilen bulgular neticesinde hipotez sonuçları Tablo 5.1’ de verilmiştir.

Tablo 5.1. Araştırmaya Ait Hipotez Sonuçları

HİPOTEZLER	SONUÇ
H ₁ : İş yaşam kalitesi sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyini etkilemektedir.	Kabul
H ₂ : Sağlık kurumunda çalışılan birime göre iş yaşam kalitesi farklılık göstermektedir.	Kabul
H ₃ : Sağlık kurumunda çalışılan birime göre tükenmişlik düzeyi farklılık göstermektedir.	Kısmen Kabul
H ₄ : İş yaşam kalitesinin medikal malpraktis üzerinde etkisi vardır.	Kabul
H ₅ : Tükenmişlik düzeyinin medikal malpraktis üzerinde etkisi vardır.	Kabul
H ₆ : Çalışılan kurumdan duyulan memnuniyet düzeyinin iş yaşam kalitesi algısı üzerinde etkisi vardır.	Kabul
H ₇ : Çalışılan kurumdan duyulan memnuniyet düzeyinin tükenmişlik düzeyi üzerinde etkisi vardır.	Kabul

Tabloda görüleceği üzere araştırma hipotezleri kabul edilmiştir. Sadece “Sağlık kurumunda çalışılan birime göre tükenmişlik düzeyi farklılık göstermektedir.” hipotezi tek boyut için kabul edilmiş diğer boyutlar için reddedilmiştir.

Alan yazın ve yapılan araştırma göstermektedir ki iş yaşam kalitesi tükenmişlik düzeyini etkilemektedir, aynı zamanda bu iki kavram medikal malpraktis üzerinde de etkinlidir. Gerek iş yaşam kalitesi, gerek tükenmişlik ve gerekse tıbbi uygulama hataları sağlık kurumlarının işleyişini ve haliyle toplum sağlığını doğrudan etkilemektedir. Bu açıdan; iş yaşam kalitesinin düzeltilmesi ve tükenmişliğin azaltılması gerek sağlık çalışanlarının etkin ve motive çalışması için gerekse toplum sağlığı ve ülke refahı için önem arz etmektedir. Bu bağlamda iş yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için yapılabilecekler hizmet sunucuları ve alıcıları için büyük öneme sahiptir. Bu nedenle iş yaşam kalitesini iyileştirebilecek faktörlerin bilinmesi ve politikalara eklenmesi

gerekmektedir. Nitekim Beaudoin ve Edgar, yapmış oldukları bir araştırmada çalışanların iř yaşam kalitelerini dūřüren faktörlerin sosyal/çevresel, operasyonel, yönetsel ve çalışanların kendisinden kaynaklanan faktörler olduğunu belirtmişlerdir (85). Benzer şekilde Argentero vd. iř yaşam kalitesi ile ilgili faktörleri; iř arkadaşlarıyla ilişkiler, iř organizasyonu, hasta bakımı, profesyonel yetenek ve gelişimi olarak belirlemişlerdir (86). Bearfield 2003 yılında yaptığı çalışmada 1032 sağlık profesyoneline, iř yaşam kalitesi düzeylerinin nasıl geliştirilebileceği sormuş ve çalışanların verdiği cevaplar; daha iyi ücret, daha uygun çalışma saatleri, daha iyi yönetim ve daha iyi tanınma olmuştur (87).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Covid-19 sürecinde aktif çalışan sağlık personellerinin iş yaşam kalitesi algılarının, tükenmişlik düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırma sonuçları şöyle özetlenebilir:

- Covid-19 sürecinde aktif çalışan sağlık personellerinin iş yaşam kalitesi algıları düşüktür.
- Covid-19 sürecinde aktif çalışan sağlık personellerinin tükenmişlik düzeyleri yüksektir.
- Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi algıları, tükenmişlik düzeylerini etkilemektedir.
- İşinden memnun olduğunu söyleyen sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi algıları, memnun olmayanlara göre daha yüksektir.
- İşinden memnun olduğunu söyleyen sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri, memnun olmayanlara göre daha düşüktür.
- Sağlık çalışanları iş yaşam kalitesinin düşmesinin, medikal malpraktis oranlarının artmasına neden olduğunu düşünmektedir.
- Sağlık çalışanları tükenmişlik düzeyinin artmasının, medikal malpraktis oranlarının da artmasına neden olduğunu düşünmektedir.

