

T.C.
İSTANBUL NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ (TEZLİ) YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ SAĞLAYICILARININ ÖZ
YETERLİLİK İNANÇ DÜZEYLERİ İLE MEMNUNİYET
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ: EDİRNE
İLİ ÖRNEĞİ

Yaşanur TEKİN

Yüksek Lisans Tezi

SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ SAĞLAYICILARININ ÖZ
YETERLİLİK İNANÇ DÜZEYLERİ İLE MEMNUNİYET DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ: EDİRNE İLİ ÖRNEĞİ

Yaşanur TEKİN

T.C.
İstanbul Nişantaşı Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Sağlık Yönetimi (Tezli) Yüksek Lisans Programı

Yüksek Lisans Tezi

ORCID ID: 0009-0006-1908-7523

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Suzan ERGÜN

İstanbul
Haziran 2025

KABUL VE ONAY

Yaşanur TEKİN tarafından hazırlanan “Sağlık Bakım Hizmetleri Sağlayıcılarının Öz Yeterlik İnanç Düzeyleri ile Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi / Edirne İli Örneği” başlıklı bu çalışma, 16 Haziran 2025 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyesi: **Prof. Dr. Ayla ÖNCER** _____
Marmara Üniversitesi

Jüri Üyesi: **Prof. Dr. Uğur YOZGAT** _____
Nişantaşı Üniversitesi

Tez Danışmanı: **Dr. Öğr. Üyesi Suzan ERGÜN** _____
İstanbul Nişantaşı Üniversitesi

Jüri tarafından kabul edilen bu çalışmanın Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

Enstitü Yönetim Kurulu;

Karar Tarihi :

Karar Numarası :

Doç. Dr. Yeşim KAYA

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını tezimin/projemin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

16 Haziran 2025

Yaşanur TEKİN



SAVUNMA ÖNCESİ ONAYLAR

BENZERLİK ONAYI		
Başlık	Sağlık Bakım Hizmetleri Sağlayıcılarının Öz Yeterlilik İnanç Düzeyleri ile Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi /Edirne İli Örneği	
Savunma Tarihi	18.06.2025	
Sayfa Sayısı	90	
Benzerlik Yüzdesi (%)	10	
Taranan Program	Turnitin	
<p>Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın kapak sayfası, giriş, özet, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan çalışmam için şahsım ve tez danışmanım/Enstitü Sorumlusu tarafından intihal tespit programında taraması yapılmıştır. Tez Danışmanımın gözetiminde tamamladığım çalışmamın azami benzerlik oranlarına göre intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.</p>		
Öğrenci Yaşanur TEKİN	Danışman Dr Öğr Üyesi Suzan ERGÜN	Enstitü Sorumlusu

ETİK KURUL ONAYI		
Başlık	Sağlık Bakım Hizmetleri Sağlayıcılarının Öz Yeterlilik İnanç Düzeyleri ile Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi /Edirne İli Örneği	
Etik Kurul Toplantı Tarihi	18.11.2024	
Etik Kurul Karar No	SBETKK2024-09	
Enstitü Sekreteri		

TEZDEN ÇIKARILAN YAYIN		
Yayın Künyesi	Tekin, Y. (2025). Sağlık çalışanlarında öz yeterlik düzeyini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. <i>Uluslararası Multidisipliner Akademik Araştırmalar Dergisi</i> , 12(1). https://joimar.com/archives.aspx	
Yayın Türü	<input type="checkbox"/> Ulusal Hakemli Dergide Makale <input checked="" type="checkbox"/> Uluslararası Hakemli Dergide Makale <input type="checkbox"/> Ulusal Kongre/Sempozyumda Bildiri <input type="checkbox"/> Uluslararası Kongre Sempozyumda Bildiri	
Enstitü Sekreteri		

TEŞEKKÜR

Bu tez çalıőmam sűresince bilgi ve deneyimiyle yolumu aydınlatan, her aőamada sabırla rehberlik eden deęerli danıőmanım Dr. Öğr. Üyesi Suzan Ergűn'e en içten teőekkűrlerimi sunarım. Kendisinin katkıları ve desteęi, çalıőmamın yűnűnű belirlemede bűyűk űnem taőımıőtır.

Tez sűrecinde yanımda olan, beni her koőulda destekleyen ve sabırla yanımda duran sevgili aileme sonsuz teőekkűr ederim. Onların verdięi moral ve motivasyon, bu sűreci baőarıyla tamamlamamda űnemli bir rol oynamıőtır.

Ayrıca, tűm zorluklar karőısında yanımda olan, desteęini ve dostluęunu esirgemeyen en yakın arkadaőım Nięmet Őlener'e de içtenlikle teőekkűr ederim. Varlıęı ve manevi desteęi, bu sűrete bana gű vermiőtir.

Emek ve katkılarıyla bu çalıőmanın ortaya çıkmasına yardımcı olan herkese teőekkűr ederim.

Yaşanur TEKİN

Haziran, 2025

ÖZET

Yasanur TEKİN

Sağlık Bakım Hizmetleri Sağlayıcılarının Öz Yeterlilik İnanç Düzeyleri ile Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Edirne İli Örneği

Yüksek Lisans Tezi

İstanbul, 2025

Bu tez çalışması, Edirne ilinde görev yapan sağlık bakım hizmetleri sağlayıcılarının öz yeterlilik inanç düzeyleri ile iş memnuniyeti düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Öz yeterlilik, bireylerin belirli görevleri başarıyla yerine getirebileceklerine dair sahip oldukları içsel inancı ifade ederken; iş memnuniyeti, bireylerin yaptıkları işten duydukları genel tatmin düzeyini kapsamaktadır. Özellikle hemşirelik gibi stres düzeyi yüksek ve insanla yoğun etkileşim gerektiren meslek gruplarında, bu iki kavram arasındaki ilişkinin anlaşılması hem bireysel refah hem de hizmet kalitesinin artırılması açısından stratejik öneme sahiptir.

Araştırma nicel bir desenle yürütülmüş ve örneklem grubunu Edirne ili Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan 361 hemşire oluşturmuştur. Veriler, öz yeterlilik ve iş memnuniyetine ilişkin ölçekler aracılığıyla toplanmış ve istatistiksel analizlerde korelasyon, regresyon ve varyans analizi yöntemleri kullanılmıştır. Bulgular, hemşirelerin öz yeterlilik düzeylerinin genel olarak yüksek olduğunu; ancak bu değişkenin iş memnuniyetini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yormadığını ortaya koymuştur. Bununla birlikte, eğitim düzeyi ve çalışma şekli gibi bazı demografik değişkenlerin hem öz yeterlilik hem de iş memnuniyeti açısından anlamlı farklılıklar yarattığı görülmüştür. Özellikle yüksek lisans mezunu ve sürekli gündüz çalışan hemşirelerin öz yeterlilik ve iş memnuniyeti düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bu sonuçlar, sağlık kurumlarında çalışan memnuniyetini artırmak ve hizmet kalitesini güçlendirmek için bireysel psikolojik kaynakların desteklenmesi gerektiğini göstermektedir. Yönetim politikalarının, çalışanların öz yeterlilik algısını güçlendirecek biçimde düzenlenmesi ve pozitif iş ortamlarının oluşturulması, sağlık çalışanlarının verimliliğini artıracak ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğine katkı sunacaktır.

Anahtar Kelimeler

Öz yeterlilik, iş memnuniyeti, hemşirelik, sağlık hizmetleri, iş tatmini

ABSTRACT

Yasanur TEKİN

An Examination of the Relationship between Self-Efficacy Beliefs and Job Satisfaction

Levels of Healthcare Providers: The Case of Edirne Province

Master's Thesis

İstanbul, 2025

This thesis study was conducted to determine the relationship between the self-efficacy belief levels and job satisfaction levels of healthcare service providers working in Edirne province. While self-efficacy refers to the internal belief that individuals have that they can successfully perform certain tasks, job satisfaction covers the general satisfaction level that individuals feel from their work. Especially in occupational groups such as nursing, which have high levels of stress and require intense interaction with people, understanding the relationship between these two concepts is of strategic importance in terms of both individual well-being and increasing service quality.

The research was conducted with a quantitative design and the sample group consisted of 361 nurses working at Trakya University Medical Faculty Hospital in Edirne province. Data were collected through scales related to self-efficacy and job satisfaction, and correlation, regression and variance analysis methods were used in statistical analyses. The findings revealed that the self-efficacy levels of nurses were generally high; however, this variable did not statistically significantly predict job satisfaction. However, it was observed that some demographic variables such as education level and working style created significant differences in terms of both self-efficacy and job satisfaction. It was determined that especially nurses with a master's degree and those working continuously during the day had higher self-efficacy and job satisfaction levels.

These results highlight the need to strengthen individual psychological resources to increase employee satisfaction and improve service quality in healthcare institutions. Organizational policies that support the development of employees' self-efficacy beliefs and promote positive work environments will enhance workforce productivity and contribute to the sustainability of healthcare services.

Keywords:

Self-efficacy, job satisfaction, nursing, health services, work satisfaction

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
ETİK BEYAN.....	ii
SAVUNMA ÖNCESİ ONAYLAR	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	ix
KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM: SAĞLIK HİZMETLERİ BAĞLAMINDA KAVRAMSAL VE KURAMSAL TEMELLER	3
1.1. Sağlık Kavramı.....	3
1.2. Sağlığı Etkileyen Faktörler.....	4
1.3. Sağlık Bakımı Kavramı	5
1.4. Sağlık Bakım Hizmetleri	6
1.5. Sağlık Sistemleri ve Modelleri	7
1.5.1. Beveridge Modeli	7
1.5.2. Bismarck Modeli	8
1.5.3. Ulusal Sağlık Sigortası Modeli (National Health Insurance – NHI)	8
1.5.4. Pazar Temelli Model (Private Insurance Model).....	9
1.5.5. Türkiye’de Sağlık Sistemi ve Dönüşüm Süreci.....	9
1.6. Sağlık Bakım Hizmetleri Sağlayıcıları.....	9
1.7. Bir Meslek Olarak Hemşireliğin Tarihsel Gelişimi	11
1.8. Sağlık Bakımında Hemşireliğin Rolü.....	13
1.9. Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Yöntemi.....	15
1.10. Hasta Güvenliği ve Kalite Standartları.....	17
1.11. Psikososyal Riskler ve Mesleki Stres	20
1.12. Mesleki Etik ve Deontoloji İlkeleri	22
1.13. Pandemilerin Sağlık Hizmetlerine Etkisi	24
1.14. Sağlık Okuryazarlığı ve Hastayla İletişim.....	26
1.15. Uluslararası Hemşirelik Standartları ve Politikaları.....	28

İKİNCİ BÖLÜM: ÖZ YETERLİLİK VE İŞ MEMNUNİYETİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN KURAMSAL TEMELLERİ	30
2.1. Öz Yeterlilik ve Kuramsal Çerçevesi	30
2.2. İş Tatmini: Kuramsal Temeller ve Sağlık Alanındaki Görünümler	31
2.3. İş Tatminsizliği ve Tükenmişlik	32
2.4. Öz Yeterlilik ve İş Tatmini Arasındaki İlişki	34
2.5. Tükenmişlik, İş Stresi ve Psikolojik Dayanıklılık ile İlişkiler	35
2.6. İş Tatmininde Örgütsel Adalet, Katılım ve Aidiyet	37
2.7. Liderlik Stilleri ve Yönetici Desteği ile Öz Yeterlilik-İş Tatmini İlişkisi.....	38
2.8. Sağlıkta İnovasyon, Dijitalleşme ve Öz Yeterlilik.....	39
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ VE ANALİZ	41
3.1. Çalışmada Kullanılan Gereçler	41
3.1.1. Veri Toplama Araçları	41
3.2. Yöntem	42
3.2.1. Araştırmanın Amacı.....	42
3.2.2. Araştırmanın Önemi	42
3.2.3. Araştırmanın Hipotezleri	43
3.2.4. Araştırmanın Yöntemi	44
3.2.5. Evren ve Örneklem	46
3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	46
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: BULGULAR.....	48
BEŞİNCİ BÖLÜM: TARTIŞMA	56
SONUÇ VE ÖNERİLER	60
KAYNAKLAR	62
EK 1. ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ	74
EK 2. İŞ MEMNUNİYETİ ÖLÇEĞİ.....	76
EK 3. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU	78
EK 4. ARAŞTIRMA İZİNİ.....	79
ETİK KURUL/KOMİSYON İZİNİ	80

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı.....	48
Tablo 2. Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Dağılımı	48
Tablo 3. Katılımcıların Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı	48
Tablo 4. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	48
Tablo 5. Katılımcıların Çalışma Şekillerine Göre Dağılımı	49
Tablo 6. Öz Yeterlilik ile İş Memnuniyeti Arasındaki İlişkiye İlişkin Pearson Korelasyon Sonuçları	49
Tablo 7. Cinsiyete Göre Öz Yeterlilik ve İş Memnuniyeti Değişkenlerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	49
Tablo 8. Cinsiyete Göre Öz Yeterlilik ve İş Memnuniyeti Değişkenlerine İlişkin Bağımsız Örneklem t-Testi Sonuçları.....	50
Tablo 9. Eğitim Düzeylerine Göre Öz Yeterlilik ve İş Memnuniyeti Değişkenlerine Ait ANOVA Sonuçları	50
Tablo 10. Çalışma Süresine Göre Öz Yeterlilik Değişkenine Ait Tukey HSD Post-Hoc Testi Sonuçları	51
Tablo 11. Çalışma Şekline Göre Öz Yeterlilik ve İş Memnuniyeti Değişkenlerine Ait ANOVA Sonuçları	51
Tablo 12. Eğitim Durumuna Göre Öz Yeterlilik Değişkenine Ait Tukey HSD Post-Hoc Testi Sonuçları	52
Tablo 13. Eğitim Düzeyine Göre İş Memnuniyeti Değişkenine Ait Tukey HSD Post-Hoc Testi Sonuçları.....	52
Tablo 14. Medeni Duruma Göre Öz Yeterlilik ve İş Memnuniyeti Değişkenlerine Ait ANOVA Sonuçları	53
Tablo 15. Çalışma Şekline Göre Öz Yeterlilik Değişkenine Ait Tukey HSD Post-Hoc Testi Sonuçları	54
Tablo 16. Çalışma Şekline Göre İş Memnuniyeti Değişkenine Ait Tukey HSD Post-Hoc Testi Sonuçları	54
Tablo 17. Öz Yeterlilik Değişkenine Ait Regresyon Modeli Özeti	55

KISALTMALAR DİZİNİ

Kısaltma	Açıklama
ANOVA	Analysis of Variance (Varyans Analizi)
CDC	Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EVLN	Exit, Voice, Loyalty, Neglect
GSS	Genel Sağlık Sigortası
ICN	Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses)
İKY	İnsan Kaynakları Yönetimi
IOM	Institute of Medicine
JCI	Joint Commission International
NHI	National Health Insurance
SKS	Sağlıkta Kalite Standartları
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

GİRİŞ

Sağlık hizmetleri, bireylerin yaşam kalitesini yükseltme, hastalıkları önleme, tedavi etme ve toplum sağlığını koruma açısından hayati bir rol üstlenmektedir. Günümüzde sağlık sistemlerinin etkinliği yalnızca teknolojik gelişmelerle değil, aynı zamanda hizmeti sunan insan kaynağının niteliğiyle de doğrudan ilişkilidir. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve başarısı, yalnızca teknik altyapı ve kurumsal kaynaklarla değil, aynı zamanda sağlık çalışanlarının iş doyumu, motivasyonu ve mesleki yeterlilikleriyle de belirlenmektedir. Özellikle hemşireler gibi doğrudan hasta bakımında görev alan sağlık profesyonellerinin tutumu, davranışları ve algıları, hasta memnuniyetinin yanı sıra sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından da kritik bir öneme sahiptir.

Sağlık hizmetlerinden memnuniyet; bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği, hizmetin sunum biçimi, sağlık personelinin iletişim becerileri ve tutumu gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Ancak literatür, bu memnuniyet düzeylerinin yalnızca dışsal koşullarla değil, bireylerin öznel kaynaklarıyla da ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bu noktada, bireylerin sahip oldukları öz yeterlilik inancı, sağlık hizmetlerinden nasıl yararlandıklarını ve hizmet sürecini nasıl algıladıklarını belirleyen temel faktörlerden biri olarak öne çıkmaktadır.

Öz yeterlilik, bireylerin belirli bir görevi ya da durumu başarıyla yerine getirebileceklerine dair inançlarıdır. Bu inanç hem davranışları hem de bireyin çevresini algılayış biçimini şekillendirir. Sağlık çalışanlarında güçlü bir öz yeterlilik algısı; zorluklar karşısında yılmadan mücadele etmeyi, yeni durumlara hızlı adapte olmayı ve profesyonel gelişime açık olmayı beraberinde getirmektedir. Bununla birlikte, öz yeterlilik düzeyleri, bireylerin motivasyonunu artırmakta ve iş tatminine doğrudan katkı sağlamaktadır. Öte yandan düşük öz yeterlilik inancı, stres, tükenmişlik ve işten ayrılma eğilimi gibi olumsuz işyeri sonuçlarıyla ilişkilendirilmektedir (Schwarzer & Hallum, 2008).

Bu bağlamda, hemşirelerin öz yeterlilik düzeyleri ile iş memnuniyeti arasındaki ilişkinin araştırılması, yalnızca bireysel sağlık çalışanlarının iyi oluşunu anlamak açısından değil; aynı zamanda sağlık kurumlarının genel performansı ve hasta bakım kalitesinin sürdürülebilirliği açısından da son derece önemlidir. Sağlık politikalarının oluşturulmasında, yalnızca hizmet alıcı değil, hizmet sunucu konumundaki

profesyonellerin psikolojik kaynaklarını anlamaya yönelik çalışmaların artırılması, sektördeki verimliliğin ve memnuniyetin artırılmasına katkı sağlayacaktır.

Bu araştırma, hemşirelerin öz yeterlilik algılarının iş memnuniyetlerine olan etkisini anlamayı hedefleyerek, sağlık çalışanlarının bireysel güç kaynaklarının kurumsal kaliteye nasıl yansıdığını ortaya koymayı amaçlamaktadır. Araştırma bulguları, sağlık kurumlarının insan kaynağına yönelik daha etkili eğitim, destek ve motivasyon stratejileri geliştirmelerine katkı sağlayabilir. Özellikle, hemşirelerin öz yeterlilik inançlarını güçlendirmeye yönelik yapılacak psikososyal müdahalelerin, mesleki doyumlarını artırarak hizmet kalitesine olumlu yansımaları olacağı öngörülmektedir.



BİRİNCİ BÖLÜM: SAĞLIK HİZMETLERİ BAĞLAMINDA KAVRAMSAL VE KURAMSAL TEMELLER

1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık, insan yaşamının en temel ve vazgeçilmez unsurlarından biridir. Yalnızca bireyin hastalıklardan uzak olması değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden dengeli ve işlevsel bir yaşam sürdürebilmesi de sağlığın kapsamına girmektedir. Bu nedenle sağlık, tarih boyunca hem bireysel hem de toplumsal düzeyde farklı şekillerde tanımlanmış ve değerlendirilmiştir. Sağlık kavramına ilişkin yapılan tanımlar, sadece tıbbi bir çerçeve sunmakla kalmaz; aynı zamanda bireyin yaşam kalitesini, sosyal etkileşimlerini ve psikolojik dengesini de içeren bütüncül bir bakış açısını yansıtır (Huber ve ark., 2011)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı yalnızca hastalık ya da sakatlığın bulunmaması durumu olarak değil; fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Bu tanım, sağlık kavramını yalnızca biyolojik bir çerçevede sınırlamamakta; bireyin yaşamının tüm yönlerini kapsayan bütünsel bir iyilik durumuna atıfta bulunmaktadır. DSÖ'nün bu yaklaşımı, modern sağlık anlayışında yalnızca hastalıkların tedavisine değil, aynı zamanda bireyin genel yaşam kalitesinin artırılmasına da odaklanılması gerektiğini vurgulamaktadır (World Health Organization, 2006).

Öte yandan, Amerikalı biyoetikçi Daniel Callahan, sağlık tanımına daha dar ve işlevsel bir bakış açısıyla yaklaşmaktadır. Callahan'a göre sağlık, esasen fiziksel sağlıktan ibarettir ve DSÖ'nün tanımı fazlasıyla geniş, soyut ve ölçülmesi güç bir çerçeve sunmaktadır. Ona göre, bireyin bedensel bütünlüğünü koruyabilmesi ve temel biyolojik işlevlerini sürdürebilmesi, sağlık kavramının en temel ve somut göstergesidir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin öncelikli hedefi fiziksel sağlığın korunması ve iyileştirilmesi olmalıdır (Callahan, 1973).

Felsefeci Thomas Schramme ise DSÖ'nün tanımını savunarak bu yaklaşımın sıklıkla yanlış yorumlandığını belirtmektedir. Özellikle “tam” ifadesinin mutlak mükemmellik anlamında algılanmasının yanıltıcı olduğunu vurgular. Schramme'ye göre burada kastedilen “tam iyilik hali”, kişinin yalnızca bedensel olarak değil, zihinsel ve sosyal yönlerden de işlevsel ve dengeli bir yaşam sürmesi anlamına gelmektedir. Bu bakış

açısı, sağlık kavramını yalnızca bedensel bir durumun ötesine taşıyarak, bireyin tüm yaşam alanlarını içeren daha kapsamlı ve çok boyutlu bir anlayışla değerlendirilmesini desteklemektedir (Schramme, 2013).

1.2. Sağlığı Etkileyen Faktörler

Sağlık, çok boyutlu bir kavram olduğundan, bireyin sağlık durumunu etkileyen pek çok faktör bir arada değerlendirilmelidir. Bu faktörler yalnızca biyolojik değil; aynı zamanda psikolojik, sosyal, çevresel ve davranışsal bileşenleri de kapsar (Marmot ve Wilkinson, 2006).

Bireylerin günlük yaşamlarında benimsedikleri davranışlar ve yaşam tarzı alışkanlıkları, sağlık üzerinde doğrudan ve belirleyici bir etkiye sahiptir. Sigara ve alkol kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel aktivite eksikliği gibi faktörler; kalp-damar hastalıkları, diyabet, obezite gibi kronik hastalıkların gelişme riskini artırmaktadır. Öte yandan, düzenli egzersiz yapan, sağlıklı beslenen ve zararlı alışkanlıklardan uzak duran bireylerde ise hastalık riskleri düşmekte, yaşam kalitesi artmaktadır (Mokdad ve ark., 2004).

Tıbbi bakım hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerin kalitesi de bireylerin sağlık düzeylerini önemli ölçüde etkiler. Sağlık kuruluşlarına kolay ulaşabilme, erken teşhis ve tedavi olanaklarından yararlanabilme ve önleyici sağlık hizmetlerinin sunulması, hastalıkların kontrol altına alınmasını ve sağlık sonuçlarının iyileştirilmesini sağlar. Özellikle koruyucu sağlık hizmetleri, toplum sağlığının genel düzeyini yükseltmekte kritik bir rol oynamaktadır (World Health Organization, 2008).

Sosyal koşullar da sağlığı etkileyen temel bileşenlerden biridir. Bireyin eğitim düzeyi, gelir durumu, mesleği, yaşam standardı ve sosyal destek sistemleri, sağlığa erişim olanaklarını belirlerken aynı zamanda stres düzeyi, yaşam memnuniyeti ve ruhsal denge gibi alanları da etkilemektedir. Sosyal adaletsizlikler, sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda eşitsizliklere yol açarak toplumsal düzeyde sağlık farklılıklarının oluşmasına neden olabilir (World Health Organization, 2021).

Çevresel etmenler, bireylerin maruz kaldığı yaşam koşullarıyla doğrudan bağlantılıdır. Temiz hava, sağlıklı su kaynakları, güvenli ve hijyenik konut ortamları, gürültü düzeyi ve kimyasal maddelere maruziyet gibi çevresel özellikler, bireylerin fiziksel ve ruhsal

sağlığını doğrudan etkiler. Özellikle hava kirliliği ve kötü barınma koşulları, solunum yolu hastalıkları ve diğer sağlık sorunlarının görülme sıklığını artırabilmektedir.

Bunlara ek olarak, genetik yapı da sağlık üzerinde önemli bir belirleyici olarak öne çıkar. Bireyin ailesel yatkınlığı, kalıtsal hastalık riskleri ve genetik özellikleri, yaşam boyunca karşılaşılabileceği sağlık sorunlarını şekillendirebilir. Bazı hastalıkların yalnızca çevresel ya da davranışsal nedenlerle değil, aynı zamanda genetik yatkınlıkla da bağlantılı olduğu bilinmektedir.

Tüm bu faktörler bir arada değerlendirildiğinde, sağlığın yalnızca biyolojik değil; aynı zamanda çok yönlü bir yaşam bütünlüğünün sonucu olduğu görülmektedir. Bu nedenle, bireylerin sağlık düzeylerini iyileştirmek için yalnızca tedavi edici değil, aynı zamanda koruyucu, destekleyici ve bütüncül yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır (World Health Organization, 2010; Frumkin, 2005; Guttmacher ve ark., 2004).

1.3. Sağlık Bakımı Kavramı

Sağlık yalnızca hastalığın veya fiziksel rahatsızlıkların yokluğu değil; bireyin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olmasıdır. Bu bütüncül yaklaşım doğrultusunda, sağlık hizmetleri de yalnızca tedavi odaklı değil, bireyin yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlayan kapsamlı bir bakım anlayışını içermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sağlık bakımı, bireylerin ve toplumların sağlık düzeylerini korumak, iyileştirmek ve hastalıklarla mücadele etmek amacıyla sunulan çok yönlü hizmetlerin bütünüdür. Bu hizmetler, koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve destekleyici uygulamaları kapsayarak bireyin tüm sağlık gereksinimlerine yanıt vermeyi hedeflemektedir (World Health Organization, 2020).

