



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

**HEMŞİRELERDE İŞ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ
GELİŞTİRME:
BİR UYGULAMA**

**HANDAN ALAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

HEMŞİRELİK

**DANIŞMAN
Prof. Dr. AYTOLAN YILDIRIM**

İSTANBUL-2012

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

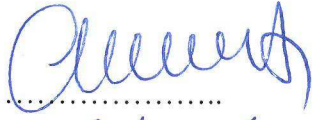
Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Handan Alan tarafından hazırlanan **"Hemşirelerde İş Yaşam Kalitesi Ölçeği Geliştirme: Bir Uygulama"** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 13.09.2012

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

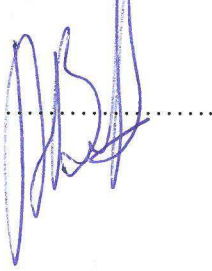
Jüri Üyesi : Prof.Dr.Aytolan YILDIRIM
İst.Üniv.Hemş. Fak.(Danışman)



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Necmiye SABUNCU
Haliç Üniv.HYO



Jüri Üyesi : Doç.Dr.Nefise BAHÇECİK
: Marmara Üniv.Sağ.Bil.Fak.



Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

TEŞEKKÜR

Sadece bu tezin hazırlanmasında değil, çalışma yaşamım boyunca, bilgi ve deneyimlerini paylaşan, rehberlik eden, daima yanımda olduğunu hissettiğim çok değerli ve kıymetli danışman hocam,

Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM’a

Yüksek Lisans Tezimin İstatistik Analiz Aşamasında Bilgisiyle Ve Deneyimleriyle Yardımcı Olan Değerli Hocam,

Doç.Dr. Semra AKGÖZ’e

Her zaman yanımda olan ve hiçbir zaman desteğini esirgemeyen sevgili arkadaşlarım,

Öğr. Gör. Sevinç ŞIPKIN ve Necla ERDUĞAN’a

Evliliğimiz boyunca tüm zorlu süreçlerde olduğu gibi bunda da yanımda olan, beni daima destekleyen ve yardımcı olan eşim,

Cabir ALAN’a

Yüksek lisans eğitimim boyunca beni sabırla bekleyen, özlemlerini gözleriyle anlatan kıymetlilerim,

Canım Kızım Aleyna ve Küçük Oğlum Arda’ya,

Tezime gönülden katılmayı kabul eden ÇOMÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Çanakkale Devlet Hastanesi ve Özel Anadolu Hastanesindeki katılımcı,

Meslektaşlarıma

TEŞEKKÜR EDERİM.

İÇİNDEKİLER

I.ONAY SAYFASI .	I
II.TEŞEKKÜR	II
III.İÇİNDEKİLER	III
IV.SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.	V
V.TABLoların ve GRAFİKLERİN LİSTESİ	VI
GRAFİKLERİN LİSTESİ	
TABLoların LİSTESİ	
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	3
1. GİRİŞ/AMAÇ.....	5
2.GENEL BİLGİLER.....	11
2.1. Sağlık Kavramı.....	11
2.1.1. Sağlıkın Korunması ve Geliştirilmesi.....	12
2.1.2. Sağlıkın Korunması ve Geliştirilmesine Etki Eden Faktörler.....	13
2.2. Yaşam Kalitesi.....	16
2.3. İş Yaşamı Kalitesi.....	21
2.3.1.İş Yaşam Kalitesi Tanımı.....	25
2.3.2. İş Yaşam Kalitesinin Amaçları.....	28
2.3.3. İş Yaşam Kalitesinin Tarihsel Gelişimi.....	30
2.3.4. İş Yaşam Kalitesinin Önemi ve Çağdaş Yönetim Anlayışında İYK.....	31
2.3.5. İş Yaşamı Kalitesi Kriterleri.....	32
2.4. Hemşirelikte İş Yaşamı Kalitesi.....	37
2.4.1.Hemşirelerin İş Yaşamı Kalitesi ve Çalışma Ortamı.....	41
2.4.2. Hemşirelikte İş Yaşamı Kalitesi Belirleyicileri.....	46
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	51
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	51
3.2. Araştırma Soruları.....	51
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	51
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	51
3.5. Veri Toplama Araçları.....	52
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	53

3.7. Verilerin Toplanması.....	53
3.8. Etik Konular.....	53
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	54
3.10. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	54
4. BULGULAR.....	56
4.1.Ölçeğin Geçerlilik-Güvenilirlik Çalışmasına İlişkin Bulgular.....	56
4.1.1. Kapsam Geçerliliği.....	56
4.1.2. Madde Analizi.....	57
4.1.3. Faktör Analizi.....	63
4.1.4. Ölçek Ve Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Analizi.....	65
A- Madde-Toplam Güvenirlik Analizi	
4.1.5. Ölçeğin Puanlanması ve Değerlendirilmesi.....	73
4.2. Hemşirelerde İş Yaşam Kalitesi Algılamalarına İlişkin Bulgular.....	75
4.2.1. Hemşirelerin Sosyo Demografik Özelliklerine Ait Bulgular.....	75
4.2.2. Hemşirelerin İş Yaşam Kaliteleri Ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular.....	79
5. TARTIŞMA.....	94
5.1. Hemşirelerde İş Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geçerlilik Güvenilirlik Analizlerinin Tartışılması.....	94
5.2. Bulguların Tartışılması.....	99
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	108
KAYNAKLAR.....	110
EKLER.....	128
Ek-1 Veri Toplama Aracı.....	129
Ek- ÇOMÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden alınan izin.....	134
Çanakkale Devlet Hastanesi'nden alınan izin.....	135
Özel Anadolu Hastanesi'nden alınan izin.....	136
Ek-3 Uzman Görüşüne Gönderilen Madde Havuzu.....	137
Ek-4 Uzman Listesi.....	141
Ek-5 Hemşirelerde İş Yaşam Kalitesi Ölçeği (73 soruluk).....	142
ÖZGEÇMİŞ.....	146

KISALTMALAR VE SİMGELER

İYK	:İş Yaşam Kalitesi
HİYKÖ	:Hemşirelerde İş Yaşam Kalitesi Ölçeği
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
WHO	:World Health Organization
ABD	:Amerika Birleşik Devleti
İKY	:İnsan Kaynakları Yönetimi
ICN	:Uluslar arası Hemşireler Birliği
ILO	:Uluslar arası Çalışma Örgütü

TABLoların ve Grafiklerin Listesi

GRAfİKLERİN LİSTESİ

Sayfa No

Grafik 1: Araştırmaya Katılan Hemşirelerin İş Yaşamının Kalitesini Değerlendirmelerine Göre Dağılımları	78
Grafik 2: Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesini Öz Değerlendirmelerine Göre İş Yaşam Kalitesi Ölçeği ve 5 Alt Boyutunun Puan Dağılımları	93

TABLoların LİSTESİ

Tablo 1: Araştırmada Kullanılan İstatistik Yöntemler	55
Tablo 2: HİYKÖ'nin Madde Toplam Puan Korelasyonları	58
Tablo 3: Varimax Eksen Döndürme Yöntemiyle Yapılan Faktör Analizinde Açıklanan Varyans Yüzdesi	60
Tablo 4: 73 Maddelik Ölçeğin Faktör Yüğü Dağılımı	61
Tablo 5: HİYKÖ Hemşirelik Yönetimi Alt Boyutundaki Maddelere Verilen Yanıtların Dağılımları	65
Tablo 6: HİYKÖ İş Koşulları Alt Boyutundaki Maddelere Verilen Yanıtların Dağılımları	67
Tablo 7: HİYKÖ Kurum Yönetimi Politikaları Alt Boyutundaki Maddelere Verilen Yanıtların Dağılımları	69
Tablo 8: HİYKÖ Fiziksel Koşullar Alt Boyutundaki Maddelere Verilen Yanıtların Dağılımları	71
Tablo 9: HİYKÖ Sosyal İmkanlar Ve Çalışma Ortamı Alt Boyutundaki Maddelere Verilen Yanıtların Dağılımları	72
Tablo 10: HİYKÖ Beş Alt Boyutu Ve Toplam Ölçek Puanı İçin Güvenirlik Katsayıları.....	73
Tablo 11: Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Kuruma Göre Dağılımı	75
Tablo 12: Hemşirelerin Kişisel Durum Değişkenlerinin Dağılımı	76
Tablo 13: Hemşirelerin Mesleki Durum Değişkenlerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	77
Tablo 14: HİYKÖ Ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	79
Tablo 15: HİYKÖ İle Beş Alt Boyutu İçin Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları	80
Tablo 16: Hemşirelerin Çalıştıkları Kuruma Göre HİYKÖ Ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	81
Tablo 17: Hemşirelerin Yaşa Göre HİYKÖ Ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımları	82

Tablo 18: Hemşirelerin Medeni Durumlarına HİYKÖ Ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımları	83
Tablo 19: Hemşirelerin Çalıştığı Birimlere Göre HİYKÖ Ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımları	84
Tablo 20: Hemşirelerin Haftalık Çalışma Saatlerine Göre HİYKÖ Ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımları	85
Tablo 21: Hemşirelerin Kurumda Çalışma Sürelerine Göre HİYKÖ Ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımları	87
Tablo 22: Hemşirelerin Birimdeki Çalışma Sürelerine Göre HİYKÖ Ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımları	88
Tablo 23: Hemşirelerin Çalışma Pozisyonuna Göre HİYKÖ Ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımları	90
Tablo 24: Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesini Öz Değerlendirmelerine Göre HİYKÖ ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımları(N:253).....	91

ÖZET

Alan, H. Hemşirelerde İş Yaşam Kalitesi Ölçeği Geliştirme: Bir Uygulama, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012.

Mesleklerinde yetişmiş hemşirelerin çalıştıkları kurumlara bağlılıklarını sağlamak ve sonucunda kurumdan ayrılmaları önlemek, hasta bakım kalitesini ve verimliliği en üst düzeye çıkarmak, hemşirelerden en iyi performansı alabilmek için iş yaşam kalitelerini artırmak önemlidir. Bu çalışma araştırmacı tarafından Hemşirelerde İş Yaşam Kalitesini değerlendirecek ve etkileyen faktörleri belirleyecek bir ölçek geliştirmek ve geçerlilik güvenilirliğini test etmek amacıyla metodolojik olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, Çanakkale il merkezindeki bir devlet hastanesi, bir özel hastane ve bir üniversite hastanesinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır (N=293). Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden evreni oluşturan hastanelerde en az bir yıldır görevli ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler (n=253) araştırmanın örneklemine oluşturmuştur. Hemşirelerde iş yaşam kalitesi ölçeğinin maddeleri literatür doğrultusunda oluşturulmuş, 11 uzmanın önerileri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılarak kapsam geçerliliği sağlanmıştır. Ölçek örneklem grubunu oluşturan hemşirelere uyarlanmıştır.

Ölçeğin iç tutarlılık analizlerinde, madde toplam puan korelasyonları incelenmiş ve korelasyonu düşük 13 madde ölçekten çıkarılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin açıklayıcı faktör analizi sonucunda 5 faktörlü bir yapı gösterdiği ve faktör yüklerinin uygun aralıkta olduğu saptanmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısının 0,97, alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayılarının ise 0,79-0,96 olduğu bulunmuştur. Tüm maddelerin faktör yükü 0.41-0.79 arasındadır.

Sonuç olarak, geliştirilen Hemşirelerde İş Yaşam Kalitesi Ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin İş yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 80.98 'dir. Buda hemşirelerin iş yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiğini göstermektedir. Hemşirelerde iş yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarında en yüksek puanı kurum yönetimi politikaları alt boyutu (88.10), en düşük puanı ise sosyal imkanlar ve çalışma

ortamı boyutu (74.00) almıştır. HİYKÖ'nin çalışılan kurum,yaş, haftalık çalışma saati, kurumda çalışma süreleri, çalıştıkları birimde çalışma süreleri ve iş yaşam kalitelerini kendi öz değerlendirmeleri arasında anlamlı farklar çıkarken medeni durumun, çalıştığı birimin ve çalışma pozisyonunun iş yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Hastane, Hemşirelik, İş yaşam kalitesi, Ölçek geliştirme

ABSTRACT

Alan, H.

Developing a Quality of Work Life Scale for Nurses:Halic University, Institute of Health Sciences, Department of Nursing, Postgraduate Thesis, Istanbul, 2012.

It is critical to improve the work life quality of nurses in order to achieve their commitment to their workplace and to prevent them from leaving the workplace; to maximize the quality of patient care and the organizational efficiency; and to get the best performance from the nurses. The researcher has made this study in an attempt to develop a scale which measures the Quality of Work Life for Nurses and determine the factors affecting the same, and to test its validity and reliability.

The study population consists of the nurses working at the state hospital, a private hospital and a university hospital (N=293) located in Canakkale. The nurses, who have been working for at least one year at the aforementioned hospitals and accepted to participate in the study, constituted the study sample (n=253). The items in the quality of work life scale for nurses were created in line with the literature. Additionally, in accordance with the suggestions of 11 experts, the researcher made the necessary corrections, thereby ensuring the content validity. Afterwards, the scale was applied to the nurses in the sample group.

Within the scope of the internal consistency analysis, the researcher analyzed the item-total score correlations and excluded 13 items with low correlation values from the test. Then, the researcher performed exploratory factor analysis in order to determine the structural validity of the scale. The results of the analyses showed that the scale has a 5-factor structure; factor loads fall into an appropriate interval; the Cronbach Alpha reliability coefficient of the scale was 0.97, and the Cronbach Alpha coefficients of its

sub-dimensions are 0.79 and 0.96. The study found the factor load of all items to be between 0.41 and 0.79.

In conclusion, the study confirmed that the Quality of Work Life Scale for Nurses is a valid and reliable measurement tool. The mean of overall scores achieved by the participant nurses in the Quality of Work Life Scale was 80.98, which indicates that the nurses are affected negatively in terms of work life quality. Among the sub-dimensions of the scale, 'hospital management policies' received the highest score (88.10), while the 'social opportunities & facilities and working environment' received the lowest (74.00). This study found that the Quality of Work Life Scale tends to suggest material differences between the subjects' self assessment in terms of the workplace, age, weekly working hour, total employment period in the same organization, total employment period in the same department, and quality of working life, while marital status, the department, and the position don't seem to be affecting the quality of work life for nurses.

Keywords: Hospital, Nursing, quality of work life, scale development.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bilim ve teknolojiadaki gelişmeler nedeniyle dünyada hızlı bir değişim süreci yaşanmakta ve buna paralel olarak toplum daha kaliteli yaşama talebinde bulunmaktadır (Royuele et al, 2009). Bireylerin doyumu ile sosyal ilişkilerin bütünleşmesi olarak tanımlanabilen yaşam kalitesinin sağlanması, büyük ölçüde iş yaşam kalitesine bağlıdır (Low & Molzahn, 2007). İş yaşam kalitesinin, çalışanın genel yaşam doyumuna, fiziksel ve ruhsal sağlığına önemli etkileri olmaktadır (Royuele et al, 2009).

Kurumlardaki hızlı değişimler, teknolojik gelişmeler, bütçe sınırlılıkları, eleman azlığı, yönetim sorunları, kalite çalışmaları, personel rejimindeki değişiklikler çalışanlar üzerinde olumsuz duygu ve düşüncelerin oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Bu yönden ilk kez Mayo tarafından yapılan Hawthorne çalışmaları iş yaşam kalitesi olarak adlandırılabilen “işin insancıllaştırılması ” düşüncesine bir örnek olmuş ve konu ile ilgili çalışmalar bugüne taşınmıştır (Martel&Dupuis, 2006; Rose et al, 2006).

Bireyin gününün üçte birini işte geçirmesi, doğal olarak bir takım fiziksel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarının iş ortamından karşılanmasını beklemesine neden olmaktadır (Kandasamy & Sreekumar, 2009). İş yaşam kalitesi (İYK) genel olarak, bireyin yalnızca bedensel değil zihinsel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerini de dikkate alarak çalışma koşullarının iyileştirilmesi olarak ifade edilmektedir (Martel & Dupuis, 2006; Cole et al, 2005). Kurumdaki sosyal çevre, yönetim tarzı, örgütsel verimlilik, çalışanın memnuniyet ve memnuniyetsizlikleri, çalışma koşulları, iş yaşamının ve iş dışı yaşamın birbiriyle ilişkisi; kısaca iş çevresinin olumlu ve olumsuz yönleri iş yaşam kalitesini oluşturur (Martel & Dupuis, 2006; Rose et al, 2006; Lewis et al, 2001). McGirr ve Bakker olumlu iş ortamını, ünite çalışanlarının kendilerinden, işlerinden, çalışma arkadaşlarından ve yönetiliş şekillerinden memnun oldukları bir iş ortamı olarak tanımlamaktadır (McGirr&Bakker, 2000). Olumlu bir iş ortamında çalışanların iş yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmeleri de olumlu olacaktır. Çalışmalar, iş yaşam kalitesini etkileyen unsurlardaki olumsuzlukların tükenmişlik ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Buna karşın kurumun çalışana sağladığı yan olanaklar, destekleyici bir iş çevresi ve çalışanı güçlendirmeye yönelik programlar gibi iş yaşam kalitesini yükseltme amaçlı

alışmalar, alışanların kuruma olan bağlılıklarını arttırmaktadır. İnsanlar nitelikleri, ihtiyaçları, istekleri, beklentileri vb. açılardan birbirlerinden farklıdır. İş koşulları da, zaman, fiziki ortam, gruplar, sosyal imkanlar, yönetim tarzı gibi değişik durumlara göre farklılaşabilmektedir. Bu çok değişkenli yapı, çalışanların iş yaşam doyumlarını da etkilemektedir. Organizasyonlarda, her biri kendine özgü kişilik özelliğinde, farklı sosyo kültürel yapının etkisinde ihtiyaç ve beklentileri birbirinden farklı olan bireylerin varlığı, iş ortamında sağlanan koşulların kalitesinin de farklı algılanmasına yol açar. Diğer yandan çalışma ortamı ve yapılan işe ilişkin özellikler, iş yaşam kalitesini etkileyen faktörleri de çeşitlendirir (Bilazer ve ark, 2009).