Alan yazın taraması ve araştırma sonuçları ışığında kurumlara ve araştırmacılara;

- Tüm sağlık çalışanlarına malpraktis konusunda hizmet içi eğitim verilmesi,
- Belirli aralıklarla sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri ve bunun malpraktisle ilişkisi araştırılmalı ve çözüm yollarının belirlenmesi,
- İş yaşam kalitesini iyileştirebilecek faktörlerin bilinmesi ve politikalara eklenmesi,
- Tükenmişlik düzeylerini iyileştirebilmek adına, sağlık çalışanlarına psikolojik destek verilmesi,
- Medikal malpraktis sebeplerini araştırırken iş yaşam kalitesi ve tükenmişlik boyutlarının ayrıntılı olarak ele alınması,
- Sağlık çalışanlarının bu konularda bilinçlendirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Cotel A, Golu F, Pantea Stoian A, Dimitriu M, Socea B, Cirstoveanu C, Davitoiu AM, Jacota Alexe F, Oprea B. Predictors of burnout in healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Healthcare* 2021, 9: 304-6.
2. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behaviour* 1981, 2(2): 99-103.
3. Mayo E. *The human problems of an industrial civilization*. 1th ed. New York, Viking Press, 1960: 5.
4. Elizur D, Shye S. Quality of work life and its relation to quality of life, *Applied Psychology* 1990, 39(3): 275-91.
5. Mirvis PH, Lawler EE. Accounting for the quality of work life. *Hum. Resour. Dev. Q.* 1984, 5: 197-212.
6. Quoc VT, Binh TN, Van Nu HP, Nam Huu N, Tram Thi HN, Nam XV, Nhat MN, Trung QV. Quality of work life in healthcare: a comparison of medical representatives and hospital pharmacists, *Hospital Topics*, 2021, 4: 161-170.
7. Li H, Chang H, Tao Z, Zhang D, Shi Y, Li X. Mediating effect of coping style on the relationship between clinical leadership and quality of work life among nurses in tertiary-level hospitals in China: a crosssectional study. *BMJ Open* 2021, 7(2): 11-5
8. Chan CH, Einstein WO. Quality of work life (QWL): What can unions do? *SAM Advanced Management J.* 1990, 55: 17-22.
9. Nanjundeswaraswamy TS, Swamy DR. Review of literature on quality of worklife, *International Journal For Quality Research* 2013, 7: 201-14.
10. Kast FE, Rosenmeig YE, *Organizarion and Management: A Sjsrem and Conringency Approach*, 3th ed. Tokyo, McGraw-Hill Kogakusha, 1979: 601.
11. Ashrafi Z, Ebrahimi H, Khosravi A, Navidian A, Ghajar A. The relationship between quality of work life and burnout: a linear regression structural-equation modeling, *Health Scope* 2018, 71:1-11.
12. Tajigharajeh S, Safari M, Abadi TS, Abadi SS, Kargar M, Panahi M. Determining the relationship between emotional intelligence and interpersonal sensitivity with quality of work life in nurses, *J Edu Health Promot* 2021, 10:174-7.