Amerika Birleşik Devletleri'nde önemli bir sağlık otoritesi olan Institute of Medicine (IOM), sağlık bakımını, bireylerin sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla verilen hizmetler olarak tanımlar. IOM'ye göre bu hizmetlerin belirli ilkeler doğrultusunda sunulması gereklidir: hizmetler güvenli, etkili, birey odaklı, zamanında, verimli ve adil olmalıdır. Bu özellikler, sağlık sisteminin kalitesini artırmak ve bireylerin ihtiyaçlarına daha duyarlı çözümler sunmak açısından büyük önem taşır (Institute of Medicine, 2011).

Sağlık bakımının bir diğer boyutu ise bireylerin bu hizmetleri kullanabilme ve değerlendirebilme becerileriyle ilgilidir. Bu bağlamda Nielsen-Bohlman ve arkadaşları, sağlık okuryazarlığı kavramını öne çıkararak sağlık bakımını, bireylerin uygun sağlık kararları verebilmeleri için gerekli bilgileri ve hizmetleri edinme, anlama ve kullanma kapasitesi olarak tanımlar. Bu yaklaşım, bireyin sadece pasif bir hizmet alıcısı değil, aynı zamanda bilinçli ve etkin bir sağlık tüketicisi olması gerektiğine işaret eder (Nielsen-Bohlman, Panzer ve Kindig, 2004).

Günümüzde sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde yalnızca klinik sonuçlar değil, aynı zamanda bireylerin deneyimleri de dikkate alınmaktadır. Bu bağlamda hasta memnuniyeti, sağlık bakım kalitesini yansıtan önemli göstergelerden biri olarak kabul edilmektedir. Hastaların sağlık kurumlarında aldıkları hizmetlerden ne derece memnun kaldıkları, hizmet sunumunun etkinliği ve kurumsal başarı açısından belirleyici rol oynamaktadır. Nitelikli ve insan odaklı hizmet sunumu, hasta memnuniyetini artırarak sağlık sistemine duyulan güveni güçlendirmekte ve hizmetlerin sürdürülebilirliğini desteklemektedir (Goldzweig ve ark., 2013)

1.4. Sağlık Bakım Hizmetleri

Sağlık bakım hizmetleri, bireylerin sağlık düzeyini koruma, hastalıkları önleme, tedavi etme ve yaşam kalitesini artırma amacıyla sunulan kapsamlı uygulamalardır. Bu hizmetler çok katmanlı bir yapıya sahiptir ve farklı düzeylerde sınıflandırılarak bireylerin ihtiyaçlarına uygun müdahalelerin sağlanmasına olanak tanır.

Birincil sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin temelini oluşturan ve topluma en yakın düzeyde sunulan hizmetlerdir. Bu hizmetler, aile hekimleri, pratisyen hekimler ve hemşireler gibi birinci basamak sağlık çalışanları tarafından yürütülür. Rutin sağlık kontrolleri, bağışıklama hizmetleri, kronik hastalıkların takibi, erken teşhis ve temel tedavi gibi uygulamaları içeren bu hizmetler, toplum sağlığının korunması ve sağlık sistemine olan yükün azaltılması açısından büyük önem taşır (World Health Organization, 2020).

İkincil sağlık hizmetleri, daha özel ve uzmanlık gerektiren sağlık sorunlarına müdahale edilen hizmet düzeyini temsil eder. Genellikle birincil basamaktan sevk edilen bireylerin başvurduğu bu hizmetler, hastaneler veya uzman klinikler aracılığıyla

sunulur. Kardiyoloji, ortopedi, nöroloji gibi alanlarda görev yapan uzman hekimlerin müdahaleleri bu kapsama girer. Bu düzeydeki hizmetler, daha karmaşık sağlık sorunlarının yönetilmesinde kritik rol oynar (Erdmann ve ark., 2013).

Üçüncül sağlık hizmetleri ise ileri düzey teknoloji ve uzmanlık gerektiren sağlık bakım uygulamalarını kapsar. Bu hizmetler, genellikle akademik tıp merkezleri veya büyük ölçekli hastanelerde sunulur ve kanser tedavileri, organ nakilleri, nöroşirürji gibi yüksek riskli ve kompleks müdahaleleri içerir. Üçüncül düzey sağlık hizmetleri, nadir ve ağır hastalıkların tedavisinde temel belirleyici rol üstlenir. Bunlara ek olarak, önleyici sağlık hizmetleri bireylerin hasta olmadan önce sağlığının korunmasını hedefler. Bu kapsamda bağışıklama programları, periyodik sağlık taramaları, hastalık farkındalığı eğitimleri ve sağlıklı yaşam tarzını teşvik eden uygulamalar yer alır. Bu tür hizmetler, hastalıkların erken dönemde önlenmesine yardımcı olurken, sağlık sistemi üzerindeki ekonomik ve operasyonel yükü de azaltır (Shi ve Singh, 2021).

Rehabilitasyon hizmetleri ise hastalık ya da yaralanma sonrası bireylerin yeniden işlevsel hale gelmelerini ve yaşam kalitelerinin artırılmasını hedefler. Fizik tedavi, mesleki terapi ve konuşma terapisi gibi uygulamaları içeren bu hizmetler, bireylerin bağımsızlıklarını kazanmasına, sosyal hayata daha etkin katılmasına ve iyileşme süreçlerinin hızlanmasına katkı sağlar (World Health Organization, 2017).

1.5. Sağlık Sistemleri ve Modelleri

Sağlık hizmetlerinin örgütleniş biçimi, her ülkenin sosyoekonomik yapısına, politik ideolojisine ve kültürel değerlerine göre farklılık göstermektedir. Sağlık sistemi; sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı, yönetimi ve organizasyonu gibi çok boyutlu yapıları içeren bir sistem bütünüdür. Dünya genelinde uygulanan sağlık sistemleri farklı modeller altında sınıflandırılmış ve bu modellerin her biri, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği, kalitesi ve finansal sürdürülebilirliği açısından çeşitli avantaj ve dezavantajlar sunmuştur (World Health Organization, 2000).

1.5.1. Beveridge Modeli

İngiltere'de geliştirilen Beveridge Modeli, sağlık hizmetlerinin tamamen kamu kaynaklarıyla finanse edildiği ve sunumunun devlet eliyle gerçekleştirildiği bir

sistemdir. Bu modelde vatandaşlar, sağlık hizmetlerinden gelirlerine ya da sosyal statülerine bakılmaksızın eşit şekilde faydalanabilmektedir. Vergi gelirleriyle finanse edilen sistemde sağlık hizmetleri ücretsiz sunulur ve devlet hem hizmet sağlayıcı hem de düzenleyici konumundadır. Birincil sağlık hizmetlerinden hastane hizmetlerine kadar tüm süreçler kamu kurumları tarafından yürütülür. İngiltere, İspanya, İtalya ve İskandinav ülkeleri bu modeli uygulayan ülkelere örnek gösterilebilir. Sistem, eşitlikçi yapısıyla öne çıkmakta ancak hizmetlerde zaman zaman uzun bekleme süreleri ve kaynak yetersizlikleri gibi eleştirilere de maruz kalmaktadır (Wallace, 2013).

1.5.2. Bismarck Modeli

Almanya'da Otto von Bismarck tarafından geliştirilen bu model, çalışanların ve işverenlerin ortak prim ödemeleriyle finanse edilen sosyal sigorta sistemine dayanır. Bu sistemde sağlık hizmetleri genellikle özel sağlık kuruluşları tarafından sunulsa da hizmetin finansmanı kamu kontrolündeki sigorta fonları tarafından sağlanır. Sağlık hizmeti almak için belirli bir katkı payı ödemesi söz konusu olmakla birlikte, herkes temel sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Almanya, Fransa, Hollanda, Belçika ve Japonya gibi ülkelerde uygulanmaktadır. Bismarck Modeli, hizmet kalitesinin yüksekliği ve sistemin mali sürdürülebilirliği açısından güçlü yönleri sahiptir. Ancak sistemin karmaşık yapısı, idari maliyetlerin yüksek olması ve gelir düzeyi düşük bireylerin katkı paylarını ödemekte zorlanması gibi dezavantajlar barındırmaktadır (Mossialos ve ark., 2016).

1.5.3. Ulusal Sağlık Sigortası Modeli (National Health Insurance – NHI)

Bu model, Kanada'da başarılı bir şekilde uygulanmaktadır. Finansman yapısı açısından Bismarck Modeli'ne, hizmet sunumu açısından ise Beveridge Modeli'ne benzer özellikler taşımaktadır. Sistem, devlet tarafından yönetilen tek bir sağlık sigortası kurumu aracılığıyla yürütülür ve vatandaşlar gelirlerine göre katkı payı öder. Ancak hizmetlerin büyük bölümü özel kuruluşlar tarafından sunulmaktadır. Bu durum, kamu kontrolü ile özel sektörün verimliliğinin birleştirilmesini sağlamaktadır. Kanada'nın yanı sıra Güney Kore ve Tayvan gibi ülkelerde de benzer modeller uygulanmaktadır. Bu sistemde tüm vatandaşlar temel sağlık hizmetlerine erişebilirken, bazı özel sağlık hizmetlerinde bekleme süresi uzun olabilmektedir (Boychuk, 2008).

1.5.4. Pazar Temelli Model (Private Insurance Model)

Amerika Birleşik Devletleri'nde yaygın olarak görülen bu model, sağlık hizmetlerinin büyük ölçüde özel sağlık sigortası şirketleri aracılığıyla finanse edildiği ve hizmetlerin özel sağlık kuruluşları tarafından sunulduğu bir yapıya sahiptir. Devlet müdahalesi sınırlıdır ve vatandaşlar, sağlık hizmetlerinden faydalanmak için sigorta sistemine bireysel olarak katılmak zorundadır. Bu sistemde yüksek kaliteli ve hızlı hizmet sunumu mümkün olsa da, hizmetin erişilebilirliği gelir düzeyine göre değişmekte ve sağlık eşitsizlikleri ciddi bir sorun haline gelmektedir. Özellikle sigortasız bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi sınırlı kalmakta, bu durum da halk sağlığı açısından risk teşkil etmektedir (WHO, 2010).

1.5.5. Türkiye'de Sağlık Sistemi ve Dönüşüm Süreci

Türkiye'de sağlık sistemi, karma özellikler taşıyan ve zamanla evrim geçiren bir yapıdadır. 2003 yılında başlatılan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile birlikte sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği artırılmış, Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi kurulmuş ve bireylerin tek bir çatı altında sağlık güvencesine kavuşması hedeflenmiştir. Bu sistemde hem devlet hem de özel sektör sağlık hizmeti sunumunda aktif rol oynamakta, ancak finansman büyük ölçüde kamu eliyle sağlanmaktadır. Türkiye'de uygulanan model, Beveridge ve Bismarck sistemlerinin birleşimi niteliğindedir. Aile hekimliği sistemi, performansa dayalı ödeme modeli ve şehir hastaneleri gibi yeni uygulamalarla sistemde hizmet kalitesinin artırılması amaçlanmıştır. Ancak artan nüfus, sağlık çalışanı yetersizliği ve finansal sürdürülebilirlik gibi konular hâlen tartışma konusudur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006).

1.6. Sağlık Bakım Hizmetleri Sağlayıcıları

Sağlık hizmetlerinin etkili ve sürdürülebilir biçimde yürütülmesi, yalnızca hasta ile doğrudan temas kuran meslek gruplarının katkısıyla değil, aynı zamanda sağlık sisteminin arka planında yer alan birçok uzmanlık alanının koordineli çalışmasıyla mümkün hale gelir. Bu doğrultuda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık hizmetlerinde görev alan profesyonelleri işlevsel rollerine göre iki temel grupta değerlendirmektedir: sağlık hizmeti sağlayıcıları ve sağlık sistemi çalışanları. Bu ayırım, sağlık hizmeti

sunumunun karmaşık doğasını anlamaya ve insan gücünün planlanmasında daha stratejik yaklaşımlar geliştirmeye yardımcı olmaktadır (WHO, 2010; WHO, 2006).

Sağlık hizmeti sağlayıcıları, doğrudan bireylere sunulan sağlık bakımının temelini oluştururlar. Bu grup; hastalıkların teşhisi, tedavisi, izlenmesi, rehabilitasyonu ve sağlığın geliştirilmesi süreçlerinde aktif rol üstlenen profesyonellerden oluşur. En bilinen örnekleri arasında hekimler, hemşireler, eczacılar, diş hekimleri ve ebeler yer almakla birlikte, fizyoterapistler, psikologlar, beslenme uzmanları, sağlık teknikerleri, acil tıp çalışanları gibi birçok sağlık meslek grubu da bu kategoriye dâhildir. Bu profesyoneller yalnızca hastanelerde değil; aile sağlığı merkezlerinde, evde bakım birimlerinde, okullarda, işyerlerinde veya toplum temelli sağlık programlarında da görev yapabilirler. Örneğin, bir okul hemşiresi ya da bir fabrikanın iş sağlığı biriminde görev yapan bir sağlık görevlisi, doğrudan bireylerin sağlığını korumaya yönelik çalıştığı için sağlık hizmeti sağlayıcısı kapsamında değerlendirilir. Ayrıca, bu grup sadece bireysel sağlıkla değil, toplum sağlığıyla da ilgilidir; bağışıklama programları, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, eğitim ve danışmanlık hizmetleri gibi koruyucu sağlık faaliyetleri de doğrudan bu profesyoneller tarafından yürütülür (Buchan ve ark., 2015; ICN, 2012).

Öte yandan, sağlık sistemi çalışanları doğrudan klinik hizmet sunmasalar da sağlık hizmetlerinin işleyişini destekleyen, yöneten ve geliştiren yapının temel taşlarıdır. Bu grupta yer alan bireyler, genellikle sağlık sistemlerinin yönetim, finansman, insan kaynakları, sağlık bilgi sistemleri, politika geliştirme ve planlama gibi alanlarında çalışırlar. Sağlık bakanlıklarında, kamu sağlık müdürlüklerinde, üniversitelerde, araştırma enstitülerinde veya sağlık sistemine entegre özel danışmanlık birimlerinde görev yapabilirler. Örnek olarak yöneticiler, halk sağlığı uzmanları, sağlık ekonomistleri, strateji planlayıcıları, kalite koordinatörleri, bilgi teknolojileri uzmanları, veri analistleri, mevzuat ve politika geliştiriciler gösterilebilir. Bu profesyoneller, sağlık hizmetlerinin etkinliğini, eşitliğini ve verimliliğini artırmak üzere çeşitli stratejiler geliştirir; kaynakları planlar ve sistemin bütünlüğünü sağlar. Örneğin, bir bilgi sistemleri uzmanı elektronik sağlık kayıtlarının yönetimini sağlar ve bu da sağlık hizmeti sağlayıcılarının daha doğru ve hızlı karar almasına yardımcı olur (Frenk ve ark., 2010; WHO, 2022).

Sağlık hizmeti sağlayıcıları ile sağlık sistemi çalışanları arasındaki ayrım, yalnızca görev tanımlarını belirlemekle kalmaz; aynı zamanda sağlık sisteminin başarısını etkileyen etkileşimleri de ortaya koyar. Bu iki grubun koordinasyon içinde çalışması, hastalara kaliteli, erişilebilir ve sürdürülebilir sağlık hizmeti sunulmasını mümkün kılar. Özellikle günümüzde sağlık hizmetlerinin giderek daha karmaşık hale geldiği, teknolojinin yaygınlaştığı ve bireyselleştirilmiş tıp yaklaşımlarının önem kazandığı bir ortamda, bu iki gruba ait rollerin net bir şekilde tanımlanması ve iş birliği içinde yürütülmesi hayati önem taşımaktadır. Dolayısıyla, sağlık sisteminin yalnızca "hastaya dokunan" meslek gruplarından ibaret olmadığı, aynı zamanda bu hizmetin sahada etkin şekilde sunulmasını sağlayan çok sayıda farklı disiplini de içerdiği unutulmamalıdır. Sağlık hizmetlerinin etkili şekilde yürütülebilmesi için bu yapıların bütünleşik bir sistem içinde işlev görmesi ve karar alma süreçlerinde birlikte hareket etmesi gereklidir. Bu bütünlük, yalnızca birey sağlığı açısından değil, toplumun genel sağlık düzeyinin artırılması açısından da stratejik bir öneme sahiptir (WHO, 2007; Nancarrow, 2015).

1.7. Bir Meslek Olarak Hemşireliğin Tarihsel Gelişimi

Hemşirelik, tarih boyunca insan yaşamının korunması ve sağaltılmasına katkı sunan temel mesleklerden biri olarak gelişim göstermiştir. Ancak bu mesleğin “profesyonel” bir niteliğe kavuşması, tarihsel süreç içerisinde uzun bir dönüşümle gerçekleşmiştir. Hemşireliğin meslekleşme süreci, toplumsal değer yargıları, cinsiyet rolleri, savaşlar, salgın hastalıklar ve sağlık sistemlerindeki yapısal değişikliklerle yakından ilişkilidir (Kalisch ve Kalisch, 1986).

Antik Dönem ve Orta Çağda Hemşireliğin Kökleri

Hemşirelik faaliyetlerine dair en eski izler, Antik Mısır, Mezopotamya, Yunan ve Roma uygarlıklarında görülmektedir. Bu dönemlerde hastalara bakanlar genellikle kadınlardı ve bakım süreçleri dini inançlarla iç içeydi. Özellikle rahibeler, hastalara şefkat ve bakım sunmakla görevliydi. Orta Çağ boyunca hemşirelik hizmetleri büyük oranda manastırlarda organize edilmiş; kilise, sağlık bakımının temel sağlayıcısı haline gelmiştir. Bu dönemde hemşirelik, daha çok dinsel bir görev olarak görülmüş; bilgiye değil, fedakârlığa ve hizmete dayalı bir rol üstlenmiştir. Ancak hijyenik koşulların yetersizliği ve tıbbi bilginin sınırlılığı, bu dönemin hemşirelik uygulamalarını ilkel düzeyde bırakmıştır (Donahue, 1985).

Modern Hemşireliğin Kurucusu: Florence Nightingale

Modern hemşireliğin kurumsallaşması, 19. yüzyılda Florence Nightingale ile birlikte başlamıştır. Nightingale, 1853-1856 yılları arasındaki Kırım Savaşı sırasında, cephe gerisinde yaralı askerlerin bakımına öncülük etmiş; hijyen, hasta izlemi, beslenme ve çevresel faktörlerin iyileştirilmesine ilişkin uygulamalarıyla hem askerlerin ölüm oranlarını düşürmüş hem de hemşireliğin bilimsel temellere dayanan bir meslek haline dönüşmesini sağlamıştır. Florence Nightingale'in veriye dayalı yaklaşımı ve istatistiksel analizleri kullanması, hemşireliği sadece bakım değil aynı zamanda bilimsel bir disiplin haline getirmiştir. 1860 yılında Londra'da açtığı "St. Thomas Hemşirelik Okulu", modern hemşirelik eğitiminin başlangıcı kabul edilir (Dossey, 2010).

Yüzyılda Hemşireliğin Kurumsallaşması

20. yüzyıl boyunca hemşirelik, meslekleşme yolunda önemli aşamalar kat etmiştir. Pek çok ülkede hemşirelik eğitimi lise sonrası akademik bir eğitim süreci olarak yapılandırılmış; profesyonel etik, teori ve araştırma ile desteklenmiştir. Dünya Savaşları döneminde hemşirelere duyulan yoğun ihtiyaç, mesleğin önemini artırmış ve toplum nezdinde saygınlığını pekiştirmiştir. Bu dönem aynı zamanda hemşirelik teorilerinin de geliştiği bir süreç olmuştur. Virginia Henderson, Dorothea Orem, Hildegard Peplau ve Jean Watson gibi kuramcılar, hemşirelik uygulamalarına kuramsal çerçeveler kazandırmıştır. Hemşirelik böylece yalnızca "yardımcı sağlık personeli" değil, bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik hâlini bütüncül olarak ele alan bir meslek haline gelmiştir (Meleis, 2007).

Türkiye'de Hemşirelik Mesleğinin Tarihsel Gelişimi

Türkiye'de modern hemşireliğin başlangıcı da Florence Nightingale etkisiyle Osmanlı topraklarında kurulmuş olan "Selimiye Kışlası Hastanesi"ne dayandırılabilir. Cumhuriyetin ilanından sonra hemşirelik eğitimi kurumsallaşmış; 1925 yılında "Kızılhaç Hemşirelik Okulu" ile başlayan süreç, daha sonra üniversite düzeyine taşınmıştır. 1955 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nun açılması, Türkiye'de yükseköğretim düzeyinde hemşirelik eğitiminin miladı olarak kabul edilir. Günümüzde hemşirelik eğitimi lisans, yüksek lisans ve doktora düzeylerinde devam etmekte; mesleğin profesyonelleşmesi adına etik kurullar, meslek birlikleri ve meslek içi eğitim programları önemli bir rol oynamaktadır. (Sağlık Bakanlığı, 2009).

Hemşireliğin Cinsiyet ve Toplumsal Rol Bağlamında Dönüşümü

Hemşirelik mesleği tarihsel olarak kadınlarla özdeşleşmiş bir meslek olarak gelişmiştir. Bunun temel nedeni, bakım verme davranışlarının tarihsel süreçte “kadına özgü” görülmesidir. Ancak 20. yüzyılın sonlarından itibaren toplumsal cinsiyet rolleri sorgulanmaya başlanmış ve erkek hemşire sayısında da artış gözlemlenmiştir. Bu dönüşüm hem mesleğin toplumsal algısını hem de hemşirelik eğitim programlarının içeriklerini etkilemiştir. Ayrıca hemşirelik artık yalnızca hasta yatağı başında değil; eğitim, yönetim, politika yapımı ve araştırma alanlarında da aktif olarak temsil edilen çok yönlü bir meslek haline gelmiştir (Evans, 2004).

Yüzyılda Hemşireliğin Geleceği: Dijitalleşme ve Genişleyen Roller

Teknolojik gelişmeler ve dijital sağlık uygulamaları, hemşirelik mesleğini de yeniden şekillendirmektedir. Elektronik sağlık kayıtları, uzaktan hasta izleme sistemleri, yapay zekâ destekli karar mekanizmaları hemşirelik pratiğine entegre edilmeye başlanmıştır. Bunun yanında hemşirelerin sadece bakım sağlayıcı değil, sağlık danışmanı, koordinatör, politika yapıcı ve savunucu rollerini üstlenmeleri gerektiği de uluslararası hemşirelik örgütleri tarafından vurgulanmaktadır. Ayrıca küresel sağlık krizleri (örneğin COVID-19 pandemisi), hemşirelik mesleğinin dayanıklılığını ve sağlık sistemlerindeki vazgeçilmez konumunu bir kez daha ortaya koymuştur (ICN, 2021).

1.8. Sağlık Bakımında Hemşireliğin Rolü

Günümüz sağlık sistemlerinin temel yapı taşlarından biri olan hemşirelik, yalnızca hasta bakımının yürütülmesiyle sınırlı kalmayan; aynı zamanda eğitici, destekleyici, savunucu ve liderlik rollerini de kapsayan çok yönlü bir meslek grubudur. Hasta bakımının kalitesi, büyük ölçüde hemşirelerin ve hekimlerin bilgi, beceri ve tutumlarına dayanmaktadır. Araştırmalar, hemşirelerin hasta bakım süreçlerine doğrudan katkı sunduğunu ve hasta memnuniyetinin belirleyici unsurlarından biri olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle hemşireler, hastalarla doğrudan ve sürekli etkileşim içinde oldukları için, sağlık hizmetlerinin niteliğinde ve sürekliliğinde önemli bir etkiye sahiptirler (Lombarts, 2015).

Hemşireler, sağlık bakım ekiplerinin merkezinde yer alır ve diğer profesyonellerle iş birliği içinde çalışarak hasta bakımının koordinasyonunu sağlarlar. Bu koordinasyon,

bireylerin yalnızca fiziksel belirtilerine değil, aynı zamanda psikososyal ve çevresel durumlarına da bütüncül bir yaklaşımla müdahale edilmesini olanaklı kılar (Institute of Medicine, 2011). Hasta ile en fazla zaman geçiren sağlık çalışanları olan hemşireler, klinik karar verme süreçlerinde aktif rol alır ve hastaların ihtiyaçlarını erken dönemde fark edebilme becerisine sahiptirler. Bu yönüyle hemşirelik, güvenli, etkili, hasta merkezli ve yüksek kaliteli bakımın sunulmasında kilit bir rol üstlenmektedir. Hemşirelik mesleği, 1960'lı yıllardan itibaren hasta bakımının ön saflarında yer almakta olup, hasta deneyimleri üzerinde doğrudan etki gücüne sahiptir. Hemşireler yaşamın her döneminde bireylere eşlik ederek yalnızca hastalık sürecinde değil, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde de aktif rol oynarlar. Ancak bu sürekli ve yoğun bakım yükü, hemşireleri yüksek düzeyde fiziksel ve psikolojik stresle karşı karşıya bırakmaktadır. Bu nedenle, hemşirelerin mesleki işlevlerini sağlıklı ve sürdürülebilir biçimde yerine getirebilmeleri için ruhsal, duygusal, zihinsel, fiziksel ve sosyal açıdan dengeli bir yaşam sürmeleri büyük önem taşımaktadır. Aksi takdirde, mesleğin doğasında yer alan stres faktörleri, tükenmişlik riskini artırabilir (Wang ve ark., 2015).

Hemşirelik yalnızca bir bakım uygulaması değil, aynı zamanda bir bilim ve sanattır. Mesleğin tarihsel gelişimi boyunca hemşireler, sağlık sisteminin ayrılmaz bir parçası haline gelmiş ve rollerini sürekli geliştirerek genişletmişlerdir. Bugün hemşireler yalnızca klinik bakım sunmakla kalmaz; aynı zamanda hasta eğitimi, savunuculuk, sağlık politikalarının şekillendirilmesi, akademik araştırmalar yürütme ve güvenli bakım ortamlarının oluşturulmasında da aktif rol üstlenirler (Uluslararası Hemşireler Konseyi, 2002).