Hemşirelerin iş yaşamlarının kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalarda belirlenen faktörler genelde çalışan için yapılan analizlerle benzerlik göstermekle birlikte bazı farklılıklarında olduğu belirtilmiştir (Uğur, 2008). Benzerlikler; yönetimsel, işletimsel, fiziksel/çevresel ve çalışan kaynaklı olarak sınıflandırılabilir. Çalışma ortamının fiziksel yapısı, bölümler arası iletişim şekli, meslektaşlar arası iletişim, çalışma arkadaşlarının yeterliliği, çalışan sayısının yeterliliği, iş yükü fiziksel / çevresel kaynaklı belirleyicilerdir. İşletimsel belirleyiciler; iş akışı, hizmet içi eğitim, çalışanın gelişimi, cretlendirme, yan olanaklar (kreş vb), fazla mesailer, fazla mesai ücretleri, görev tanımları, oryantasyon programları olarak sıralanabilir. Yönetimsel belirleyiciler olarak; politika ve prosedürler, yönetici ve liderlerin yeterliliği, yöneticilerin çalışanlara karşı adaletli davranışları, yönetim stili ve kararlara katılım ele alınabilir. Çalışanın zerkliği, üstlerinden aldığı destek, çalışanın bireysel yeterliliği, aile ve iş dışı yaşantısından getirdiği stres kaynakları, iş yerinde yükselme beklentisi gibi çalışan kaynaklı bireysel belirleyicilerden de söz edilmektedir (Knox&Irving, 1997). Farklılıkların ise; hemşire iş yükü, personel sayısı, bakım kalitesi, fiziksel ve duygusal istismar, meslekte temel eğitim ve sürekli eğitim gibi konular da olduğu dikkati çekmektedir (Uğur, 2008).

Ancak sağlık çalışma ortamları iş yaşam kalitesi açısından elverişli kurumlar arasında sayılamaz ve diğer iş kollarına göre bu kurumlarda kaliteli yaşam koşullarının sağlanması daha zordur. Bu zorluk öncelikle iş ortamı ve işin kendi niteliklerinden kaynaklanır. Sağlık hizmetleri, bireye özgü, karmaşık, değişken ve çoğu kez acil niteliktedir. Dikkatsizlik, zensizlik ve ihmale bağlı hataların bedeli ağırdır ve çoğu kez

insan yaşamı ile ödenir. Sağlık personeli ise normal çalışma saatleri ve günleri dışında çalışmak durumunda kalan, yaşamsal risk taşıyan görev ve sorumluluklara sahip, zamanla yarışan, farklı teknolojilerle iç içe yoğun stres ve baskı altında çalışmak zorunda olan bir gruptur. Sağlıklı yaşam, bedensel fonksiyonların belirli biyolojik ritim içinde kalması ile sürdürülebilir bir durumdur. Hastanelerde 24 saat süreli hizmetleri vardiya ve nöbet sistemi içinde düzensiz saatlerde çalışmak durumunda olan meslek üyeleri ve özellikle hemşirelerin uyku bozuklukları, beden ritminin uyumunu olumsuz etkileyen faktörlerin başında gelmektedir. Öyle ki nöbetli çalışma düzeninden vazgeçilse dahi, ortaya çıkan sorunlardan uzun yıllar içinde kurtulmak mümkün olamaz. Vardiyalı yada nöbetli çalışmanın uyku bozukluğu dışında ortaya çıkardığı bir başka sorun, karanlıkta ve uyku sırasında ortaya çıkan ve bağışıklık sistemi ve stresi olumlu yönde etkilediği bilinen melatonin hormonu salgılanması ile ilgilidir. Araştırmalar, melatonin hormonunun kanser ve alzheimer gibi hastalıklara karşı koruyucu olduğu, yetersiz salgılanmasının, osteoporoz, yeme bozuklukları ve çeşitli kanser türleri, erken menopoza, romatoid artrit, depresyon, uykusuzluk gibi bozukluklara yol açtığını belirtmektedir. Yine değişken saatlerde vardiyalı çalışmanın sağlık üzerine etkilerine ilişkin diğer araştırmalar, gastrit, ülser gibi gastrointestinal sistem bozuklukları, hipertansiyon, koroner kalp hastalıkları, derin ven trombozu, kardiyovasküler bozukluklar, meme kanseri, kolon kanseri ve depresyon gibi hastalıkların görülme riskinin arttığını bildirilmektedir. Gece çalışmalarının birey üzerinde fizyolojik etkilerinin yanı sıra aile ve sosyal ilişkilerde bozulmaya yol açan sosyal izolasyon, tükenmişlik ve benzeri psikolojik sorunlara da neden olduğu bilinmektedir (Bilazer ve ark, 2009). Sağlık çalışma ortamları ve özellikle hastanelerde, çalışanların sağlığını doğrudan etkileyecek potansiyel risk faktörlerinin en önemlilerinden biri de cilt, solunum, ağız vb. yollarla vücuda alınan, daha çok dezenfektan ve antiseptikler olmak üzere karşılaşılan kimyasal ajanlardır. Her bir kimyasal ajanın etkisi, karşılaşma sıklığı, yoğunluğu ve temas sürelerine göre değişir ve kişilerde kısa ve uzun dönemde değişik sağlık sorunlarına yol açar. Diğer yandan hastanelerin nemli ortamları, bakterilerin üremesi ve patojen mikro organizmaların yoğunlaşması açısından oldukça elverişlidir ve ameliyathane ve yoğun bakımlar gibi ünitelerde çalışanlar bu açıdan yüksek risk altındadırlar. Çalışma ortamının aydınlatma, iklimlendirme sistemleri ile iyonize radyasyon ışınları, sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesini etkileyen fiziksel faktörler

arasında yer alır. Yine girişimsel tıp ve hemşirelik uygulamaları sırasında enfekte olmuş kesici ve delici materyallerle yaralanmalar, çalışanların Hepatit-B, Hepatit C ve HIV gibi ciddi hastalık etkenleri ile karşılaşmalarına neden olur. İş yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin arasında son yıllarda çalışma ortamının çalışanların niteliğine uygun hale getirilmesi anlamından ergonomik faktörler dikkat çekmektedir. Özellikle hemşirelerin hasta bakımı verme, hastayı kaldırma, çevirme, taşıma ve çeşitli büyüklük ve ağırlıktaki tıbbi araç-gereçleri taşıma vb. görevleri yerine getirirken, kas incinmeleri ve disk kaymaları gibi sorunlarla sık karşılaştıkları ve bu durumun işe devamsızlıkta önemli bir mazeret olduğu bilinmektedir. Yine son yıllarda, yeterli ve dengeli beslenmenin çalışan verimi ve üretimin artırılması yanı sıra, iş kazaları ve meslek hastalıklarının azaltılması, çalışanların sağlığının geliştirilmesi ve işe devamsızlığın azaltılması ile iş yeri psikolojisini ve huzurunu güçlendirilmesinde etkili olduğu belirtilmektedir. Sağlık çalışanlarının karmaşık, değişken ve dinamik nitelikte hizmet özellikleri, beslenme gereksinimlerinin düzenli bir şekilde karşılamalarını engellemekte ve bu durum çeşitli iş kazaları ve meslek hastalıkları ile sonuçlanmaktadır.

Temel işlevi tedavi ve bakım hizmeti sunmak olan hastanelerde, en büyük iş gücünü hemşireler oluşturmaktadır. Nitelikli hemşire açığının giderek büyüdüğü göz önüne alındığında, kurumdan ayrılma isteği yaratacak bir iş ortamının hemşirelerce algılanması, işten ayrılmaları arttıracak ve hizmet kalitesini etkileyerek verimi düşürecektir. Bu durumda kurumun performansının doğrudan ve olumsuz şekilde etkilenmesi kaçınılmazdır. Diğer taraftan da eleman azlığına bağlı eldeki elemanların uzun saatler ve kısa izinlerle çalışmaları, bireylerde iş yaşam kalitesinin düşük algılanmasına neden olarak kurumun kısır bir döngü içine sürüklenmesine yol açabilmektedir. Ayrıca sağlık kurumlarında, boşalan pozisyonlara yeni hemşire alımı çalışmaları yapılmakta, elemanı yeterli hale getirmek için harcanan emek artmakta ve kurumdan ayrılan hemşireler nedeniyle aksayan hizmetlerin telafisi için fazladan bir yük altına girilmektedir. Çünkü ayrılan hemşireler nedeniyle doldurulamayan pozisyonların bulunması, yeni hemşirenin oryantasyonu ve yetişmesinin maliyeti ve yetişmekte olan hemşirenin üretkenliğinin düşük olması toplam maliyetleri artırmaktadır (Harman et al, 2003).

İşleyişi bozan iş gücü sirkülasyonunu önlemek isteyen bir yönetici, hemşirelerin içinde bulunduğu iş çevresini ve iş yaşam kalitesini incelemelidir. Çünkü hemşirelerin kaliteli bakım verebilmelerinde iş çevresi önemli bir etkiye sahiptir (Uğur, 2005). Donald'ın (Donald, [Http://www.Ornac.Ca/Articles/Dec99-2.Htm](http://www.Ornac.Ca/Articles/Dec99-2.Htm),16/05/2010) belirttiğine göre O'Brien-Pallas, Baumann ve Villeneuve 1994 yılında hemşireler için kaliteli bir iş ortamını "Birey olarak hemşirelerin ihtiyaç ve beklentilerinin karşılandığı, aynı zamanda hastaların da kendi sağlıklarıyla ilgili hedeflerine ulaştığı ve her iki çıktının örgüt tarafından belirlenen maliyet ve kalite çerçevesinde paraya dönüştürüldüğü bir yer" olarak tanımlamışlardır. Başka bir çalışmada McGirr ve Bakker'in (McGirr&Bakker, 2000) belirttiğine göre Attridge ve Callahan hemşireler için iş yaşamı kalitesini etkileyen bazı faktörlerin yeterli sayıda hemşire bulunması, kaynaklara ulaşma, olumlu iş ilişkileri, hemşirelik uygulamaları üzerindeki kontrol, meslektaşları tarafından tanınma durumu ve kariyer gelişimi fırsatları olduğunu belirtmektedirler. Bunun yanında düşük iş stresi, örgüte olan bağlılık, üstlerle olumlu iletişim içerisinde olma, adalet duygusu, iş aktivitelerinin bilinirliği, örgütsel kararlardaki kontrol odağının belirliliği, düşük rol çatışmaları, performansla dair geri bildirim alma, iyi ve adil ücretin de hemşirelerin iş yaşamlarının kalitesi üzerinde etkili olduğu ortaya konmuştur (Knox&Irving, 1997).

Tüm sektörlerde olduğu gibi, sağlık sektöründe de en temel üretim unsuru insandır. Sağlık hizmetleri insanların yaşam sürelerine, kuvvet ve dirençlerine, enerji ve canlılıklarına etki eden bütün faaliyetleri kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinin temel amacı, insanların duyduğu sağlık gereksinimlerini karşılamaktır. Bu gereksinimleri karşılayacak olan ise sağlık çalışanlarıdır. Bu denli hassas konumda yer alan hemşirelerin, daha rahat ve güvenli bir ortamda çalışabilmelerinin sağlanması gerekmektedir. Bu da, öncelikli olarak iş yaşam kalitelerinin yükseltilmesi ve örgüte bağlılıklarının artırılması ile mümkün olabilmektedir (Uğur, 2005). İş yaşam kalitesi çağdaş çalışma standartlarının altında ve motivasyon düzeyi düşük olan bir örgütte görev yapan hemşirenin etkin ve verimli çalışması oldukça zordur. O halde yönetici hemşirelerin çalışanlarının motivasyonu ile iş yaşam kalitesine yönelik önceliklerini belirlemesi ve bunları değerlendirebilmesi, çalışanlarının iş yaşam kalitesi ve motivasyonlarını iyileştirecek girişimlerde bulunması ve örgüte bağlılıklarını artırması;

dolayısıyla kurumun verdiği bakım hizmetlerinin kalitesini artırması önem arz etmektedir. İş yaşam kalitesi kavramının çok kapsamlı olduğu ve zaman zaman bireysel özelliklerle birlikte, sosyal, örgütsel, çevresel unsurları içerdđi için ölçümünün zor olduğu bu nedenle hemşirelerin iş yaşam kalitesini ölçmeye yönelik tek bir araç geliştirilemediği; iş doyumu, örgütsel bağlılık, iş baskısı, örgütsel iklim, rol stresi gibi çeşitli alanlarda yapılan çalışmalarla ele alındığı görölmektedir(Uğur, 2008).

Bu araştırmanın amacı; çalışan hemşirelerin iş yaşamı kalitesini; toplam yaşam alanı, güvenli ve sağlıklı çalışma koşulları, işgören kapasitesinin geliştirilmesi, sosyal sorumluluk, sosyal bütünleşme, iletişim, nöbet koşulları, meslek hastalıkları gibi boyutlarla algılama düzeylerini belirleyecek bir ölçek geliştirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.SAĞLIK KAVRAMI

İnsanların yaşamında önemli bir yer tutan sağlık kavramı evrensel olmasına rağmen, anlamı bireyden bireye, toplumdan topluma farklılık gösterir. Bu nedenle, biyolojik, sosyolojik ve kültürel olarak farklı tanımları yapılabilir (Ay, 2008). Sağlık hem bireysel sorumluluğu hem de yaşam kalitesini kapsayan geniş bir tanıma içerir (Öz, 2004). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanıma göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (Çakırcalı, 2000).

Sağlık, fiziksel gücün olduğu kadar, sosyal ve bireysel kaynakların da önemini vurgulayan bireyin ya da grubun istek ve gereksinimlerini karşılayabilme, çevre ile baş edebilme ve değiştirebilme düzeyidir (Öz, 2004).

Sağlık hizmetlerinin, sağlığı etkileyen kültürel, sosyal, fiziksel-biyolojik ve ekonomik faktörlerini de göz önünde bulundurarak, bütüncül sağlık anlayışı (koruma, tedavi, rehabilitasyon ve sağlığın geliştirilmesi) ile gerçekleştirilmesi gerekmektedir (WHO, 2002).

Bütüncül sağlık kavramı ile, bireyin fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal boyutlarının birbirleriyle etkileşim içinde olduğu, her bireyin birbirinden farklı olarak ailesi, çevresi ve toplumla bir bütün olduğu, sağlık ve hastalığın birbirinden ayrı olarak düşünülemeyeceği vurgulanmaktadır. Bütüncül sağlık anlayışına göre sağlık kavramının bazı bileşenleri bulunmaktadır (Öz, 2004):

1. Fiziksel sağlık : Fizik muayene ve tanı işlemleri ile saptanabilen, hastalık ya da bozukluğun olmamasıdır. Fiziksel sağlıkta kişi temel insani gereksinimlerini tam olarak ve sorunsuz bir şekilde yerine getirebilmelidir.

2. Ruhsal sağlık : Bireyin duygu, düşünce ve davranışları ile kendisi ve çevresiyle sürekli bir denge ve uyum içinde olmasıdır. Ancak bu denge durağan bir nitelik taşımayıp, değişken bir denge ve esnek bir uyumdur.

3. Sosyal sağlık: Bireyin diğer insanlarla olan iletişimi, sevilme, ait olma, iş durumu, aile içi ve çalışma arkadaşları ile ilişkileri, dernekler, tiyatro, sinema gibi yaşamını ve gelişimini etkileyen sosyal uğraşlarının olması sosyal sağlığı belirleyen en önemli faktörlerdir.

2.1.1. Sağlığın Korunması Ve Geliştirilmesi

“Herkes İçin Sağlık” ilkesi tüm ye devletler, ye hkmetler ve DSÖ tarafından 1977 yılında ana sosyal hedef olarak kabul edilmiş, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için ortak görüş ve ortak hedeflere ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu hedeflerden birisi de bireyin sağlığının korunmasına ve geliştirilmesine yardımcı olmak ve bizzat bireyin bu koruma ve geliştirme potansiyellerini artırmak, sosyal ve ekonomik olarak kişiye imkan sağlamaktır. Bu yeni sağlık kavramı bütüncül bir düşünce sistemini yansıtmakta ve sağlığın dünya genelinde toplumsal bir hedef ve temel bir insanlık hakkı olduğunu vurgulamaktadır. Ancak 2000 yılında herkese sağlık amaçlarının önemli bir kısmına ulaşılamamıştır. Bu nedenle bugünün ve geleceğin sağlık hizmetleri öncelikli olarak sağlığı geliştirme ve bireylerin kendi sağlık sorumluluğunu üstlenmelerine odaklanmak zorunda kalmıştır. Sağlığı koruma, bir davranışı yapmama ve sakınmayı ifade ederken, sağlığı geliştirme sağlığı olumlu yönde geliştirmeyi hedefleyen dinamik bir süreçtir. Bu iki kavram birbiri yerine kullanılamaz ama birbirlerini tamamlayan iki süreçtir (Dougherty, 1993).

Sağlığın geliştirilmesi doğrudan birey, aile, toplum ve toplum gruplarının sağlık potansiyelinin geliştirilmesi ve iyilik düzeyinin artırılmasına yönelik etkinlikleri ifade etmektedir. Bireyin var olan davranışlarını en st düzeye çıkarmasıdır . Bu hedefe ulaşılabilmesi için sigara içme, alkol ve madde kullanımı, beslenme davranışları, fiziksel aktivite, şiddet davranışları, cinsel davranışlar, sağlıksız vücut ağırlığı kontrolü, aile ile iletişim sorunları ve stres yönetimi gibi riskli davranışlardan kaçınılması gerekir (Yalnkaya ve ark, 2007).