13. Lau RSM, Bruce EM. A win-win paradigm for quality of work life and business performance, *Human Resource Dev.* 1998, 9(3): 211-26.
14. Saraji GN, Dargahi H. Study of quality of work life (QWL), *Iranian J Publ Health* 2006, 35(4): 8-14.
15. Knox S, Irving JA. An interactive quality of work life model applied to organizational transition. *JONA* 1997, 27(1): 39- 47.
16. Hosseini SM. Quality of work life (QWL) and its relationship with performance. *Advanced Management Science* 2010, 1: 559-62.
17. Leitão J, Pereira D, Gonçalves Â. Quality of work life and contribution to productivity: assessing the moderator effects of burnout syndrome, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18: 24-25.
18. Kheiraoui F, Gualano MR, Mannocci A, Boccia A, La Torre G. Quality of life among healthcare workers: a multicentre cross-sectional study in Italy, *Public Health* 2012, 126: 624-9.
19. Cunningham JB, Eberle T, A guide to job enrichment and redesign, *Personnel* 1990, 67(2): 56-61.
20. Kalra SK, Ghosh S. Quality of work life: A study of associated factors, *Indian J. Soc. Work* 1984, 25(3): 341-9.
21. Cavry J, Wakefield D, Price I, Mueller C, Mcloskey J. Determinants of turnover among nursing department employees. *Res Nurs Health* 1995, 8: 397-411.
22. Bogler R. Two profiles of schoolteachers: A discriminate analysis of job satisfaction, *Teaching and Teacher Education* 2002, 18(6): 665-73.
23. Drobnic S, Behan B, Prag P. Good job, good life? Working conditions and quality of life in Europe, *Soc. Indic. Res.* 2010, 99(2): 205-25.
24. Robins SP. *Organizational Behavior: Concepts, Controversies, and Applications*. 1th ed. New Jersey, Prentice Hall. 1989: 15.
25. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout, *Annu. Rev. Psychol.* 2001, 52(1): 397-422.
26. Maslach C, Leiter MP. The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it, *John Wiley & Sons* 2008, 8: 86-91.
27. Freudenberger HJ. Staff burn-out, *J Soc Issues* 1974, 30: 159-65.
28. Serrão C, Duarte I, Castro L, Teixeira A. Burnout and depression in portuguese healthcare workers during the covid-19 pandemic the mediating role of psychological resilience. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18: 636-9.

29. Halbesleben JRB, Buckley MR. Burnout in organizational life, *Journal of Management* 2004, 30: 859–79.
30. Bauer J, Häfner S, Kächele H, Wirsching M, Dahlbender RW. The burn-out syndrome and restoring mental health at the working place, *Psychother Psych Med.* 2003, 53(5): 213–22.
31. Pines A, Aronson E, Kafry D. *Burnout: From Tedium to Personal Growth*, New York, Free Press, 1981: 85.
32. Figley CR, *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorders in Those who Treat the Traumatized*. New York, Brunner/Mazel, 1995: 74.
33. Lief HI, Fox RC, Training for “detached concern” in medical students. In Lief HI, Lief VF, Lief NR. (eds.), *The Psychological Basis of Medical Practice*, 1nd. ed. New York, Harper & Row, 1963: 12-35.
34. Kotera Y, Maxwell-Jones R, Edwards AM, Knutton N. Burnout in professional psychotherapists: relationships with self-compassion, work–life balance, and telepressure, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18: 5308-18.
35. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry, *World Psychiatry* 2016, 15: 103–111.
36. Kaya B, Pandeminin ruh sağlığına etkileri, *Klinik Psikiyatri* 2020, 23: 123-4.
37. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed, *Lancet Psychiatry* 2020, 7: 228–9.
38. Nishimura Y, Miyoshi T, Hagiya H, Kosaki Y, Otsuka F. Burnout of Healthcare workers amid the COVID-19 pandemic: A Japanese Cross-Sectional survey, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18: 24-34.
39. Trumello C, Bramanti SM, Ballarotto G, Candelori C, Cerniglia L, Cimino S, Crudele M, Lombardi L, Pignataro S, Viceconti ML, Babore A. Psychological adjustment of healthcare workers in Italy during the COVID-19 pandemic: differences in stress, anxiety, depression, burnout, secondary trauma, and compassion satisfaction between frontline and non-frontline professionals, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17: 8358-60.
40. Zhang J, Wu W, Zhao X, Zhang W. Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital, *Precis. Clin. Med.* 2020, 3: 3-8.