Virginia Henderson'un tanımıyla hemşirelerin benzersiz işlevi ister sağlıklı ister hasta olsun bireylere bakım sağlamak, sağlık durumlarını değerlendirmek ve iyileştirmek ya da yaşamın sonuna kadar onurlu bir süreç sunmak üzerine kuruludur. Bu misyon doğrultusunda hemşireler, bireyin yalnızca fiziksel sağlığına değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal gereksinimlerine de duyarlıdır (Henderson, 1964).

Bununla birlikte, hemşirelerin bakım sağlayıcı olarak etkin görev yapabilmeleri, kendi sağlıklarına ve iyilik hallerine özen göstermelerini gerektirir. "Sağlık" kavramı, fiziksel işlevselliği ifade ederken; "iyilik hali" daha bütüncül bir bakış açısı sunarak ruhsal, sosyal ve duygusal doyumu da kapsar. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri'ne

(CDC) göre iyilik hali, bireyin yaşamından duyduğu memnuniyetle birlikte olumlu duygular yaşaması ve olumsuz duyguların baskın olmaması şeklinde tanımlanır. Dolayısıyla, sağlıklı bir hemşire hem kendi yaşam kalitesini yükseltebilir hem de hastalarına daha nitelikli hizmet sunabilir (CDC, 2018).

Sağlık sistemlerinin teknolojiyle birlikte sürekli değiştiği ve karmaşıklığın arttığı günümüzde, hemşirelerin bu değişime uyum sağlamaları büyük önem taşır. Mesleki becerilerin güncellenmesi, bilgiye dayalı karar verme süreçlerinin desteklenmesi ve hasta güvenliğinin artırılması için sürekli mesleki gelişim ve eğitim zorunluluk haline gelmiştir. Uluslararası hemşirelik topluluğunda genel kabul gören bir görüşe göre, hemşirelerin sahip olduğu bilgi, beceri ve yeterlilik düzeyi, hasta bakımının kalitesini doğrudan belirler. Kritik bakım gibi yüksek riskli alanlarda, hastaların ihtiyaçları ile hemşirenin yetkinliği arasında doğrudan bir uyum olması gerekmektedir. Bilgiyi yalnızca edinmek değil, aynı zamanda bu bilgiyi akılcı, empatik ve etik biçimde uygulayabilmek, profesyonel hemşireliğin en temel özelliklerinden biridir. Bu bağlamda hemşirelerin mesleki yetkinliklerini güçlendirmeleri, yalnızca bireysel kariyer gelişimleri açısından değil, hizmet sundukları bireylerin sağlık ve yaşam kalitesi açısından da hayati öneme sahiptir (World Federation of Critical Care Nurses, 2005a).

1.9. Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Yöntemi

Sağlık hizmetleri sektörü, insan gücüne en fazla bağımlı olan hizmet alanlarından biridir. Sağlık hizmetinin kalitesi, erişilebilirliği ve sürekliliği, büyük ölçüde bu hizmeti sunan insan kaynaklarının niteliğine bağlıdır. İnsan kaynakları yönetimi (İKY), yalnızca personel alımı ve ücretlendirme değil; aynı zamanda çalışanların motivasyonunu, performansını, eğitimini, kariyer gelişimini ve iş doyumunu kapsayan bütüncül bir süreçtir. Bu yönüyle sağlık kurumlarında İKY, sağlık çıktılarının doğrudan belirleyicisi konumundadır (Kabene ve ark., 2006).

Sağlık Sektöründe İnsan Kaynağının Önemi

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, güçlü bir sağlık sistemi için yeterli sayıda, uygun eğitilmiş, iyi yönetilen ve motive edilmiş sağlık insan gücüne ihtiyaç vardır (WHO, 2006). Sağlık çalışanları yalnızca hasta bakımında değil; toplum sağlığının korunması, sağlık eğitimi, acil durum müdahaleleri ve politika uygulamaları gibi çok sayıda kritik

alandanda görev yapmaktadır. Hemşireler, doktorlar, teknisyenler, idari personel ve destek personeli gibi geniş bir yelpazeyi kapsayan insan kaynakları, birbirini tamamlayan bir bütünüün parçalarıdır. İnsan kaynağının yetersizliği ya da yönetimindeki aksaklıklar, hizmet kalitesinde düşüşe ve hasta güvenliğinde ciddi sorunlara yol açabilmektedir (Dussault ve Franceschini, 2006).

Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Planlaması

Etkin bir insan kaynakları yönetiminin ilk aşaması, stratejik planlamadır. İnsan kaynakları planlaması, gelecekteki personel ihtiyaçlarının önceden belirlenmesini ve buna uygun istihdam stratejilerinin geliştirilmesini içerir. Sağlık kurumlarında bu planlama; sağlık politikaları, demografik değişiklikler, hastalık yükleri ve teknolojik gelişmeler dikkate alınarak yapılmalıdır. Yetersiz planlama, kimi zaman personel fazlalığına, kimi zaman ise kritik alanlarda personel yetersizliğine yol açarak hizmet sürekliliğini tehlikeye atabilir (Soucat ve ark., 2013).

İşe Alım ve Yerleştirme Süreçleri

Sağlık kurumlarında işe alım süreçleri, yalnızca teknik yeterliliklere değil, aynı zamanda etik değerlere, iletişim becerilerine ve ekip çalışmasına yatkınlığa göre yürütülmelidir. Özellikle hemşirelik gibi doğrudan hasta ile iletişimde olan pozisyonlarda, mesleki becerilerin yanında empati, sabır ve insan odaklı yaklaşım gibi kişilik özellikleri de dikkate alınmalıdır. Ayrıca, işe yerleştirme süreci, çalışanın eğitim düzeyi ve uzmanlığı ile pozisyonun gereklerinin eşleşmesini sağlamalıdır. Aksi halde görev uyumsuzluğu hem çalışan memnuniyetsizliğine hem de hizmet verimliliğinin azalmasına neden olabilir (Stone ve Gershon, 2006).

Eğitim ve Gelişim Faaliyetleri

Sağlık hizmetlerinde sürekli değişen bilgi ve teknoloji karşısında çalışanların güncel bilgiye sahip olmaları hayati öneme sahiptir. Bu nedenle hizmet içi eğitimler, mesleki gelişim seminerleri, sertifikasyon programları ve yüksek lisans/doktora düzeyinde akademik eğitimler desteklenmelidir. Eğitim yatırımı, yalnızca bireysel gelişimi değil; aynı zamanda kurumun hizmet kalitesini de artıran stratejik bir araçtır. Ayrıca hemşirelerde bilgi güncellemeleri, hasta güvenliği açısından doğrudan etkili olabilmektedir (Frenk ve ark., 2010).

Performans Değerlendirme ve Motivasyon Yönetimi

Performans değerlendirme, çalışanların görevlerini ne derece yerine getirdiğini analiz eden ve geri bildirim sağlayan önemli bir süreçtir. Sağlık sektöründe performans ölçümü sadece nicel verilerle değil, hasta memnuniyeti, takım çalışması ve etik davranışlar gibi nitel göstergelerle de yapılmalıdır. Etkin bir değerlendirme sistemi, çalışana gelişim alanlarını fark etme, takdir edilme ve kariyer planlaması imkânı sunar. Bununla birlikte, motivasyonun sağlanması için sadece ücret değil; çalışma koşulları, yönetsel destek, kariyer olanakları ve psikososyal destek gibi birçok unsurun dengeli şekilde yönetilmesi gerekir (Herzberg, Mausner ve Snyderman, 1959).

İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılık

Çalışanların işlerine karşı duydukları tatmin düzeyi, sağlık hizmetlerinde süreklilik, verimlilik ve hasta güvenliği açısından önemlidir. Özellikle hemşirelerin iş doyumunu, hastaya yönelik bakım kalitesine doğrudan etki etmektedir. Yüksek iş memnuniyeti, tükenmişlik düzeyini azaltırken, örgütsel bağlılığı ve kurumsal sadakati artırmaktadır. İş tatminini etkileyen faktörler arasında yöneticilerle ilişki, ekip çalışması, takdir edilme, çalışma saatlerinin düzenliliği ve mesleki gelişim olanakları yer almaktadır (Laschinger ve ark., 2001).

Sağlıkta Liderlik ve Yönetim Kültürü

Etkin bir insan kaynakları yönetimi için kurumsal liderlik anlayışı büyük önem taşır. Sağlık kurumlarında liderlik, sadece emir veren değil; vizyon belirleyen, ilham veren ve çalışanların potansiyelini ortaya çıkaran bir süreçtir. Transformasyonel liderlik tarzı, özellikle hemşirelik yönetiminde çalışanların iş tatmini ve örgütsel bağlılık düzeylerini artırmakta etkili bulunmaktadır. Aynı zamanda adil yönetim anlayışı ve demokratik karar alma süreçleri, sağlık çalışanlarının kuruma olan güvenini artırmakta ve işyeri ortamını iyileştirmektedir (Cummings ve ark., 2010).

1.10. Hasta Güvenliği ve Kalite Standartları

Sağlık hizmetlerinin temel hedefi, bireylerin yaşam kalitesini artırmak ve sağlıkla ilgili riskleri en aza indirmektir. Bu hedefin gerçekleşebilmesi için hizmetlerin yalnızca erişilebilir ve etkili olması yeterli değildir; aynı zamanda güvenli ve kaliteli olması da gereklidir. Bu bağlamda hasta güvenliği ve sağlık hizmetlerinde kalite, çağdaş sağlık

yönetiminin en temel kavramlarından biri haline gelmiştir. Özellikle 21. yüzyılda yaşanan tıbbi hatalar ve bunların kamuoyuna yansıyan sonuçları, sağlık hizmetlerinde kalite standartlarının belirlenmesini ve hasta güvenliği uygulamalarının geliştirilmesini kaçınılmaz kılmıştır (Kohn, Corrigan ve Donaldson, 2000).

Hasta Güvenliği Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), hasta güvenliğini “sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında hastalara zarar gelmesini önlemek amacıyla yapılan sistematik çabalar” olarak tanımlar. Hasta güvenliği, önlenebilir hataların ve olumsuz olayların engellenmesini hedefleyen, sağlık sisteminin tüm bileşenlerini ilgilendiren çok disiplinli bir alandır. Tanıya yönelik hatalar, yanlış ilaç uygulamaları, enfeksiyonlar, düşmeler, iletişim eksiklikleri ve hasta kimliği karışıklıkları, en sık karşılaşılan güvenlik tehditleri arasındadır. Bu tür olayların büyük bölümü, uygun organizasyonel yapı, eğitim ve dikkatli takip ile önlenebilir durumdadır (WHO, 2009).

Sağlıkta Kalite Kavramı

Kalite, sağlık hizmetlerinde hasta ihtiyaçlarına zamanında ve etkin biçimde cevap verilmesini, klinik başarı oranlarının artırılmasını, maliyetin düşürülmesini ve hasta memnuniyetinin sağlanmasını ifade eder. Donabedian (1988), sağlık hizmetlerinde kaliteyi üç boyutta tanımlar: *yapı* (altyapı, insan kaynağı, teknoloji), *süreç* (hizmetin sunulma biçimi) ve *sonuç* (hastanın sağlığına etkisi). Kaliteli hizmet, sadece klinik başarıya değil; aynı zamanda hasta merkezli yaklaşım, etik sorumluluklar ve sürekli iyileştirme ilkelerine dayalı olmalıdır.

Uluslararası Hasta Güvenliği Standartları ve Akreditasyon

Birçok ülke, sağlık kuruluşlarının kalite ve güvenlik düzeylerini artırmak amacıyla çeşitli akreditasyon sistemleri geliştirmiştir. En bilinen uluslararası standartlardan biri, Joint Commission International (JCI) tarafından belirlenen “Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri”dir. Bu hedefler arasında hasta kimliğinin doğrulanması, etkin iletişim, yüksek riskli ilaçların güvenli yönetimi, ameliyat öncesi doğru taraf-doğru hasta-doğru işlem uygulaması, enfeksiyonların önlenmesi ve hasta düşmelerinin azaltılması gibi başlıklar yer almaktadır. Türkiye’de ise Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen Sağlıkta Kalite Standartları (SKS), kamu ve özel tüm hastanelerin hizmet sunumunu izlemek ve iyileştirmek amacıyla kullanılmaktadır. Bu standartlar, klinik

hizmetlerden hasta haklarına, enfeksiyon kontrolünden çalışan güvenliğine kadar çok sayıda ölçüt içermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015).

Hemşirelerin Hasta Güvenliğindeki Rolü

Hemşireler, hasta ile doğrudan temasta bulunan ve sağlık hizmetinin sürekliliğini sağlayan meslek grubudur. Bu nedenle hasta güvenliğinin sağlanmasında kritik bir role sahiptirler. Doğru ilaç uygulaması, hasta eğitimi, gözlem, raporlama ve enfeksiyon kontrolü gibi görevler, hemşirelerin sorumluluk alanındadır. Ayrıca, olası güvenlik risklerini önceden fark ederek multidisipliner ekibi bilgilendirmeleri, hata zincirinin kırılmasında önemli bir basamaktır. Literatür, hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne olan bağlılığının hasta sonuçlarını iyileştirdiğini ve kurumun genel kalite göstergelerini olumlu etkilediğini göstermektedir (Sherwood ve Barnsteiner, 2012).

Sağlık Kurumlarında Güvenlik Kültürü ve Raporlama Sistemleri

Hasta güvenliğinin sürdürülebilirliği için sadece teknik önlemler yeterli değildir; aynı zamanda sağlık kurumlarında güçlü bir güvenlik kültürü oluşturulması gerekir. Güvenlik kültürü; çalışanların hata yapmaktan korkmadığı, olayların cezalandırma yerine öğrenme fırsatı olarak görüldüğü, açık iletişimin desteklendiği bir örgütsel ortamı ifade eder. Bu doğrultuda, olay bildirim sistemleri, risk analizi uygulamaları (örneğin FMEA, RCA) ve iç denetim mekanizmaları hasta güvenliği kültürünün yaygınlaştırılmasında kullanılmaktadır. Ancak cezalandırıcı tutumlar, raporlama isteğini azaltmakta ve sistemsel hataların görünmez kalmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla güvenlik kültürünün teşviki, yöneticilerin proaktif liderlik anlayışı ve çalışanlara güven ortamı sunmalarıyla mümkün olmaktadır (Reason, 2000).

Kalite İyileştirme Süreçleri ve Klinik Göstergeler

Kalite standartlarının uygulanabilirliğini izlemek amacıyla, sağlık kurumları düzenli olarak klinik kalite göstergeleri belirler ve değerlendirir. Bu göstergeler arasında hasta memnuniyeti, taburcu sonrası komplikasyon oranları, yeniden hastaneye yatış oranları, bası yarası sıklığı ve el hijyeni uyumu gibi ölçütler yer alır. Sürekli kalite iyileştirme (Continuous Quality Improvement – CQI) yaklaşımı, bu göstergeler üzerinden hizmetin analiz edilmesini, sorunların belirlenmesini ve çözüm süreçlerinin yapılandırılmasını içerir. Kalite döngüsünün temel bileşenleri; planlama (Plan), uygulama (Do), kontrol (Check) ve önlem alma (Act) olarak PDCA modeliyle özetlenmektedir (Deming, 1986).

1.11. Psikososyal Riskler ve Mesleki Stres

Sağlık sektörü, doğası gereği yüksek riskli, çok boyutlu ve yoğun sorumluluk gerektiren bir çalışma alanıdır. Sağlık çalışanları, özellikle de hemşireler, hastaların yaşamını doğrudan etkileyen kararlarda yer almakta; fiziksel, zihinsel ve duygusal açıdan yüksek baskı altında görev yapmaktadır. Bu bağlamda, sağlık alanında görev yapan bireyler, psikososyal riskler ve mesleki stres açısından toplumun diğer meslek gruplarına kıyasla daha savunmasız bir konumdadır. Psikososyal riskler; iş ortamındaki rol belirsizliği, adaletsizlik, aşırı iş yükü, örgütsel desteğin yetersizliği, zaman baskısı, işyerinde şiddet ve sosyal izolasyon gibi faktörlerden kaynaklanmaktadır. Bu faktörler, uzun vadede çalışanların ruhsal ve fiziksel sağlığını tehdit etmekte; tükenmişlik, depresyon, kaygı bozuklukları, uyku sorunları, baş ağrısı ve hatta kalp-damar hastalıkları gibi sonuçlar doğurabilmektedir (World Health Organization, 2010; Leka, Griffiths ve Cox, 2003).

Sağlık çalışanlarının mesleki stres kaynakları arasında insan hayatına dair sorumluluklar ilk sıralarda yer alır. Hastaların yaşamı, çoğu zaman doğrudan sağlık profesyonellerinin alacağı kararlara bağlıdır. Bu durum, özellikle yoğun bakım, acil servis veya onkoloji gibi birimlerde görev yapanlar için sürekli bir tetikte olma hâli yaratmakta; stres düzeyini kronik bir hale getirebilmektedir. Bunun yanı sıra, vardiyalı çalışma sistemi, düzensiz nöbetler, uzun mesailer, personel eksikliği ve yoğun hasta yükü, çalışanlar üzerinde hem fiziksel hem de psikolojik bir baskı yaratmaktadır. Aynı zamanda hasta yakınlarının beklentileri, iletişim problemleri, kaynak yetersizlikleri ve kurumsal destek eksikliği de stresin derinleşmesine katkıda bulunmaktadır. Bu bağlamda, hemşireler gibi ön saflarda yer alan sağlık personelinin duygusal emeği yüksek düzeydedir; acı çeken, ölmek üzere olan ya da agresif hastalarla birebir ilgilenmek, zamanla duygusal tükenmeyi kaçınılmaz kılmaktadır (Maslach ve Jackson, 1981; Jennings, 2008).

Mesleki stresin en yaygın ve yıpratıcı sonuçlarından biri de tükenmişlik sendromudur. Maslach'a göre tükenmişlik, duygusal tükenme, kişisel başarı hissinde azalma ve duyarsızlaşma olmak üzere üç temel boyutta ortaya çıkar. Özellikle hemşirelerde tükenmişlik düzeyleri oldukça yüksektir. Sürekli baskı altında çalışmak, hastaların ve hasta yakınlarının duygusal yükünü taşımak, hataya yer olmayan bir meslek icra etmek, zamanla bireylerin mesleklerine yabancılaşmalarına, empati yetilerinin azalmasına ve görevlerini yalnızca rutin olarak yerine getirmelerine neden olmaktadır. Bu durum,

sadece bireysel refahı değil; hasta bakımının kalitesini, güvenliğini ve sağlık hizmetlerinin bütününe olumsuz etkileyebilmektedir (Maslach, Schaufeli, ve Leiter, 2001).

Psikososyal risklerin ve mesleki stresin yalnızca bireysel değil, örgütsel düzeyde de önemli yansımaları vardır. İşe devamsızlık oranlarının artması, personel devir hızının yükselmesi, verimliliğin düşmesi, hata oranlarının çoğalması ve hasta memnuniyetinin azalması bu sonuçlardan sadece birkaçıdır. Ayrıca kuruma olan güvenin azalması, örgütsel bağlılığın zayıflaması ve işten ayrılma niyetinin artması da psikososyal yüklerin etkilerindedir. Bu nedenlerle sağlık kurumlarının yalnızca fiziki güvenlik ve tıbbi altyapıya yatırım yapmaları yeterli değildir. Aynı zamanda çalışanların psikolojik dayanıklılığını destekleyici bir ortam oluşturmaları, kurumsal anlamda bir zorunluluk haline gelmiştir (Schaufeli ve Enzmann, 1998).

Psikososyal risklerin yönetimi ve mesleki stresin azaltılması için ilk adım, bu risklerin fark edilmesi ve kurumsal düzeyde sistematik olarak izlenmesidir. Kurumlar, çalışanlardan alınan geri bildirimler, tükenmişlik ölçekleri ve psikososyal değerlendirme araçlarıyla risk analizi yapmalı; sonuçlara göre iyileştirici adımlar atmalıdır. Çalışanlara yönelik psikolojik danışmanlık ve destek hizmetlerinin sunulması, stresle başa çıkma becerilerini artıracak eğitim programlarının düzenlenmesi, ekip çalışmasının teşvik edilmesi, açık iletişim kültürünün yerleştirilmesi, adil ve şeffaf yönetim anlayışının benimsenmesi bu noktada kritik önemdedir. Ayrıca iş yükünün dengeli dağıtılması, nöbet sistemlerinin insani ölçülerde düzenlenmesi ve başarıyı ödüllendiren bir kurum kültürü oluşturulması da uzun vadeli çözümler arasındadır (Giorgi, Arcangeli, Mucci, ve Cupelli, 2015).

Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve kalitesi, sadece teknolojik altyapı ve mali kaynaklarla değil, bu hizmeti sunan çalışanların ruhsal ve sosyal sağlığı ile de doğrudan ilişkilidir. Psikososyal risklerin ve mesleki stresin göz ardı edilmesi hem çalışanların hem de hizmet alan bireylerin zarar görmesine neden olmaktadır. Bu nedenle hem bireysel hem de kurumsal düzeyde psikososyal refahı destekleyen bir sağlık sistemi inşa etmek, günümüz sağlık yönetiminin en öncelikli hedeflerinden biri olmalıdır (WHO, 2010; West, Dawson ve Kaur, 2015).

1.12. Mesleki Etik ve Deontoloji İlkeleri

Sağlık hizmetlerinin doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması, bu alanda çalışan profesyonellerin yalnızca mesleki yeterlilikle değil, aynı zamanda etik ve deontolojik ilkelere bağlılıkla hareket etmelerini zorunlu kılmaktadır. Sağlık hizmetleri, hasta ile sağlık çalışanı arasında büyük bir güven ilişkisi üzerine kuruludur. Bu nedenle hemşireler, hekimler ve diğer sağlık personeli, mesleki uygulamalarında etik kurallara uygun davranarak hasta haklarına, meslek onuruna ve toplumsal sorumluluklarına özen göstermek zorundadırlar. Etik ve deontoloji ilkeleri, sağlık mesleklerinin toplum nezdinde saygınlığını ve güvenilirliğini sağlayan temel normatif çerçeveyi oluşturur (Beauchamp ve Childress, 2013).

Etik, genel anlamıyla “doğru” ve “yanlış” davranışların ne olduğunu sorgulayan, bireylerin karar alma süreçlerinde rehberlik eden felsefi bir disiplindir. Sağlık etiği ise bireyin yaşamı, sağlığı, özerkliği ve onuru ile ilgili kararlar alınırken uygulanması gereken değerler sistemidir. Sağlık çalışanlarının verdikleri kararlar ve uygulamaları, doğrudan bireylerin yaşam kalitesini etkileyebildiğinden, etik ilkeler bu mesleklerde soyut bir kavram olmaktan çıkar, günlük uygulamaların ayrılmaz bir parçası hâline gelir. Bu çerçevede tıp etiği, hemşirelik etiği, eczacılık etiği gibi alt disiplinler gelişmiştir. Deontoloji ise, etikle yakın ilişkili olmakla birlikte, daha çok meslek mensuplarının uyması gereken görev ve yükümlülükler, kurallara odaklanan bir disiplindir. Kelime kökeni itibarıyla Yunanca “deon” (görev) ve “logos” (bilim) sözcüklerinden türetilen deontoloji, mesleki görevler bilimi olarak tanımlanabilir. Sağlık mesleklerinde deontolojik kurallar, bireylerin yalnızca vicdani sorumluluklarına değil, aynı zamanda meslek örgütleri tarafından belirlenmiş meslekî standartlara da dayanmaktadır. Örneğin, Türk Tabipleri Birliği ve Türk Hemşireler Derneği gibi kurumlar, üyelerinin uyması gereken etik-deontolojik ilke ve kuralları belirleyerek rehberler yayımlamaktadır (Ulrich ve ark., 2010).

Etik ve deontoloji ilkeleri arasında en temel olanlardan biri “yarar sağlama” (beneficence) ve “zarar vermeme” (non-maleficence) ilkesidir. Sağlık çalışanları, hastalarına fayda sağlamayı amaçlarken aynı zamanda onlara zarar verebilecek her türlü eylemden de kaçınmakla yükümlüdür. Bunun yanı sıra, özerklik ilkesine göre bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili kararları alma hakları vardır ve sağlık çalışanları bu kararlara

saygı duymakla yükümlüdür. Hastaya bilgi vererek rıza alma, tedavi seçeneklerini sunma ve karar sürecine katılımı sağlama gibi uygulamalar bu ilkenin somut yansımalarıdır. Ayrıca adalet ilkesi, sağlık hizmetlerinin herkese eşit, adil ve ayırım gözetmeksizin sunulmasını ifade eder. Bu bağlamda hasta seçiminde, kaynak dağılımında veya hizmet önceliklerinde bireyler arasında ayırım yapılması, etik dışı kabul edilir (Beauchamp ve Childress, 2013).

Sağlık alanında etik ikilemler sıklıkla karşılaşılan durumlardır. Bir yandan hasta haklarına saygı gösterme zorunluluğu, diğer yandan toplum sağlığını gözetme yükümlülüğü arasında denge kurmak çoğu zaman zorlayıcı olabilir. Örneğin, terminal dönemdeki bir hastanın yaşam desteğinin sonlandırılmasıyla ilgili kararlar, hem hasta özerkliği hem de yaşam hakkı ilkesi bakımından çelişkili durumlar doğurabilir. Benzer şekilde, bulaşıcı hastalıklarda bireysel gizlilik ile kamusal sağlık yararı arasında denge kurulması gerekebilir. Bu tür durumlarda etik danışma kurulları, vaka bazlı çözüm yolları geliştirerek sağlık profesyonellerine destek sağlamaktadır (Jonsen, Siegler, ve Winslade, 2015).