Sağlığı geliştirici davranışların kazanılması bireylerin yaşam kalitesini de artırmaktadır. Yaşam kalitesi, kişisel sağlık durumundan çok, kişisel iyilik halini içine alan, bir çeşit memnuniyeti de kapsayan daha geniş bir kavramdır (Altınparmak, 2006; Şenol ve Türkay, 2006). Yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için ise sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerinin öğrenilmesi, davranışların istendik yönde değiştirilmesi ve bu değişimleri destekleyici çevre koşullarının oluşturulması gerekmektedir (Aktan ve Işık, 2011). Bu süreçleri başarıyla uygulayabilen bireyler ve toplumların sağlıklı olduğundan bahsedilebilir (Tabak, 2000). Bu nedenle fiziksel, ruhsal ve sosyal anlamda iyi olma durumunu sağlayabilmek için birey veya grup isteklerinin farkında olmalı, çevreyi değiştirebilmeli ve çevreyle uyum sağlayabilmelidir (Kaya ve ark, 2008).

2.1.2. Sağlığın Korunması Ve Geliştirilmesine Etki Eden Faktörler

Günümüzde DSÖ ve pek çok sağlık kuruluşu, sağlığın korunması ve geliştirilmesi aktivitelerinin uygulanmasında insan gücü açısından sağlık çalışanlarının; özellikle hemşirelerin özel bir konumda olduğunu vurgulamaktadır (Özkan ve Yılmaz). Çalışanların hizmet sundukları bireyleri sağlıklı davranışlar konusunda bilgilendirebilmesi ve yönlendirebilmesi için, kendilerinin de sağlıklı davranışlar göstermeleri ve toplum için rol modeli olmaları gerekmektedir (Özbaşaran ve ark, 2004). Rol modeli olma beklentisi olan sağlık çalışanları arasında yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma gibi nedenler işle ilgili stres ve gerginliğe yol açarak çalışma koşullarını zorlaştırmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetindeki yetersizlikler, hizmetin ve personelin dengesiz dağılımı da çalışanlarda düş kırıklığı ve gerginlik yaratmaktadır. İşe bağlı gerginlik ve tükenme kişide depresyon, anksiyete, çaresizlik duyguları gibi ruhsal, baş ağrısı, kaslarda gerginlik, uykusuzluk gibi fizyolojik etkilere yol açmaktadır. Bunun yanı sıra işle ilgili gerginliğin işte verimi ve üretimi düşürme, iş doyumunu azaltma, işe gecikme, mazeret belirterek işe hiç gelmeme yada işi tamamen bırakma, sonuçta deneyimli personelin elde tutulamaması gibi kurumsal sonuçları da vardır (Yavuzylmaz ve ark, 2007; Özbaşaran ve ark, 2004).

Sağlıklı yaşam, bedensel fonksiyonların belirli biyolojik ritim içinde kalması ile sürdürülebilir bir durumdur. Hastanelerde 24 saat süreli hizmetleri, vardiya ve nöbet sistemi içinde düzensiz saatlerde çalışmak durumunda olan hemşirelerin uyku bozuklukları, beden ritminin uyumunu olumsuz etkileyen faktörlerin başında gelmektedir. Öyle ki nöbetli çalışma düzeninden vazgeçilse dahi ortaya çıkan sorunlardan uzun yıllar içinde kurtulmak mümkün olamayabilir. Gece çalışmalarının birey üzerinde fizyolojik etkilerinin yanı sıra aile ve sosyal ilişkilerde bozulmaya yol açan sosyal izolasyon, tükenmişlik ve benzeri psikolojik sorunlara neden olduğu da bilinmektedir. Ayrıca işyerinde bulunabilecek sağlık ve güvenlik tehlikeleri sayıca çok fazladır. Başlıca gruplar şu şekildedir (Bilir ve Yıldız, 2006):

1. **Kimyasal Faktörler :** Değişik işyerlerinde kullanılan çok sayıdaki kimyasal madde kendi içinde alt gruplara ayrılabilir. Bunlardan başlıcaları metaller ve metallsiler (kurşun, civa, arsenik, krom vs.), gazlar (karbonmonoksit, metan, kükürt, hidrojen vs.), çözücüler (hekzan, sitiren vs.), asit ve alkali maddeler, pestisidler (organik fosforlu bileşikler, arsenik bileşikleri vs.) olarak sayılabilir.

Bu maddelerden bazıları vücutta birikime uğrayarak zaman içinde zehirlenme tablolarına yol açarken kimileri de kanser yapıcı özellik gösterirler. Bazı kimyasallar ise vücutta birikime gerek olmaksızın, yeterli doz alındığında akut zehirlenmeye neden olurlar. Pek çok kimyasal madde, merkezi ve periferik sinir sistemi, karaciğer, dolaşım sistemi veya sindirim sistemi ile ilgili belirtilere yol açar.

2. **Fiziksel Faktörler :** En sık rastlanılan ortam faktörleri fiziksel faktörlerdir. Fiziksel faktörlerin başlıcaları ise sıcaklık ve gürültüdür. Sıcaklık ve gürültü dışında işin niteliğine göre çeşitli işyerlerinde titreşim, radyasyon, yüksek veya düşük basınç gibi başka fiziksel faktörlerde bulunabilir.

3. **Biyolojik Faktörler :** Özellikle sağlık tesislerinde ve laboratuvarlarında çalışanlar açısından biyolojik tehlikeler söz konusudur. Cerrahi dallarda ve kan bankası çalışanlarında Hepatit-B ve kanla bulaşan diğer hastalıklar daha sık olarak görülür.

4. **Tozlar :** Partikül büyüklüğü 100 mikronun altında olan ve havada asılı olarak bulunan maddeler toz olarak bilinir. Tozlar akciğerlerde birikmek ve fibrotik reaksiyona yol açmak suretiyle kronik obstrüktif akciğer hastalıklarına neden olur. Bunun dışında deride ve diğer organlarda iritan etkileri de söz konusu olabilir.

5. **Ergonomik Faktörler :** Çalışma hayatı ve verimlilik bakımından ergonomik faktörlerde önemli bir yere sahiptir. Çalışma koşulları bakımından rahat durumda olan bireylerin iş kazasına uğrama riskleri azdır, buna karşılık iş verimleri daha fazladır. İşyerindeki çalışma koşullarının bireylerin niteliklerine uygun hale getirilmesi genel yaşam bakımından da önem taşır.

6. **Psikososyal Faktörler :** Çalışma ortamında kişiler arasındaki ilişkiler büyük önem taşır. Bu ilişkilerin iyi olması ve işyeri ortamındaki tehlikelerin kontrol altına alınmış olması gerekir. Bu koşullarda çalışarak bir üretim etkinliğinde bulunmak, bireyin ruhsal ve sosyal iyilik durumu üzerinde etkilidir.

Sağlık çalışanlarının karmaşık, değişken ve dinamik nitelikte hizmet özellikleri, beslenme gereksinimlerinin düzenli bir şekilde karşılamalarını engellemekte ve bu durum çeşitli iş kazaları ve meslek hastalıkları ile sonuçlanmaktadır (Yıldırım, 2009).

Emek-yoğun bir sektör olan sağlık sektörüne bağlı hastanelerde işgücünün önemi diğer sektörlerle göre daha fazladır. Çünkü çalışanın yapacağı ufak bir hata telafisi mümkün olmayan bir zarara veya hastanın kaybına neden olabilir (Tengilimoğlu ve Yiğit, 2005). Hemşirelik, uzun süreli çalışma, aşırı iş yükü, zaman baskısı, zor yada karmaşık görevler, yetersiz dinlenme araları, tekdüzelik ve fiziksel olarak kötü iş koşulları (yer, sıcaklık ve ışıklandırma gibi) gibi stresle ilgili risk faktörlerini içermektedir. Tedavi uygulamaları sırasında, hizmet yoğunluğuna göre değişmek üzere uzun süre ayakta kalma, nöbetlerde uykusuzluk, beslenme düzensizlikleri ile karşı karşıya kalınmaktadır (Alçelik ve ark, 2005).

2.2.YAŞAM KALİTESİ

Teknolojik ve sosyo-ekonomik gelişme sürecinde psiko-sosyal ve ekonomik refahın sağlanması, dengeli bir biçimde sürdürülmesi ile ilişkili olan “yaşam kalitesi” kavramı, geniş kapsamlı evrensel bir yaklaşım olarak dikkat çekmektedir. Yaşam kalitesi, en basit şekliyle; Maslow’un hiyerarşik olarak belirlediği ihtiyaçların ve insan isteklerinin tatmini olarak tanımlanır. Daha geniş bir ifadeyle yaşam kalitesi; yaşam yönetimi sisteminin bir çıktısı ve insanların yaşam biçimlerinden duydukları tatminin ölçümüne ilişkin bir standarttır (Gönen ve Özmete, 1999). Yaşam kalitesi kavramı, bir kişi yada bir grubun yaşam, çevre, halk sağlığı ve güvenliği ve/veya genel çevre standartları olarak tarif edilirken, bir kişinin iş yaşamı, ücret ve kâr, yetenekler, gelişme potansiyeli ve iş-yaşam dengesi gibi çalışma süresi içerisindeki mutluluğunu etkileyen şeyleri kapsar (Ballou ve Godwin, 2007).

Yaşam kalitesi, 1960’lı yıllarda ABD’de politik tartışmalardan kaynağını alan ve o yıllardan sonrada kullanımı yaygınlaşan bir kavramdır. 1960’lı yıllarda ABD’de, yaşamın kalitesinin düzeltilmesi hükümet için birinci hedef olarak kabul edilmiş ve öncelikle daha iyi bir yaşam kalitesi için, daha fazla esenlik sağlayacak materyaller olduğuna inanılan gelir/kazanç, eğitim, sağlık ve barınmayı içeren objektif yaşam durumlarının iyileştirilmesi yönünde çalışmalar yapılmıştır (Nussbaum ve Kumar, 1993; Pınar, 1996).

Yaşam kalitesi kavramı oldukça geniş kapsamlıdır ve bu nedenle de literatürde tartışmalar halen devam etmektedir .Çalışanların iş verimini ve ruhsal durumlarını iyileştirmek için çalışma koşullarının düzeltilmesi ile de yaşam kalitesi artırılabilir (Tezcan ve Aslan, 1999). Çalışanların iş dışındaki yaşamının da, onun işine karşı takınacağı tutum üzerinde etkili olacağı ileri sürülmektedir. En önemlilerinden biri de aile yaşamıdır. Aile yaşamında mutlu olmayanlar genellikle işe karşı isteksiz ve kayıtsızdırlar. Yaş ve cinsiyet de çalışma yaşamını etkilemektedir. Bireyin bedensel, maddi, bireysel, duygusal yaşam tarzı ve yaşı stres yaratan öğelerdir ve yaşam kalitesinin belirleyicilerindendir (Şahin, 2001; Kaya, 2003).

Yaşam kalitesini değerlendirmeye neden olan ilgi son yıllarda artmıştır. İnsanlar giderek yaşamın uzunluğu ile değil, niteliği ile ilgilenmeye başlamışlardır. Yaşam kalitesi 1980'li yıllarda hemşirelik alanında da tanınmaya başlanmıştır ve halen yaşam kalitesi ölçümleri hemşirelik girişimlerinin sonuçlarının değerlendirilmesinde oldukça kabul görmektedir. Yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamına bakış açısı olarak değerlendirilmekte ve yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk yaşam kalitesi ile eş anlamda kullanılmaktadır. Yaşam kalitesi bir bütün olarak yaşamın subjektif olarak değerlendirilmesidir. Yani bireyin ne algıladığının değerlendirmesini ve bunlardan aldığı doyumu içermektedir (Kızılcı, 1997).

Günlük konuşmalarda sık kullanılması, farklı bilimlerde birçok bilimsel çalışma yapılmasına karşın, yaşam kalitesi kavramı, subjektif doğası gereği, hala tam olarak tanımlanamamıştır. Farklı tanımlar; bir dereceye kadar çakışan, ancak mutlaka eşanlamlı olmayan; doyum, mutluluk, moral, pozitif etki, negatif etki dengesi, algı, sağlık, subjektif ve psikolojik esenlik gibi kavramları ifade etmektedirler (İnci, 2008).

Tarihsel perspektifle baktığımızda; yaşam kalitesi kavramının öncelikle ekonomi biliminde; esenlik, yaşam düzeyi ve kalkınma kavramlarından hemen sonra ortaya çıktığını ve ekonomik kalkınmayı kişi başı ölçütleriyle ölçen yaklaşımın, daha gelişmiş bir anlayışını yansıttığını görüyoruz. Ekonomistlerin yaklaşımı, yaşam kalitesinin, yaşam düzeyi kavramına çok yakın bir anlamda ele alındığını düşündürmektedir (Nussbaum ve Kumar, 1993; Pınar, 1996).

Sosyologlar, ekonomistlerin üzerinde durdukları ulusal üretim, gelir, satın alma gücü gibi göstergelerin, yaşam kalitesi kavramını değerlendirmede yeterli olamayacağını; çalışma, barınma ve sosyal durumun da ele alınması gerektiğini savunmuşlardır. Sosyolojik ağırlıklı yaklaşımlarda, yaşam kalitesi kavramı yaşam biçimi kavramı ile benzerlik göstermektedir (Lauer And Lauer, 2007).

Psikologlar, yaşam kalitesini genellikle bireyin yaşamı hakkında sahip olduğu doğrudan veya dolaylı algısı üzerine temellendirmişler; sosyal durumun iyi olmasının, daha iyi subjektif esenlik ile mutlaka paralellik göstermeyeceğini, subjektif esenliğin;

objektif çalışma ve barınma durumlarının ötesinde, çalışma ve barınma durumlarından doyum bulup bulmama ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (Andrews And Abbey, 1985).

Edlund ve Tancredi (1985), yaşam kalitesinin genellenemeyeceğini, değişen ideolojik anlamları olduğunu belirtmiş ve bunu aşağıda açıklandığı gibi, farklı bakış açılarından ele almıştır.

***Bireysel amaçların tatmin edilmesi anlamında yaşam kalitesi:** Bu görüşün kaynağı eski Yunanlılardır, çağdaş yorumu ise Maslow tarafından yapılmış, tarihte belli dönemlerde, “ben kavramı”, “narsizm kültürü”, “emperyalist kişilik”, “kişinin kendini tatmini” gibi farklı klişelerle ifade edilmiştir. Burada, “olabildiğinin en iyisi ol” düşüncesi ile yaşam kalitesi kavramı, kendini yüceltmek, tatmin etmek anlamında ele alınmıştır.

***Bireyin toplumdaki yeri anlamında yaşam kalitesi:** Yaşam kalitesi kavramı bireyin toplumdaki yeri anlamında da kullanılmaktadır. Yaşam kalitesi bağlamında, toplumda iyi konumda olmak birçok potansiyel anlamı içerir. Bazı araştırmacılara göre; toplumda iyi konumda olmak, ve yaşam kalitesiyle eşdeğer tutulan bireysel yararlılık, bireyden bireye farklılık gösterir.

Edlund ve Tancredi’ye (1985) göre, yaşam kalitesinin farklı ideolojilerini değerlendirirken; soyut anlamda, herhangi birinin diğerinden üstün olduğunu göstermek mümkün değildir. Çünkü, yaşam kalitesi duruma özeldir, duruma özel karar verebilmek, her kararı farklı açılardan ele almayı gerektirir; bu açılar, sosyal, ekonomik, ahlaki, bireysel ve hatta politikte olabilir.

Hörnquist'e göre (1989), yaşam kalitesi incelemelerinde, fiziksel sağlık ve beden fonksiyonları; psikolojik alan (esenlik, algılama, etkileşimler, öğrenme, mantık, yaratma yeteneği); sosyolojik alan (bir bütün olarak yaşam, tümüyle sosyal yaşam, genel sosyal etkileşimler, aile yaşamı, cinsel yaşam ve sosyal etkileşim kapasitesi); davranış/aktivite alanı (tüm aktif yaşam, öz-bakım gücü/yeteneği, hareket, çalışma kapasitesi, temel alışkanlıklar, çalışma arzusu, yeme, içme, uyku, sigara ve diğer alışkanlıklar); maddi

alan (bireysel ekonomi, barınma durumu, özel destekler, gayrimenkullar, işten sağlanan kazanç) ve yapısal alan (yaşamın anlamı, sosyal statü, sosyallik görüşü) birlikte değerlendirilmelidir. O'na göre, yaşam kalitesi incelemeleri, bir bahçe içindeki farklı meyvelerin incelenmesine benzer. Sonuçta elmalar elma, armutlar armut olarak kalır, ilişkili yönleri, aynı bahçe içinde olmaları ve meyve olmalarıdır. Bu sayılan yaşam kalitesi alanları birbirleriyle ilişkili olsun yada olmasın incelenmek durumundadır.

Yaşam kalitesi bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyum ve mutluluk durumu ile ilişkili olduğu gibi, bireyin kendi esenliği hakkında subjektif görüşü olarak da tanımlanabilir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise, “kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığına ilişkin subjektif görüşü” olarak tanımlanır. Bu tanım DSÖ tarafından yapılmış olan sağlık tanımına oldukça yakın bir tanımdır. Yaşam kalitesi, “bireyin tüm gereksinimlerini karşılaması, yaşamdan doyum sağlaması, eğlenmeye zaman ayırması, emosyonel ve fiziksel durumun istendik düzeyde olması, kişiler arasındaki ilişkilerini sürdürebilmesi” olarak da tanımlanabilir (Aksungur, 2009).

Yaşamın kaliteli olması beş büyük alanı takip eden kategorileri kapsamaktadır (Spilker, 1996):

- Fiziksel durum ve pratik yetenekler,
- Psikolojik durum ve iyi-yaşam,
- Sosyal etkileşimler,
- Ekonomik, ve veya meslek durumu ve faktörler,
- Dinsel ve veya ruhsal durum.