41. Zhou Q, Lai X, Wan Z, Zhang X, Tan L, Impact of burnout, secondary traumatic stress and compassion satisfaction on hand hygiene of healthcare workers during the COVID- 19 pandemic, *Nursing Open* 2021, 8(5): 2551-7.
42. Cai B, Tu J, Ma L, Chen L, Fu Y, Jiang Q. Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID19) in Hubei, *China Med. Sci. Monit.* 2020, 26: 924-71.
43. Yasal D, Partlak NG. Trauma stress of nurses working in emergency department investigation of factors affecting symptoms and coping ways of nurses, *Nine September Univ. Faculty Nurs. Electron. Journal* 2019, 12: 74–81.
44. Jiang D, Lu D, Tao W, Chenxin Y, Rao F, Lei Z. Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan, *Gen. Hosp. Psychiatry* 2020, 5: 30045-51.
45. Çelmeçe N, Menekay M. The effect of stress, anxiety and burnout levels of healthcare professionals caring for covid-19 patients on their quality of life, *Front. Psychol.* 2020, 11: 597-624.
46. Wankowicz P, Szylińska A, Rotter I. Assessment of mental health factors among health professionals depending on their contact with COVID-19 patients, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17: 5849-57.
47. Luceño-Moreno L, Talavera-Velasco B, García-Albuerne Y, Martín-García J. Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in spanish health personnel during the COVID-19 pandemic, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17: 5514.
48. Sung CW, Chen CH, Fan CY, Su FY, Chang JH, Hung CC. Burnout in medical staffs during a coronavirus disease (COVID-19) pandemic, 2020 *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17: 5552.
49. Kansoun Z, Boyer L, Hodgkinson M, Villes V, Lançon C, Fond G. Burnout in French physicians: a systematic review and meta-analysis, *J. Affect. Disord* 2019, 246: 132-47.
50. Matsuo T, Kobayashi D, Taki F, Sakamoto F, Uehara Y, Mori N. Prevalence of health care worker burnout during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Japan, *JAMA Netw Open* 2020, 3: 172-81.
51. Amanullah S, Ramesh Shankar R. The impact of COVID-19 on physician burnout globally: A Review *Healthcare* 2020, 8: 421.

52. Çarıkçı İ, Çelikkol Ö. İş-aile çatışmasının örgütsel bağlılık ve işten ayrılma niyetine etkisi, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2009, 1(9):156-8.
53. Fontan J, Maneglier V, Nguyen VX, Loirat C, Brion F. Medication Errors in hospitals: computerized unit drug dispensing systems versus ward stock distribution system, *Pharm World Sci.* 2003, 25(3):112-7.
54. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme, *Dirim Tıp Gazetesi* 2009, 84(1): 1-10.
55. Akalın EH. Patient safety in intensive care units, *Yoğun Bakım Dergisi* 2005, 5(3):141-6.
56. Almannie R, Almuhaideb M, Alyami F, Alkhayyal A, Binsaleh S. Suudi Arabistan'da tıbbi uygulama hatası davalarının durumu: Yıllık raporun analizi, *Suudi Anestezi Dergisi* 2021, 15: 97–100.
57. Göcen Ö, Yılmaz A, Aslanhan HT, Çelepkolu T, Tuncay S, Dirican E. Hekimlerin, defansif tıp uygulamaları hakkındaki bilgi ve tutumları, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeyleri, *TJFMPC* 2018, 15(2): 77-87.
58. Balch CM, Oreskovich MR, Dyrbye LN, Colaiano JM, Satele DV, Sloan JA, Shanafelt TD. Yanlış uygulama davalarının Amerikalı cerrahlar üzerindeki kişisel sonuçları, *Amerikan Cerrahlar Koleji Dergisi* 2011, 213: 657-67.
59. Breen CT, Mehra S. Ulusal pratisyen bilgi bankasından kulak burun boğaz tıbbi uygulama hatası ödemelerinin bir analizi, *Kulak Burun Boğaz-Baş ve Boyun Cerrahisi* 2021, 164 (3): 589-94.
60. Myers LC, Einbinder J, Camargo CA, Aaronson EL. Acil tıp hekimlerini içeren tıbbi uygulama hatası iddialarının özellikleri, *Sağlık Risk Yönetimi Dergisi* 2021, 41(1): 9-15.
61. McNutt RA, Abrams R, Aron DC. Patient safety efforts should focus on medical errors, *JAMA* 2002, 287(15): 1997-2001.
62. Carter D. Adverse events, *British Journal of Surgery* 2004, 91(7): 785-6.
63. Patterson E, Cook R, Woods D, Render M. Examining the complexity behind a medication error: generic patterns in communication, *Man and Cybernetics* 2004, 34(6): 749- 57.
64. Macit ÖÜM, Orhan S, Gümüş M. Türkiye’de sağlık kurumlarında uygulan tıbbi hatalar üzerine yapılan araştırmalar: ulusal makaleler ve lisansüstü tezler üzerine