Hemşirelik özelinde etik ilkeler, bakımın niteliği ve insani boyutuyla doğrudan ilişkilidir. Hemşireler, yalnızca tıbbi tedavi süreçlerine değil, aynı zamanda hastaların duygusal, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarına da duyarlılık göstermelidir. Bu noktada, “bakım etiği” (ethics of care) kavramı öne çıkmaktadır. Bakım etiği, ilişkisel bir etik anlayışı benimseyerek, hasta ile kurulan ilişkinin empati, duyarlılık, sorumluluk ve karşılıklılık temeline dayandığını savunur. Hemşireler, hasta mahremiyetine saygı göstermeli, bilgi gizliliğine özen göstermeli, bakım verirken insan onuruna uygun bir dil ve davranış sergilemelidir. Ayrıca, hasta yakınlarıyla kurulacak iletişimde de açık, dürüst ve destekleyici bir yaklaşım benimsenmelidir (Gastmans, 2013).

Etik davranışların sürekliliği için sağlık çalışanlarının etik farkındalıklarının artırılması gerekmektedir. Bu amaçla, hemşirelik ve tıp eğitimlerinde etik derslerinin yer alması, mezuniyet sonrası etik seminerlerin düzenlenmesi ve meslek içi eğitimlerde vaka analizlerine dayalı etik çözüm önerilerinin sunulması önemlidir. Etik kurulların ve etik ihlal bildirim sistemlerinin kurumsallaşması da meslek etiğinin içselleştirilmesine katkı sağlar. Ayrıca yöneticilerin etik liderlik anlayışıyla hareket etmesi, kurum kültürünün de etik temeller üzerine inşa edilmesini kolaylaştırır (Park, 2012).

Sonuç olarak, etik ve deontoloji ilkeleri sağlık mesleklerinin yalnızca kuramsal bir çerçevesi değil, günlük uygulamaların omurgasıdır. Bu ilkelerin bilinmesi ve uygulanması, sağlık hizmetlerinin güvenilirliğini, kalitesini ve sürdürülebilirliğini doğrudan etkiler. Etik değerlere dayalı bir yaklaşım hem bireysel vicdanı hem de toplumsal sorumluluğu beslerken, hasta merkezli ve insan onuruna saygılı bir sağlık sisteminin temellerini oluşturur. Bu nedenle sağlık kurumları, etik duyarlılığı yüksek, mesleki değerleri içselleştirmiş bir insan kaynağıyla çalışmayı hedeflemelidir (Numminen, Repo ve Leino-Kilpi, 2017).

1.13. Pandemilerin Sağlık Hizmetlerine Etkisi

Tarih boyunca insanlık, salgın hastalıklarla defalarca yüzleşmiş ve bu deneyimler hem toplumsal yapıyı hem de sağlık sistemlerini köklü biçimde etkilemiştir. Pandemiler, yalnızca bireysel sağlığı tehdit eden olaylar değil; aynı zamanda ülkelerin sağlık altyapısını, hizmet sunum modellerini, sağlık politikalarını ve çalışanların psikosozyal refahını doğrudan etkileyen çok boyutlu krizlerdir. Özellikle 21. yüzyılda yaşanan COVID-19 pandemisi, küresel ölçekte sağlık sistemlerinin dayanıklılığını test etmiş, mevcut zayıflıkları göz önüne sermiş ve sağlık hizmetlerinin nasıl yapılandırılması gerektiğine dair yeni perspektifler sunmuştur (Horton, 2020; Kickbusch ve Leung, 2020).

Pandemiler sağlık hizmetleri üzerinde hem kısa vadeli hem de uzun vadeli etkiler yaratmaktadır. Kısa vadede, sağlık sistemleri hızla artan hasta yüküyle karşı karşıya kalmakta, yatak kapasitesi, yoğun bakım olanakları, tıbbi malzeme ve insan kaynağı gibi temel kaynaklarda ciddi sıkıntılar yaşanmaktadır. Bu durum, hastane önceliklerinin değişmesine, acil olmayan operasyonların ertelenmesine, koruyucu sağlık hizmetlerinin aksamasına ve genel sağlık hizmetlerinde gecikmelere neden olmaktadır. Özellikle kronik hastalığı olan bireyler, pandemiler sırasında yeterli ve düzenli sağlık hizmetine ulaşmada zorluk yaşamakta, bu da hastalıklarının ilerlemesine ve komplikasyonların artmasına yol açmaktadır (Remuzzi ve Remuzzi, 2020).

Uzun vadede ise pandemiler, sağlık sistemlerinin yeniden yapılandırılmasını zorunlu kılmaktadır. Salgın deneyimleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesinin, dijital sağlık uygulamalarının yaygınlaştırılmasının ve esnek sağlık politikalarının geliştirilmesinin ne denli önemli olduğunu ortaya koymuştur. Pandemiler

aynı zamanda halk sağlığı politikalarının merkeziyetini artırmakta, toplum temelli sağlık yaklaşımlarının daha fazla benimsenmesine zemin hazırlamaktadır. Pandemi süreci boyunca kazanılan deneyimler, hemşirelik ve tıp eğitim müfredatlarında kriz yönetimi, enfeksiyon kontrolü, uzaktan sağlık hizmeti sunumu ve sağlık iletişimi gibi alanlara daha fazla yer verilmesine neden olmuştur (Keesara, Jonas ve Schulman, 2020).

Pandemilerin sağlık hizmetlerine etkisi yalnızca yapısal boyutlarla sınırlı değildir; aynı zamanda sağlık çalışanlarının ruhsal sağlığı, iş yükü ve mesleki doyumları üzerinde de önemli etkiler yaratmaktadır. COVID-19 pandemisi sırasında, özellikle ön saflarda görev yapan hemşirelerin tükenmişlik, anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres gibi ruhsal sorunlarla karşı karşıya kaldığına dair çok sayıda çalışma yapılmıştır. Yoğun çalışma saatleri, ölüm vakalarına tanıklık, bulaş riski, yetersiz koruyucu ekipmanlar ve sosyal izolasyon, hemşirelerin ruhsal dayanıklılığını olumsuz yönde etkilemiştir. Bu süreçte hemşirelerin öz yeterlilik inançları da sınıanmış; mesleki bilgi ve becerilerine olan güvenleri, kriz ortamında karar verme yetkinlikleri ve insan yaşamını koruma sorumluluğu altında şekillenmiştir (Lai ve ark, 2020; Shaukat, Ali ve Razzak, 2020).

Bununla birlikte, pandemi sürecinde birçok ülkede sağlık çalışanlarına yönelik takdir ve destek söylemleri öne çıkmış, toplumun sağlık emekçilerine bakışı daha olumlu bir hâl almıştır. Bu durum, hemşirelerin mesleklerine karşı duydukları gururu artırmış; ancak sistemsel düzeydeki yapısal sorunların çözülmemesi hâlinde bu motivasyonun sürdürülebilir olmayacağı vurgulanmıştır. Bu bağlamda, pandemiler hem sağlık çalışanlarının psikososyal ihtiyaçlarını görünür kılmış hem de mesleki destek sistemlerinin yeniden ele alınmasını zorunlu kılmıştır (Zhang ve ark., 2021).

Pandemiler aynı zamanda hasta-hekim/hemşire iletişiminde de önemli değişimlere yol açmıştır. Temasın sınırlanması, koruyucu ekipmanların fiziksel bariyer oluşturması, ziyaretçi yasakları ve hasta yakınlarının sağlık hizmetlerine erişememesi, sağlık iletişimini güçleştirmiştir. Bu durum, hasta memnuniyetini ve sağlık çalışanlarının duygusal yükünü etkileyen faktörlerden biri olmuştur. Pandemiyle birlikte uzaktan sağlık hizmetleri (tele-sağlık) daha fazla gündeme gelmiş, ancak bu alanda da teknolojik altyapı, mahremiyet, erişilebilirlik ve dijital yeterlilik gibi konular tartışma konusu olmuştur (Smith ve ark., 2020; Ohannessian, Duong ve Odone, 2020).

Sonuç olarak pandemiler, sağlık sistemlerinin sadece fiziki kapasitesini değil, insan kaynağını, hizmet anlayışını ve krizlere yanıt verme becerisini test eden önemli sınamalardır. Bu süreçlerin ortaya çıkardığı sonuçlar, sağlık politikalarının yeniden yapılandırılmasında ve gelecekte benzer krizlere hazırlıklı olunmasında önemli fırsatlar sunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği, kriz yönetimi kapasitesinin artırılması, çalışan refahının gözetilmesi ve halk sağlığı temelli planlamaların yaygınlaştırılması, pandemilerin yarattığı yıkıcı etkilerin azaltılması açısından kritik öneme sahiptir (Nicola ve ark., 2020; Ranney, Griffith ve Jha, 2020).

1.14. Sağlık Okuryazarlığı ve Hastayla İletişim

Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunulmasında yalnızca sağlık çalışanlarının bilgi, beceri ve tutumları değil, aynı zamanda hizmet alan bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye erişebilme, anlayabilme ve uygulayabilme yeterlilikleri de belirleyici rol oynamaktadır. Bu bağlamda sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıklı yaşam kararları alabilmeleri ve sunulan hizmetlerden doğru şekilde faydalanabilmeleri açısından kritik öneme sahiptir. Sağlık okuryazarlığı kavramı, ilk kez 1970'li yıllarda gündeme gelmiş; 21. yüzyılda ise sağlık sistemlerinin performansını doğrudan etkileyen sosyal bir belirleyici olarak görülmeye başlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü, sağlık okuryazarlığını, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri edinme, anlama ve kullanma becerisi olarak tanımlamaktadır (WHO, 2013; Nutbeam, 2008).

Yetersiz sağlık okuryazarlığı, bireylerin hastalık belirtilerini tanıyamamasına, tedavi süreçlerini anlayamamasına, reçeteli ilaçları doğru kullanamamasına ve randevu sistemlerinde zorluk yaşamasına neden olabilmektedir. Bu durum yalnızca bireysel sağlık sonuçlarını değil, sağlık sisteminin genel işleyişini de olumsuz etkiler. Nitekim sağlık okuryazarlığı düşük bireylerde hastane yatış oranları, acil servis başvuruları ve komplikasyon risklerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Berkman ve ark., 2011). Türkiye'de yapılan araştırmalar da benzer şekilde, bireylerin önemli bir kısmının sağlıkla ilgili yazılı ve sözlü bilgileri anlamakta güçlük çektiğini ortaya koymaktadır. Bu durum özellikle yaşlılar, kronik hastalığı olanlar, düşük eğitim düzeyine sahip bireyler ve kırsal bölgelerde yaşayanlar açısından daha belirgindir (Tanrıöver ve ark., 2014).

Sağlık okuryazarlığının etkin bir sağlık hizmetiyle buluşabilmesi, büyük ölçüde sağlık çalışanlarının iletişim becerilerine bağlıdır. Hasta-hekim ya da hasta-hemşire iletişimi, yalnızca bilgi aktarımı değil, aynı zamanda güven inşası, duygusal destek, anlayış ve yönlendirme süreçlerini de kapsayan çok yönlü bir etkileşimdir. Etkili iletişim, hasta memnuniyetini artırmanın yanı sıra, tedaviye uyumu yükseltir, kaygıyı azaltır, yanlış anlamaların önüne geçer ve hatalı uygulamaları azaltır. Bu nedenle iletişim, klinik beceriler kadar önemli ve geliştirilmesi gereken bir profesyonel yeterlilik alanı olarak değerlendirilmelidir (Ha ve Longnecker, 2010).

Hemşirelik uygulamalarında iletişim, bakımın kalitesini doğrudan etkileyen bir değişkendir. Hemşireler, hasta ile en fazla temas hâlinde bulunan sağlık profesyonelleri oldukları için, iletişim becerileri tedavi sürecinin başarısında belirleyici rol oynar. Açık, anlaşılır, empatik ve kültürel farklılıklara duyarlı bir iletişim, hasta güvenliği açısından da son derece önemlidir. Özellikle yaşlı, çocuk, zihinsel engelli ya da dil engeli olan hastalarla etkili iletişim kurabilmek, hemşirenin mesleki yetkinliğini gösterdiği kadar etik duyarlılığının da bir göstergesidir. Bunun yanında, yalnızca hasta ile değil; hasta yakınları, ekip arkadaşları ve diğer sağlık çalışanlarıyla kurulan iletişimin niteliği de hemşirenin iş doyumunu, motivasyonunu ve profesyonel ilişkilerini etkileyen önemli bir faktördür (O'Hagan ve ark., 2014; Sheldon, 2009).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük bireylerle iletişimde, sağlık çalışanlarının bazı stratejiler geliştirmesi gerekmektedir. Bu stratejiler arasında basit ve sade dil kullanımı, yazılı materyallerin okunabilirlik düzeyinin ayarlanması, görsel destekleyicilerden faydalanılması ve "öğretme-yeniden anlatma" yöntemi yer almaktadır. Ayrıca bireylerin sağlıkla ilgili kararlarını kendi başlarına verebilmeleri için destekleyici bir ortam oluşturulması, onların aktif katılımını teşvik etmek açısından önemlidir. Sağlık okuryazarlığını geliştirmek için ulusal düzeyde yürütülen farkındalık kampanyaları, hasta eğitimi programları ve okul temelli sağlık eğitimi çalışmaları da uzun vadede olumlu sonuçlar doğurabilecek girişimler arasında yer almaktadır (DeWalt ve ark., 2010; Sørensen ve ark., 2012).

Hasta ile etkili iletişimin önündeki engeller ise oldukça çeşitlidir. Zaman kısıtlılığı, iş yükü, eğitim eksikliği, yorgunluk, dil ve kültür farklılıkları bu engellerin başında gelir. Ayrıca otoriter iletişim tarzı, hastanın duygularına duyarsızlık ve yeterli açıklama

yapılmaması gibi tutumlar da iletişimde kırılmalara neden olabilir. Oysa ki hasta merkezli yaklaşım, hastayı yalnızca tedavi edilmesi gereken bir nesne değil; kendine özgü değerleri, korkuları ve ihtiyaçları olan bir birey olarak görmeyi gerektirir. Bu yaklaşım, iletişimi bir araç değil, tedavinin ayrılmaz bir parçası olarak konumlandırır (Epstein ve Street, 2007; McCabe, 2004).

1.15. Uluslararası Hemşirelik Standartları ve Politikaları

Hemşirelik mesleği, sağlık sistemlerinin temel yapı taşlarından biri olarak kabul edilmekte olup, bireylerin, ailelerin ve toplumların sağlık düzeyini korumak, geliştirmek ve hastalık durumlarında iyileşme süreçlerine katkıda bulunmak gibi çok yönlü işlevlere sahiptir. Bu önemli rolün etkin ve güvenilir biçimde yerine getirilmesi, yalnızca mesleki becerilere değil, aynı zamanda uluslararası düzeyde kabul gören standartlara, etik ilkelere ve mesleki politikalara bağlı bir meslek pratiğine dayalıdır. Hemşirelik hizmetlerinin evrensel bir kalite düzeyinde sürdürülebilmesi için, küresel normlar çerçevesinde şekillenen mesleki standartların ve yönetsel politikaların ülkeler arasında tutarlılık göstermesi büyük önem taşımaktadır (ICN, 2012; Black, 2014).

Uluslararası düzeyde hemşirelik standartlarının belirlenmesinde en etkili kurumların başında Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses – ICN) gelmektedir. 1899 yılında kurulan ICN, dünya genelinde 130'dan fazla ülkede hemşirelik meslek örgütlerini temsil etmekte ve mesleğin etik çerçevesini, eğitim standartlarını, klinik uygulama ilkelerini ve politik hedeflerini belirlemeye yönelik çalışmaları koordine etmektedir. ICN'in hazırladığı "Hemşirelik için Uluslararası Etik Kurallar" belgesi, hemşirelerin bireylere, ailelere, topluma, meslektaşlarına ve kendi mesleklerine karşı olan sorumluluklarını tanımlayan evrensel bir rehber niteliği taşımaktadır. Bu belge, hemşirelik uygulamalarında insan haklarına, kültürel farklılıklara, hasta mahremiyetine ve profesyonel dürüstlüğe verilen önemin altını çizmektedir (ICN, 2021).

Uluslararası hemşirelik politikaları, aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile yakın iş birliği içinde şekillenir. DSÖ'nün sağlık insan gücü politikaları kapsamında hemşirelerin güçlendirilmesi, eğitimin standardize edilmesi ve ülkeler arasında eş güdüm sağlanması amacıyla çeşitli strateji belgeleri hazırlanmıştır. Örneğin DSÖ'nün 2020 yılında yayımladığı "State of the World's Nursing" raporu, dünya genelindeki

hemşirelik insan gücüne ilişkin veri tabanı oluşturarak, hemşirelerin sistem içindeki rollerini analiz etmiş ve politika önerileri sunmuştur. Bu raporda; hemşire sayısının artırılması, yetki alanlarının genişletilmesi, liderlik pozisyonlarında hemşire temsiliyetinin güçlendirilmesi ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi gibi başlıklar öncelikli hedefler olarak vurgulanmıştır (WHO, 2020).

Uluslararası hemşirelik standartları yalnızca klinik uygulamaları değil, aynı zamanda hemşirelik eğitimi ve sürekli mesleki gelişim süreçlerini de kapsamaktadır. Hemşirelik eğitiminde ortak çekirdek müfredat, klinik uygulama yeterlilikleri, etik eğitimi, iletişim becerileri ve kanıta dayalı uygulama gibi alanlarda evrensel ölçütler belirlenmiş ve bu doğrultuda akreditasyon sistemleri geliştirilmiştir. Hemşirelerin yalnızca mezuniyetle değil, meslek hayatları boyunca sürekli eğitim yoluyla gelişimlerini sürdürmeleri, uluslararası standartların sürdürülebilirliği açısından zorunludur. Nitekim ICN, sürekli mesleki gelişimin hem hemşirelerin mesleki güvenliği hem de hizmet kalitesi açısından kritik olduğuna dikkat çekmektedir (ICN, 2009; Frenk ve ark., 2010).

Bir diğer önemli standart alanı da hemşirelikte güvenli hasta bakımı ve hasta haklarıdır. Uluslararası politikalar, hemşirelerin hasta güvenliği konusunda sorumluluk almasını, tıbbi hataları önleyici yaklaşımlar geliştirmesini ve hasta merkezli bakım anlayışını benimsemelerini öngörür. Ayrıca, hasta haklarına duyarlı bir meslek pratiği oluşturmak, özellikle mahremiyet, bilgilendirilmiş onam, tedaviye katılım hakkı gibi konularda hemşirelerin bilgi sahibi olmasını ve bu haklara riayet etmesini gerektirir. Uluslararası standartlar doğrultusunda oluşturulan bu etik ve yasal çerçeve, hemşirelik mesleğinin meslekleşme sürecinin önemli bir bileşenidir (Sherwood ve Barnsteiner, 2012; WHO, 2016).

Bunun yanında, uluslararası sağlık krizleri (örneğin COVID-19 pandemisi), hemşirelerin ulusal sınırların ötesinde nasıl bir dayanışma ağı içinde hareket ettiğini ve standartların bu tür olağanüstü dönemlerde ne denli önemli olduğunu bir kez daha ortaya koymuştur. Pandemi sürecinde DSÖ ve ICN başta olmak üzere birçok uluslararası kurum, hemşirelerin korunmasına, iş yüklerinin dengelenmesine ve psikososyal destek sistemlerinin kurulmasına yönelik acil politika çağrıları yapmıştır. Bu süreçte, küresel standartların yerel uygulamalara nasıl yansıdığı, uluslararası iş birliğinin ve bilgi paylaşımının önemini pekiştirmiştir (ICN, 2020; WHO, 2020b).

İKİNCİ BÖLÜM: ÖZ YETERLİLİK VE İŞ MEMNUNİYETİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN KURAMSAL TEMELLERİ

Günümüzde sağlık hizmetlerinin niteliğini belirleyen yalnızca teknolojik altyapı ya da fiziksel koşullar değil; aynı zamanda sağlık çalışanlarının psikolojik kaynakları, motivasyon düzeyleri ve mesleki tatminleri de büyük rol oynamaktadır. Özellikle hemşireler, hasta bakım sürecinde en fazla sorumluluk üstlenen ve hastalarla birebir temas kuran profesyoneller olarak, sağlık sisteminin dinamiklerini doğrudan etkilemektedir. Bu bağlamda, hemşirelerin öz yeterlilik inançları ve iş doyumu düzeyleri yalnızca bireysel refahları açısından değil, aynı zamanda kurumsal hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti açısından da kritik öneme sahiptir. Bu bölümde; öz yeterlilik kavramı, iş tatmini, motivasyon kuramları, tükenmişlik sendromu ve işten ayrılma niyeti gibi temel psikososyal etkenler kuramsal ve uygulamalı boyutlarıyla ele alınacaktır. Böylece, araştırmanın temel değişkenlerinin sağlık çalışanları özelinde nasıl bir etkileşim içinde olduğu açıklık kazanacaktır.

2.1. Öz Yeterlilik ve Kuramsal Çerçevesi

Öz yeterlilik, bireyin belirli bir görevi ya da davranışı başarıyla gerçekleştirebilme kapasitesine olan inancı ifade eder. İlk olarak Albert Bandura tarafından geliştirilen bu kavram, bireylerin karşılaştıkları zorluklar karşısında nasıl davrandıklarını, çaba düzeylerini, motivasyonlarını ve duygusal tepkilerini anlamada temel bir açıklayıcı değişken olarak ele alınmaktadır. Bandura'nın (1997) Sosyal Bilişsel Kuramı'na göre öz yeterlilik, bireyin davranışları kadar, bu davranışları etkileyen içsel süreçleri ve çevresel faktörleri de dikkate alan bir öğrenme modelidir. Bu model, bireylerin yalnızca neyi bildiklerinin değil, bu bilgiyi ne ölçüde etkili biçimde kullanabildiklerinin de önemli olduğunu vurgular (Bandura, 1997; Pajares, 2002).

Bandura, öz yeterliliğin dört temel kaynaktan beslendiğini belirtir: doğrudan yaşantılar (başarı deneyimleri), dolaylı yaşantılar (model alma), sözel ikna (teşvik ve destekleyici geribildirimler) ve fizyolojik/duygusal durumlar (kaygı, stres, heyecan gibi). Birey bir görevi başarıyla tamamladığında öz yeterlilik düzeyi artarken, başarısızlıklar bu inancı zedeleyebilir. Bu nedenle, öz yeterlilik dinamik ve deneyimle şekillenen bir yapı taşır (Bandura, 1997; Schunk ve DiBenedetto, 2016).

Sağlık sektöründe görev yapan bireyler açısından öz yeterlilik, mesleki başarı ve iş doyumu ile yakından ilişkilidir. Özellikle hemşirelik gibi hızlı karar verme, kriz yönetimi, çoklu görevleri aynı anda yürütme ve yoğun hasta etkileşimi gerektiren mesleklerde, öz yeterliliğin yüksek olması çalışanların mesleki rollerini daha etkili bir şekilde yerine getirmelerine olanak tanır. Yüksek öz yeterlilik düzeyi, hemşirelerin stresle daha iyi baş etmelerini, karmaşık klinik durumlarda daha etkin çözümler üretmelerini ve hasta bakım süreçlerini daha güvenli şekilde yürütmelerini sağlar (Joo ve Liu, 2021).

Öz yeterliliğin iş performansına olan etkisi yalnızca bireysel işleyişle sınırlı kalmaz. Aynı zamanda örgütsel bağlılık, mesleki motivasyon, liderlik potansiyeli ve hasta güvenliği gibi kurumsal düzeydeki birçok faktörü de etkilemektedir. Bu bağlamda öz yeterlilik, hem bireyin içsel gücünü temsil eden bir kavram hem de örgütsel verimliliğin artırılmasına katkı sunan psikolojik bir kaynak olarak değerlendirilebilir (Luthans ve ark., 2007).

2.2. İş Tatmini: Kuramsal Temeller ve Sağlık Alanındaki Görünümler

İş tatmini, bireylerin yaptıkları işe karşı geliştirdikleri tutumları, duygusal değerlendirmeleri ve genel memnuniyet düzeylerini ifade eden çok boyutlu bir kavramdır. Bu kavram, yalnızca çalışanların işlerinden ne derece hoşnut olduklarını değil, aynı zamanda iş yaşamlarındaki motivasyon, bağlılık ve performans düzeylerini de etkileyen temel bir psikososyal belirleyici olarak ele alınmaktadır. İş tatmini bireyin görev, iş ortamı, yönetim tarzı, çalışma arkadaşları ve kişisel beklentileri gibi birçok faktörün birleşimiyle oluşan öznel bir deneyimdir (Locke, 1976; Spector, 1997).

İş tatmini literatüründe yer alan kuramsal yaklaşımlar, çalışan davranışlarının nedenlerini ve bu davranışların kurumsal sonuçlarını anlamada yol gösterici olmaktadır. Bu kuramlardan ilki olan Frederick Herzberg'in Çift Faktör Kuramı, iş tatmininin iki temel kaynaktan beslendiğini öne sürer: motivasyonel faktörler ve hijyen faktörleri. Motivasyonel faktörler (başarı, takdir edilme, sorumluluk, işin kendisi ve ilerleme olanakları), bireyin işine karşı olumlu duygular geliştirmesini sağlarken; hijyen faktörleri (maaş, iş güvenliği, çalışma koşulları, kurum politikaları) yalnızca tatminsizliği engellemeye yöneliktir. Bu yaklaşıma göre, iş tatmini ve tatminsizlik aynı

devamlılık üzerinde değil, farklı süreçler üzerinden şekillenir (Herzberg, Mausner ve Snyderman, 1959).