Yaşam kalitesi ile ilgili olarak Campbell, Converse ve Rodgers'ın 1976'da yaptıkları çalışmada, “insanların genel mutluluk ve doyum duygularını özetleyen farklı doyum alanlarını kapsayan bir gösterge” oluşturmak amaçlanmıştır. Ayrıca toplumun “hangi kesimlerinin yaşam kalitelerinin ilerlediğini ve hangi kesimlerinin gerilediğini” saptayarak, eğer bazı kesimlerde “değişiklikler” olduysa bu değişime neden olan “etkenlerin neler olduğunu” ve bu “etkenleri değiştirmenin mümkün olup olmadığının” belirlenmesi amaçlanmıştır. Önem sırasına göre 11 farklı doyum alanı tespit edilmiştir. Bunlar (Oktik, 2004) ;

1. Sağlık,
2. Evlilik,
3. Aile hayatı,
4. Ulusal hükümet,
5. Dostluk,
6. Ev(konut),
7. İş,
8. Topluluk,
9. İnanç/din,
10. Rekreasyon,
11. Mali Durum alanlarıdır.

Yaşama verilen değerin bileşik göstergeleri, tümü birbiriyle etkileşim içinde olan 6 alt-göstergeden oluşmakta ve bir altıgenin köşelerine oturtularak simgeleştirilmektedir. Bu alt göstergeler şunlardır (İş Güvenliğinin Boyutları, <http://www.fisek.com.tr/isgüvenligi/boyut/php>, Erişim Tarihi: 17.5.2009):

1. Gelir düzeyi,
2. Sağlık,
3. Çalışma hakkı ve işsizliğin önlenmesi,
4. Güvence (iş güvencesi ve sosyal güvencesi),
5. Aydınlatma ve bilme hakkı,
6. Hak arama özgürlüğü ve örgütlenme hakkı.

Bütün bu alt-göstergelerin yaşama geçirilebilmesinin ön koşulu da demokrasinin varlığıdır. Çünkü her biri temel insan haklarındandır. Bunun için de, yaşama verilen değerin bileşik göstergesini simgeleyen altıgenin zeminini “demokrasi” oluşturmaktadır (İş Güvenliğinin Boyutları, <http://www.fisek.com.tr/isgüvenligi/boyut/php>, Erişim Tarihi: 17.5.2009). Dalkey ve Rouke 1972 çalışması ve Campbell 1981 çalışması yaşam kalitesinin, kişinin refah duygusu, yaşamdan hoşnutluğu yada mutsuzluğu olduğu görüşünü savunmaktadır (Öner, 2005).

Yaşam kalitesi kendisiyle barışık, sürekli öğrenen ve gelişen, kendisine ve çevresine katkılı, sorumlu ve huzurlu vatandaş olmak anlamına gelmektedir. Kendisine

de ailesine de vakit ayırabilen, işini en yüksek kalite ile yapan, kendisini kaybedenler sınıfında hissetmeyen, kendini ezdirmeyen ve ezilen edebiyatı yapmaktan keyif almayan insanlar, yaşam kalitesi yüksek insanlar olmaktadır. Yaşam kalitesini yükseltmek hem içsel: bizden kaynaklanan, hem de dışsal: kişinin kendi dışından kaynaklanan iyileştirmeleri gerektirmektedir (Yaman, 2000). Yaşam kalitesi içsel ve dışsal birleşimlerin bir araya gelerek oluşturduğu bir kavramdır. Yaşam kalitesinin çeşitli göstergeleri vardır. Bu göstergeler; farklı yaklaşımlar açısından yaşam kalitesi, ekonomik göstergelerle yaşam kalitesi, sosyal göstergelerle yaşam kalitesi, psikolojik göstergelerle yaşam kalitesi, sağlık perspektifinden yaşam kalitesi ve ekolojik perspektiften yaşam kalitesidir (Öztuna, 2007).

Sonuç olarak, yaşam kalitesine tüm bu yaklaşımlar, yaşam kalitesinin çok geniş kapsamlı bir kavram olduğunu ve farklı yaklaşımların içeriğinin iş yaşam kalitesini etkileyebilecek faktörleri de içerecek şekilde büyük parçaları bir araya getirdiğini göstermektedir.

İş yaşam kalitesini etkileyen işten memnuniyet, motivasyon, gelir, statü, ekip uyumu, iyi iletişim, saygı görme, terfi vb. gibi tüm parametrelerin aynı zamanda yaşam kalitesini etkileyen faktörler olduğu görülmektedir (Kavlu, 2008).

DSÖ' ye göre yaşam kalitesi, bireylerin yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içerisinde amaçları, beklentileri, ilgi alanları ve yaşam standartları doğrultusunda hayattaki pozisyonları nasıl algıladıklarıdır. İlerleyen teknolojiyle birlikte hastalıkların üstesinden gelinmesinde önemli gelişmeler sağlanması, ortalama yaşam süresinin uzamasına ve bununla bağlantılı olarak kronik bir hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin artırılması yönünde çabaların yoğunlaşmasına yol açmıştır (Aksungur, 2009).

2.3. İŞ YAŞAM KALİTESİ

Çalışma, insan yaşamının ayrılmaz bir parçasıdır. Toplumun çeşitli ihtiyaçlarının sağlanması, toplum üyelerinin çalışması ile gerçekleşmektedir. İnsanların bulunduğu her alanda olduğu gibi, çalışma ortamındaki problemler de, psikolojik olay ve özelliklerle

yakından ilişkilidir (Doğan, 1987). İçinde yaşadığımız toplumda çoğu zaman iş ve birey birbirlerinin aynası olarak kabul edilmekte ve insanlar yaptıkları işlerle değerlendirilebilmektedirler. Kişinin sahip olduğu iş, onun toplumsal statüsünün, hayattan aldığı doyumun ve zevkin, ailesine sağladığı maddi manevi her türlü imkanın belirleyicisi durumundadırlar (Çakmak, 2004).

İşin insan yaşamındaki öneminden bahsederken sadece iş yerinde geçirilen zaman değil, iş ile ilişkili olarak yaşanan, eğitiminden itibaren her türlü çaba, kaygı ve beklentinin de göz önünde bulundurulması gerekir. Bu durumda işin bireyler için taşıdığı anlam sadece ekonomik yararlarla sınırlandırılmaz. Ekonomik ihtiyaçların ortadan kalktığı durumlarda bile pek çok kişi çalışmaya devam etmekte, belki sadece kendisine daha uygun koşullardaki işleri tercih etmektedir (Ergin, 1995). Bu durumda işin insan yaşamında ekonomik bir unsur olmaktan öte işlevleri olduğu sonucuna varılabilir.

Maslow'un temel insan gereksinimleri piramidi doğrultusunda değerlendirildiğinde iş yaşamı bireylere; sosyal güvence, çalışma grubu içerisinde bulunmaktan dolayı sosyal destek ve birbirine bağlılık, ait olma, saygı görme, başkaları tarafından fark edilme gereksinimlerinin karşılanmasını sağlar. Saygı görme ihtiyaçlarının karşılanması ise prestij, kendine güven, güç ve yararlı olduğunu hissetme ile sonuçlanır (Huber, 2000).

Günümüz çağdaş yönetim anlayışında örgütü başarılı ya da başarısız yapan en önemli unsurun insan olduğu gerçeği yadsınamaz. Bu anlayışa bağlı olarak, çalışanların ruhsal durumu ve işle ilgili tutumu konusunda artan bir ilgi meydana gelmiştir. Zamanının büyük bir bölümünü işinde geçiren insan, işinde mutlu olabildiği oranda üretkenliği artmaktadır (Paşa, <http://www.isguc.org/muammer1.htm>, Erişim Tarihi: 23.5.2009).

İş yaşamı kalitesi bakımından da, işgörenlerin işten çıkarılma duygusunu yaşamadan ve yeterli ücret aldıklarında daha bir hevesle çalışmakta oldukları görülmektedir. Yapılan bir çalışmada motivasyonun iki etmeni olduğu görülmüştür.

Bunların ilki sürdürme etmenleridir. Bu, çalışanlara ödenen ücret, çalışma şartları, ast-üst ilişkileri, iş güvencesi gibi unsurlar olmakla birlikte çalışanların motive edilmesinden çok işini sürdürmesini sağlamaktadır. Organizasyon yapısının, görev tanımlarının ve sorumluluklarının, işin gerektirdiği niteliklerin belirlenmesi zaten tüm işletmelerin oluşturması gereken temel unsurlardır. Bu etmen iyi derecede sağlanamazsa işletme içinde devamlı bir hoşnutsuzluk, gerginlik, tatminsizlik ortamı oluşacaktır (Erdemir, http://www.isguc.org/index.php?avc=arc_view.php&ex=76&pg=k:

5.10.2011). İsrail’de yapılan bir çalışmada ise (Shamir ve Salomon1985) iş yaşam kalitesi; kişinin işinden duyduğu doyum ve iş deneyiminin ödüllendirici, bireyi gerçekleştirci olması anlamında kavramsallaştırılmıştır (Araz, 1991).

İş yaşamı kalitesi ile ilgili en temel çalışmalardan biri olarak kabul edilen Quinn ve Stain’in boylamsal nitelikteki çalışması bu konuyla ilgili betimsel bilgi sunmak amacıyla oluşturulmuştur. İş yaşamı kalitesi konusunda yapılan bu çalışmada ölçümler (Araz, 1991):

- İş yaşamıyla ilgili problemler,
- İş doyumunu,
- Yaşam doyumunu konularına odaklanmıştır.

İş hayatımız tüm özel hayatımızı etkilemektedir. Hatta bazen mesai arkadaşlarımızla, ailelerimizden daha fazla beraber olduğumuz görülmektedir. Çoğumuz sosyal hayatlarımızı bile iş arkadaşlarımızla birlikte paylaşmaktayız. Japon işletmelerinde çalışanlar, aileleriyle işe alınmış sayılmaktadır. Aileler birbiriyle tanışır, kaynaşır ve işletmenin çatısı altında büyük bir aile oluşturulur. Bu grup, varlığını sürdürebilmek için beraber çalışır, sıkıntılara göğüs gerebilmektedir. İşletmenin varlığı onların geleceklerini oluşturmaktadır.

(Erdemir, http://www.isguc.org/index.php?avc=arc_view.php&ex=76&pg=k: 5.10.2011).

Boisvert (1977) işgörenlerin iş yaşam kalitesi kavramından anladıkları şeyin, araştırmacıların bu kavramda anlattıkları durumlara göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yaptığı araştırmada iş yaşamı kalitesi ile ilgili 15 boyut kullanmıştır. Bunlar (Araz, 1991):

- İş üzerinde kontrol,
- Kişinin kendi yargısını, hükmünü kullanabilmesi,
- Örgütün son ürünleriyle ilgili işte çalışma olanaklarına sahip olma,
- Karar vermenin önemi,
- İşin öğrenme olanakları sunması,
- Yetenek ve hünerlerin kullanımı,
- İş yeterliliği üzerinde kontrol,
- Performansla ilgili geribildirim,
- İşin zorlayıcı ancak zevkli olması,
- İşin çeşitliliği,
- Mesai arkadaşlarıyla olan karşılıklı etkileşim,
- İşinde onay görme,
- İşte arzu edilen geleceğe ulaşma olanaklarına sahip olma,
- Örgütsel karar verme sürecine katılma,
- İşinden gurur duyma.

Araştırmada (Boisvert 1977) hem global hem de ayrıntılı yönleriyle iş yaşam kalitesi ölçülmüş, ayrıca global iş doyumu da belirlenmiştir. Sonuçta global iş yaşam kalitesinin araştırmacılarının onun alt unsurları olduklarını söyledikleri boyutlardan daha fazla oranda iş doyumu ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu da iş yaşam kalitesi ile ifade edilen terimin işgörenlerin zihninde uyandırdığı imajın, araştırmacılarıinkiyle benzeşmediği sonucunu sunmaktadır.

İş yaşam kalitesi, iş etiğinin ve çalışma koşullarının akla gelebilecek her yönünü kapsayan çok geniş anlamlı bir terimdir. İYK açık ve kapsamlı bir tanımlamayla gelişmiş endüstriyel bir toplumda iş deneyimlerini etkileyen faktörler dizisini ifade eder ve toplam iş çevresinin bireylerin hoşuna gidebilen veya gitmeyen yönlerini belirten bir terimdir (Morton, 1977; Newstrom, 1997) .

Çalışma yaşamının insancıllaştırılması olarak da adlandırılan İYK kavramı sadece iş ortamını çalışan insana uyumlaştırmaya yönelik çabalardan ibaret olmayıp çalışan insanın işin gerekleri ve iş ortamına uyumlaştırılmasından, yönetime katılma modellerine kadar geniş bir faaliyet dizisini içermektedir (Paşa, <http://www.isguc.org/muammer1.htm>, Erişim Tarihi:23.5.2009). İYK örgütsel davranışı oluşturan en önemli etkenlerden biridir. Örgütün amaç ve hedeflerine yönelik olumlu çıktılar elde edebilmek için çalışanların motivasyonunu sağlamada ve performanslarını artırmada önemli bir etkiye sahiptir (Newstrom, 1997).

2.3.1. İş Yaşam Kalitesi Tanımı

Son otuz yıl boyunca, İYK kavramı, örgüt kuramları ve gelişimi, motivasyon, liderlik, endüstriyel ilişkiler ve teknolojik değişimler gibi kavramları da içine alan, iş çevresinin doğasını değerlendiren ve stresi azaltan disiplinler arası kapsamlı araştırma alanı olmuştur (Bhola, 2006).

Kesin olan bir şey vardır ki başarılı işletmelerin çoğunluğu, işini iyi yapan, yaptığı işten hoşlanan, işinin önemiyle ve iş arkadaşlarıyla gurur duyan, yönetimin desteğini alan, işletmenin amaç ve hedeflerini sahiplenmiş, işletmenin amaçlarını kendi amaçlarıyla bütünleştirebilen çalışanlara sahip işletmelerdir. Müşterilerine hizmet vermekten gurur duyan bir çalışan kitlesi, firmaya daha fazla sadık ve memnun müşteriler kazandıracaktır.

(Erdemir, http://www.isguc.org/index.php?avc=arc_view.php&ex=76&pg=k: 5.10.2011).

İş yaşamının kalitesi, felsefecilerin, sosyal bilimcilerin, işçi ve işverenlerin ilgi alanına giren pek çok konu içeren bir kavramdır. Bu kavram çalışma ahlakı ve çalışma şartlarının pek çok yönünü, çalışma koşulları konusunda alınacak önlemleri, çalışanın memnuniyeti ve memnuniyetsizliğini, üretimdeki verimlilik konusundaki yönetsel kaygıları ve sosyal denge ile bütünlüğü içine alan çok geniş bir kavramdır (Güvenli, 2006).

İYK; klasik yönetim anlayışından çağdaş yönetim anlayışına geçiş yapan, işletmedeki çalışan boyutunu öne çıkaran yapı ve süreci içeren, sistem yaklaşımı çerçevesinde çalışanların iş tatmini ve kişisel beklentilerine önem veren ve insanı değiştirme ve işe motive etme yoluyla iş verimliliğini arttırmayı hedefleyen bir tekniktir(Serbest, 2000).

Sosyal bilimciler, son yıllarda oldukça tartışılan "iş yaşam kalitesi" kavramını tanımlamakta zorluklarla karşılaşmaktadırlar. Çünkü İYK; iş güvenliği, ödül sistemleri, eğitim ve yükselme fırsatları ve kararlara katılım gibi kavramları içine alan çok boyutlu dinamik bir yapıdır. Çalışanların etkinliğini ve çalışma şartlarını geliştirmeyi amaçlayarak onların iş tatminlerini sürdüren ve yükselten stratejiler ve operasyonlar sistemidir (Considine & Callus, 2002). Bu kavram ile sadece işletme içerisindeki çalışanlara önem verme, onları tatmin etme kastedilmemektedir. İYK kavramı ile işletmelerin uzun dönemli etkinliğinin ve verimliliğinin sağlanması, daha iyi bir çalışma ortamının oluşturulması da anlatılmak istenmektedir (Kaymaz, [www. isguccdergi.org](http://www.isguccdergi.org), Erişim Tarihi: 23.04.2009).

Son yıllarda İYK üzerine yapılan birçok çalışmada, işletmeler açısından çalışanların iş yaşam kalitelerinin iyileştirilmesiyle örgütlerin yüksek performans derecelerine ulaştığı gözlemlenmiştir. Yine aynı şekilde insan kaynağı ya da çalışan açısından da yapılan pek çok çalışmada çalışanların iş yaşam kalitelerinin iyileştirilmesinin, çalışanların iş tatmini ve işe bağlılık algıları üzerine olumlu etkisi olduğu ortaya konmuştur (Abdeen, 2002).

Günümüzde, örgütsel performansı belirleyici unsurun “çalışan insanlar” olduğunun açıklıkla fark edilmesi iş yaşam kalitesi kavramını öne çıkarmış ve bu konudaki uygulamaların önemini arttırmıştır. Çalışanların yaratıcılık potansiyeli işletmelerin rekabetçi üstünlüğünün temel bir kaynağıdır. Bu kaynağı en iyi şekilde kullanabilmenin yolu da yüksek kalitede bir çalışma ve yaşam ortamı sağlamaktır. Çalışanların niteliklerinin yükselmesi ve buna bağlı olarak beklentilerinin artması işletmeleri iş yaşam kalitesini iyileştirecek kararlara ve uygulamalara sevk etmektedir (Barutçugil, 2004).

Amerikan Çalışma Enstitüsü iş yaşam kalitesini belirleyen temel özellikleri şu şekilde sıralamıştır:

- İşe duyulan ilgi,
- Kariyerdeki hedeflere ulaşabilme olanakları,
- İş ile ilgili kararlara katılabilme,
- Başarıya göre terfi olanakları,
- Yönetime duyulan güven,
- Kişiyeye gösterilen saygı,
- Yoğun iş stresinin bulunmaması
- Maddi açıdan rahatlık,
- Uygun fiziksel çalışma ortamı,
- Amirle uyumlu ilişkiler,
- İşin kişisel yaşam üzerindeki olumlu etkisi,
- Sendika-işveren ilişkilerinde uyum

Göröldüğü gibi tüm bu özellikler insan doğasıyla doğrudan paralel nitelik taşımaktadır. Başka bir ifadeyle iş ve insan arasındaki uyuma bağılı olarak iş yaşam kalitesi ortaya çıkmaktadır (Serbest, 2000).