- bir derleme, *Pearson Journal Of Social Sciences & Humanities* 2021, 6(11): 241-56.
65. Estrada C. Medical errors must be discussed during medical education, *BMJ*. 2000, 321:507-9.
 66. Gündoğdu G. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimi ile Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, 2018.
 67. Burak MB, Değer MS, Pehlivan E. Doktorlarda mesleki tükenmişlik sendromu ve çalışma yaşam kalitesi arasındaki ilişki, *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi* 2020, 25(2): 94-101.
 68. Karagöz E. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin İş-Yaşam Kalitesi ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi, 2019.
 69. Sağlam Y. Engelli ve Yaşlı Bakım Personellerinin Tükenmişliği, İş Yaşamı Kalitesi ve Yaşam Doyumu İlişkileri Üzerine Bir Araştırma, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale: Kırıkkale Üniversitesi, 2017.
 70. Aba G. İş Yaşam Kalitesi ve Motivasyon İlişkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Antalya: Akdeniz Üniversitesi, 2009.
 71. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlanması, *VII. Ulusal Psikoloji Kongresi*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 1992.
 72. Karagöz Y. *SPSS VE AMOS Uygulamaları Bilimsel Araştırma Yöntemleri ve Yayın Etiği*, 2. Baskı, Ankara, Nobel Yayıncılık. 2019: 74.
 73. Gürbüz S. *AMOS ile Yapısal Eşitlik Modellemesi*. 1. Baskı, Ankara, Seçkin yayıncılık, 2019: 24-62.
 74. Schumacker RE. Conducting specification searches with amos structural equation modeling, *A Multidisciplinary Journal* 2006, 13(1): 118-29.
 75. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics* 6th ed. Boston: Allyn and Bacon, 2013, 123.
 76. Sahu AK. COVID-19 in health care workers—A systematic review and meta-analysis, *Am. J. Emerg. Med.* 2020, 38(9): 1727-31.