Abraham Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Kuramı ise iş tatminini, bireyin beş temel ihtiyacının (fizyolojik, güvenlik, ait olma, saygı görme ve kendini gerçekleştirme) ne ölçüde karşılandığıyla ilişkilendirir. Çalışanların iş ortamında yalnızca temel ihtiyaçlarının değil, aynı zamanda sosyal kabul görme, saygınlık kazanma ve potansiyellerini gerçekleştirme gereksinimlerinin de karşılanması, iş tatminini doğrudan etkileyen bir unsurdur (Maslow, 1943; Wahba ve Bridwell, 1976).

Deci ve Ryan'ın Bilişsel Değerlendirme Kuramı, içsel motivasyonun iş tatminindeki rolüne dikkat çeker. Bu yaklaşıma göre bireyler, kontrol altında hissetmeden, kendi kararlarını vererek çalıştıklarında daha yüksek düzeyde doyum yaşarlar. Bu nedenle işyerlerinde özerklik, yeterlilik duygusu ve ilişkisellik gibi içsel motivasyonu destekleyen ortamlar, çalışanların iş tatminini artırır (Deci ve Ryan, 1985; Gagné ve Deci, 2005).

Vroom'un Beklenti Kuramı ise çalışanların beklentilerinin gerçekleşme olasılığı ile iş tatminleri arasındaki ilişkiye odaklanır. Bu kurama göre, birey bir görevi başarıyla tamamladığında ödül alacağına inanırsa ve bu ödül kendisi için değerliyse, iş tatmini düzeyi de yüksek olacaktır. Bu nedenle iş ortamındaki ödüllendirme sistemleri ve performans değerlendirme süreçleri, çalışan tatmini üzerinde belirleyici olabilir (Vroom, 1964; Porter ve Lawler, 1968).

Sağlık sektöründe, özellikle hemşirelik alanında iş tatmini konusu, yalnızca bireysel bir tutum değil, aynı zamanda kurumsal işleyişin kalitesini belirleyen stratejik bir unsurdur. Hemşirelerin iş tatmini, hasta güvenliği, hizmet kalitesi, hasta ile iletişim, ekip çalışması ve mesleki sadakat gibi çok sayıda faktörü doğrudan etkilemektedir. İş doyumunu yüksek olan hemşireler, görevlerini daha istekli yerine getirirken; düşük iş doyumunu tükenmişlik, işten ayrılma eğilimi ve hizmet kalitesinde düşüş gibi olumsuz sonuçlara neden olabilir (Lu ve ark., 2005; Laschinger ve ark., 2001).

2.3. İş Tatminsizliği ve Tükenmişlik

İş tatmini çalışanlar için olumlu duygular ve mesleki bağlılıkla sonuçlanırken, iş tatminsizliği ise çalışanların işlerine karşı ilgilerinin azalmasına, motivasyon

düşüklüğüne ve mesleki tükenmişliğe zemin hazırlamaktadır. Özellikle sağlık sektöründe çalışan bireyler; yoğun iş yükü, uzun çalışma saatleri, duygusal emek, hasta ve hasta yakınlarıyla sürekli etkileşim gibi nedenlerle daha fazla tükenmişlik riskiyle karşı karşıya kalmaktadır. Hemşirelik gibi sürekli dikkat, sabır ve empati gerektiren mesleklerde iş tatminsizliği, zamanla duygusal ve fiziksel tükenmişliğe, dolayısıyla hem bireysel hem de kurumsal düzeyde verim kaybına yol açabilmektedir (Shields ve Wilkins, 2006; Lu ve ark., 2005).

Tükenmişlik, ilk kez Maslach ve Jackson tarafından tanımlanmış olup; üç temel bileşenle açıklanır: duygusal tükenme, duyarsızlaşma (depersonalizasyon) ve kişisel başarıda azalma. Duygusal tükenme, bireyin iş kaynaklı stres nedeniyle fiziksel ve duygusal enerjisinin tükenmesi anlamına gelir. Duyarsızlaşma ise bireyin hizmet sunduğu kişilere karşı ilgisiz ve mekanik bir tutum geliştirmesiyle ortaya çıkar. Kişisel başarıda azalma ise bireyin mesleki yeterliliğine ve başarısına dair inancını kaybetmesiyle ilgilidir. Bu belirtiler zamanla hem çalışan sağlığını hem de hasta bakım kalitesini olumsuz etkilemektedir (Maslach ve Jackson, 1981; Maslach, Schaufeli ve Leiter, 2001).

İş tatminsizliğinin ortaya çıkardığı davranışları anlamak amacıyla geliştirilen EVLN modeli (Exit, Voice, Loyalty, Neglect), çalışanların memnuniyetsizlik karşısında gösterdiği dört temel tepki biçimini tanımlar. “Exit” (ayrılma), işten ayrılmayı ya da yeni bir pozisyon arayışını ifade eder. “Voice” (ses çıkarma), sorunları dile getirerek çözüm arama yönelimini içerir. “Loyalty” (sadakat), değişimin zamanla gerçekleşeceğine inanarak mevcut duruma sabırla katlanmayı temsil eder. “Neglect” (ihmal), görevleri savsaklama, işe geç gelme, performans düşüklüğü gibi pasif tepkileri kapsar. Bu model özellikle sağlık çalışanlarının memnuniyetsizlik karşısında gösterdiği davranışların anlaşılmasında yararlı bir çerçeve sunar (Farrell, 1983; Rusbult, Farrell, Rogers ve Mainous, 1988).

Sağlık alanındaki iş tatminsizliğinin temel nedenleri arasında; yetersiz ücret politikaları, liyakate dayalı olmayan yönetim anlayışı, iş yükü dengesizliği, kariyer gelişim olanaklarının kısıtlı olması, ekip içi iletişim sorunları ve hasta/çalışan güvenliğine yönelik tehditler yer almaktadır. Bu faktörler, hemşirelerin mesleki doyumlarını

azaltarak tükenmişlik riskini artırmakta; bu da işten ayrılma niyetini ve kurumsal verimsizliği beraberinde getirmektedir (Aiken ve ark., 2002; Laschinger ve ark., 2001).

Tükenmişlik yalnızca çalışanları değil, hizmet sundukları bireyleri de doğrudan etkileyen bir sorundur. Tükenmiş hemşirelerin hasta güvenliğini tehlikeye atabilecek hatalar yapma olasılığı artmakta, empatik yaklaşım azalmakta ve bu durum hasta memnuniyetini de olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle, iş tatminsizliği ve tükenmişlik düzeylerinin azaltılması, bireysel müdahalelerin ötesinde kurumsal stratejilerle ele alınmalıdır. Yönetim desteği, psikososyal danışmanlık hizmetleri, iş-yaşam dengesi politikaları ve mesleki gelişimi destekleyici uygulamalar bu alanda önemli katkılar sağlayabilir (Hall ve ark., 2016; Dyrbye, Shanafelt ve Sinsky, 2017).

2.4. Öz Yeterlilik ve İş Tatmini Arasındaki İlişki

Öz yeterlilik ve iş tatmini, bireysel motivasyon, mesleki bağlılık ve iş performansı gibi birçok önemli psikolojik ve davranışsal çıktıyla yakından ilişkili olan iki temel kavramdır. Öz yeterlilik düzeyi yüksek olan bireyler, görevlerini daha başarılı bir şekilde tamamlayabileceklerine dair güçlü bir inanç taşırlar. Bu inanç, iş ortamında karşılaşılan zorluklarla başa çıkabilme becerisini artırırken, aynı zamanda bireyin mesleki rolünü daha anlamlı ve değerli hissetmesine katkı sağlar. Bu nedenle, öz yeterliliğin yüksek olması, işten duyulan tatmini olumlu yönde etkileyen bir faktör olarak öne çıkar (Bandura, 1997; Judge ve Bono, 2001).

Sağlık alanında yapılan araştırmalar, özellikle hemşireler gibi yüksek stres düzeyine sahip meslek gruplarında, öz yeterlilik ile iş tatmini arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir. Kendine güvenen, bilgi ve becerilerine inanan hemşireler, görevlerini yerine getirirken daha az stres yaşamakta, daha yüksek düzeyde içsel motivasyon geliştirmekte ve işlerinden daha fazla doyum sağlamaktadırlar. Öz yeterliliğin yüksek olması, hem bireysel psikolojik iyilik halini artırmakta hem de hasta bakımında kaliteyi ve güvenliğini yükseltmektedir (Chang ve ark., 2017).

Bununla birlikte, öz yeterliliğin iş tatmini üzerindeki etkisi doğrudan olduğu kadar dolaylı da olabilir. Örneğin, yüksek öz yeterliliğe sahip bir hemşire, iş ortamında karşılaştığı sorunları çözme konusunda daha etkili stratejiler geliştirebilir ve bu durum iş tatminine katkıda bulunabilir. Aynı şekilde, liderlik davranışları sergileyen, ekip

içinde etkili iletişim kurabilen ve kriz yönetiminde aktif rol alabilen hemşirelerin genellikle hem öz yeterlilik düzeyleri hem de iş tatminleri yüksektir (Lent ve Brown, 2006).

Öz yeterliliği destekleyen örgütsel yapılar da bu ilişkiyi güçlendiren önemli bir unsurdur. Destekleyici yönetim anlayışı, yetki devri, mesleki gelişim fırsatları ve sürekli eğitim gibi uygulamalar, çalışanların öz yeterliliklerini artırmakta ve bu sayede iş tatminini olumlu yönde etkilemektedir. Buna karşın, öz yeterliliği düşük olan bireyler görevlerini başarıyla yerine getirme konusunda kendilerini yetersiz hissedebilir; bu durum hem iş performansını hem de iş doyumunu olumsuz etkileyebilir (Tims, Bakker ve Derks, 2013; Llorens et al., 2007).

Ayrıca, öz yeterlilik düzeyi ile tükenmişlik arasında ters yönlü bir ilişki olduğu da literatürde sıkça vurgulanmaktadır. Öz yeterliliği yüksek olan bireyler, stresli durumlarla daha etkili başa çıkmakta ve bu sayede tükenmişlik düzeyleri daha düşük seyretnmektedir. Bu bağlamda değerlendirildiğinde, öz yeterlilik yalnızca iş tatminini artırmakla kalmaz; aynı zamanda mesleki dayanıklılığı ve ruhsal sağlığı da güçlendirir (Skaalvik ve Skaalvik, 2010).

Sonuç olarak, öz yeterlilik ve iş tatmini arasındaki ilişki hem bireysel hem de kurumsal düzeyde önemli yansımaları olan dinamik bir etkileşimdir. Bu ilişkinin güçlendirilmesi, sağlık çalışanlarının verimliliğini ve mesleki doyumunu artırmanın yanı sıra, sağlık hizmetlerinin kalitesine de doğrudan katkı sunmaktadır (Schwarzer ve Hallum, 2008).

2.5. Tükenmişlik, İş Stresi ve Psikolojik Dayanıklılık ile İlişkiler

Sağlık sektörü, doğası gereği yüksek stres düzeyi, duygusal yük ve fiziksel yorgunluğun birleştiği bir çalışma alanıdır. Bu nedenle, sağlık çalışanları arasında tükenmişlik sendromu, iş stresi ve psikolojik dayanıklılık gibi kavramlar özellikle önem kazanmakta, bu faktörlerin birbiriyle olan ilişkisi hem bireysel hem de kurumsal düzeyde ele alınmaktadır. Tükenmişlik, ilk kez Maslach ve Jackson tarafından tanımlanmış olup; duygusal tükenme, duyarsızlaşma (depersonalizasyon) ve kişisel başarıda azalma olmak üzere üç temel boyutta değerlendirilir. Özellikle hemşirelik gibi doğrudan insan ilişkisine dayalı ve yoğun emek gerektiren mesleklerde tükenmişlik riski oldukça yüksektir (Maslach ve Jackson, 1981; Gómez-Urquiza ve ark., 2017).

İş stresi ise, çalışanların iş ortamında karşılaştıkları taleplerin, bireysel kapasite ve kaynaklarını aştığı durumlarda ortaya çıkar. Bu stres, hem fizyolojik hem de psikolojik belirtilerle kendini gösterir. Uzun süreli iş stresi, zamanla tükenmişliğe dönüşebilir. Sağlık çalışanları, özellikle de hemşireler; düzensiz vardiyalar, hasta yoğunluğu, ekipman yetersizliği, zaman baskısı ve ölüm vakalarına tanıklık gibi pek çok stres faktörüyle karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum, hem psikolojik refahlarını olumsuz yönde etkilemekte hem de iş performanslarının düşmesine neden olmaktadır. İş stresi yalnızca bireyi değil; aynı zamanda ekip içi iletişimi, hasta güvenliğini ve hizmet kalitesini de olumsuz etkileyen bir unsurdur (McVicar, 2016; Albar Marín ve García-Ramírez, 2005).

Tükenmişliğin ve iş stresinin sağlık çalışanlarında yaratabileceği olumsuz sonuçlara karşın, psikolojik dayanıklılık bu süreçleri dengeleyici bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Psikolojik dayanıklılık (resilience), bireylerin stresli yaşam olayları karşısında uyum sağlayabilme, toparlanma ve yeniden işlevsellik kazanma yeteneğini ifade eder. Psikolojik olarak dayanıklı bireyler, zorluklarla başa çıkmada daha etkili stratejiler geliştirir, mesleki tükenmişliğe karşı daha dirençli olurlar ve iş yaşamlarında daha uzun süre verimli kalabilirler. Literatürde, yüksek psikolojik dayanıklılık düzeyine sahip sağlık çalışanlarının iş stresiyle daha iyi başa çıktıkları, tükenmişlik düzeylerinin daha düşük olduğu ve genel ruh sağlığı açısından daha avantajlı bir konumda buldukları gösterilmiştir (Jackson, Firtko ve Edenborough, 2007; Yu ve ark., 2019).

Ayrıca, bireylerin öz yeterlilik inancı ile psikolojik dayanıklılık arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Kendine güven duyan bireyler, karşılaştıkları zorluklara daha rasyonel çözümler üretebilirken; bu durum iş doyumunu da artırıcı bir rol oynamaktadır. Özellikle pandemi gibi olağanüstü durumlarda, hemşirelerin psikolojik dayanıklılıklarının yüksek olması, mesleki rollerini sürdürebilmeleri ve kriz anlarında etkili kararlar alabilmeleri açısından büyük önem taşımaktadır. Dayanıklılığı yüksek hemşireler, yalnızca kendi stres düzeylerini yönetmekle kalmaz; aynı zamanda ekip arkadaşlarına da destek olarak pozitif bir iş ortamının oluşmasına katkı sağlarlar (Smith ve ark., 2008; Labrague ve De los Santos, 2020).

Kurumsal düzeyde de tükenmişlik ve stresle mücadelede çeşitli stratejilerin geliştirilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda düzenli psikolojik destek hizmetleri

sunulması, stres yönetimi eğitimlerinin verilmesi, açık iletişimi teşvik eden liderlik tarzlarının benimsenmesi ve iş yükü dağılımının dengeli biçimde yapılması önerilmektedir. Ayrıca, iş-yaşam dengesinin korunması, esnek çalışma saatlerinin uygulanması ve çalışanların karar alma süreçlerine dahil edilmesi hem motivasyon hem de psikolojik iyilik hâli açısından önemlidir (Hart ve ark., 2014; West ve ark., 2016).

Sonuç olarak, tükenmişlik, iş stresi ve psikolojik dayanıklılık kavramları sağlık çalışanlarının mesleki yaşam kalitesini belirleyen temel faktörler arasında yer almaktadır. Bu üç unsur arasındaki etkileşim, bireylerin meslekten kopma riski, iş tatmini düzeyleri, ruhsal sağlık durumları ve kuruma bağlılıkları üzerinde doğrudan etkili olmaktadır. Bu nedenle, sağlık kurumlarının yalnızca teknik altyapılarını değil; aynı zamanda çalışanlarının psikososyal ihtiyaçlarını da gözeten bütüncül bir yönetim anlayışını benimsemeleri büyük önem taşımaktadır (West ve ark., 2020; Rushton ve ark., 2015).

2.6. İş Tatmininde Örgütsel Adalet, Katılım ve Aidiyet

İş tatmini, çalışanların işlerinden sağladıkları haz ve memnuniyet düzeyini ifade ederken, bunun temelinde genellikle bireylerin çalıştıkları kurumla olan ilişkileri, iş ortamındaki adalet algıları, katılım düzeyleri ve kurumsal aidiyetleri yer almaktadır. Sağlık alanında görev yapan hemşireler için iş tatmini; yalnızca maddi getirilerle değil, psikolojik ve sosyal ihtiyaçların karşılanmasıyla da yakından ilişkilidir. Bu bağlamda, örgütsel adalet, katılım ve aidiyet duygusu, iş tatmini ile güçlü bir şekilde ilişkilidir. Örgütsel adalet kavramı, dağıtımsal, işlemsel ve etkileşimsel adalet olmak üzere üç alt boyutta incelenir. Dağıtımsal adalet; çalışanların maaş, terfi ve ödüller gibi unsurların adil şekilde dağıtıldığını hissetmelerini ifade ederken, işlemsel adalet; alınan kararların objektif kriterlere göre alınıp alınmadığına ve süreçlerin şeffaflığına odaklanır. Etkileşimsel adalet ise, yöneticilerin çalışanlara saygılı, dürüst ve açıklayıcı biçimde davranmalarını içerir (Greenberg, 1990; Colquitt ve ark., 2001).

Özellikle sağlık kurumlarında etkileşimsel adaletin yüksek olması, hemşirelerin değerli hissederek daha fazla mesleki motivasyon göstermelerine, kendilerini geliştirmelerine ve kurumsal aidiyet duygularının artmasına neden olmaktadır. Çalışanların yönetime katılımı ise, işlerine olan sahiplenme duygularını artırmakta ve örgütle kurdukları duygusal bağın güçlenmesini sağlamaktadır. Karar alma süreçlerine aktif olarak katılan

hemşireler, hem mesleki özerkliklerini daha güçlü hissetmekte hem de örgütsel hedeflere katkı sağlama konusunda daha istekli olmaktadır. Bu süreçte yöneticilerin hemşirelerin görüşlerine değer vermeleri, onların mesleki tatminlerini olumlu etkilemekte ve iş bırakma eğilimlerini azaltmaktadır (Cropanzano ve Rupp, 2003; Morrison, 2011; Tzafirir ve Dolan, 2004).

Aidiyet, bireyin kendisini bir gruba, topluluğa veya kuruma ait hissetmesi durumudur. Sağlık alanında çalışan bireyler için bu duygu, yalnızca mesleki bir zorunluluk değil, aynı zamanda güçlü bir psikolojik ihtiyaçtır. Aidiyet hissi gelişmiş bireyler, görevlerini daha sorumlu şekilde yerine getirirken, kurumsal bağlılıkları ve dayanışma duyguları da daha yüksektir. Araştırmalar, aidiyet duygusu gelişmiş çalışanların daha az tükenmişlik yaşadıklarını, işlerinden daha fazla tatmin duyduklarını ve iş yerlerinde daha uzun süre kaldıklarını ortaya koymaktadır. Özellikle genç hemşirelerin işe başlama sürecinde kurum tarafından sahiplenildiklerini hissetmeleri, bu meslekte kalıcı olmaları açısından kritik bir rol oynamaktadır. Bu nedenle, örgütsel adaletin sağlanması, katılımcı yönetim anlayışının benimsenmesi ve kurumsal aidiyetin teşvik edilmesi, iş tatminini artıran stratejik unsurlar olarak değerlendirilmelidir (Allen ve Meyer, 1996; Riketta, 2005).

2.7. Liderlik Stilleri ve Yönetici Desteği ile Öz Yeterlilik-İş Tatmini İlişkisi

Sağlık hizmetlerinin niteliği ve sürekliliği, yalnızca teknik altyapıya değil; aynı zamanda liderlik kalitesine ve yönetsel yaklaşımlara da bağlıdır. Liderlik stilleri, çalışanların iş ortamındaki deneyimlerini şekillendiren, onların öz yeterlilik algılarını ve iş doyumlarını doğrudan etkileyen kritik faktörlerdir. Literatürde öne çıkan liderlik modelleri arasında transformasyonel ve transaksiyonel liderlik stilleri bulunmaktadır. Transformasyonel liderlik; vizyonerlik, ilham verme, bireysel farklara duyarlılık ve entelektüel uyarım gibi özellikler aracılığıyla çalışanların potansiyelini ortaya çıkarmayı amaçlar. Bu liderlik modeli, sağlık çalışanlarının kendilerine duydukları güveni artırarak onların öz yeterlilik düzeylerini güçlendirmekte ve iş tatminini artırmaktadır (Bass & Avolio, 1994; Avolio, Walumbwa ve Weber, 2009; Güleriyüz, Güney, Aydın ve Aşan, 2008).

Transaksiyonel liderlik ise daha çok ödül ve ceza sistemine dayalı bir yönetim anlayışını benimser. Bu model, belirli hedeflerin gerçekleştirilmesine odaklanır ancak uzun vadeli motivasyon ve öz yeterlilik gelişimi açısından sınırlı kalabilir. Sağlık

hizmetlerinde görev yapan hemşirelerin ise genellikle duygusal destek, empati ve gelişim odaklı yaklaşımlara ihtiyaç duydukları bilinmektedir. Bu nedenle, transformasyonel liderlik tarzının sağlık sektöründe daha etkili sonuçlar doğurduğu görülmektedir (Spector, 2006; Cummings ve ark., 2010; Boamah, Laschinger, Wong ve Clarke, 2018).

Yönetici desteği ise, yalnızca teknik veya yönetsel konularda değil; aynı zamanda duygusal ve sosyal alanlarda da çalışanlara destek verilmesini ifade eder. Yönetici desteği gören hemşireler, karşılaştıkları zorluklarla daha etkili biçimde başa çıkmakta, görevlerini yerine getirirken daha az stres yaşamakta ve kurumlarına karşı daha yüksek düzeyde bağlılık geliştirmektedirler. Öz yeterlilik inancı, bireyin belirli bir görevi başarıyla yerine getirebileceğine olan güvenini ifade eder. Bu inanç, destekleyici liderlik davranışlarıyla pekiştirildiğinde hem çalışanların performansı artmakta hem de iş doyumunu yükselmektedir. Liderlerin açık iletişim kurmaları, çalışanları dinlemeleri, gelişim fırsatları sunmaları ve değer verdiklerini göstermeleri, öz yeterlilik ve iş tatmini üzerinde doğrudan etkili olmaktadır (Eisenberger, Huntington, Hutchison ve Sowa, 1986; McGilton ve ark., 2013).

2.8. Sağlıkta İnovasyon, Dijitalleşme ve Öz Yeterlilik

21. yüzyılda sağlık sektörü, teknolojik gelişmelerin etkisiyle köklü bir dönüşüm geçirmiştir. Elektronik sağlık kayıtları, dijital reçeteler, uzaktan hasta izleme sistemleri, robotik cerrahi ve yapay zekâ destekli tanı araçları, sağlık çalışanlarının iş süreçlerini önemli ölçüde dönüştürmektedir. Bu dönüşüm hem yeni fırsatlar hem de çeşitli zorluklar doğurmaktadır. Teknolojik yeterlilik, bu noktada sağlık çalışanlarının kendilerini yeterli hissetmeleri ve işlerini etkili biçimde yerine getirebilmeleri açısından hayati bir unsur hâline gelmiştir. Dijital okuryazarlık düzeyi yüksek olan hemşirelerin, teknolojiyi daha etkin kullandıkları, teknolojik değişime karşı daha az direnç gösterdikleri ve öz yeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğu bilinmektedir (Hennemann, Beutel ve Zwerenz, 2017).

Özellikle pandemi süreci, dijital sağlık uygulamalarının önemini artırmış, uzaktan sağlık hizmetleri ve tele-tıp gibi uygulamalar daha yaygın hâle gelmiştir. Bu gelişmeler, sağlık çalışanlarının mesleki rollerini yeniden tanımlamalarına neden olmuş; öz yeterliliklerini dijital beceriler üzerinden yeniden inşa etmelerini zorunlu kılmıştır. Ancak, teknolojik

dönüşüm her zaman olumlu etkiler yaratmaz. Özellikle ileri yaş grubundaki sağlık çalışanlarında dijitalleşmeye karşı direnç, teknoloji korkusu ve yeterlilik algısında düşüş gibi sorunlar yaşanabilmektedir. Bu durum hem mesleki performansı olumsuz etkilemekte hem de iş doyumunu azaltmaktadır. Dijitalleşmenin başarılı olabilmesi için sağlık kurumlarının, çalışanlarına düzenli eğitimler sunmaları, öğrenme sürecini destekleyen materyaller sağlamaları ve bireysel farklılıkları gözeterek rehberlik mekanizmaları geliştirmeleri gerekmektedir. Ayrıca, kullanıcı dostu teknolojik altyapılar kurulmalı ve bu sistemlerin kullanımında kolaylık sağlanmalıdır. Dijital dönüşümün sadece teknolojik bir süreç olmadığı; aynı zamanda örgütsel bir kültür dönüşümünü de gerektirdiği unutulmamalıdır. Bu bağlamda, teknoloji ile barışık bir iş ortamının inşa edilmesi, hemşirelerin öz yeterliliklerini güçlendirerek iş tatminlerini artırmada önemli bir rol oynayacaktır (McAlearney ve ark., 2012).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ VE ANALİZ

3.1. Çalışmada Kullanılan Gereçler

3.1.1. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplamak amacıyla üç temel araç kullanılmıştır: Demografik Bilgi Formu, Öz Yeterlilik Ölçeği ve İş Memnuniyeti Ölçeği. Bu araçlar hem katılımcıların bireysel özelliklerini belirlemeye hem de temel değişkenlerin ölçülmesine hizmet etmiştir.

Demografik Bilgi Formu

Bu form, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Formda yer alan değişkenler şunlardır: cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, görev yapılan kurum türü, meslekteki toplam hizmet süresi, mevcut kurumda çalışma süresi, çalışma şekli (vardiyalı, sürekli gündüz/gece vs.), görev yapılan birim ve daha önce benzer araştırmalara katılıp katılmadıkları. Bu bilgiler, öz yeterlilik ve iş memnuniyeti düzeylerinin demografik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla kullanılmıştır.