İYK kavramı geniş kapsamlı, sınırları belirsiz, algılanışı ve tanımlanması zaman içinde ölkeden ölkeye, aynı ölkedeki kesime, kişiden kişiye değışen farklı içerik ve öncelikleri olabilen bir kavramdır (Schulze, 1998; İncir, 1991). Değışikliğin nedeni bir taraftan toplumsal yapı, felsefe, amaç ve değerler iken, diğer taraftan da çalışanların değışik ihtiyaçları , özlem ve beklentileridir (İncir, 1991). Literatürde İYK ile ilgili pek çok tanım yer almaktadır. Bunlardan bazıları şunlardır:

İYK, mevcut çalışma ortamında değışiklikler yaparak daha iyi çalışma koşulları oluşturmayı ve yaşam kalitesinin geliştirilebilmesine hizmet etmeyi amaçlayan, işletmenin verimliliğini arttırırken bir yandan da işletmede çalışan bireylerin niteliklerinin yükseltilmesi, onların tatmine ulaşmalarını sağlamaya çalışan bir tekniktir (Erginer, 2003).

Cascio'ya göre İYK; örgütün tüm yönlerini etkileyen, inanç ve değerler dizisini (iş zenginleştirme, demokratik denetim, çalışan katılımı, güvenli çalışma koşulları gibi) oluşturan sistemsal bir yaklaşımdır (Cascio 1995).

İYK, bir yönetim felsefesi olarak çalışanlara iş yerlerinde daha nitelikli iş koşullarının sağlanmasını amaçlayan, çalışanların fiziksel ve psikolojik refah düzeylerini yükselten, kurumsal kültürde değişimler yaratan ve sonucunda tüm işletme çalışanlarının değerini yükselten bir yönetim anlayışıdır (Yüçetürk, 2005).

İYK, örgütsel performansı ve çalışan refahını arttırmak için tasarlanmış, insan kaynakları yönetimi (İKY) politika ve uygulamalarının yürütülmesini içerir. Bunu sağlamak için de çalışanların verimliliklerini ve ürün kalitesini iyileştirmelerini sağlamak için çalışmalarını sürdürdükleri çalışma ortamının kalitesinin artırılması gerektiğini savunur (Bingöl, 2006).

İYK; teknik ve ekonomik boyutlara ilave olarak insan boyutunun da eklendiği, çalışan ve çalışma ortamı arasındaki ilişkinin kalitesidir (Yücel ve Erkut, 2003).

İYK, bir örgütte çalışanların güvenilir, sorumluluk sahibi, kararlara değerli katkılarda bulunabilecek, saygınlık ve itibar sahibi ve en önemlisi çalışanların örgütün en önemli kaynağı olduğu bir felsefe, ilkeler dizisidir. Başka bir ifadeyle, bireylerin işle ilgili refah düzeylerini içeren, ödüllendirici, tatmin edici, stres ve diğer kişisel olumsuz faktörlerden uzak iş deneyimlerine sahip insanların oluşturduğu kapsamlı bir yapıdır (Rose et al, 2006).

2.3.2. İş Yaşam Kalitesinin Amaçları

İş yaşam kalitesinin amaçları; insan ve sosyal gereksinimler arasında denge kurulması, çalışanların işle ilgili kaygılarının azaltılması, işle ilgili kararlara daha fazla oranda katılmaya cesaretlendirilmesi, kaza ya da yaralanma olasılığını en aza indiren bir çalışma ortamının yaratılması, işten kaçmaların azaltılması, çalışanların, işlerinden

daha fazla oranda gelir elde etmelerinin sağlanması, üretkenliklerinin artırılması ve bireysel yetenek ve becerilerden maksimum düzeyde yararlanmak için işlerin, yönetsel ve organizasyonel süreçlerin planlanması olarak sıralanabilir (Solmuş, 2000).

İş yaşamında kalite anlayışının temel amacı, örgütün ekonomik büyümesinin sağlanmasıyla birlikte insanlar için de mükemmel olan çalışma koşullarını geliştirmektir (Solmuş, 2000). Daha geniş bir anlamda, insan ve sosyal ihtiyaçlar arasında denge kurulması, yaşamın daha ödüllendirici kılınması, iş görenlerin işle ilgili kaygılarının azaltılması ve işle ilgili kararlara daha fazla oranda katılmaya cesaretlendirilmesi, kaza yada yaralanma olasılığını en aza indiren bir çalışma ortamının yaratılması, bireysel yetenek ve becerilerden maksimum düzeyde faydalanmak için işlerin, yönetsel ve organizasyonel süreçlerin planlanması, iş görenlerin, işlerinden daha fazla oranda gelir elde etmelerinin sağlanması, üretkenliklerinin artırılması ve işten kaçmaların azaltılması amaçlarını taşıdığı söylenebilir. Günümüzde iş görenlerin fiziksel ve psikolojik refah düzeylerini arttıran, kurum kültüründe değişimler yaratan ve tüm çalışanların değerini arttıran bir yönetim felsefesi olarak kabul edilmektedir (Solmuş, 2000).

İYK uygulamaları, çalışanları işleri ile bütünleştirmek, iş tatminini sağlamak ve onları yetenek ve beklentilerine uygun insancıl çalışma koşullarına kavuşturmak için yürütülür. İnsancıl çalışma koşulları, çalışma ortamının belirli bazı özellikler taşıması anlamına gelir.

Çalışma ortamının bu özellikleri;

- Çalışanların tehlikelerden uzak tutulması, onların sağlığının ve güvenliğinin gözetilmesi,
- İşyerine huzurun, güvenin ve yüksek iş tatminin sağlanması,
- Çalışanların tüm temel ve sosyal ihtiyaçlarına yanıt verilmesi,
- Çalışanlara kendilerini kanıtlamaları için olanaklar sağlanması,
- Çalışanların yeteneklerini ve kişiliklerinin geliştirmeleri için fırsatlar verilmesi şeklinde özetlenebilir (Aba, 2009).

İYK uygulamaları bir taraftan güvenli ve sağlıklı iş ortamı üzerinde odaklanırken, diğer taraftan da iş ve iş dışı faaliyetler arasında bir uyum ve bütünlük sağlanmasını da amaçlar.

Çalışanların işleri ve evleri, diğer bir ifadeyle iş yaşamlarıyla özel yaşamları arasındaki uyumlu bir denge ve bütünlük sağlanarak iş ortamının çekiciliği arttırılmaya çalışılır. Kişisel gelişim ve büyümenin desteklenmesi ise; kariyer planlama, eğitim ve geliştirme, performans yönetimi ve değerlendirme, işin yeniden tasarımı, ücretlendirme ve ödüllendirme gibi insan kaynakları yönetimi uygulamalarında kendini gösterir (Barutçugil, 2004).

2.3.3. İş Yaşam Kalitesinin Tarihsel Gelişimi

İş yaşam kalitesi ile ilgili ilk genel ve sistemli yaklaşım, Londra'daki Tavistock İnsan İlişkileri Enstitüsü'nde 1950'li yıllarda Eric Trist, Fred Emery, A. K. Rice, Hans van Beinum ve arkadaşları tarafından yürütülen kuramsal ve pratik çalışmalarla sağlanmıştır. Çalışmalarda özellikle, örgütü açık sistem olarak kabul ederek işin yapısını, işi yapanları ve teknolojiyi bütünleştirmeyi, diğer tüm faktörlerin kendi aralarındaki ilişkilerini, sevk ve idare fonksiyonlarını ortaya koyan yeni bir sistem geliştirmişlerdir (Çavuşoğlu, 2002).

İş yaşam kalitesi kavramı ilk olarak 1972 yılında New York'ta yapılan uluslararası bir konferansta ortaya atılmış ve Uluslararası Çalışma Yaşamı Kalitesi Konseyi çalışma yaşamı kalitesi hakkında araştırma ve uygulama yapmak için oluşturulmuştur (May et al, 1999).

1980'li yılların sonu ve 1990'lı yılların başlarında kötü ekonomik bilânçolar, iş yaşam kalitesinin geleceğini tehlike altına sokmuştur. İşletmelerin yeniden yapılanma sürecinde ortaya çıkan öncelikle, çoğu işletmenin düzenlemelerini yeniden tanımlamasına ve kurumsal yaşamın doğasını tümünden değiştiren stratejileri ortadan kaldırmasına yol açmıştır. Buna bağlı olarak çalışanlar, iş yaşam kalitesi, yöneticileri ve

işletmelerden neler beklediklerine ilişkin olumsuz tutumlar sergilemiştir (Dikmetaş, 2004).

İş yaşam kalitesi ile ilgili girişimler, eskiden daha çok sendikalaşmış üretim sektöründe ağırlık kazanmasına karşın, günümüzde tüm sektör ve meslek gruplarında daha fazla yer almaya başlamıştır. Özellikle kurumsallaşmış işletmeler “nce insan” anlayışını benimsemekte, işletmenin amaçlarına ulaşmada insan unsuru ile birlikte hareket etmenin kaçınılmaz olduğunu savunmaktadır (Aba, 2009).

2.3.4. İş Yaşam Kalitesinin nemi Ve ağdaş Yönetim Anlayışında İYK

Günümüz ağdaş yönetim anlayışında rgt başarılı ya da başarısız yapan en önemli unsurun insan olduğu gerçeği pek çok kişi ve örgüt tarafından kabul edilmektedir. Bu anlayışa bağlı olarak, çalışanların ruhsal durumu ve işle ilgili tutumu konusunda artan bir ilgi meydana gelmiştir. İnsan, zamanının büyük bir bölümünü işinde geçirmekte ve işinde mutlu olabildiği oranda üretkenliği artmaktadır. Zira iş, insan için yalnızca kaçınılmaz bir zorunluluk değil, aynı zamanda insanı doğanın tutsaklığından kurtaran, toplumsal ve bağımsız kılan bir nitelik taşır (Paşa, www. isgucdergi.org, Erişim Tarihi: 23.5.2009).

Bu nedenle çalışma yaşamının kalitesinin arttırılması hem örgüt ve çalışanlar açısından daha verimli ve üretken bir ortamın oluşmasına, hem de alınanların sosyo-psikolojik sorunlarının örgüt içinde daha az görülerek giderilmesine yardımcı olmaktadır (Fettahlıoğlu, 2006).

İş yaşamında kalite anlayışı, özellikle son yıllarda, çalışanların fiziksel ve psikolojik refah düzeyini yükselten, örgütsel kültürde değişimler yaratan ve tüm çalışanların değerini arttıran bir yönetim felsefesi olarak grlmektedir (Solmuş, 2000).

Çalışanlara iyi bir iş yaşam kalitesi sağlanması, örgütün başarısını gösterir. İş yaşam kalitesi, iyi bir gözetim, iyi çalışma koşulları, yüksek ücret ve sosyal haklar, ilginç, rekabetçi ve ödüllendirici bir iş demektir (zgen, 2002).

Yaşamın bütün olması, çalışma ve yaşama koşullarının, dolayısıyla çalışma ve yaşam kalitesinin birbirinden ayrı düşünülmesini olanaksız kılmaktadır. Bunun nedeni, çalışma ve yaşama koşulları arasında çok yönlü, sıkı etkileşimin bulunmasıdır. Bu nedenle çalışma yaşamı kalitesi, yaşam kalitesinin sağlanması bakımından önemlidir (Yüksel, 2004).

2.3.5. İş Yaşam Kalitesi Kriterleri

İş yaşam kalitesi kavramının temel unsuru kurum çalışanlarıdır. Dolayısı ile iş yaşamı kalitesinin temelinde çalışanların memnuniyetlerinin artırılması öncelikli hedef olmalıdır. Literatür incelendiğinde, iş yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin sekiz grupta ele alındığı görülmektedir (Solmuş, 2000; Yücel, 2003; Uğur, 2005):

1- Yeterli ve Adil Ücretlendirme

Çalışmanın en temel güdüsü yaşamak için para kazanmaktır. Bu amaca ulaşıldığında temel olarak iş yaşamının kalitesi etkilenecektir. Bunun ötesinde alınan ücretin yeterliliği gelmektedir. Ancak ücretin yeterli olduğuna dair bir hüküm vermede bir görüş birliğine varılmış öznel veya nesnel bir standart yoktur.

Kabul edilmiş işletimsel ölçümlerle ücretlerin yeterli ve adil olup olmadığı konusunda bir hükme varılamamakla beraber her iki faktör de iş yaşamının kalitesini belirlemede önemli faktörlerdir (Walton, 1973). Yeterli ve adil ücret yönetiminde, objektif kriterlere göre oluşturulmuş açık, anlaşılır, değişen çevre şartlarına uyumlu, terfiyle orantılı olarak, eşit değerde iş yapanlara eşit ücret politikası benimsenmelidir (Tortop, 2007; Yılmaz, 2008).

İş yaşam kalitesi kavramı içerisinde ücretlerin yeterli ve adil olup olmadığına dair en sık kullanılan ölçüm çalışanların verilen ücrete ilişkin tutumlarıdır. Eğer verilen hizmet karşılığı ödenen ücret adil olarak algılanıyorsa çalışan yapılan iş anlaşmasından memnun olacaktır. Buna karşın ücretin yetersiz olarak değerlendirildiği bir iş yerinde ise kızgınlık ve öfke duyguları çalışanın işe karşı tutumunu etkileyecektir. Bu durumda

hangi nedenle olursa olsun ücretler konusundaki bir memnuniyetsizlik iş yaşamının diğer yönlerini etkileyebilir (Kandula, 2004). Çalışanın örgüte yaptığı katkılar karşılığı aldığı ücret, onların yaşamlarını devam ettirmesini sağlaması yanında, çalışana örgüt içinde statü ve saygınlık da kazandırmaktadır (Tengilimoğlu, 2009).

Öyle ise işveren çalışanın verdiği hizmet karşılığında aldığı ücretin yeterli ve adil olup olmadığını sorgulamak durumundadır (Uğur, 2005).

2- Güvenli ve Sağlıklı Çalışma Koşulları

İş yerinde sağlığın ve güvenliğin korunması, en temel hak olan ve diğer bütün hakların da kullanılmasına olanak tanıyan yaşama hakkı ile doğrudan ilişkilidir (Bingöl, 2006). İş güvenliği hakkı, herkese tanınmış bulunan yaşama, beden bütünlüğü ve sağlık hakkının iş yerindeki yansımasıdır (Arpaçay, 2005).

Güvenli ve sağlıklı bir iş ortamının temel faktörler; makul iş saatleri, fiziksel çalışma koşullarında hastalanma ve yaralanma riskinin en aza indirilmesi, iş koşullarının belirli bir yaşın altında ya da üzerinde olan kişilerin yaşamı için tehlike oluşturmadığının gözetilmesidir (Walton, 1973). Diğer bir taraftan ısı, ışık, kirlilik ve gürültü gibi çevre koşulları da bazı durumlarda güçten düşürücü, huzursuzluk yaratıcı ve yaralanma veya ölümle sonuçlanabilecek kazalara yatkınlığı artırıcı etkileriyle ikinci dereceden rahatsızlık verici olabilmektedir (Erginer, 2003; Morton, 1977). Çalışma ortamının iyileştirilerek iş güvenliğinin sağlanması, işin akışını durduran insan, makine, malzeme, ürün ve zaman kaybına neden olan koşulların ortadan kalkmasını ya da en aza indirilmesini ve çalışanların memnuniyetlerinin artırılmasını sağlayacaktır (Arpaçay, 2005).

3- İnsan Kapasitesini Kullanmak ve Geliştirmek Üzere Fırsatların Bulunması

İnsan kapasitesinin geliştirilmesi; çalışanlara öz saygılarını artırıcı yönde destekte bulunma, çalışanların yetenek ve becerilerini kullanma olanakları oluşturma,

özerklik ve bireysel denetime olanak sağlama gibi konuları içermektedir. İnsan kapasitesinin geliştirilmesinde yapılan işin sorumluluğu çalışana yüklenir. Böylece çalışana kendilerini ve işlerini etkileyebilecek kararları verebilme olanağı tanınmış olur (Silah, 2005; Yılmaz, 2008). Solmuş'un belirttiğine göre Bodwich ve Buono bireysel kapasiteyi kullanmak, geliştirmek için otonominin ve çok yönlü becerileri kullanabilme ihtiyacının karşılanması, çalışana işle ilgili süreçlerde bilgi verilmesinin, çalışanın işi yapmasının yanında planlamasının da sağlanmasının önemli olduğunu belirtmektedir.

4- Sürekli Gelişim ve İş Güvenliği İçin Geleceğe Yönelik Fırsatların Sunulması

Sürekli gelişimin odak noktası, çalışanın iş yerindeki aktivitelerinin bir iş olmaktan kariyer fırsatları olmaya doğru dönüşümüdür ve eğitim ile birlikte zorlu bir çalışma ile terfi ve ilerleme fırsatı elde etmeyi içerir (Walton, 1973). İnsanlar kendi yeteneklerine uygun iyi bir meslek seçmek, çalışma yaşamları boyunca mesleklerinde kariyer yapmak isterler. Bu nedenle sürekli gelişim ve güvenlik fırsatı, en güçlü güdüleme araçlarından birisidir. Eğitim çalışanın davranışları, tutumları ve görüşlerinde değişim oluşturmaya rehberlik etmek üzere deneyimler sağlamaktır. Eğitim;

- Çalışanların kendine güvenlerini, bağlılıklarını ve motivasyonlarının artırır.
- Ücret artışına paralel olarak daha fazla tanınma ve sorumluluk sağlar.
- Kişisel memnuniyet duygusu ve artan kariyer başarısı oluşturur.
- Çalışanların yeteneklerini ve kalitesini geliştirir.

Eğitimin bireylere sağladığı yararlar göz önünde bulundurulduğunda çalışanın kariyer gelişimini sağlamada eğitim gereksinimlerinin ayrıntılı olarak belirlenmesi gereklidir. İş yaşamı kalitesiyle kariyer planlaması ilişkilidir. Kariyer planlaması yapmak, sürtüşmelerin azaltılması ve iş doyumunu artırmak üzere gereksinimlerin belirlenmesini sağlayabilir. Kariyer planlaması, çalışanın uzun dönemli gelişimi için mevcut yaptığı işte değil geleceğe yönelik beklentileri doğrultusunda yetiştirilmesini gerektirir. Çünkü çalışanlar kurumda bunun için kalırlar (Naylor, 1999).