77. Yumru M. Covid-19 ve sağlık alışanlarında tukenmişlik, *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2020, 23: 5-6.
78. Gunşen N. stn B. Türkiye’de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde alışan hemşire ve hekimlerde tukenmişlik: Literatr incelemesi, *DEUHYO ED* 2010, 3(1): 40-51.
79. Roslan NS, Yusoff MSB, Asrenee AR, Morgan K. Burnout Prevalence and its associated factors among malaysian healthcare workers during COVID-19 pandemic: An embedded mixed-method study, *Healthcare* 2021, 9: 90-5.
80. Arpacioğlu S, Baltalı Z, nbol B. COVID-19 pandemisinde sağlık alışanlarında tukenmişlik, Covid korkusu, depresyon, mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler, *Cukurova Medical Journal* 2021, 46(1): 88-100.
81. Hořđor DG, Tanyel T, Saadet CİN, Demirsoy SB. Covid-19 pandemisi dneminde sağlık alışanlarında tukenmişlik: İstanbul ili rneği, *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi* 2021, 8(2): 372-86.
82. Permarupan PY, Mamun A, Samy NK, Saufi RA, Hayat N. Predicting nurses burnout through quality of work life and psychological empowerment: A study towards sustainable healthcare services in Malaysia, *Sustainability* 2020, 12(1): 388-95.
83. Naha LAU, Wang H, Francavilla S, Acar , Flores JM. Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: a rapid turnaround global survey, *medRxiv* 2020, 9: 5-9.
84. Cimete G, Gencalp NS, Keskin G. Quality of life and job satisfaction of nurses, *J. Nurs. Care Qual.* 2003, 21(3): 151-8.
85. Beaudoin LE, Edgar L. Hassles: Their importance to nurses’ quality of work life, *Nursing Economic* 2003, 21(3): 106-13.
86. Argentero P, Miglioretti M, Angilletta C. Quality of work life in a cohort of Italian health workers, *Supplemento A, Psicologia* 2007, 29(1): 50-4.
87. Bearfield S. Quality of working life: Comparing the perceptions of professionals and clerical sales and service workers, *Acirrt-Working Paper* 2003, 86: 1-22.

EKLER

EK 1. Özgeçmiş

EK 2. Etik İzin

EK-3. Kurum İzni

EK 4. Anket Formu

COVID-19 Pandemisi Sürecinde Aktif Çalışan Sağlık Personellerinin İş Yaşam Kalitesinin Tükenmişlik Sendromuna Etkisinin Adli Bilimler Açısından Değerlendirilmesi

Sayın katılımcı bu anket soruları “COVID-19 Pandemisi Sürecinde Aktif Çalışan Sağlık Personellerinin İş Yaşam Kalitesinin Tükenmişlik Sendromuna Etkisinin Adli Bilimler Açısından Değerlendirilmesi” isimli yüksek lisans tez çalışmasında kullanılacak olup, veriler başka bir yerde paylaşılmayacak ve anketörler gizli tutulacaktır. Anket çalışması için gerekli etik kurul ve kurum izinleri alınmıştır.

Sorulara içten ve doğru cevaplar vermeniz, araştırmanın doğruluğu ve verimliliği için çok önemlidir. Katılarınız için teşekkür eder, sağlık ve esenlikler dileriz.

Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Mucahit ORUÇ

Araştırmacı: Emetullah YALTAGİL

İnönü Üniversitesi

1.	<i>Cinsiyetiniz</i>	Kadın ()	Erkek ()						
2.	<i>Yaşınız</i>							
3.	<i>Medeni Haliniz</i>	Evli ()	Bekar ()						
4.	<i>Eğitim Durumunuz</i>	İlköğretim ()	Lise ()	Ön lisans ()					
		Lisans ()	Yüksek lisans ()	Doktora ()					
5.	<i>Göreviniz</i>	Hekim ()	Hemşire ()	Fizyoterapist ()	Psikolog ()				
		Diyetisyen ()	Sağlık Teknikeri ()	İdari Personel ()					
		Diğer (Belirtiniz)							
6.	<i>Gelir düzeyiniz (Aylık Ortalama)</i>	1500 ₺ ve altı ()	1501 ₺ - 3000 ₺ ()	3001 ₺ - 4500 ₺ ()					
		4501 ₺ - 6000 ₺ ()	6001 ₺ - 7500 ₺ ()	7501 ₺ ve üzeri ()					
7.	<i>Çalıştığınız Birim</i>	Covid-19 Birimi ()	Servis ()	Poliklinik ()					
		Acil Servis ()	Diğer (Belirtiniz)						
8.	<i>Kaç senedir bu işi yapıyorsunuz?</i>	1 yıldan az ()	1-5 yıl arası ()	6-10 yıl arası ()	11-15 yıl arası ()				
		15 yıldan fazla ()							
9.	<i>Genel Olarak işinizden memnun musunuz?</i>	Evet ()	Hayır ()	Kısmen ()					
A. İş yaşam kalitenize ilişkin algınızı belirlemeye yönelik aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi belirtiniz.					Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne De Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
(1) Kesinlikle <u>Katılmıyorum</u>					1	2	3	4	5
(2) <u>Katılmıyorum</u>									
(3) <u>Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum</u>									
(4) <u>Katılıyorum</u>									
(5) Kesinlikle <u>Katılıyorum</u>									
1.	Genel olarak şimdiki kurumda çalışmaktan memnunuz.								
2.	Yapmakta olduğum işin yeteneklerime uygun olduğunu düşünüyorum.								
3.	Mevcut işim nedeniyle toplumda saygınlık duyduğumu düşünüyorum.								
4.	Yetki ve sorumluluklarımın dengeli olduğunu düşünüyorum.								
5.	Kurum hedefleri ile kişisel hedeflerim arasında uyum olduğunu düşünüyorum.								
6.	İşte kendimi ifade etme ve geliştirme olanaklarımın yeterli olduğunu düşünüyorum.								
7.	Yaptığım işin beklentilerime uygun olduğunu düşünüyorum.								
8.	İşteki çalışma saatleri ve mesai uygulamalarının ideal olduğunu düşünüyorum.								

9.	Kurumdaki izin uygulamalarının düzenli olduğunu düşünüyorum.					
10.	Kurumdaki fiziki çalışma ortamının yeterli olduğunu düşünüyorum.					
11.	İş ortamındaki sosyal faaliyetlerin yeterliliği olduğunu düşünüyorum.					
12.	Yaptığım işe göre ücretimin yeterli olduğunu düşünüyorum.					
13.	Örgütsel gelişim ve değişim konusunda yapılan çalışmaların etkin olduğunu düşünüyorum.					
14.	Sağlanan yemek hizmetinin yeterli olduğunu düşünüyorum.					
15.	Haberleşme ve ulaşım olanaklarının yeterli olduğunu düşünüyorum.					
16.	Sosyal olanaklar ve faaliyetlerin yeterli olduğunu düşünüyorum.					
B. İşinizde tükenmişlik düzeyine ilişkin algınızı belirlemeye yönelik aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi belirtiniz.						
(1) <i>Kesinlikle Katılmıyorum</i>		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne De Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
(2) <i>Katılmıyorum</i>						
(3) <i>Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum</i>						
(4) <i>Katılıyorum</i>						
(5) <i>Kesinlikle Katılıyorum</i>						
		1	2	3	4	5
1.	İşimden soğuduğumu hissediyorum.					
2.	İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.					
3.	Sabah kalktığımda, bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.					
4.	İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini anlarım.					
5.	İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere, sanki insan değilmiş gibi davrandığımı hissediyorum.					
6.	Bugün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.					
7.	İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8.	Yaptığım işten tükendiğimi hissediyorum.					
9.	Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
10.	Bu işte çalışmaya başladığımdan beri, insanlara karşı sertleştim.					
11.	Bu işin giderek beni katılaştırmasından korkuyorum.					
12.	İşimle ilgili çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
13.	İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.					
14.	İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15.	İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.					
16.	Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
17.	İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yaratırım.					

18.	İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissedirim.					
19.	Bu işte birçok kayda değer bir başarı elde ettim.					
20.	Yolun sonuna geldiğimi, her şeyin bittiğini hissediyorum.					
21.	İşimde duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum.					
22.	İşim gereği karşılaştığım insanların bazen problemlerinin, zaman zaman benden kaynaklandığını düşünüyorum.					

Anketimiz bitmiştir. Katkınız için teşekkür ederiz.