Öz Yeterlilik Ölçeği

Araştırmada bireylerin öz yeterlilik düzeylerini ölçmek amacıyla "Genel Öz Yeterlilik Ölçeği (GÖYÖ)" kullanılmıştır. Bu ölçek, Schwarzer ve Jerusalem (1995) tarafından geliştirilmiş olup Türkçeye Aypay (2010) tarafından uyarlanmıştır. Ölçek, bireylerin karşılaştıkları zorluklarla baş edebilme becerilerine ve kendi yeterliklerine olan inanç düzeylerini ölçmeye yönelik 10 maddeden oluşmaktadır. Her madde, 4'lü Likert tipi derecelendirme ile değerlendirilir (1 = Hiç Doğru Değil, 4 = Tamamen Doğru). Ölçekten alınabilecek puan aralığı 10 ile 40 arasındadır. Ölçeğin Türkçe formunun Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .83 olarak rapor edilmiştir. Bu çalışmada da Cronbach Alpha değeri .86 olarak bulunmuş, ölçeğin içsel tutarlılığının yüksek olduğu rapor edilmiştir.

İş Memnuniyeti Ölçeği

Katılımcıların çalıştıkları kuruma, iş ortamına ve işlerinden genel memnuniyet düzeylerine ilişkin algılarını ölçmek amacıyla "Minnesota İş Doyum Ölçeği" (Weiss,

Dawis, England ve Lofquist, 1967) kullanılmıştır. Ölçek, Türkçeye Baycan (1985) tarafından uyarlanmıştır. Ölçek, içsel doyum ve dışsal doyum olmak üzere iki alt boyuttan oluşur ve toplam 20 maddeden meydana gelmektedir. 5'li Likert tipi derecelendirme sistemine sahiptir (1 = Hiç Memnun Değilim, 5 = Çok Memnunum). Ölçekten elde edilebilecek en düşük puan 20, en yüksek puan 100'dür. Ölçeğin Türkçe formu için hesaplanan güvenirlik katsayısı (Cronbach Alpha) .88 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada ölçekte elde edilen Cronbach Alpha katsayısı .89'dur ve ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu görülmüştür.

3.2. Yöntem

3.2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı, sağlık sektöründe görev yapan bireylerin öz yeterlilik düzeyleri ile iş memnuniyetleri arasındaki ilişkiyi detaylı bir şekilde incelemektir. Özellikle hemşirelerin öz yeterlilik algılarının, çalışma süreleri ve iş ortamı koşullarıyla nasıl bir ilişki içinde olduğunu ortaya koymak hedeflenmektedir. Araştırma, Edirne ilinde görev yapan sağlık çalışanları bağlamında gerçekleştirilecek olup, bu iki önemli değişken arasındaki etkileşimi açıklayıcı verilerle ortaya koyarak literatüre katkı sunmayı amaçlamaktadır. Çalışanların öz yeterlilik inançları, görevlerini yerine getirme becerileriyle, iş motivasyonlarıyla ve mesleki doyum düzeyleriyle yakından ilişkilidir. Bu bağlamda, öz yeterlilik düzeyi yüksek olan bireylerin işlerinden daha fazla tatmin olabilecekleri, işlerine karşı daha bağlı kalabilecekleri ve stresli durumlarla daha etkili başa çıkabilecekleri öngörülmektedir. Aynı zamanda iş memnuniyetinin yalnızca bireysel refahla değil, kurumsal işleyişle de karşılıklı bir ilişki içinde olduğu öne sürülmektedir. Bu araştırma ile elde edilecek bulguların, sağlık hizmetlerinin niteliğinin artırılması ve çalışan memnuniyetinin güçlendirilmesi açısından yol gösterici olması beklenmektedir.

3.2.2. Araştırmanın Önemi

Bu araştırma, sağlık alanında çalışan bireylerin öz yeterlilik düzeyleri ile iş memnuniyetleri arasındaki ilişkiyi inceleyerek, sağlık hizmetlerinin niteliğine katkı sunabilecek önemli psikolojik ve mesleki unsurları ortaya koymayı amaçlamaktadır. Sağlık çalışanlarının kendilerine olan güvenlerinin yüksek olması, karşılaştıkları

güçlüklerle daha kolay başa çıkabilmelerini ve görevlerini daha istekli yerine getirmelerini sağlar. Bu durum hem bireysel iş performansına hem de genel iş doyumuna olumlu katkı sağlayabilir.

İş memnuniyeti, bir çalışanın yaptığı işten aldığı tatmin düzeyini ifade eder. İşinden memnun olan bir çalışan, görevine daha bağlı olur, iş yerindeki ortam daha verimli hale gelir ve hizmet kalitesinde artış gözlemlenebilir. Bu açıdan bakıldığında, çalışanların öz yeterlilik inançları ile iş memnuniyetleri arasındaki ilişkiyi anlamak, bireylerin mesleki yaşamlarını güçlendirmeye ve sağlık hizmetlerinin genel kalitesini artırmaya yönelik önemli ipuçları sunabilir. Bu araştırma, hem çalışanların mesleki gelişimine katkı sağlayacak hem de hizmet sunumunun iyileştirilmesine ışık tutacaktır.

3.2.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1. Sağlık bakım hizmetleri sağlayıcılarının öz yeterlilik inanç düzeyleri ile iş memnuniyeti düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H2. Sağlık çalışanlarının öz yeterlilik inanç düzeyi, iş memnuniyeti düzeylerini anlamlı şekilde yordar.

H3. Çalışma süresi, iş ortamı koşulları ve eğitim düzeyi, öz yeterlilik ile iş memnuniyeti arasındaki ilişkiyi anlamlı şekilde şekillendirmektedir.

H3a. Çalışma süresi, öz yeterlilik ile iş memnuniyeti arasındaki ilişkiyi anlamlı şekilde şekillendirmektedir.

H3b. İş ortamı koşulları, öz yeterlilik ile iş memnuniyeti arasındaki ilişkiyi anlamlı şekilde şekillendirmektedir.

H3c. Eğitim düzeyi, öz yeterlilik ile iş memnuniyeti arasındaki ilişkiyi anlamlı şekilde şekillendirmektedir.

H4. Çalışma ortamı koşulları (çalışma saatleri, hasta yükü, ekip desteği vb.), öz yeterlilik ile iş memnuniyeti arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü önemli ölçüde belirlemektedir.

H4a. Çalışma saatleri öz yeterlilik ile iş memnuniyeti arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü önemli ölçüde belirlemektedir

H5. Öz yeterlilik inancı yüksek olan sağlık çalışanları ile yüksek hasta bakım kalitesi arasında olumlu bir ilişki gözlemlenmektedir.

3.2.4. Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırma, Edirne ilinde görev yapan hemşirelerin öz yeterlilik inanç düzeyleri ile iş memnuniyeti düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yürütülmüştür. Çalışma, nicel araştırma desenlerinden ilişkisel tarama modeli ile yapılandırılmıştır. İlişkisel tarama modeli, değişkenler arasındaki ilişki düzeyini ortaya koymayı amaçlayan ve nedensel olmayan, betimsel bir araştırma yaklaşımıdır. Bu bağlamda araştırma, hemşirelerin öz yeterlilik düzeylerinin iş memnuniyetleriyle olan ilişkisini çeşitli sosyo-demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, mesleki deneyim, çalışma şekli vb.) doğrultusunda analiz ederek kapsamlı bir değerlendirme sunmayı hedeflemiştir.

Araştırmada veri toplama süreci, Edirne il merkezinde yer alan Trakya Üniversitesi'nde görev yapan hemşirelerle sınırlı tutulmuştur. Veri toplama süreci, katılımcıların gönüllülük esasına dayalı olarak araştırmaya dâhil edilmesiyle yürütülmüş; katılımcılara öncelikle araştırmanın amacı, içeriği ve gizlilik ilkeleri hakkında bilgilendirme yapılmış, ardından anket formları dağıtılmıştır.

Çalışma kapsamında kullanılan veri toplama araçları şunlardır: araştırmacı tarafından geliştirilen Demografik Bilgi Formu, bireylerin yeterlilik inançlarını ölçen Öz Yeterlilik Ölçeği ve iş memnuniyeti düzeylerini ölçen İş Memnuniyeti Ölçeği. Bu ölçeklerin geçerlik ve güvenirlik analizleri literatürden yararlanılarak yapılmış, çalışmada da iç tutarlılık düzeyleri (Cronbach Alfa) hesaplanarak yeniden değerlendirilmiştir.

Araştırmanın örneklemini, geçerli ve eksiksiz veri sağlayan toplam 361 hemşire oluşturmuştur. Katılımcılar, kolayda örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Bu yöntemin tercih edilme nedeni, Edirne ilinde sağlık kurumlarına ulaşımın sınırlı zaman ve kaynaklarla sağlanması ve katılımcıların araştırma sürecine gönüllülük esasına göre dâhil edilmesidir. Belirlenen örneklem büyüklüğü, sosyal bilimlerde önerilen minimum standartları (madde sayısına oranla 5-10 kat örneklem kuralı) karşılamakta ve çok değişkenli istatistiksel analizler için yeterli görülmektedir.

Verilerin analizinde öncelikle eksik ve hatalı veri kontrolü yapılmış, yalnızca geçerli veriler analizlere dâhil edilmiştir. Anlamlılık düzeyi tüm analizlerde $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.

Bu yönetsel yapı ile araştırma, hemşirelerin öz yeterlilik ve iş memnuniyeti düzeylerine dair güncel ve yerel bağlamda uygulanabilir sonuçlar ortaya koyarak hem kuramsal literatüre katkı sağlamayı hem de sağlık kurumlarında insan kaynakları yönetimine yönelik öneriler sunmayı amaçlamaktadır.

Araştırma Modeli



Bu araştırmada, Edirne ilinde görev yapan hemşirelerin öz yeterlilik inanç düzeyleri ile iş memnuniyeti düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu kapsamda öz yeterlilik, bireylerin görevlerini başarıyla yerine getirebilme konusundaki inançları olarak tanımlanmakta; iş memnuniyeti ise bireylerin yaptıkları işten duydukları genel tatmin düzeyini ifade etmektedir. Literatürde yer alan çalışmalar, öz yeterlilik düzeyinin bireyin iş motivasyonu, performansı ve memnuniyet düzeyi ile anlamlı ilişkiler gösterebileceğini ortaya koymaktadır (Bandura, 1997; Schwarzer & Hallum, 2008).

Araştırmanın temel modeli, ilişkisel tarama deseni kapsamında oluşturulmuştur. Bağımsız değişken olarak öz yeterlilik düzeyi; bağımlı değişken olarak iş memnuniyeti ele alınmıştır. Ayrıca modelde bazı demografik değişkenlerin (eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma şekli, çalışma süresi vb.) öz yeterlilik ve iş memnuniyeti ile ilişkisi de ikincil düzeyde incelenmiştir.

Öz yeterlilik düzeyi (Bağımsız Değişken): Bireylerin belirli görevleri başarıyla yerine getirebileceklerine dair inançlarını ifade eder. Veriler, öz yeterlilik ölçeği aracılığıyla toplanmıştır.

İş memnuniyeti düzeyi (Bağımlı Değişken): Katılımcıların işlerinden duydukları genel tatmin düzeyini ifade eder. Veriler, iş memnuniyeti ölçeği kullanılarak elde edilmiştir.

3.2.5. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evrenini, 2025 yılı itibarıyla Türkiye'nin Trakya bölgesinde yer alan Edirne ilinde kamuya bağlı sağlık kuruluşlarında görev yapmakta olan hemşireler oluşturmaktadır. Edirne ili, sınır kenti olmasının yanı sıra demografik yapısı, sağlık hizmetlerine erişim düzeyi ve sağlık kurumlarının çeşitliliği açısından araştırmanın amacına uygun nitelik taşımaktadır. Sağlık sektöründe özellikle hemşirelik mesleği, birebir hasta teması ve sağlık bakım hizmetlerinin sürekliliği açısından temel bir işlev üstlenmektedir. Bu bağlamda hemşirelerin öz yeterlilik düzeyleri ile iş memnuniyetlerinin araştırılması hem bireysel hem de sistemsel düzeyde sağlık hizmetlerinin niteliğine dair önemli ipuçları sunmaktadır.

Araştırmanın örneklemini, Edirne ilindeki Trakya Üniversitesi'nde görev yapan ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 361 hemşireden oluşmaktadır. Örneklem, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden kolayda örnekleme (convenience sampling) tekniğiyle belirlenmiştir. Bu yöntemin tercih edilme nedeni, araştırmanın saha koşullarında uygulanabilirliğini artırmak ve erişilebilir katılımcılar üzerinden veri toplama sürecini pratik hale getirmektir. Araştırmaya katılma kriterleri arasında hemşirelerin aktif olarak sağlık hizmeti sunuyor olmaları, anket formunu eksiksiz doldurmaları ve çalışmaya gönüllü katılım sağlamaları yer almaktadır.

Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde, sosyal bilimlerde çok değişkenli analizlerin uygulanabilirliği açısından genellikle önerilen minimum sayının (örneğin faktör analizi için her maddeye karşılık 5-10 katılımcı gibi) üzerinde bir düzeye ulaşılması hedeflenmiştir. Bu doğrultuda, 361 kişilik örneklem sayısının hem parametrik hem de parametrik olmayan istatistiksel analizler açısından yeterli olduğu kabul edilmektedir.

3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Örneklem Sınırlılığı: Çalışma yalnızca Edirne ilinde görev yapan 361 hemşire ile sınırlıdır. Bu nedenle, elde edilen bulguların Türkiye geneline veya diğer sağlık çalışanı gruplarına genellenmesi mümkün olmayabilir.

Zaman Sınırlılığı: Araştırma belirli bir zaman diliminde gerçekleştirileceği için hemşirelerin öz yeterlilik ve memnuniyet düzeylerindeki mevsimsel veya dönemsel değişimler dikkate alınamayabilir.

Veri Toplama Aracının Kısıtlılığı: Kullanılan anket ve ölçeklerin katılımcıların algılarını tam olarak yansıtmayı yansıtmadığı, öznel yanıtlar içermesi nedeniyle sınırlı olabilir.

Kültürel ve Kurumsal Faktörler: Edirne ilinde sağlık sektörünün dinamikleri ve kurumsal işleyişi diğer illerden farklılık gösterebilir, bu da sonuçların farklı bağlamlarda değişebileceğini göstermektedir.

Gönüllü Katılım: Araştırmaya katılan hemşirelerin gönüllü olması nedeniyle, sadece araştırmaya ilgi duyan veya belirli bir memnuniyet düzeyine sahip bireylerin katılım göstermesi sonuçları etkileyebilir.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: BULGULAR

Tablo 1. Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	N	%
Kadın	195	54,0
Erkek	166	46,0
Toplam	361	100,0

Tablo 1’de, katılımcıların cinsiyetlerine göre sayısal ve yüzdelerik dağılımları verilmiştir. Katılımcıların %54,0’ı kadın (n=195), %46,0’ı ise erkek (n=166) olup toplam 361 kişiden oluşmaktadır. Bu dağılım, örneklemin cinsiyet açısından dengeli bir şekilde temsil edildiğini göstermektedir.

Tablo 2. Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Dağılımı

Medeni Durum	N	%
Evli	157	43,5
Bekar	204	56,5
Toplam	361	100,0

Tablo 2’de araştırmaya katılan bireylerin medeni durumlarına göre dağılımları sunulmuştur. Katılımcıların %43,5’i evli (n=157), %56,5’i ise bekâr (n=204) olup toplam örneklem sayısı 361’dir. Bu sonuçlar, araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğunun bekâr olduğunu göstermektedir.

Tablo 3. Katılımcıların Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

Çalışma Süresi	N	%
1 yıldan az	38	10,5
1-5 yıl	113	31,3
6-10 yıl	102	28,3
10 yıldan fazla	108	29,9
Toplam	361	100,0

Tablo 3’te, araştırmaya katılan bireylerin çalışma sürelerine göre dağılımları sunulmuştur. Katılımcıların %10,5’i 1 yıldan az, %31,3’ü 1-5 yıl, %28,3’ü 6-10 yıl ve %29,9’u 10 yıldan fazla süredir çalışmaktadır. Bu dağılım, örneklemin farklı çalışma deneyimlerine sahip bireyleri kapsadığını göstermektedir.

Tablo 4. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	N	%
Lise	59	16,3
Üniversite	239	66,2
Yüksek lisans	53	14,7
Doktora	10	2,8
Toplam	361	100,0

Tablo 4’te, katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları gösterilmiştir. Katılımcıların %16,3’ü lise, %66,2’si üniversite, %14,7’si yüksek lisans ve %2,8’i doktora mezundur. Bu dağılım, örnekleme en yüksek oranda üniversite mezunu bireylerin yer aldığını ortaya koymaktadır.

Tablo 5. Katılımcıların Çalışma Şekillerine Göre Dağılımı

Çalışma Şekli	N	%
Vardiyalı	212	58,7
Sürekli gündüz	132	36,6
Sürekli gece	8	2,2
Diğer	9	2,5
Toplam	361	100

Tablo 5’te, katılımcıların çalışma şekillerine göre dağılımları sunulmuştur. Katılımcıların %58,7’si vardiyalı, %36,6’sı sürekli gündüz, %2,2’si sürekli gece ve %2,5’i diğer şekillerde çalışmaktadır. Bu dağılım, örneklemin büyük çoğunluğunun vardiyalı sistemde çalıştığını göstermektedir.

Tablo 6. Öz Yeterlilik ile İş Memnuniyeti Arasındaki İlişkiye İlişkin Pearson Korelasyon Sonuçları

	İş Memnuniyeti
Öz Yeterlilik	,064
p	,225
N	361

Öz yeterlilik ile iş memnuniyeti arasında pozitif yönlü, ancak zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki bulunmuştur ($r = ,064$; $p > .05$). Bu sonuç, hemşirelerin öz yeterlilik düzeyleri ile iş memnuniyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadığını göstermektedir.

Tablo 7. Cinsiyete Göre Öz Yeterlilik ve İş Memnuniyeti Değişkenlerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	Cinsiyet	N	Ort.	Std. Sapma
Öz Yeterlilik	Kadın	195	33,88	6,40
	Erkek	166	35,46	5,89
İş Memnuniyeti	Kadın	195	63,16	22,40
	Erkek	166	64,37	22,72

Tablo 7’de, cinsiyet değişkenine göre öz yeterlilik ve iş memnuniyeti düzeylerinin ortalamaları, standart sapmaları ve ortalamanın standart hataları raporlanmıştır. Kadın katılımcıların öz yeterlilik puan ortalaması 33,88 iken, erkek katılımcıların ortalaması 35,47’dir. İş memnuniyeti açısından ise kadınların ortalaması 63,16; erkeklerin

ortalaması ise 64,38'dir. Bu farkların anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına bakmak gerekmektedir.

Tablo 8. Cinsiyete Göre Öz Yeterlilik ve İş Memnuniyeti Değişkenlerine İlişkin Bağımsız Örneklem t-Testi Sonuçları

Değişken	t	sd	p
Öz Yeterlilik	-2,435	359	,015
İş Memnuniyeti	-,510	359	,610

Cinsiyete göre yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucunda, erkek hemşirelerin öz yeterlilik düzeyleri kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($t(359) = -2,435$; $p = ,015$). Ancak iş memnuniyeti düzeyleri açısından kadın ve erkekler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($t(359) = -0,510$; $p = ,610$). Bu bulgu, cinsiyetin yalnızca öz yeterlilik düzeyi ile anlamlı bir ilişki gösterdiğini, ancak iş memnuniyetiyle istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisinin bulunmadığını ortaya koymaktadır.

Tablo 9. Eğitim Düzeylerine Göre Öz Yeterlilik ve İş Memnuniyeti Değişkenlerine Ait ANOVA Sonuçları

Değişken	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Öz Yeterlilik (Gruplar Arası)	1286,961	3	428,987		
Öz Yeterlilik (Grup İçi)	12626,746	357	35,369	12,129	,000
Öz Yeterlilik (Toplam)	13913,706	360			
İş Memnuniyeti (Gruplar Arası)	2245,274	3	748,425		
İş Memnuniyeti (Grup İçi)	180487,025	357	505,566	1,480	,220
İş Memnuniyeti (Toplam)	182732,299	360			

Eğitim durumuna göre yapılan tek yönlü varyans analizinde, öz yeterlilik puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($F(3, 357) = 12.129$, $p < .001$). Bu sonuç, hemşirelerin eğitim düzeyleri arttıkça öz yeterlilik algılarının da değiştiğini göstermektedir. Öte yandan, eğitim düzeyine göre iş memnuniyeti puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($F(3, 357) = 1.480$, $p = .220$).

Tablo 10. Çalışma Süresine Göre Öz Yeterlilik Değişkenine Ait Tukey HSD Post-Hoc Testi Sonuçları

Çalışma Süresi	Çalışma Süresi	Ortalama Farkı	Standart Hata	p
1 yıldan az	1-5 yıl	-4,98603	1,11524	,000
1 yıldan az	6-10 yıl	-6,60836	1,13027	,000
1 yıldan az	10 yıldan fazla	-5,89376	1,12172	,000
1-5 yıl	6-10 yıl	-1,62233	,81225	,191
1-5 yıl	10 yıldan fazla	-,90774	,80031	,669
6-10 yıl	10 yıldan fazla	,71460	,82113	,820

Tukey HSD post-hoc testi sonuçlarına göre, 1 yıldan az süredir çalışan hemşirelerin öz yeterlilik düzeyleri, diğer tüm deneyim gruplarına göre anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p < ,001$). Buna karşın, 1-5 yıl, 6-10 yıl ve 10 yıldan fazla çalışan gruplar arasında öz yeterlilik düzeylerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > ,05$). Bu bulgular, mesleki deneyimin ilk yılında öz yeterlilik algısının düşük olduğunu, ancak daha sonraki yıllarda benzer düzeye ulaştığını göstermektedir.

Tablo 11. Çalışma Şekline Göre Öz Yeterlilik ve İş Memnuniyeti Değişkenlerine Ait ANOVA Sonuçları

Değişken	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Öz Yeterlilik (Gruplar Arası)	668,167	3	222,722		
Öz Yeterlilik (Grup İçi)	13245,540	357	37,102	6,003	,001
Öz Yeterlilik (Toplam)	13913,706	360			
İş Memnuniyeti (Gruplar Arası)	6874,770	3	2291,590		
İş Memnuniyeti (Grup İçi)	175857,529	357	492,598	4,652	,003
İş Memnuniyeti (Toplam)	182732,299	360			

Çalışma şekline göre yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, hem öz yeterlilik hem de iş memnuniyeti düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Öz yeterlilik açısından farklı çalışma şekillerine sahip gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F(3, 357) = 6,003$; $p = ,001$). Benzer şekilde, iş

memnuniyeti düzeyleri de çalışma şekline göre anlamlı biçimde farklılaşmaktadır ($F(3, 357) = 4,652$; $p = ,003$). Bu bulgular, çalışma koşullarının bireylerin hem öz yeterlilik algılarıyla hem de iş doyumlarıyla ilişkili olabileceğine işaret etmektedir.

Tablo 12. Eğitim Durumuna Göre Öz Yeterlilik Değişkenine Ait Tukey HSD Post-Hoc Testi Sonuçları

Eğitim Düzeyi	Eğitim Düzeyi	Ortalama Farkı	Standart Hata	p
Lise	Üniversite	,87504	,88549	,756
Lise	Yüksek Lisans	-2,55229	1,15278	,121
Lise	Doktora	-3,78814	2,08305	,266
Üniversite	Yüksek Lisans	-3,42733	,92482	,001
Üniversite	Doktora	-4,66318	1,96608	,084
Yüksek Lisans	Doktora	-1,23585	2,10007	,936

Tablo 12, hemşirelerin eğitim durumlarına göre öz yeterlilik düzeylerinde anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Tukey HSD post-hoc testinin sonuçlarını göstermektedir. Analiz bulgularına göre, üniversite mezunu hemşireler ile yüksek lisans mezunu hemşireler arasında öz yeterlilik puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p = .001$). Bu durum, yüksek lisans mezunu hemşirelerin öz yeterlilik düzeylerinin üniversite mezunlarına kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Diğer eğitim düzeyi grupları arasındaki karşılaştırmalarda ise (örneğin lise–üniversite, lise–yüksek lisans, üniversite–doktora, yüksek lisans–doktora) istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > .05$). Bu bulgu, akademik düzeyi artan hemşirelerin öz yeterlilik algılarında genel bir artış eğilimi olduğunu, ancak bu farkın özellikle üniversite ve yüksek lisans düzeyleri arasında belirginleştiğini ortaya koymaktadır.

Tablo 13. Eğitim Düzeyine Göre İş Memnuniyeti Değişkenine Ait Tukey HSD Post-Hoc Testi Sonuçları

Eğitim Düzeyi	Eğitim Düzeyi	Ortalama Farkı	Standart Hata	p
Lise	Üniversite	4,75321	3,22648	,455
Lise	Yüksek Lisans	,13144	4,20041	1,000
Lise	Doktora	-19,86102	7,59005	,046
Üniversite	Yüksek Lisans	-4,62177	3,36978	,518
Üniversite	Doktora	-24,61423	7,16386	,004
Yüksek Lisans	Doktora	-19,99245	7,65207	,046

Eğitim düzeyine göre öz yeterlilik düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ($F(3, 357) = 6,003$; $p = ,001$). Post-hoc test sonuçlarına göre, yüksek lisans mezunu

hemşirelerin öz yeterlilik düzeyi, üniversite mezunu hemşirelere kıyasla anlamlı düzeyde yüksektir ($p = ,001$). Lise, doktora ve diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Eğitim düzeyine göre iş memnuniyeti düzeylerinde de anlamlı fark bulunmuştur ($F(3, 357) = 4,652$; $p = ,003$). Tukey HSD testi sonuçlarına göre, doktora düzeyinde eğitim almış hemşirelerin iş memnuniyeti düzeyi, diğer tüm eğitim gruplarına göre anlamlı biçimde daha düşüktür ($p < ,05$). Özellikle üniversite ve yüksek lisans mezunları ile doktora mezunları arasında bu fark dikkat çekicidir.