5- Örgüt İçindeki Sosyal Bütünleşme

Çalışanın kısa ve uzun dönemde bireysel kapasitesini ortaya koyabilme ve geliştirebilme fırsatlarıdır. Bireysel ilişkiler örgütlerde iş yaşamı kalitesinin bir parçası haline gelmiştir. Örgütteki sosyal bütünleşme çalışanın kişisel kimlik ve öz saygısını kazanıp kazanamayacağı, sosyal ve siyasal eşitlik, destekleyici grup çalışmaları ve kişiler arası açıklık gibi çalışana özgü nitelikler yoluyla belirlenir (Erginer, 2003; Walton, 1973). Örgüt içinde sosyal entegrasyon, çalışanın organizasyonda önyargılardan kurtulmasına, çalışana destek olan temel takımlara, bu takımların ötesinde de bir ekip bilincinin oluşmuş olmasına bağlıdır (Yücel, 2003). Çalışanın kapasitesini en iyi şekilde ortaya koymasını sağlamada çalışanın işe doğru şekilde başlatılması önemlidir. İyi planlanmış bir oryantasyon ile yeni görevlerine, yöneticilerine, iş gruplarına ve örgütün değer sistemine alıştırılması çalışanın işe başlarken hissedeceği anksiyeteyi azaltacaktır. Örgütün hedeflerinin, yapısının, çalışanın görev tanımının ve kendisine yönelik performans beklentilerinin açık bir şekilde ortaya koyularak iş yerine sosyal entegrasyonunun sağlanması memnuniyetsizlikleri, işe gelmeme oranlarını ve iş değiştirme hızını azaltmak yoluyla ünite etkililiğine de katkıda bulunacaktır (Sullivan, 2001).

6- Çalışanların Anayasal Haklarının Korunması

Çalışanların kişisel dokunulmazlık, düşüncelerini ifade edebilme ve eşitlik haklarının çalıştığı kurum tarafından korunmasını içerir (Walton, 1973). Çalışanlar, çalıştıkları kesimlere göre değişiklik gösterse de, yasaların uygulanmasını isteme hakkı, güvenlik ve çekilme hakkı, müracaat, şikayet ve dava açma hakkı, izin hakkı, fikir hürriyeti, eşitlik ve korunma gibi haklara sahiptirler (Tortop, 2007). Yöneticinin çalışanlara karşı adaletli davranışları örgütte çalışan bireylerin iş yaşamlarının kalitesini etkiler (Erginer, 2003; Walton, 1973).

7- İş ve İş Dışı Yaşam Arasındaki Denge

Bireyin iş yerinde yaşamı olduğu olumlu veya olumsuz deneyimler aile üyeleri veya diğer bireylerle ilişkilerini de etkiler. Uzun süre devam eden fazla mesailerin aile yaşamı üzerindeki olumsuz etkisi ciddi boyuttadır. Bunu yanı sıra sık sık yer değiştirmek gerekiyorsa ve bu durum ailenin arkadaş veya sosyal çevresinden uzaklaşmasına neden oluyorsa bireyin iş yaşamı ailesini psikolojik ve sosyal yönden de etkiler (Walton, 1973).

Diğer taraftan sosyal bilimciler çalışanın iş yerindeki tutum ve davranışlarının iş dışındaki yaşamının kalitesini yansıttığını belirtmektedirler. Bireyin politik ve toplumsal aktivitelere katılımının, hayatına ve geleceğe bakışının bireyin iyilik hali üzerinde etkisi olduğu göz önünde bulundurulmalıdır (Mirvis, 1984). Bu nedenle kişinin çalışan rolü ile yaşamındaki diğer rolleri arasında bir denge olmalıdır. Denge kavramı çalışanın çalışma saatlerini, kariyer beklentilerini ve sürekli olarak taşınmasını gerektirmeyen ilerleme ve terfi olanaklarını ifade eder (Walton, 1973). İş ve iş dışı yaşam arasındaki denge bireyin gerek iş aktivitelerini, gerek aile ve sosyal ilişkilerini ve gerekse toplumsal görevlerini yerine getirmesine olanak sağlayacaktır (Uğur, 2005).

8- Çalışma Hayatının Sosyal Boyutu

Çalışanların kurumun sosyal sorumluluk anlayışını algılayış düzeyidir. İşini sosyal olgu (sosyal kabul gören bir davranış, bir kontrat) olarak gören çalışanlar sosyal sorumluluk sahibi olmayan organizasyonlarda çalıştıklarında yaptıkları işi değersiz görmekte ve özsaygılarını yitirmektedirler (Yücel, 2003; Özgen, 2007). Çünkü bu çalışanlar, sosyal açıdan yararlı bir iş yapmak isterler ve işin sağladığı para, prestij ve güçten çok; işi kendiliğinden bir değer ve ödül olarak görürler (Solmuş, 2008). Kısacası yapılan işin topluma olan katkısı açık ve net olduğunda çalışma, birey için anlamlı olarak değerlendirilecektir. Sonuç olarak sosyal sorumluluğu yüksek bir işte çalışmanın iş yaşam kalitesi üzerine olumlu etkileri vardır (Özgen, 2007; Solmuş, 2008).

2.4. HEMŞİRELİKTE İŞ YAŞAM KALİTESİ

Sağlık bakım organizasyonlarında iş yaşam kalitesi, çalışma çevresinin zayıf ve güçlü yönleriyle ilgilidir (Krueger et al, 2002). Sağlık bakım organizasyonlarında iş yaşam kalitesini etkileyen bazı faktörler, organizasyon yapısı, çalışanların bireysel algıları, rollerin belirsizliği ve karmaşık olması, kariyer politikaları, işbirlikçi iletişim, iş çevresi, işin niteliği ve kaynaklardır (Knox &Irving, 1997). Ayrıca politikalar, prosedürler, liderlik yönetim tarzı gibi organizasyona ilişkin genel faktörler sağlık bakım çalışanlarının iş yaşam kalitelerini derinden etkilemektedir (Krueger et al, 2002).

Hemşireler, etkili çalışabilmek için nitelikli profesyonel uygulamaları destekleyecek nitelikli bir iş çevresine gereksinim duymaktadırlar. Çünkü iş çevresi, hemşirelerin kaliteli bakım hizmeti sunabilmelerinde kritik bir etkiye sahiptir (Mackay &Risk, 2001; Gurses et al, 2009). Sağlık hizmeti ve hasta bakımındaki yetersizlikler doğrudan insan hayatını etkilediği için hemşirelerin iş yaşam kalitelerinin belirlenmesi ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi oldukça önemlidir. Hemşireler, rollerini yerine getirirken yoğun iş yükü, vardiya sistemi ile çalışma, sürekli ayakta kalma, yorgunluk, teknolojiye ayak uydurma çabaları, araç-gereç eksikliği, enfeksiyon riski, yetersiz personel, kişilerarası olumsuz ilişkiler ve ergonomik riskler gibi durumlarla karşılaşabilmektedirler (Cox et al, 2007; Alçelik ve ark, 2005). Hemşirelerin çalışma yaşamlarındaki bu faktörler hem iş yaşam kalitelerini hem de sundukları bakım hizmetinin kalitesini olumsuz etkilemektedir (Gurses et al, 2009).

İş yaşam kalitesi, çalışan ile iş ortamı ve çalışma koşulları arasındaki ilişkinin kalitesi ve uyumudur. Hemşirelikte iş yaşam kalitesi; hemşirelere pozitif iş ortamı sunan, hemşireleri tatmine ulaştıran, hemşirelerin işle ilgili refah düzeyini artıran, kaliteli hasta ve çalışan sonuçlarının alındığı kapsamlı bir yapıdır ve mevcut çalışma ortamında değişiklikler yaparak daha iyi çalışma koşulları oluşturmayı ve hemşirelerin yaşam kalitelerinin geliştirilmesini öngörür (Brooks et al, 2007; Harlos &Axelrod, 2008; Stone et al, 2007; Brooks & Anderson, 2005) Hemşirelerin iş yaşam kalitesini etkileyen unsurlar; açık iletişim kanalları, adil ve uygulanabilir ödül sistemi, yeterli ve adil ücretlendirme, iş güvenliği, kariyer imkanları, kararlara katılma ve işbirliği, moral

ve motivasyon araçlarının uygulanması, hemşirelere yeteneklerini ve yaratıcılıklarını gösterme imkanının tanınması, temel, sosyal ve toplumsal ihtiyaçlarını karşılama olanaklarının yaratılması, kişisel beklenti ve isteklere önem verilmesi gibi iş doyumu ve motivasyonunu etkileyen bileşenlerdir (Rose et al, 2006; Brooks et al, Knox &Irving 1997; Brooks & Anderson, 2004; Akper et al, 2003; Kalisch et al, 2010).

İş yaşam kalitesinin sağlanmasında amaç, hem bireysel hem de örgütsel çıktıları geliştirmektir (Hsu & Knohan, 2006). Hemşireler bir yandan tüm bilgi, yetenek ve güçleri ile örgütsel amaçlardoğrultusunda işlerine yöneltirken, diğer yandan motive edilmelidirler (Uyer, 1997).

İş yaşam kalitesi; iş yaşamı çevresinde çalışanlar tarafından tercih edilen veya tercih edilmeyen unsurların değerlendirilmesi ile belirlenen, çalışanların etkinlik ve verimliliklerini, moral ve motivasyonunu, umutlarını, beklentilerini ve isteklerini destekleyen çalışma ortamıdır (Argentero et el, 2007). Sağlık kurumlarında hemşirelerin iyi bakım vermelerini sağlayacak olumlu bir atmosfer yaratılmalıdır. Bu atmosfer, hemşirelerin bireysel amaçlarına ulaşmaları ve iş sorumluluklarını yerine getirmeleri için onların çabalarını artıracak faktörlerin ne olduğunu tanımlamak açısından önemlidir. Bu nedenle, hemşireleri harekete geçirecek ekonomik, psikososyal, örgütsel ve yönetsel motivasyon araçlarıyla donatılmış kaliteli çalışma ortamlarının oluşturulması için gerekli politika ve prosedürler geliştirilmeli ve uygulanmalıdır (Uyer, 1996; Burtsen & Stichler, 2010).

İş yaşam kalitesi sadece örgüt duvarlarıyla sınırlı bir yaklaşım değildir. Çalışanın iş yaşamının olduğu kadar özel yaşantısının da önemsenmesi gerektiği belirtilmektedir (Bakal et al, 2003). Dolayısıyla yaşam kalitesi kavramına ulaşılmış olmaktadır (Yüksel, 2004). Hemşireler, çalışma saatlerinin fazla olması, fazla mesainin sıklığı, vardiyalı çalışmanın varlığı ve düzensizliği ve çalışma programlarının esnek olmaması gibi nedenlerle iş-aile rol çatışması yaşayabilmektedir (Yüksel, 2004; Bilazer ve ark, 2008). Özellikle gece saatlerinde ya da hafta sonlarında çalışma gibi zorunluluklar, ailesel taleplerin yerine getirilmesini engellemekte ve hemşirelerin rol performansında yetersizlik yaşamalarına neden olmaktadır (Bilazer ve ark, 2008). Yaşanan bu yetersizlik

durumu, hemşirelerin iş doyumunu, örgütsel bağlılığını, iş performansını ve işe devam durumunu olumsuz yönde etkilemektedir (Demir ve ark, 2003; Decker, 1997; Fitzpatrick et al, 1999). Aynı zamanda iş yaşamı ile aile yaşamı arasındaki etkileşim hemşirelerin genel yaşam kalitesini etkilemektedir (Yüksel, 2004; Cimete ve ark, 2003). Kurumlar, hemşirelere iş-aile dengesini kurmalarına yardımcı olacak destekleyici bir iş ortamı oluşturmak durumundadır. Hemşirelerin iş-aile, iş-özel yaşamı dengesinin kurulmasında ve çatışmaların azaltılmasında; çocuk bakım yardımları, kreş hizmetleri ve yaşlı-hasta ebeveyn bakımı olanaklarının etkili olduğu belirlenmiştir (Dargahi et al, 2007; Dargahi & Nasle, 2007).

İş yaşam kalitesi, hemşirelerin kurumdaki yaşantıları vasıtası ile önemli kişisel gereksinimlerini karşılama derecesidir (Khodayarian et al, 2008). Hemşirelikte iş yaşam kalitesi ile ilgili yapılan bir derlemede hemşirelerin iş yaşam kalitesi düzeylerini belirleyen altı ana etmenin olduğu belirlenmiştir (Vagharsyyeddin et al, 2010):

1. Liderlik, yönetim stilleri, çalışanların kuruma olan katkılarının tanınması ve karar verme serbestliği
2. Vardiyalı çalışma
3. Ücret ve ücret dışı yan olanaklar
4. Çalışma arkadaşları ile ilişkiler
5. Demografik özellikler
6. İş yükü, iş gerginliği

Hemşirenin işe karşı bireysel algılarını ve iş yaşam kalitelerini etkileyen önemli bir diğer etken örgütsel költürdür (Gifford, 2002).

İnsan ilişkilerinin temel alındığı örgüt költüründe hemşirelerin iş yaşam kalitesi, iş doyumunu, örgütsel güvenleri yüksek; çatışmalar, tükenmişlik, işten ayrılma niyeti daha düşüktür. İlmli karar verme, hekimler ile hemşireler arasında iyi ilişkiler, destekleyici yönetim stilleri, örgütsel güven, açıklık, dürüstlük, yetkilendirme, yatay iletişim, ekip çalışması, girişimcilik ve yenilikçilik gibi iş ortamını şekillendiren örgüt költürü değişkenleri hemşirelerin iş yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir (Gifford, 2002). Tüm dünyada sağlık hizmetlerinde yaşanan en önemli problem sayı ve nitelik

açısından insan kaynağının yetersiz olmasıdır (Baumann, 2010). Hemşirelerin işten ayrılma niyetinin iş yükü, çalışma saatlerinin uzunluğu, yönetim stili, yönetimden memnuniyetsizlik, ücret düşüklüğü, yetkilendirme ve otonomi, ilerleme fırsatları, çalışma çizelgeleri ve çalışma koşullarının kötülüğü gibi kurumsal özelliklerden etkilendiği belirtilmektedir (Hayes et al, 2006). Yetersiz hemşire işgücü probleminin aşılmasında anahtar rol oynayan güvenli hemşire istihdamı, ancak sağlıklı ve kaliteli çalışma koşullarının oluşturulmasıyla sağlanabilir. Güvenli hemşire istihdamı; hasta bakımında, kurumsal çıktılarda ve hemşirenin iş yaşamında kalitenin sağlanmasını ve sürdürülmesini de sağlar (Ulusoy, 2008).

Aiken ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada yüksek düzeyde tükenmişlik ve iş memnuniyetsizliği yaşayan hemşirelerin %43.0'ü, buna karşılık tükenmişlik yaşamayan ve iş yaşamından memnun olduğunu belirten hemşirelerin ise sadece %11 i son 12 ay içerisinde işten ayrılmayı düşünmüş olduklarını ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada hemşirelerin iş yükündeki artışın mortalite oranında artışa neden olduğu belirtilmiştir.

Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlere ilişkin yapılan bir çalışmada hemşirelerin üçte biri iş yaşam kalitelerini kötü olarak değerlendirmiş ve kötü olarak değerlendiren bu hemşirelerin % 31.4'ü bulundukları hastanede 1 yıldan az ya da en fazla 1 yıl çalışmayı hedeflediği belirlenmiştir. Hemşirelerin iş yaşamlarının kalitesini etkileyen faktörlere ilişkin sıralama işletimsel faktörler (%9.6), sosyal/çevresel faktörler (%8.9), yönetsel faktörler (%8.1) ve bireysel faktörler (%7.4) şeklindedir (Uğur, 2008). Brooks'un yoğun bakım ünitelerinde iş yaşam kalitesi ile ilgili yaptığı bir çalışmada İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği'nden (QNWL) alınan toplam puana göre hemşirelerin iş yaşam kalitesi düzeylerinin orta seviyede olduğu belirlenmiştir (Brooks & Anderson, 2004). Bununla birlikte hemşirelerin % 95'i kendileri için özel dinlenme alanlarının olmasının gerekli olduğunu, % 80'i sertifika programlarını önemseydiğini, % 78'i çalıştığı kurumlar bünyesinde çocuk bakım hizmetlerinin sunulmasını önemseydiğini belirtmiştir. Ayrıca hemşirelerin sadece % 57'si maaşlarının yeterli olduğunu, % 67'sinin işten sonra enerjilerinin kalmadığını, % 66'sı vardiyalı çalışma programlarının yaşamlarını olumsuz etkilediğini ve % 65'i işlerinin çok ağır olduğunu, % 53'ü işlerini iyi yapmak için yeterli zamana sahip olduğunu, %

74'ü toplumda hemşireler hakkında doğru imaj olmadığını ve sadece %37'si üst yönetim tarafından saygı gördüğünü belirtmiştir (Brooks & Anderson, 2004).

Tayvan'da hemşirelerin iş yaşam kalitelerini inceleyen bir çalışmada, insan ilişkileri, iş değerleri, vardiyalı çalışma, ailesel talepleri karşılayabilme, liderlik stilleri ve iş yerinde kendini gerçekleştirme fırsatlarının iş yaşam kalitesi açısından önemli olduğu belirlenmiştir (Hsu & Knohan, 2006) .