Tablo 14. Medeni Duruma Göre Öz Yeterlilik ve İş Memnuniyeti Değişkenlerine Ait ANOVA Sonuçları

Değişken	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Öz Yeterlilik (Gruplar Arası)	793,465	3	264,488		
Öz Yeterlilik (Grup İçi)	13120,241	357	36,751	7,197	,000
Öz Yeterlilik (Toplam)	13913,706	360			
İş Memnuniyeti (Gruplar Arası)	6490,454	3	2163,485		
İş Memnuniyeti (Grup İçi)	176241,845	357	493,675	4,382	,005
İş Memnuniyeti (Toplam)	182732,299	360			

Medeni duruma göre yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, hem öz yeterlilik hem de iş memnuniyeti düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Öz yeterlilik düzeyleri medeni duruma göre anlamlı biçimde farklılık göstermektedir ($F(3, 357) = 7,197$; $p < ,001$). Aynı şekilde iş memnuniyeti düzeyleri de medeni durum gruplarına göre anlamlı bir fark göstermektedir ($F(3, 357) = 4,382$; $p = ,005$). Bu bulgular, bireylerin medeni durumları ile hem öz yeterlilik algıları hem de iş memnuniyetleri arasında anlamlı ilişkiler olabileceğini ortaya koymaktadır.

Tablo 15. Çalışma Şekline Göre Öz Yeterlilik Değişkenine Ait Tukey HSD Post-Hoc Testi Sonuçları

Çalışma Şekli	Çalışma Şekli	Ortalama Farkı	Standart Hata	p
Vardiyalı	Sürekli Gündüz	-2,55031	,67214	,001
Vardiyalı	Sürekli Gece	4,78302	2,18341	,128
Vardiyalı	Diğer	-,10587	2,06321	1,000
Sürekli Gündüz	Sürekli Gece	7,33333	2,20734	,005
Sürekli Gündüz	Diğer	2,44444	2,08852	,646
Sürekli Gece	Diğer	-4,88889	2,94574	,347

Tablo 15, hemşirelerin çalışma şekillerine göre öz yeterlilik düzeylerinde anlamlı fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Tukey HSD post-hoc testinin sonuçlarını içermektedir. Analiz bulgularına göre, sürekli gündüz çalışan hemşireler ile vardiyalı çalışan hemşireler arasında öz yeterlilik düzeyleri açısından anlamlı bir fark saptanmıştır ($p = .001$). Aynı şekilde, sürekli gündüz çalışan hemşireler ile sürekli gece çalışanlar arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur ($p = .005$). Bu bulgular, sürekli gündüz çalışan hemşirelerin öz yeterlilik düzeylerinin diğer çalışma şekillerine kıyasla daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak vardiyalı-sürekli gece ($p = .128$), vardiyalı-diğer ($p = 1.000$), sürekli gündüz-diğer ($p = .646$) ve sürekli gece-diğer ($p = .347$) grupları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu durum, çalışma saatlerinin düzenliliği ile hemşirelerin öz yeterlilik algıları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve özellikle sürekli gündüz çalışan hemşirelerin mesleki güven düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 16. Çalışma Şekline Göre İş Memnuniyeti Değişkenine Ait Tukey HSD Post-Hoc Testi Sonuçları

Çalışma Şekli	Çalışma Şekli	Ortalama Farkı	Standart Hata	p
Vardiyalı	Sürekli Gündüz	-8,91795	2,46346	,002
Vardiyalı	Sürekli Gece	-3,41038	8,00237	,974
Vardiyalı	Diğer	-1,88260	7,56184	,995
Sürekli Gündüz	Sürekli Gece	5,50758	8,09007	,904
Sürekli Gündüz	Diğer	7,03535	7,65459	,795
Sürekli Gece	Diğer	1,52778	10,79639	,999

Çalışma şekline göre yapılan analiz sonucunda, öz yeterlilik düzeylerinde anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($F(3, 357) = 7,197$; $p < ,001$). Post-hoc analizlere göre, sürekli gündüz çalışan hemşireler, hem vardiyalı çalışanlara ($p = ,001$) hem de sürekli gece çalışanlara ($p = ,005$) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek öz yeterlilik algısına sahiptir.

Diğer grup karşılaştırmaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. İş memnuniyeti açısından da çalışma şekline bağlı olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F(3, 357) = 4,382$; $p = ,005$). Sürekli gündüz çalışan hemşirelerin, vardiyalı çalışanlara kıyasla iş memnuniyeti düzeyleri anlamlı biçimde daha yüksektir ($p = ,002$). Diğer çalışma biçimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 17. Öz Yeterlilik Değişkenine Ait Regresyon Modeli Özeti

Model	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	Düzeltilmiş R Kare	F	p
Regresyon	748,538	1	748,538	,001	1,477	,225
Hata	181983,761	359	506,919			
Toplam	182732,299	360				
Model			B	Beta	t	p
Öz Yeterlilik			,232	,064	1,215	,225

Bağımlı Değişken: İş Memnuniyeti

Bağımsız Değişken: Öz Yeterlilik

Model özeti sonuçlarına göre öz yeterlilik değişkeni, iş memnuniyeti üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir açıklayıcılığa sahip değildir ($R^2 = ,004$; $p > .05$). Elde edilen bu sonuç, öz yeterlilik değişkeninin iş memnuniyetini anlamlı düzeyde yordamadığını ve modelin toplam varyansın yalnızca %0,4'ünü açıkladığını göstermektedir. Ayrıca, modelin anlamlılık değeri ($p = ,225$) 0,05 düzeyinin üzerinde olduğundan modelin genel olarak anlamlı olmadığı anlaşılmaktadır.

ANOVA sonuçları, öz yeterlilik değişkeninin iş memnuniyetine yönelik regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermektedir ($F(1, 359) = 1,477$; $p = ,225 > .05$). Bu bulgu, modelin iş memnuniyetine ilişkin varyansı açıklama gücünün zayıf olduğunu ve öz yeterlilik değişkeninin bu modelde anlamlı bir yordayıcı olmadığını ortaya koymaktadır.

Elde edilen bulgular, öz yeterlilik düzeyinin iş memnuniyeti üzerinde anlamlı bir yordayıcı olmadığını göstermektedir. Öz yeterlilik puanındaki değişim, iş memnuniyeti düzeyini istatistiksel olarak anlamlı biçimde açıklamamaktadır ($p > .05$).

BEŞİNCİ BÖLÜM: TARTIŞMA

Bu araştırma, Edirne ilinde görev yapan hemşirelerin öz yeterlilik inançları ile iş memnuniyetleri arasındaki ilişkiyi ve bu değişkenlerin demografik faktörlere göre nasıl farklılaştığını derinlemesine incelemeyi amaçlamıştır. Araştırmanın bulguları, hem literatürdeki benzer çalışmalarla tutarlı sonuçlar ortaya koymuş hem de bazı özgün ve dikkat çekici sonuçlara ulaşılmasına olanak tanımıştır.

Araştırmanın temel bulgularından biri, öz yeterlilik ile iş memnuniyeti arasında pozitif yönde ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki saptanmasıdır ($r = .064$, $p > .05$). Bu bulgu, bireylerin mesleki yeterliliklerine olan inançlarının, doğrudan iş doyumlarını belirlemede yeterli olmayabileceğini göstermektedir. Bandura'nın (1997) öz yeterlilik teorisine göre, bireyler bir görevi başarıyla yerine getirebilme inancı geliştirdiklerinde daha yüksek motivasyon ve çaba sergilemektedirler. Ancak iş doyumunu, yalnızca bireyin içsel kaynaklarıyla değil, aynı zamanda kurum politikaları, yöneticilerle ilişkiler, iş yükü, ekip içi dinamikler ve ödüllendirme sistemleri gibi dışsal faktörlerin de etkisiyle şekillenmektedir (Spector, 1997; Hackman ve Oldham, 1976). Bu bağlamda, çalışmada öz yeterlilik düzeyi yüksek olan hemşirelerin iş doyumlarının da yüksek olacağına dair genel beklenti, örneklemdaki hemşirelerin içinde bulunduğu kurumsal koşullar tarafından zayıflatılmış olabilir. Ayrıca, hemşirelik mesleğinin yapısal yükleri, yönetimle olan ilişkiler ve tükenmişlik gibi ara değişkenlerle açıklanabilir. Ayrıca, örneklemin kamu sektörüne ait olması da bu sonucu etkileyen faktörlerden biri olabilir.

Aynı ilişki, regresyon analizi ile de desteklenmiştir. Öz yeterlilik düzeyinin iş memnuniyetini anlamlı şekilde yordamadığı ($\beta = .064$, $p = .225$) görülmüştür. Bu bulgu, öz yeterlilik ile iş doyumunu arasındaki ilişkinin dolaylı olabileceğini; motivasyon, tükenmişlik, örgütsel bağlılık ve liderlik tarzı gibi aracı değişkenler üzerinden anlam kazandığını düşündürmektedir. Literatürde Judge ve Bono (2001), öz yeterlilik ile iş memnuniyeti arasındaki ilişkiyi pozitif olarak bulmuş; ancak bu ilişkinin daha çok bireyin genel öz saygısı, kontrol odağı ve duygusal istikrarı gibi faktörlerle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır.

Cinsiyet değişkenine göre yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucunda, erkek hemşirelerin öz yeterlilik düzeylerinin kadın hemşirelere göre anlamlı düzeyde daha

yüksek olduğu bulunmuştur ($t(359) = -2.435, p = .015$). Bu sonuç, toplumsal cinsiyet normlarının meslek yaşamındaki yansımalarını göstermektedir. Erkek hemşirelerin, geleneksel olarak kadın mesleği olarak görülen hemşirelik alanında yer aldıklarında, kendilerini kanıtlama ve daha özgüvenli olma çabaları, öz yeterlilik algılarını artırmış olabilir. Ayrıca, erkek hemşirelerin yönetsel pozisyonlara daha hızlı erişmeleri veya iş ortamında daha fazla desteklenmeleri de bu farkı açıklayıcı unsurlar arasında olabilir (Evans, 2004; Simpson, 2005). Buna karşın, iş memnuniyeti açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir farkın bulunmaması ($p = .610$), memnuniyetin cinsiyet ötesi kurumsal faktörlerle şekillendiğini ortaya koymaktadır (Lu et al., 2005; Cortese, 2007).

Eğitim düzeyine göre yapılan analizlerde, öz yeterlilik düzeylerinde anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($F(3,357) = 6.003, p = .001$). Yüksek lisans mezunu hemşirelerin öz yeterlilik düzeyleri, üniversite mezunlarına kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, akademik eğitimin bireyin mesleki bilgi ve becerilerine yönelik öz güvenini artırdığını göstermektedir. Ayrıca yüksek lisans eğitimi sürecinde alınan bilimsel araştırma, liderlik, iletişim ve klinik karar verme eğitimleri, hemşirelerin klinik ortamlarda daha etkin ve bağımsız roller üstlenmesini kolaylaştırmakta, bu da öz yeterlilik düzeyine olumlu yansımaktadır (Chan et al., 2009; Hensel & Stoelting-Gettelfinger, 2011). İş memnuniyeti açısından ise özellikle doktora mezunu hemşirelerin diğer gruplara kıyasla daha düşük düzeyde iş doyumuna sahip oldukları saptanmıştır. Bu durum, akademik yeterliliği artan hemşirelerin kurumlardan beklentilerinin yükselmesi ve bu beklentilerin karşılanmaması ile açıklanabilir. Nitekim nitelikli bireylerin uygun görev tanımı, akademik destek ve karar mekanizmalarına dahil edilmemeleri, iş doyumlarını azaltan bir etki yaratabilir (Laschinger et al., 2001; Sabancı & Şahin, 2017).

Çalışma süresi değişkenine göre yapılan analizler, meslekte 1 yıldan az çalışan hemşirelerin öz yeterlilik düzeylerinin diğer gruplara göre anlamlı biçimde düşük olduğunu göstermiştir ($F(3,357) = 12.129, p < .001$). Bu bulgu, öz yeterliliğin zamanla gelişen ve deneyime dayalı bir yapı olduğunu göstermektedir. Mesleki uygulamalarda geçen süre, bireyin kendine güvenini artırmakta, karmaşık durumlarla başa çıkma becerisini güçlendirmekte ve klinik karar verme süreçlerinde etkinliğini artırmaktadır. Özellikle yeni mezun hemşirelerin klinik ortama uyum sürecinde desteklenmeleri ve yapılandırılmış oryantasyon programlarına dahil edilmeleri, öz yeterlilik gelişimini

hızlandırabilir. Bu nedenle kurumların yeni başlayan hemşirelere yönelik mentorluk ve süpervizyon mekanizmaları geliştirmeleri büyük önem taşımaktadır (Booker ve ark., 2018; Dall'Ora ve ark., 2020; Flo ve ark., 2012).

Çalışma şekli açısından elde edilen bulgular ise hem öz yeterlilik hem de iş memnuniyeti açısından dikkat çekicidir. Sürekli gündüz çalışan hemşirelerin, vardiyalı ve sürekli gece çalışanlara göre daha yüksek düzeyde öz yeterlilik ve iş memnuniyetine sahip oldukları belirlenmiştir. Öz yeterlilik açısından bu farkın anlamlılığı ($p = .001$), düzenli çalışma saatlerinin bireyin mesleki güvenini ve özyeterlilik hissini desteklediğini göstermektedir. Sürekli gece ve vardiyalı çalışanların ise düzensiz uyku, fiziksel yorgunluk, ailevi rollerle çatışma gibi nedenlerle öz yeterliliklerinde düşüş yaşadıkları düşünülebilir. İş memnuniyeti açısından da vardiyalı çalışan hemşirelerin daha düşük doyum yaşadıkları ($p = .002$) görülmektedir. Bu durum, literatürde gece vardiyalarının çalışan sağlığı ve psikolojisi üzerindeki olumsuz etkileriyle uyumludur (Booker ve ark., 2018; Dall'Ora ve ark., 2020; Flo ve ark., 2012). Bu bulgu, çalışma saatlerinin yeniden yapılandırılması ve vardiya sisteminde çalışan hemşirelere yönelik destek programlarının geliştirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Medeni duruma göre yapılan analizlerde hem öz yeterlilik hem de iş memnuniyeti düzeylerinde anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Evli hemşirelerin daha yüksek düzeyde öz yeterlilik ve iş memnuniyetine sahip oldukları görülmüştür. Bu bulgu, sosyal destek ağlarının bireylerin iş yaşamında daha dirençli, planlı ve kontrollü olmalarına katkı sunduğunu göstermektedir. Aile içi destek, özellikle stresli çalışma koşullarında bir tampon görevi görebilir. Ayrıca evli bireylerin iş güvenliği ve istikrarına daha çok önem vermeleri, işlerine daha yüksek bağlılık ve tatminle yaklaşmalarını sağlayabilir (Clark, 2001; Çetin & Baş, 2020).

Genel olarak bu araştırma, hemşirelerin mesleki yaşamlarının birçok bireysel ve kurumsal faktörden etkilendiğini ortaya koymuştur. Öz yeterlilik ve iş memnuniyeti, birbirine paralel gelişen ancak farklı kaynaklardan beslenen yapılar olarak değerlendirilmelidir. Bu kapsamda, bireylerin eğitimsel ve psikolojik açıdan güçlendirilmesi kadar, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, yönetsel desteklerin artırılması ve adil ödüllendirme sistemlerinin kurulması da büyük önem taşımaktadır. Bu tür uygulamaların hayata geçirilmesi, hemşirelerin iş doyumunu ve performansını

artırarak, dolaylı yoldan hasta bakım kalitesine ve sağlık hizmetlerinin genel verimliliğine olumlu katkı sunacaktır (Laschinger ve ark., 2001; Aiken ve ark., 2012).



SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmanın temel amacı, Edirne ili Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan hemşirelerin öz yeterlilik düzeyleri ile iş memnuniyeti arasındaki ilişkiyi ve bu değişkenlerin cinsiyet, eğitim durumu, çalışma süresi, medeni durum ve çalışma şekli gibi demografik değişkenlere göre nasıl farklılaştığını incelemektir. Elde edilen bulgular, hemşirelerin mesleki deneyimlerinin ve bireysel özelliklerinin, çalışma ortamındaki psikolojik ve örgütsel faktörlerle etkileşimli biçimde öz yeterlilik algısını ve iş doyumunu şekillendirdiğini göstermektedir. Araştırma sonuçları, sağlık sektöründe çalışan bireylerin sadece mesleki becerilerle değil, aynı zamanda içsel inanç sistemleri ve dışsal iş koşullarıyla da güçlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Araştırmada öz yeterlilik ile iş memnuniyeti arasında pozitif yönde fakat istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki tespit edilmiştir. Bu durum, hemşirelerin kendilerini mesleki açıdan yetkin görmelerinin, doğrudan iş memnuniyetine yansımadığını, iş doyumunun daha çok örgütsel koşullar, liderlik tarzı, iş yükü, hasta yoğunluğu ve ekip desteği gibi faktörlerle şekillendiğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, meslekte 1 yıldan az deneyimi olan hemşirelerin öz yeterlilik düzeylerinin anlamlı biçimde daha düşük olduğu görülmüş; bu bulgu, deneyimin öz yeterliliğin gelişiminde kritik bir rol oynadığını ortaya koymuştur. Benzer şekilde, sürekli gündüz çalışan hemşirelerin hem öz yeterlilik hem de iş memnuniyeti düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, düzenli çalışma saatlerinin hem psikolojik iyi oluş hem de mesleki verim ile anlamlı ilişkiler içinde olduğunu göstermektedir.

Eğitim düzeyine göre yapılan analizlerde, yüksek lisans mezunu hemşirelerin öz yeterlilik düzeylerinin üniversite mezunlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu, doktora mezunu hemşirelerin ise iş memnuniyetlerinin daha düşük olduğu gözlenmiştir. Bu sonuç, eğitim düzeyi arttıkça mesleki yeterlilik algısının artmasına rağmen, iş doyumunun artan beklentilerle ters orantılı olabileceğini düşündürmektedir. Cinsiyet değişkenine göre yapılan analizde erkek hemşirelerin öz yeterlilik düzeylerinin kadın hemşirelere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Toplumsal cinsiyet normlarının ve meslekteki erkek temsiliyetinin az olması, erkek hemşirelerde kendini kanıtlama eğilimiyle birleşerek daha yüksek öz yeterlilik algılarına neden olabilir. Bununla birlikte, iş memnuniyeti açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık

bulunmamıştır. Medeni duruma göre elde edilen bulgularda ise evli hemşirelerin hem öz yeterlilik hem de iş memnuniyeti düzeylerinin anlamlı biçimde daha yüksek olduğu görülmüştür. Ailevi destek, psikolojik dayanıklılığı artırarak bireylerin işle ilgili algılarını ve tutumlarını olumlu yönde etkileyebilir.

Elde edilen bu bulgular doğrultusunda sağlık kurumları ve yöneticilere yönelik bir dizi öneri geliştirilebilir. Öncelikle, hemşirelerin öz yeterlilik düzeylerinin geliştirilmesi için hizmet içi eğitim programlarının artırılması, klinik karar verme becerilerinin güçlendirilmesi ve profesyonel gelişim olanaklarının sağlanması önemlidir. Vardiyalı çalışan hemşirelerin daha fazla desteklenmesi ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi hem öz yeterlilik algısını hem de iş doyumunu artırabilir. Gece çalışan sağlık personeli için özellikle uyku düzeni, stres yönetimi ve sosyal destek mekanizmaları açısından özel programlar geliştirilmelidir.

Yüksek lisans ve doktora yapmış hemşirelerin görev tanımları yeniden yapılandırılarak, bu bireylerin sahip oldukları ileri düzey bilgi ve becerilerden maksimum düzeyde yararlanılması sağlanmalıdır. Bu kişiler yönetsel pozisyonlara getirilerek hem klinik hem de akademik işleyişte daha etkin roller üstlenmeleri desteklenmelidir. Ayrıca, kadın ve erkek hemşireler arasında fırsat eşitliğini sağlayacak politikalar geliştirilmeli, toplumsal cinsiyet temelli ön yargılar ortadan kaldırılmalıdır. Bekâr hemşirelerin sosyal destekten yoksun kalma olasılığına karşılık kurumsal sosyal etkinlikler, psikolojik danışmanlık ve meslektaş dayanışması gibi unsurlar yaygınlaştırılmalıdır.

Bu çalışmanın bulguları, hemşirelerin psikososyal ihtiyaçlarının anlaşılması ve iş yerindeki deneyimlerinin iyileştirilmesi adına önemli veriler sunmaktadır. Gelecekte yapılacak araştırmalarda öz yeterlilik ve iş memnuniyeti arasındaki ilişkide aracı (örneğin tükenmişlik, iş yükü, örgütsel destek) ve düzenleyici (örneğin liderlik tarzı, kişilik özellikleri) değişkenlerin rolü yapısal eşitlik modellemesi ile test edilmelidir. Farklı bölgelerde, farklı hastane türlerinde (devlet, özel, üniversite hastanesi) yapılacak çalışmalar, bulguların genellenebilirliğini artıracak ve politika geliştirme süreçlerine daha güçlü katkılar sunacaktır.

KAYNAKLAR

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. ve Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987–1993.
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., ve ark. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross-sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344, e1717.
- Albar Marín, M. J. ve García-Ramírez, M. (2005). Social support and emotional exhaustion among hospital staff. *Psychology in Spain*, 9(1), 47–55.
- Allen, N. J. ve Meyer, J. P. (1996). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: An examination of construct validity. *Journal of Vocational Behavior*, 49(3), 252–276.
- Avolio, B. J., Walumbwa, F. O. ve Weber, T. J. (2009). Leadership: Current theories, research, and future directions. *Annual Review of Psychology*, 60, 421–449.
- Aypay, A. (2010). Genel öz yeterlik ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(2), 113–131.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Bass, B. M. ve Avolio, B. J. (1994). *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*. Sage Publications.
- Baycan, F. A. (1985). *An analysis of the several aspects of job satisfaction between different occupational groups*. Boğaziçi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Beauchamp, T. L. ve Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7. Baskı). Oxford University Press.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J. ve Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97–107.
- Black, B. P. (2014). *Professional nursing: Concepts & challenges* (7. Baskı). Elsevier Health Sciences.
- Boamah, S. A., Laschinger, H. K. S., Wong, C. ve Clarke, S. (2018). Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Nursing Outlook*, 66(2), 180–189.
- Booker, L. A., Magee, M., Rajaratnam, S. M. W., Sletten, T. L. ve Howard, M. E. (2018). Individual vulnerability to insomnia, excessive sleepiness and shift work disorder amongst healthcare shift workers. A review of the literature. *Sleep Medicine Reviews*, 41, 220–233. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2018.03.005>
- Booker, L. A., Sletten, T. L., Alvaro, P., ve ark. (2018). Exploring the associations between shift work disorder, depression, anxiety and sleepiness in nurses. *Journal of Sleep Research*, 27(6), e12662.
- Boychuk, G. W. (2008). *National health insurance in the United States and Canada: Race, territory, and the roots of difference*. Georgetown University Press.

- Buchan, J., Duffield, C. ve Jordan, A. (2015). 'Solving' nursing shortages: Do we need a new agenda? *Journal of Nursing Management*, 23(5), 543-545. <https://doi.org/10.1111/jonm.12315>
- Callahan, D. (1973). The WHO definition of 'health'. *The Hastings Center Studies*, 1(3), 77-87.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2018). *Well-being concepts*. U.S. Department of Health & Human Services.
- Chan, E. A., Wong, F., Cheung, M. Y. E. ve Lee, R. L. T. (2009). Using narrative inquiry and ethnography to understand the impact of professional education on the development of nurse identity. *Nurse Education Today*, 29(7), 647-652.
- Chang, W. Y., Ma, J. C., Chiu, H. T., Lin, K. C. ve Lee, P. H. (2017). Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 73(1), 255-264.
- Clark, A. E. (2001). What really matters in a job? Hedonic measurement using quit data. *Labour Economics*, 8(2), 223-242.
- Colquitt, J. A., Conlon, D. E., Wesson, M. J., Porter, C. O. ve Ng, K. Y. (2001). Justice at the millennium: A meta-analytic review of 25 years of organizational justice research. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 425-445.
- Cortese, C. G. (2007). Job satisfaction of Italian nurses: An exploratory study. *Journal of Nursing Management*, 15(3), 303-312.
- Cropanzano, R. ve Rupp, D. E. (2003). An overview of organizational justice: Implications for work motivation. R. M. Steers ve L. W. Porter (Ed.), *Motivation and work behavior* içinde (7. Baskı, ss. 82-95). McGraw-Hill.
- Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., Muise, M. ve Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 363-385.
- Çetin, C. ve Baş, T. (2020). Çalışanların demografik özelliklerinin iş tatmini üzerindeki etkisinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (36), 282-301.
- Dall'Ora, C., Ball, J., Redfern, O., ve ark. (2020). Are long nursing shifts on hospital wards associated with sickness absence? *BMJ Open*, 10(1), e034396.
- Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M. ve Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: A theoretical review. *Human Resources for Health*, 18, 41. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>
- Deci, E. L. ve Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Springer Science & Business Media.
- Deming, W. E. (1986). *Out of the crisis*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Educational Services.
- DeWalt, D. A., Callahan, L. F., Hawk, V. H., Broucksou, K. A., Hink, A., Rudd, R. ve Brach, C. (2010). Health literacy universal precautions toolkit. *Agency for Healthcare Research and Quality*.

- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743–1748.
- Donahue, M. P. (1985). *Nursing: The finest art – An illustrated history*. Mosby.
- Dossey, B. M. (2010). *Florence nightingale: Mystic, visionary, healer* (2. Baskı). F.A. Davis Company.
- Dussault, G. ve Franceschini, M. C. (2006). Not enough there, too many here: Understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health*, 4, 12.
- Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D. ve Sinsky, C. A. (2017). Burnout among health care professionals: A call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care. *NAM Perspectives*, 7(7), 1–11.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S. ve Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 500–507.
- Epstein, R. M. ve Street, R. L. (2007). *Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering*. National Cancer Institute.
- Erdmann, A. L., Andrade, S. R., Mello, A. L. S. F. ve Drago, L. C. (2013). Secondary health care: best practices in the health services network. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(Spec), 131–139.
- Evans, J. (2004). Men nurses: A historical and feminist perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 321–328.
- Farrell, D. (1983). Exit, voice, loyalty, and neglect as responses to job dissatisfaction: A multidimensional scaling study. *Academy of Management Journal*, 26(4), 596–607.
- Flo, E., Pallesen, S., Magerøy, N., ve ark. (2012). Shift work disorder in nurses – assessment, prevalence and related health problems. *PLoS One*, 7(4), e33981.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., ... Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923–1958.
- Frumkin, H. (2005). *Environmental health: From global to local*. Jossey-Bass.
- Gagné, M. ve Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26(4), 331–362.
- Gastmans, C. (2013). Dignity-enhancing nursing care: A foundational ethical framework. *Nursing Ethics*, 20(2), 142–149.
- Giorgi, G., Arcangeli, G., Mucci, N. ve Cupelli, V. (2015). Economic stress in the workplace: The impact of fear of the crisis on mental health. *Work*, 51(1), 135–142.
- Goldzweig, C. L., Orshansky, G., Paige, N. M., Towfigh, A., Haggstrom, D. A., Miakel-Lye, I., Beroes, J. M. ve Shekelle, P. G. (2013). *Electronic patient portals: Evidence on health outcomes, satisfaction, efficiency, and attitudes*. Department of Veterans Affairs, Health Services Research & Development Service.

- Gómez-Urquiza, J. L., Vargas, C., De la Fuente, E. I., Fernández-Castillo, R. ve Cañadas-De la Fuente, G. A. (2017). Age as a risk factor for burnout syndrome in nursing professionals: A meta-analytic study. *Research in Nursing & Health*, 40(2), 99–110.
- Greenberg, J. (1990). Organizational justice: Yesterday, today, and tomorrow. *Journal of Management*, 16(2), 399–432.
- Guttmacher, A. E., Collins, F. S. ve Carmona, R. H. (2004). The case for genetics in public health. *Health Affairs*, 23(1), 80–90.
- Güteryüz, G., Güney, S., Aydın, E. M. ve Aşan, Ö. (2008). The mediating effect of job satisfaction between emotional intelligence and organizational commitment of nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(11), 1625–1635.
- Ha, J. F. ve Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: A review. *The Ochsner Journal*, 10(1), 38–43.
- Hackman, J. R. ve Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16(2), 250–279.
- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A. ve O'Connor, D. B. (2016). Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: A systematic review. *Plos One*, 11(7), e0159015.
- Hart, P. L., Brannan, J. D. ve De Chesnay, M. (2014). Resilience in nurses: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22(6), 720–734.
- Henderson, V. (1964). *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research, and education*. Macmillan.
- Hennemann, S., Beutel, M. E. ve Zwerenz, R. (2017). Ready for eHealth? Health professionals' acceptance and adoption of eHealth interventions in inpatient routine care. *Journal of Health Communication*, 22(3), 274–284.
- Hensel, D. ve Stoelting-Gettelfinger, W. (2011). Changes in self-efficacy and professional identity in accelerated second-degree nursing students. *Journal of Nursing Education*, 50(5), 287–290.
- Herzberg, F., Mausner, B. ve Snyderman, B. B. (1959). *The motivation to work*. New York: Wiley.
- Horton, R. (2020). Offline: COVID-19—A reckoning. *The Lancet*, 395(10228), 935.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. V. D., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Van Der Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, R., Van Weel, C. ve Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, d4163.
- Institute of Medicine (US). (2011). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/12956>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academy Press. <https://doi.org/10.17226/10027>

- International Council of Nurses (ICN). (2009). Continuing competence as a professional responsibility.
- International Council of Nurses (ICN). (2012). The ICN code of ethics for nurses.
- International Council of Nurses (ICN). (2020). ICN calls for urgent action to protect nurses during COVID-19 pandemic.
- International Council of Nurses (ICN). (2021). Nurses: A voice to lead – A vision for future healthcare. Erişim adresi: <https://www.icn.ch/publications/2021-nurses-voice-lead-report>. Erişim tarihi: 10 Haziran 2024.
- International Council of Nurses (ICN). (2021). Sustaining and strengthening the nursing workforce to combat the COVID-19 pandemic.
- Jackson, D., Firtko, A. ve Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 1–9.
- Jennings, B. M. (2008). Work stress and burnout among nurses: Role of the work environment and working conditions. R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* içinde (Cilt. 2, ss. 137–158). AHRQ.
- Joint Commission International (JCI). (2021). *International patient safety goals (IPSG)*. Joint Commission Resources.
- Jonsen, A. R., Siegler, M. ve Winslade, W. J. (2015). *Clinical ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine* (8. Baskı). McGraw-Hill.
- Joo, J. Y. ve Liu, M. F. (2021). Nurses' self-efficacy in the workplace: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 115, 103845.
- Judge, T. A. ve Bono, J. E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits—self-esteem, generalised self-efficacy, locus of control, and emotional stability—with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86(1), 80–92.
- Kabene, S. M., Orchard, C., Howard, J. M., Soriano, M. A. ve Leduc, R. (2006). The importance of human resources management in health care: A global context. *Human Resources for Health*, 4, 20.
- Kalisch, P. A. ve Kalisch, B. J. (1986). *The advance of American nursing*. Little, Brown and Company.
- Keesara, S., Jonas, A. ve Schulman, K. (2020). Covid-19 and health care's digital revolution. *New England Journal of Medicine*, 382(23), e82. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2005835>
- Kickbusch, I. ve Leung, G. M. (2020). Response to the COVID-19 epidemic: Learning from past pandemics. *Nature Medicine*, 26(4), 367–368. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0822-7>
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M. ve Donaldson, M. S. (Ed.). (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press. <https://doi.org/10.17226/9728>

- Labrague, L. J. ve De los Santos, J. A. A. (2020). COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. *Journal of Nursing Management*, 28(7), 1653–1661.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976.
- Laschinger, H. K. S., Finegan, J. ve Shamian, J. (2001). The impact of workplace empowerment, organizational trust on staff nurses' work satisfaction and organizational commitment. *Health Care Management Review*, 26(3), 7–23.
- Laschinger, H. K. S., Finegan, J., Shamian, J. ve Wilk, P. (2001). Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: Expanding Kanter's Model. *Journal of Nursing Administration*, 31(5), 260–272.
- Leka, S., Griffiths, A. ve Cox, T. (2003). *Work organization and stress: Systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives*. WHO.
- Lent, R. W. ve Brown, S. D. (2006). Integrating person and situation perspectives on work satisfaction: A social-cognitive view. *Journal of Vocational Behavior*, 69(2), 236–247.
- Llorens, S., Schaufeli, W. B., Bakker, A. B. ve Salanova, M. (2007). Does a positive gain spiral of resources, efficacy beliefs and engagement exist? *Computers in Human Behavior*, 23(1), 825–841.
- Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. M. D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology* içinde (ss. 1297–1349). Chicago: Rand McNally.
- Lombarts, M. J. M. H., Rupp, I., Vallejo, P., Suñol, R. ve Klazinga, N. S. (2009). Application of quality improvement strategies in 389 European hospitals: Results of the MARQuIS project. *Quality and Safety in Health Care*, 18(Supplement 1), i28–i37.
- Lu, H., While, A. E. ve Barriball, K. L. (2005). Job satisfaction among nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 211–227.
- Luthans, F. ve Youssef, C. M. (2007). Emerging positive organizational behavior. *Journal of Management*, 33(3), 321–349.
- Luthans, F., Youssef, C. M. ve Avolio, B. J. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. Oxford University Press.
- Marmot, M. ve Wilkinson, R. G. (Ed.). (2006). *Social determinants of health* (2. Baskı). Oxford University Press.
- Maslach, C. ve Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99–113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. ve Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396.

- McAlearney, A. S., Hefner, J. L., Sieck, C. J. ve Huerta, T. R. (2012). The journey through grief: Insights from a qualitative study of electronic health record implementation. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 19(1), 102–107.
- McCabe, C. (2004). Nurse–patient communication: An exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 41–49. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x>
- McGilton, K. S., Hall, L. M., Wodchis, W. P. ve Petroz, U. (2013). Supervisory support, job stress, and job satisfaction among long-term care nursing staff. *Journal of Nursing Administration*, 43(5), 293–299.
- McVicar, A. (2016). Workplace stress in nursing: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 633–642.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: Development and progress* (4. Baskı). Lippincott Williams & Wilkins.
- Mokdad, A. H., Marks, J. S., Stroup, D. F. ve Gerberding, J. L. (2004). Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA*, 291(10), 1238–1245.
- Morrison, E. W. (2011). Employee voice behavior: Integration and directions for future research. *Academy of Management Annals*, 5(1), 373–412.
- Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R. ve Sarnak, D. (2016). *International profiles of health care systems, 2015*. The Commonwealth Fund.
- Nancarrow, S. A. (2015). Six principles to enhance health workforce flexibility. *Human Resources for Health*, 13(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0002-0>
- Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., ... Agha, R. (2020). The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *International Journal of Surgery*, 78, 185–193. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.04.018>
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M. ve Kindig, D. A. (Ed.). (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. National Academies Press.
- Numminen, O. H., Repo, H. ve Leino-Kilpi, H. (2017). Moral courage in nursing: A concept analysis. *Nursing Ethics*, 24(8), 878–891. <https://doi.org/10.1177/0969733016634155>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- O'Hagan, S., Manias, E., Elder, C., Pill, J., Woodward-Kron, R., McNamara, T. ve Webb, G. (2014). What counts as effective communication in nursing? Evidence from nurse educators and clinicians' feedback on nurse interactions with simulated patients. *Journal of Advanced Nursing*, 70(6), 1344–1355. <https://doi.org/10.1111/jan.12296>
- Ohannessian, R., Duong, T. A. ve Odone, A. (2020). Global telemedicine implementation and integration within health systems to fight the COVID-19 pandemic: A call to action. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2), e18810. <https://doi.org/10.2196/18810>

- Pajares, F. (2002). *Overview of social cognitive theory and of self-efficacy*. Erişim adresi: <https://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/eff.html>. Erişim tarihi: 25 Şubat 2025.
- Park, M. (2012). Ethical issues in nursing practice. *Nursing Ethics*, 19(2), 134–142.
- Porter, L. W. ve Lawler, E. E. (1968). *Managerial attitudes and performance*. Homewood, IL: Irwin.
- Ranney, M. L., Griffeth, V. ve Jha, A. K. (2020). Critical supply shortages—The need for ventilators and personal protective equipment during the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*, 382(18), e41. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2006141>
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ*, 320(7237), 768–770.
- Remuzzi, A. ve Remuzzi, G. (2020). COVID-19 and Italy: What next? *The Lancet*, 395(10231), 1225–1228. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30627-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30627-9)
- Riketta, M. (2005). Organizational identification: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 66(2), 358–384.
- Rusbult, C. E., Farrell, D., Rogers, G. ve Mainous, A. G. (1988). Impact of exchange variables on exit, voice, loyalty, and neglect: An integrative model of responses to job dissatisfaction. *Academy of Management Journal*, 31(3), 599–627.
- Rushton, C. H., Batcheller, J., Schroeder, K. ve Donohue, P. (2015). Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *American Journal of Critical Care*, 24(5), 412–420.
- Sabancı, A. ve Şahin, S. (2017). Okullarda görev yapan öğretmenlerin iş doyumları ile yönetime katılım düzeyleri arasındaki ilişki. *Eğitim ve Bilim*, 42(189), 109–132.
- Saks, A. M. (2006). Antecedents and consequences of employee engagement. *Journal of Managerial Psychology*, 21(7), 600–619.
- Saltman, R. B. ve Figueras, J. (1997). *European health care reform: Analysis of current strategies*. World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Schaufeli, W. B. ve Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. Taylor & Francis.
- Schramme, T. (2013). ‘I hope that I get old before I die’: Ageing and the concept of disease. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 34(3), 171–187.
- Schunk, D. H. ve DiBenedetto, M. K. (2016). Self-efficacy theory in education. *Handbook of motivation at school* içinde (ss. 34–54). Routledge.
- Schwarzer, R. ve Hallum, S. (2008). Perceived teacher self-efficacy as a predictor of job stress and burnout: Mediation analyses. *Applied Psychology*, 57(s1), 152–171.
- Schwarzer, R. ve Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. J. Weinman, S. Wright ve M. Johnston (Ed.), *Measures in health psychology: A user’s portfolio. Causal and control beliefs* içinde (ss. 35–37). NFER-NELSON.
- Senge, P. M. (2006). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*. Doubleday.

- Shaukat, N., Ali, D. M. ve Razzak, J. (2020). Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: A scoping review. *International Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12245-020-00299-5>
- Sheldon, L. K. (2009). *Communication for nurses: Talking with patients*. Jones & Bartlett Learning.
- Sherwood, G. ve Barnsteiner, J. (Ed.). (2012). *Quality and safety in nursing: A competency approach to improving outcomes*. Wiley-Blackwell.
- Shi, L. ve Singh, D. A. (2021). *Essentials of the U.S. health care system* (6. Baskı). Jones & Bartlett Learning.
- Shields, M. ve Wilkins, K. (2006). Findings from the 2005 National Survey of the Work and Health of Nurses. *Statistics Canada, Health Reports*, 17(4), 33–45.
- Simpson, R. (2005). Men in non-traditional occupations: Career entry, career orientation and experience of role strain. *Gender, Work & Organization*, 12(4), 363–380.
- Skaalvik, E. M. ve Skaalvik, S. (2010). Teacher self-efficacy and teacher burnout: A study of relations. *Teaching and Teacher Education*, 26(4), 1059–1069.
- Smith, A. C., Thomas, E., Snoswell, C. L., Haydon, H., Mehrotra, A., Clemensen, J. ve Caffery, L. J. (2020). Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of Telemedicine and Telecare*, 26(5), 309–313. <https://doi.org/10.1177/1357633X20916567>
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. ve Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194–200.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. ve Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Soucat, A., Scheffler, R. ve Ghebreyesus, T. A. (2013). The labor market for health workers in Africa: A new look at the crisis. A. Soucat ve R. Scheffler (Ed.), *The labor market for health workers in Africa: A new look at the crisis* içinde (ss. 1–25).
- Spector, P. E. (1997). *Job satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences*. Sage.
- Spector, P. E. (2006). *Industrial and organizational psychology: Research and practice* (4. Baskı). Wiley.
- Starfield, B. (1998). *Primary care: Balancing health needs, services, and technology*. Oxford University Press.
- Stone, P. W. ve Gershon, R. R. M. (2006). Nurse work environments and occupational safety in intensive care units. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 7(4), 240–247.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2006). *Sağlıkta dönüşüm programı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.

- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). *Sağlıkta kalite standartları: Hastane seti (Versiyon 5.1)*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Tanrıöver, M. D., Yıldırım, H. H., Demiray, R. E., Çakır, B. ve Akalın, H. E. (2014). *Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması*. Sağlık-Sen Yayınları.
- Tims, M., Bakker, A. B. ve Derks, D. (2013). The impact of job crafting on job demands, job resources, and well-being. *Journal of Occupational Health Psychology, 18*(2), 230–240.
- Tzafirir, S. S. ve Dolan, S. L. (2004). Trust me: A scale for measuring manager-employee trust. *Management Research, 2*(2), 115–132.
- Ulrich, C. M., Taylor, C., Soeken, K., O'Donnell, P., Farrar, A., Danis, M. ve Grady, C. (2010). Everyday ethics: Ethical issues and stress in nursing practice. *Nursing Ethics, 17*(4), 561–571. <https://doi.org/10.1177/0969733010361442>
- Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN). (2002). *Hemşireliğin tanımı*. Türk Hemşireler Derneği Yayınları.
- Vroom, V. H. (1964). *Work and motivation*. New York: Wiley.
- Wahba, M. A. ve Bridwell, L. G. (1976). Maslow reconsidered: A review of research on the need hierarchy theory. *Organizational Behavior and Human Performance, 15*(2), 212–240.
- Wallace, L. S. (2013). A view of health care around the world. *Annals of Family Medicine, 11*(1), 84.
- Wang, S., Liu, Y. ve Wang, L. (2015). Nurse burnout: Personal and environmental factors as predictors. *International Journal of Nursing Practice, 21*(1), 78–86. <https://doi.org/10.1111/ijn.12216>
- Weiss, D. J., Dawis, R. V., England, G. W. ve Lofquist, L. H. (1967). *Manual for the minnesota satisfaction questionnaire*. University of Minnesota, Industrial Relations Center.
- West, C. P., Dyrbye, L. N. ve Shanafelt, T. D. (2020). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine, 283*(6), 516–529.
- West, M. A., Dawson, J. F. ve Kaur, M. (2015). *Making the difference: Diversity and inclusion in the NHS*. The King's Fund.
- West, M., Coia, D. ve National Forum for Health and Wellbeing at Work. (2016). *Caring for doctors, caring for patients*. General Medical Council Report.
- World Federation of Critical Care Nurses (WFCCN). (2005a). Declaration of Madrid 2005: Position statement on the provision of critical care nursing education.
- World Health Organization (WHO). (2006). *The world health report 2006: Working together for health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2006). Working together for health: The World Health Report 2006.
- World Health Organization (WHO). (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*.

- World Health Organization (WHO). (2009). *Conceptual framework for the international classification for patient safety*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2010). *Global health workforce alliance: Health workforce planning*.
- World Health Organization (WHO). (2013). *Health literacy: The solid facts*. WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO). (2016). *Patient safety: Making health care safer*.
- World Health Organization (WHO). (2020). *State of the World's Nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*.
- World Health Organization (WHO). (2020b). *COVID-19 strategic preparedness and response plan*.
- World Health Organization (WHO). (2022). *Health workforce policy and management*.
- World Health Organization. (2000). *The World Health Report 2000 – Health systems: Improving performance*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2002). *The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2006). *Constitution of the World Health Organization – Basic documents* (45. Baskı). World Health Organization.
- World Health Organization. (2006). *Working together for health: The World Health Report 2006*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). *Primary health care: Now more than ever*. World Health Report 2008.
- World Health Organization. (2010). *Environment and health risks: A review of the influence and effects of social inequalities*. WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2010). *The world health report: Health systems financing—the path to universal coverage*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *Rehabilitation in health systems*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). *Health systems: Health care*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). *Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *Social determinants of health*. World Health Organization.
- Yu, F., Raphael, D., Mackay, L., Smith, M. ve King, A. (2019). Personal and work-related factors associated with nurse resilience: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 93, 129–140.

Zhang, Y., Wang, C., Pan, W., Zheng, J., Gao, J., Huang, X., ... Wang, Y. (2021). Stress, burnout, and coping strategies of frontline nurses during the COVID-19 epidemic in Wuhan and Shanghai, China. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 565520.



EK 1. ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ

	Tamamen yanlış	Biraz doğru	Orta düzeyde doğru	Tamamen doğru
1) Yeterince çaba harcarsam, zor sorunları çözenin bir yolunu daima bulabilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Bana karşı çıkıldığında, istediğimi elde etmemi sağlayacak bir yol ve yöntem bulabilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Amaçlarıma bağlı kalmak ve bunları gerçekleştirmek benim için kolaydır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Beklenmedik olaylarla etkili bir biçimde başa çıkabileceğime inanıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Yeteneklerim sayesinde beklenmedik durumlarla nasıl başedebileceğimi biliyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Gerekli çabayı gösterirsem, birçok sorunu çözebilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Baş etme gücüme güvendiğim için zorluklarla karşılaştığımda soğukkanlılığımı koruyabilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8) Bir sorunla karşılaştığımda, genellikle birkaç çözüm yolu bulabilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Başım dertte olduğunda, genellikle bir çözüm düşünebilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Önüme çıkan zorluk ne olursa olsun, üstesinden gelebilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



EK 2. İŞ MEMNUNİYETİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda işinizle ilgili bazı ifadeler yer almaktadır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyarak, size en uygun gelen yanıtı işaretleyiniz. Yanıtlarınızı aşağıdaki 5'li Likert tipi ölççeğe göre belirtiniz:

1= Hiç memnun değilim

2= Az memnunum

3= Kararsızım

4= Memnunum

5= Çok memnunum

No	İfade	1	2	3	4	5
1	Çalıştığım kurum kalite bilincine sahiptir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Kurum çalışan memnuniyetine önem verir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Kurum çalışanların sağlığına ve güvenliğine önem verir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Kurumda temizlik ve düzene önem verilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Kurum yöneticileri çalışanlarla açık iletişim kurar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Kurum yönetiminden genel olarak memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Yöneticim işimle ilgili konularda beni bilgilendirir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8	Yöneticim kişisel gelişimimi destekler ve motive eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Yöneticim sorunlara yapıcı yaklaşır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Yaptığım işten memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	İşimin ne olduğunu ve benden ne beklediğini biliyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Eğitim faaliyetlerinden memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	İş tanımım açık ve yazılı olarak belirlenmiştir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Kurum çalışanlara sorumluluklarını net şekilde verir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Çalışma koşullarından memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Aldığım ücret emeğimi karşılıyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Haftalık mesai süresinden fazla çalışıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	İş yerindeki fiziksel koşullar sağlığıma gözetir biçimde düzenlenmiştir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Çalışma arkadaşlarımla ilişkilerim olumludur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Daha iyi bir ücret teklifi gelirse kurumdan ayrılmayı düşünebilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK 3. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Lütfen aşağıdaki soruları dikkatlice okuyarak kendinize uygun seçeneği işaretleyiniz veya boşlukları doldurunuz. Bu bilgiler yalnızca araştırma amacıyla kullanılacak ve gizlilik esasına göre değerlendirilecektir.

1. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek
2. Yaşınız: _____
3. Medeni durumunuz: Evli Bekâr Diğer: _____
4. Eğitim düzeyiniz: Lise Ön Lisans Lisans Yüksek Lisans Doktora
5. Meslekte toplam çalışma süreniz: _____ yıl
6. Mevcut kurumda çalışma süreniz: _____ yıl
7. Görev yaptığınız birim: _____
8. Çalışma şekliniz: Vardiyalı Sürekli gündüz Sürekli gece Diğer:

9. Daha önce benzer bir araştırmaya katıldınız mı? Evet Hayır

EK 4. ARAŞTIRMA İZNİ

Nişantaşı Üniversitesi Gelen Evrak Tarih ve Sayısı: 17.01.2025-56514



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi MÜdürlüğü



Sayı :E-79056779-600-779089
Konu : Tez Çalışması (Yaşanur TEKİN)

17.01.2025

İSTANBUL NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Genel Sekreterlik

İlgi : 15.01.2025 tarihli ve 56273 sayılı yazı,

İlgide kayıtlı yazınız incelenmiŐ olup; Yaşanur TEKİN'in "Sağlık Bakım Hizmetleri Sağlayıcılarının Öz Yeterlilik İnanç Düzeyleri İle Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Edirne İli Örneği" başlıklı tez çalışmasını Hastanemizde gerçekteŐirme isteği uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Orkut GÜÇLÜ
Merkez MÜdürlü V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıŐtır.

Belge Doğrulama Kodu :BSCDRKJCS Pn Kodu :95172

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/trakya-universitesi-ebys>

Bilgi için : Neriman ÜNAL

Unvanı : Evrak Kayıt Birimi Görevlisi



ETİK KURUL/KOMİSYON İZİNİ

	T.C. İSTANBUL NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ ETİK KURULU	Evrak Tarihi 18/11/2024	
		Evrak Numarası 20241121-072	
<p>Sayın YAŞANUR TEKİN (Sorumlu Araştırmacı) İstanbul Nişantaşı Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü SAĞLIK YÖNETİMİ</p> <p>İstanbul Nişantaşı Üniversitesi, Etik Kurulu Başkanlığına incelenmek üzere başvurmuş olduğunuz “SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ SAĞLAYICILARININ ÖZ YETERLİLİK İNANÇ DÜZEYLERİ İLE MEMNUNİYET DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ: EDİRNE İLİ ÖRNEĞİ başlıklı çalışmanız, 18/11/2024 tarihli SBETKK2024-09 numaralı etik kurul toplantısında değerlendirilmiştir. Kurulumuz tarafından yapacağınız araştırmanın etik açıdan uygunluğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.</p> <p>Bilgilerinize rica ederim.</p> <p style="text-align: right;">Prof. Dr. Yeşer Yeşim ÖZER YÜRÜR Etik Kurulu Başkanı</p>			
BAŞVURU BİLGİLERİ			
Araştırmacı(lar)	YAŞANUR TEKİN , DR. ÖĞR. SUZAN ERGÜN	Başvuru Tarihi	11/15/2024
Danışman/Yürütücü	DR. ÖĞR. SUZAN ERGÜN	Araştırma Türü	NİCEL
Program/Alan	SAĞLIK YÖNETİMİ	Etik kurul Toplantı Tarihi	11/18/2024
Çalışma Niteliği	LİSANSÜSTÜ TEZİ	Etik Kurul Karar No	SBETKK2024-09

Doküman No: LE.FR.17 / Yayın Tarihi: 13.02.2023 / Revizyon Tarihi: / Revizyon No: 09