Örgütsel kültür ile iş yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, hemşirelerin iş yaşam kalitelerini artırmada en iyi örgütsel kültür modelinin insan ilişkilerine dayalı model olduğu ve bu model ile örgütsel bağlılık, çalışanı güçlendirme, iş doyumu arasında pozitif, işten ayrılma niyeti ile negatif ilişki olduğu belirlenmiştir (Gifford, 2002). Kanadalı hemşireler üzerinde yapılan bir başka çalışmada hemşirelerin iş yaşam kalitelerini etkileyen göstergeler iş doyumu, rol belirsizliği, rol çatışması, iş yükü, iş stresi, örgütsel bağlılık, işe bağlılık ve işten ayrılma niyeti olarak tanımlanmıştır. Bu göstergeler ile vardiyalı-vardivasız çalışma şekilleri arasındaki ilişki incelenmiş ve işe bağlılık ve rol belirsizliği hariç diğerleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Baba & Jamal, 1991). Yönetici hemşireler, hemşirelerin iş yaşam kalitelerini sağlayacak gerekli önlemleri alarak sağlıklı ve memnun hemşire işgücünü destekleyen, hemşireleri elde tutmaya yönelik stratejik planlar geliştirmelidir (Harlos & Axelrod, 2008).

2.4.1. Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesi Ve Çalışma Ortamı

Sağlık çalışma ortamları iş yaşam kalitesi açısından elverişli kurumlar arasında sayılamaz ve diğer iş kollarına göre bu kurumlarda kaliteli yaşam koşullarının sağlanması daha zordur. Bu zorluk öncelikle iş ortamı ve işin kendi niteliklerinden kaynaklanır. Sağlık hizmetleri, bireye özgü, karmaşık, değişken ve çoğu kez acil niteliktedir. Dikkatsizlik, özensizlik ve ihmale bağlı hataların bedeli ağırdır ve çoğu kez insan yaşamı ile ödenir. Sağlık personeli ise normal çalışma saatleri ve günleri dışında çalışmak durumunda kalan, yaşamsal risk taşıyan görev ve sorumluluklara sahip, zamanla yarışan, farklı teknolojilerle iç içe yoğun stres ve baskı altında çalışmak

zorunda olan bir gruptur (Yıldırım, 2009). Bu nedenle de sağlıklı ve güvenli iş ortamı sağlık çalışanları arasında çok önemlidir.

Hemşirelerin iş yaşam kalitesini yükseltmede, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamının oluşturulmasının önemi yadsınılamaz bir gerçektir. Yüksek kaliteli iş yaşam çevresi, insan unsuruna önem verir ve kişisel büyüme ve gelişmeyi destekleyerek hemşireleri başarıyla sonuca ulaştırır. Sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı, hemşirelerin sağlığının ve morallerinin iyi olmasını sağlayan, kaliteli hasta sonuçları için organizasyon performansını maksimuma çıkaran ve hemşireleri kurumda tutan bir ortamdır (Bediako, 2002). Kaliteli hasta bakımı, ancak sağlıklı çalışan ve güvenli çalışma ortamı ile sağlanır (Gurses et al, 2009). Hemşirelerde güvenli ve sağlıklı olmayan iş ortamlarına bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel, sosyal ve mental sağlık yakınmaları hemşirenin iş verimini düşürmekte, kurumun ekonomik kaybına, kazaların artmasına ve bakım verilen kişilerin doğrudan risk altında kalmasına neden olmaktadır (Görgülü, 2001). Uluslar arası Hemşireler Birliği (ICN) bu düşüncelerden yola çıkarak 2006 temasını güvenli ortam-güvenli istihdam üzerine oluşturmuş ve 2007 temasını da pozitif uygulama-çalışma ortamı üzerine odaklamıştır (Parlar, 2008).

Hemşirelerin iş çevrelerinde maruz kaldıkları psikososyal riskler, özellikle mental sağlıklarını etkilemektedir. Bu riskler; kontrol kaybı, sosyal destek eksikliği, yakın ilgi, görevlerin anlaşılabilir olması, yüksek performans beklentisi, rutin ve bölünmüş görevler, ödül ve takdir eksikliği, çaba-ödül dengesizliği, yüksek duygusal talepler, gece çalışma, iş güvenliğinin olmayışı ve mobing/psikolojik yıldırma (Silva et al, 2010; Gül, 2009). Yani hemşirelerin iş yaşantılarından ve çevrelerinden kaynaklanan sağlık yakınmaları, iş yaşam kalitelerini dolayısıyla yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (Silva et al, 2010).

Hemşirelik, çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle yoğun iş yüküne sahip stresli bir meslektir (Yüksel, 2004; Demir, 2004; McGrath et al, 2003). Hemşirelerden beklenen çalışma ile onların makul ölçülerde sağlayabilecekleri arasındaki uyumsuzluk hemşirelerin sağlığını tehdit eder ve hastaları risk altına sokar. Bu iş yükü; zaman baskısı, çelişkili talepler, çalışmanın kesintiye uğratılması, bilgi

beceri eksikliği ve yetersiz ya da eksik kaynaklar ile daha da ağır hale gelmektedir (Baumann, 2007). Yüksek iş talepleri ve ağır iş yükü ile hemşirelerin iş yaşam kalitesi arasında negatif ilişki olduğu yapılan araştırmalarla bulunmuştur (Gurses et al, 2009; Argentero et al, 2007; Dolan et al, 2008).

Sağlıklı yaşam, bedensel fonksiyonların belirli biyolojik ritim içinde kalması ile sürdürülebilir bir durumdur. Hastanelerde 24 saat süreli hizmetleri vardiya ve nöbet sistemi içinde düzensiz saatlerde çalışmak zorunda olan meslek üyeleri ve özellikle hemşirelerin uyku bozuklukları, beden ritminin uyumunu olumsuz etkileyen faktörlerin başında gelmektedir. Diğer bir sorunda , karanlıkta ve uyku sırasında ortaya çıkan ve bağışıklık sistemi ve stresi olumlu yönde etkilediği bilinen melatonin hormonu salgılanması ile ilgilidir. Araştırmalar, melatonin hormonunun kanser ve Alzheimer gibi hastalıklara karşı koruyucu olduğu, yetersiz salgılanmasının, osteoporoz, yeme bozuklukları ve çeşitli kanser türleri, erken menopo, romotoid artrit, depresyon, uykusuzluk gibi bozukluklara yol açtığını belirtmektedir (Bilazer ve ark, 2008).

İşle ilgili stres, hemşirelerin sağlık ve güvenlik ile ilgili kaygılarını ve iş yaşamı kalitelerini olumsuz etkileyen değişkenlerden biridir (Mcgrath et al, 2003; Laschinger et al, 2001). İş stresi çalışma yaşantısında kaçınılmaz bir deneyim olmakla birlikte, iş stresinin sıklığı ve süresi bireyin baş edebilme gücünden fazla olduğunda sorunlar ortaya çıkmaktadır. İş stresi insanın fizyolojik ve psikolojik dengesini etkileyerek bireyin iş ve özel yaşamına ilişkin iyilik duygusunu zedelemektedir (Brooks et al, 2007; Brooks & Anderson, 2004).

Hemşirelerde stres yaratan kurumsal durumlar dokuz kategoride toplanmıştır. Bu kategoriler; hekimlerle çatışma, yetersiz hazırlık, meslektaşlarla yaşanan sorunlar, gözetmenlerle yaşanan sorunlar, ayrımcılık, iş yükü, tedavi ile ilgili belirsizlikler, ölüm durumları ile karşılaşma ve ölüm sürecine tanıklık etme ve hastalar/hasta yakınlarıdır (McVicar, 2003).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1950 yılında iş sağlığını; bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik

hallerinin en üst düzeyde tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çalışmaları şeklinde tanımlamışlardır (Bilir ve Yıldız, 2006; Dindar ve ark, 2004). ILO hemşirelerin çalışma ortamına ait başlıca stresörleri de yöneticilerle yaşanan çatışmalar, rol çatışması ve rol belirsizliği, aşırı iş yükü, hasta bireylerle çalışma nedeniyle yaşanan duygusal stres, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalarla çalışma, hastalarla yaşanan çatışmalar ve vardiya ile çalışma olarak tanımlamaktadır (Bilazer ve ark, 2008). Yapılan bir çalışmada da hemşirelerde en fazla strese yol açan faktörün dengesiz iş yükü ve yönetim tarzı olduğu belirlenmiştir (Polat, 2008). İş stresi, iş yaşamı kalitesini geliştirme çalışmaları ile ortadan kaldırılmalı ya da baş edilebilecek seviyelerde tutulmalıdır (Şirin, 2011).

Fiziksel faktörler arasında yer alan çalışma ortamının aydınlatması, iklimlendirme sistemleri ile iyonize radyasyon ışınları, sıcaklık, nem ve gürültü de İş yaşam kalitesini olumsuz etkileyen etmenlerdendir (Yıldırım, 2009). Hastanelerin en sessiz yerlerinden biri olması beklenen yoğun bakım ünitelerinde yapılan iki ayrı çalışmada, altı yataklı bir yoğun bakım ünitesinde ses düzeyinin 60.3-67.4 dB, pediatrik yoğun bakım ünitesinde gündüz 61 dB, Gece 57 dB bulunmuştur. Oysaki DSÖ'ne göre hastanelerdeki gürültünün gündüz 40 Db, gece 35 Db civarında olması önerilmektedir (Dokuzoğuz, 2004).

Sağlık ekibi içinde yaşanan sorunların genellikle rol ve görevlerin algılanması konusundaki kargaşadan kaynaklandığı vurgulanmaktadır (Erkanlı, 2005). Hemşireler çalışma ortamlarında iş yaşamlarını etkileyebilecek sayısız anlaşmazlık ile yüz yüze gelmektedir. Genellikle bu anlaşmazlıklar hemşirelerin rol ve sorumlulukların belirli olmaması ya da yüklenen sorumlulukların resmi olarak hemşireliğe uygun olmayışından kaynaklanmaktadır. Bu durum hemşirelerin asıl işlevlerini yerine getirmelerini engellemekte ve hasta bakım kalitesini düşürmektedir (Beaudoin &Edgar, 2003; Öztürk ve ark 2009). Hemşirelerin hemşirelik dışı görevleri üstlenmeleri ile iş doyumu, tükenmişlik ve düşük iş yaşamı kalitesi arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (Beaudoin &Edgar, 2003).

Hemşirelikte düşük iş yaşamı kalitesinin sonuçları olan personel devir hızı, işten ayrılma niyeti, düşük moral ve performans yetersizliği gibi göstergelerden yönetici hemşirelerin girişimleri ile kaçınılabilir (Harlos & Axelrod, 2008). Bu nedenle yönetici hemşirelerin çalışanlarının iş yaşamlarının kalitesine ilişkin değerlendirmelerini bilmesi ve iş yaşamlarını kaliteli hale getirecek girişimlerde bulunması; çalışan memnuniyetinin sağlanması ve kurumun verdiği bakım hizmetlerinin kalitesi bakımından önemlidir (Şirin, 2011).

İş yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin arasında son yıllarda çalışma ortamının çalışanların niteliğine uygun hale getirilmesi yani ergonomik faktörler önem kazanmaktadır. Özellikle hemşirelerin hasta bakımı verme, hastayı kaldırma, çevirme, taşıma ve çeşitli büyüklük ve ağırlıktaki tıbbi araç-gereçleri taşıma vb. görevleri yerine getirirken, kas incinmeleri ve disk kaymaları gibi sorunlarla sık karşılaştıkları ve bu durumun işe devamsızlıkta önemli bir mazeret olduğu bilinmektedir (Alçelik ve ark, 2005). Yapılan bir çalışmada, gün içerisinde uygunsuz çalışma koşulları ve yetersiz dinlenme şartları ile çalışan sağlık personelinde ortaya çıkan kas-iskelet sistemi ağrılarının vücudun yük taşıyan bölümlerinde yoğunlaştığı ve ağrılı durumların mesai saatleri bitiminde arttığı belirlenmiştir (Kitiş ve Cavlak, 2001). Yine son yıllarda, yeterli ve dengeli beslenmenin çalışan verimi ve üretimin artırılması yanı sıra, iş kazaları ve meslek hastalıklarının azaltılması, çalışanların sağlığının geliştirilmesi ve işe devamsızlığın azaltılması ile iş yeri psikolojisinin ve huzurunun güçlendirilmesinde etkili olduğu belirtilmektedir (Güven, 2005).

İş yaşamında kaliteyi artırma sorumluluğu sadece kurumlara ve yöneticilere yüklenmemelidir (Harlos & Axelrod, 2008). Hemşirelerin çalışma süresi, koşulları ve kapsamı göz önünde bulundurulduğunda maddi, manevi ve sosyal haklar bakımından ek hak tanıyıcı düzenlemelere gereksinim vardır (Bilazer ve ark, 2008). Hemşirelerin iş çevrelerinden beklentileri; iş dışı yararlar, esnek çalışma stilleri ve ömür boyu öğrenmedir (Tanaka et al, 2010). Hemşirelere bu beklentilerinin gerçekleştirilmesinde yardımcı olacak kreş hizmeti, çocuk bakım birimi, aile bakım birimi gibi olanaklar ve çalışma sürelerinin azaltılması, dinlenme zamanlarının ayarlanması, yeterli ücret,

uzmanlaşma-kariyer gibi yasal düzenlemeler sunulmalıdır (Harlos &Axelrod, 2008; Tanaka et al, 2010).

Sağlık hizmetlerinde kalite anlayışının geliştirilmesi; kaliteyi ilke edinmiş yönetim anlayışı, kaliteli hemşireler ve kaliteli iş yaşamı çevresine bağlıdır (Ovayolu ve Bahar, 2006). Sonuç olarak, sağlık bakımı hizmetlerinde hedeflenen etkinlik ve verimliliğe ulaşmak, hemşirelere daha nitelikli iş yaşamının sunulması ve dolayısıyla hemşirelerin iş yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve iyileştirme programlarının uygulanması ile mümkündür (Şirin, 2011).

2.4.2. Hemşirelikte İş Yaşam Kalitesi Belirleyicileri

İş yaşamının kalitesini yükseltmede hemşireler için kaliteli bir iş çevresi oluşturulmasının öneminden bahsedilmektedir. Donald'ın belirttiğine göre O'Brien-Palas, Baumann ve Villeneuve 1994 yılında kaliteli iş çevresini; "Birey olarak hemşirenin ihtiyaç ve beklentilerinin karşılandığı, aynı zamanda hastaların da kendi sağlıklarıyla ilgili hedeflerine ulaştığı ve her iki çıktının örgüt tarafından belirlenen maliyet ve kalite çerçevesinde paraya dönüştürüldüğü bir yer" olarak tanımlamışlardır.

Hemşirelerin iş yaşamlarının kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalar, kalitenin yükseltilmesinde birçok faktör tanımlamışlardır . Bunlardan bazıları (Baumann et al, [www.chsif.ca/fundingopportunities/commissionedresearch/polisyn/pdf/pssupcomcare.p](http://www.chsif.ca/fundingopportunities/commissionedresearch/polisyn/pdf/pssupcomcare.pdf) df: 26.2.2011; Brooks &Anderson, 2004; Kilian &Rainer, 1995; Knox &Irving, 1997; Lewis et al, 2001).

1. İş aktivitelerinin bilinirliği: Hemşirelerin çalışmalarını düzenleyici politika ve prosedürler.

2. Fiziksel çevre: Güvenli ve sağlıklı çevre koşulları, yeterli ve kullanışlı malzemelere ulaşabilme ve devamlılığını sağlayabilme.

3. İş üzerindeki kontrol / otonomi : Hasta bakımının planlamasında söz sahibi olma ve inisiyatif kullanabilme.

4. İş yükü : Hasta- hemşire oranlarının doğru planlanması.

5. Çalışma listeleri: Bireyin iş dışı yaşamını düzenleyebileceği, makul çalışma saatleri.

6. Sosyal çevre: İş arkadaşları, hasta ve hasta yakınları ile iletişim.

7. Destekleyici süpervizyon (Liderlik): Yöneticilerin çalışanlarına karşı sergilemiş oldukları liderlik stili, çalışanın yöneticisi tarafından desteklenmesi, cesaretlendirilmesi.

8. Rol (görev) tanımları: Açık, anlaşılır ve çalışan tarafından bilinen görev tanımları.

9. Geri bildirim (performans değerlendirmesi), tanınmak: Performansa ait geri bildirim almak, takdir edilmek, ödül sistemleri.

10. Katılımcı yönetim: Hemşireleri ilgilendiren konularda söz sahibi olmak.

11. Gelişme ve yükselme fırsatları: Kariyer planlaması, terfi edebilme.

12. Hasta bakım modeli: Hasta bakım hizmetlerinin sunumunda kullanılan hemşirelik bakım modelinin verilen hizmete ve hemşirelerin iş aktivitelerine etkisi.

13. İletişim sistemi: Hastane içi bilgi akışını sağlayan sistemler.

14. Takım çalışması (Ekip işbirliği): İş aktivitelerini yerine getirirken çalışanlar arasında ekip çalışmasının benimsenmesi ve yönetim tarafından desteklenmesi.

15. Teknolojik gelişmeleri izleme fırsatları: Hasta bakımını sunarken kullanılan alet ve cihazların çağın gelişmelerine cevap verir nitelikte olması.

16. Düşük iş stresi: Hasta bakımını yerine getirirken çalışanın görevini tam olarak yerine getirmesini engelleyecek her türlü stres kaynağının azaltılması, iş güvenliğinin sağlanması.

17. Örgüte bağlılık (ait hissetmek): Kurumun çalışan tarafından benimsenmesi, örgüt kültürünün oluşturulması.

18. Adalet: Çalışanın, yöneticisi tarafından diğer çalışanlarla eşit muamele gördüğünü hissetmesi.

19. Eğitim: Hemşirelik üzerine alınan temel eğitim, hizmetiçi eğitimler, sürekli eğitim fırsatlarından yararlanma olanaklarının bulunması.

20. Profesyonellik: Hemşirenin hasta bakım hizmeti sunarken profesyonel hemşirelik uygulamalarını gerçekleştirebileceği bir iş çevresi yaratmak.

21. Ücretlerde adalet: Alınan ücretlerin bireyin yaşam kalitesini sağlayacak yeterlilikte olmasının yanı sıra benzer çalışma koşullarında olan profesyonellerle dengeli bir gelir elde edebilmeleri.

22. Bireysel iyilik hali (ailevi ve bireysel faktörler): Ailevi sıkıntılar, ailede bakıma gereksinim duyan bir aile bireyinin bulunması, çocuk bakımı ile ilgili yaşanan güçlükler vb.

23. Sağlık bakım politikaları: Ülkede hemşirelerin çalışmalarını etkileyen tüm sağlık politikaları, hemşireliğin çalışmasını düzenleyici yasa ve yönetmelikler.

24. Yan olanaklar (kreş, lojman, servis...vs.): Kurum tarafından sunulan ve çalışanın iş dışı yaşamına ait stres faktörlerinin azaltılmasına katkı sağlayan olanaklar.

Aslında yukarıda sözü edilen belirleyiciler, Kaliteli Çalışma Koşullarının Nitelikleri Modeli adıyla Ontario Hemşirelik Koleji tarafından gruplandırılmıştır. Hastaların kaliteli bakım hizmeti almasını ve hemşirelerin uygulama standartlarını korunmasını sağlamak amacıyla geliştirilmiş modelde sağlık kurumlarının sahip olması gereken yedi temel öge tanımlanmıştır. Bunlar (Mackay & Risk, 2001):

1- Bakım Hizmetlerinin Sunum Süreci

Örgütteki bakım hizmetlerinin sunum süreci, hemşirelik bakım hizmetlerinin sunulmasını etkiler. Bu süreçte hemşire oranları, bakım standartları, hesap verebilirlik ve sürekli kalite gelişim ölçümleri önem kazanır.

2- İletişim Sistemleri

İletişim sistemleri hasta bakım hizmetleri ile ilgili bilgilerin ve alınan kararların paylaşımını destekler. İletişim sistemlerinin kalitesini etkileyen faktörler arasında hastalar ve aileleri ile iletişim, profesyonel iletişim, bilgi sistemleri ve teknolojileri yer almaktadır.

3- Uygulamalar ve Malzemeler

Fiziksel çevre ve hasta bakım uygulamaları ile ilgili malzemelere ulaşabilme durumu hasta bakım etkinliği ve etkililiğini etkiler ve artırır. Malzemelerin hasta ihtiyaçlarını karşılayabilme durumu, düzenli olarak sürdürülebilirliği ve yedi gün yirmi dört saat ulaşılabilir durumda olmasını gerektirir.

4- Liderlik

Liderlik direk hasta bakımı sunan hemşireler de dahil olmak üzere örgütün her düzeyinde gerçekleşir. Liderlik, çalışanlarda işbirliği ve bağlılık oluşturmak ve ortak amaçlara ulaşılmasını sağlamak yoluyla hasta bakımının yükseltilmesi ve profesyonel uygulamaların geliştirilmesine katkıda bulunur. Etkili liderlik çalışanların kararlara katılımı, örgüt felsefesi oluşturmak ve örgüt içerisindeki bireysel liderlik stillerini geliştirmek yoluyla gerçekleştirilir.

5- Örgütsel Destekler

Örgütsel destekler hasta bakımının sunum sürecini, hizmetleri ve programları destekler. Örgütsel destekler örgütün felsefesini, politika ve prosedürleri, sağlık ve güvenlik için gereklilikleri, işe alma ve elemanı elde tutma stratejilerini içerir.

6- Profesyonel Gelişim Sistemleri

Profesyonel gelişim sistemleri, oryantasyon programlarını, sürekli eğitim fırsatlarının ve öğrenme ortamının artırılmasını, performans yönetim sürecini ve profesyonel uygulama aktivitelerini kapsar. Tüm bu aktiviteler hemşirelerin hasta bakım becerilerini etkiler.

7- Dış Taleplere Yönelik Cevap Sistemleri

Örgütün dış taleplere cevap verebilmesi, sağlık ve güvenlikle ilgili yasal, düzenleyici gereklilikleri yerine getirmesi, hasta ve toplum ilişkilerini geliştirici programlar oluşturması ve akreditasyon standartlarını taşımasını gerektirir. İş yaşamı kalitesini etkileyen tüm faktörler göz önünde bulundurulduğunda iş yaşamı kalitesi yüksek bir iş çevresi; çalışanları cezbeden, geliştiren, ilerleten, iş deneyimlerini

zenginleştiren, onların işle ilgili veya örgüt çapında kararlara katılımını destekleyen, aynı zamanda çalışanlarına sürekli bir iş garantisi, yeterli ücret ve yan olanaklar sağlayan, eşit ödüllendirme ve adil muamele sergileyen, destekleyici örgütsel davranış gösteren, açık iletişim ortamı yaratan ve sağlıklı ve güvenli bir iş çevresi oluşturan bir yerdir (Mirvis &Lawyer, 1984; Newstrom &Davis, 1997). Çalışanları için kaliteli bir iş çevresi, kaliteli bir iş yaşamı oluşturmak isteyen yöneticiler, bu faktörleri göz önünde bulundurmak durumundadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma hastanelerde çalışan hemşirelerin iş yaşamı kalitesini algılama düzeylerini belirleyen bir ölçek geliştirmek amacıyla metodolojik bir çalışma olarak planlandı.

3.2. Araştırma Soruları

Bu araştırmada yanıtlanması beklenen sorular şunlardır:

* Hemşireler için geliştirilen hemşirelerde iş yaşam kalitesi ölçeği geçerli ve güvenilir bir ölçek midir?

*Hemşirelerin iş yaşam kalitelerini algılama düzeyleri nasıldır?

*Hemşirelerde iş yaşam kalitesi algılama düzeyleri ile sosyo demografik özellikler arasında bir farklılık var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer:

Çalışma Çanakkale il merkezinde bir devlet , bir özel ve bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerle gerçekleştirildi.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Bu çalışma bir ölçek geliştirme çalışması olduğundan model, evren-örneklem seçimine gidilmeden evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Araştırmanın evrenini, Çanakkale il merkezinde bulunan bir özel, bir devlet ve bir üniversite hastanesinde çalışan hemşireler (N=357) oluşturmaktadır. Hemşirelerin bulundukları hastanedeki iş yaşam kalitelerini yeterli biçimde değerlendirebilmesi için en az bir yıldır aynı hastanede çalışmaları öngörüldü ve araştırmaya bu özelliği taşıyan hemşireler dahil edildi (N=357).

Ancak Çanakkale Devlet Hastanesi’nde hemşirelik dışı görevlerde çalışan (anestezi, satın alma, röntgen, eczane vb) 56 kişi ve yıllık izinli, raporlu ya da doğum izninde olan 8 hemşire bu evrenden çıkartılarak çalışma dışı bırakıldı. Araştırmanın bulguları araştırmaya katılmayı kabul eden 253 kişiden elde edildi (n=253). Geçerlilik güvenilirlik çalışmasının yanıtlanma oranı %70,9’dur (n=253).

3.5. Veri Toplama Araçları

İki bölümden oluşan veri toplama aracının birinci bölümünde (**Ek 1**); araştırmacı tarafından kişisel ve mesleki özelliklere ait 8 sorudan oluşan kişisel bilgi formu kullanıldı. Bu bölümde katılımcıların yaş, medeni durum, çalışma pozisyonu, çalıştığı birim, hemşire olarak çalışma süresi, birimindeki çalışma süresi, haftalık çalışma saatlerini belirlemeye yönelik ve iş yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik sorular yer almaktadır.

İkinci bölümde ise geçerlilik-güvenilirlik çalışması yapılan 73 madde ve 5 alt boyuttan oluşan “Hemşirelerde İş Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanıldı. “Hemşirelerde İş Yaşam Kalitesi Ölçeği” ve alt boyutlarının 253 kişi üzerinde yapılan araştırma sonucu elde edilen cronbach alfa güvenilirlik katsayıları ise; toplam 0.97, hemşirelik yönetimi alt boyutunda 0.96, iş koşulları alt boyutunda 0.89, kurum yönetimi alt boyutunda 0.90, fiziksel koşullar alt boyutunda 0.84 ve sosyal imkanlar ve çalışma ortamı alt boyutunda 0.79 olarak bulundu.

Taslak ölçek, 5’li likert tipinde hazırlandı, 1 “hiç etkilemiyor”, 2 “biraz etkiliyor”, 3 “orta düzeyde etkiliyor”, 4 “etkiliyor” ve 5 “çok etkiliyor” şeklinde puanlandı. Geçerlilik güvenilirlik analizleri sonucunda 86 maddeden oluşan taslak ölçek 73 maddeye indi ve faktör analizi sonucunda; “hemşirelik yönetimi” (30 madde), “iş koşulları” (13 madde), “kurum yönetimi politikaları” (14 madde), “fiziksel koşullar” (8 madde) ve “sosyal olanaklar ve çalışma ortamı” (8 madde) olarak 5 alt boyuta ayrıldı. Ölçeğin derecelendirilmesi 100 puana dönüştürülerek yapıldı. Puanın artması iş yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini göstermektedir. Ölçekten ve alt boyutlardan alınan toplam puanların düşük olması, bireyin iş yaşam kalitesine ait algısının olumlu olduğunu ifade ederken; yüksek olması ise bireyin iş yaşam kalitesi algısının olumsuz

olduğunu ifade etmektedir. Puanın artması bireyin iş yaşam kalitesine ilişkin algısının olumsuzla doğru gittiğini göstermektedir.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Hemşirelik yönetimi, kurum yönetimi politikaları, iş koşulları, fiziksel koşullar ve sosyal olanaklar ve çalışma ortamı şeklinde belirlenen ölçek alt boyutları bağımlı değişkenler olarak tanımlandı.

Bağımsız Değişkenler: Yaş, medeni durum, çalışma pozisyonu, çalıştığı birim, hemşire olarak çalışma süresi, birimindeki çalışma süresi, haftalık çalışma saati bağımsız değişkenler olarak tanımlandı.

Kontrol Değişkeni: İş yaşam kalitesini algılama durumları

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri 24 Ekim-28 Kasım 2011 tarihleri arasında hemşirelerin çalışma saatlerinde bizzat araştırmacı tarafından veri toplama formlarının dağıtılarak aynı gün içinde geri alınması suretiyle toplandı. Formların doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürdü.

3.8. Etik Konular

Araştırmanın yapılabilmesi için hastane yönetimlerine ve il sağlık müdürlüğüne araştırmanın amacını ve yöntemi ile ilgili bilgileri içeren bir dilekçeyle başvuruldu ve hastane yönetimlerinden yazılı izin alındıktan sonra araştırmaya başlandı (**Ek 2**).

Araştırma verileri bizzat araştırmacı tarafından toplandı, veri toplanmadan önce çalışmanın amacı ve yöntemi kişilere açıklanarak katılmaları yönünde destek istendi. Çalışmaya katılmayı kabul edenlere veri toplama aracının nasıl doldurulacağı ve süresi ile ilgili gerekli açıklamalar yapıldı. Hemşirelerin servislerde anketleri doldurmaları beklendi ve doldurulduktan sonra geri alındı. Araştırmaya katılmayı kabul eden ancak o

anda dolduramayacak katılımcılara ölçek verildi ve onlar için uygun olan zamanda toplandı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırmanın örneklemi ile sınırlıdır ve genelleştirilemez.

3.10. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Araştırma verileri araştırmacı tarafından bilgisayar ortamına aktarılarak istatistik danışman desteğinde SPSS for Windows ver. 13.0 ve LISREL 8.8 paket programı kullanılarak analiz edildi ve kullanılan istatistik yöntemler Tablo 3.1’de ayrıntılı olarak gösterildi.

.

Tablo 1: Araştırmada Kullanılan İstatistik Yöntemler

İncelenen Özellik	İstatistiksel Yöntem
Ölçeğin kapsam geçerliliği; uzman görüşlerinin değerlendirilmesi	Kendall's W iyi uyum analizi
Ölçeğin yapı geçerliliği: ölçek alt boyutlarının belirlenmesi	Açıklayıcı faktör analizi
Ölçek ve alt boyutlarının güvenilirlik için iç tutarlılığı	Cronbach Alfa katsayısı
Ölçeğin güvenilirliği için madde toplam puan analizi	Pearson momentler çarpımı korelasyon analizi
Ölçek ve alt boyutlarının tanımlayıcı istatistikleri	Maksimum, minimum ve ortalama puan, standart sapma
Hemşirelerin kişisel ve mesleki durum değişkenleri	Sıklık ve yüzde
İş yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının; bağımsız değişkenler ile karşılaştırılması	Bağımsız değişkenlerde tek yönlü varyans analizi Bağımsız gruplarda t testi

Kategorik veriler sıklık ve yüzde (n, %); sürekli değer alan değişken verileri ise ortalama $\pm$ standart sapma, ortanca değer ve çeyrekler arası aralık (25. persentil – 75. persentil) olarak sunuldu. Sürekli değişkenler için Normallik analizi Tek örneklem Kolmogorov-Smirnov test ile yapıldı. Gruplar arasındaki farklılıkların araştırılmasında; kategorik değişkenler için Tek örneklem Ki-kare testi, sürekli değerler alan değişkenler için Student t-test, Tek yönlü varyans analizi ile Post Hoc karşılaştırmalarda Bonferroni test, gerektiğinde ise Kruskal-Wallis test ve Mann-Whitney U Test kullanıldı. Ölçümler arasındaki korelasyon katsayıları Spearman'ın korelasyon analizi ile elde edildi. Yapı geçerliliği için Açıklayıcı Faktör Analizi yapıldı. Ölçek iç tutarlılığı için Cronbach alfa katsayısı hesaplandı ve Madde-Toplam Güvenilirlik Analizi yapıldı. Bonferroni test hariç tüm istatistiksel analizlerde 0.05 anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi. Bonferroni test için maksimum karşılaştırma sayısı 7 olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Araştırmada elde edilen bulgular iki başlık altında incelendi:

I. Ölçeğin geçerlilik-güvenilirlik çalışmasına ilişkin bulgular

II. Hemşirelerde iş yaşam kalitesi algılamalarına ilişkin bulgular

*Hemşirelerin sosyo demografik özelliklerine ait bulgular

*İş yaşam kalitesi algılama düzeyleri

*Algı düzeylerinin sosyo demografik özelliklerle karşılaştırılması

4.1. ÖLÇEĞİN GEÇERLİLİK-GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Bu araştırmada, bir ölçek geliştirme çalışması için gereken ve izlenen adımlar aşağıda sıralandı:

- Araştırmanın ilk aşamasında; literatür desteği ile 97 maddelik bir ölçek madde havuzu oluşturuldu.
- Araştırmanın ikinci aşamasında ölçeğin geçerlilik güvenirliği ile ilgili çalışmalar gerçekleştirildi. Bu aşamada izlenen adımlar;
 - *Kapsam geçerliliği açısından, oluşturulan madde havuzunun uzman görüşüne sunulması,
 - *İfadelerin anlaşılabilirliğini değerlendirmek üzere bir pilot uygulama yapılması,
 - *Güvenilirlik çalışması için, toplam puan ile maddeler arasındaki ilişkinin madde analizi ile değerlendirilmesi,
 - *Yapı geçerliliğini değerlendirmek amacıyla açıklayıcı faktör analizinin yapılması ve alt gruplardaki madde dağılımının yapısal eşitlik modellemesi için doğrulayıcı faktör analizinin yapılması,
 - *Güvenilirlik açısından, iç tutarlılık analizi için Cronbach Alfa katsayısının belirlenmesi şeklinde gerçekleştirildi.

4.1.1. Kapsam (İçerik) Geçerliliği

İş yaşam kalitesi ölçek taslağının oluşturulmasında, hemşirelerin iş yaşam

kalitelerini etkileyen durumlar literatür içerisinde detaylı bir şekilde tarandı ve bu durumlar ana başlıklar altında toplanarak 106 soruluk madde havuzu oluşturuldu. Tez danışmanı ile incelenerek 97 maddeye indirilen bu madde havuzu kapsam geçerliliği açısından değerlendirilmek üzere 11 uzmanın görüşüne sunuldu (**Ek 3, Ek 4**). Uzmanlardan oluşan bu gruba ölçeğin, (1) hedeflenen kitleye uygun olup olmadığını; (2) maddelerin yapısal doğruluğu; ve (3) ifadelerin, çalışmanın amacına uygun olup olmadığı konusunda görüşleri soruldu ve uzmanların ifadelerin uygunluğunu 0-10 puan arasında değerlendirmeleri istendi. Her bir maddeye verilen puanların ortalama ve standart sapmaları hesaplandı. Uzmanların verdiği puan dağılımları incelendiğinde 6-10 arasında puan veren uzmanlarda %75'in altında kalan 11 sorunun çıkarılmasına karar verildi. Daha sonra tek bir madde havuzu üzerinde her maddenin yanına bütün uzmanların eleştirileri ve önerileri yazıldı. Böylece bir madde ile ilgili farklı ya da benzer öneri ve görüşlerin aynı anda görülerek incelenmesi sağlandı. Alınan uzman görüşleri doğrultusunda bazı ifadelerde düzeltmeler yapılarak 86 soruluk ölçek hazırlandı (**Ek 1**). Hemşirelerde iş yaşam kalitesi ölçeği'nin maddeleri için uzman görüşleri arasındaki uyumun değerlendirilmesi amacıyla yapılan Kendall's W iyi uyum analizi sonucunda uzman görüşleri arasında uyumun olduğu saptandı (Kendall's W: .176, $p = .079$, $p > .05$).

Ölçek örneklem grubuyla aynı özellikleri taşıyan 25 kişilik bir gruba pilot uygulama yapılarak ifadelerin anlaşılabilirliği açısından test edildi. Alınan olumlu geri bildirim sonucunda ölçek geliştirme çalışmasının diğer aşamalarına geçildi.

4.1.2. Madde Analizi

İş yaşam kalitesi ölçeği 253 hemşire örneklem grubuna uygulandıktan sonra elde edilen madde toplam puan korelasyonları Tablo 2'de belirtildi.

Tablo 2: İş Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Madde Toplam Puan Korelasyonları (N:253)

Maddeler	Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayısı	
	r	p
1	0,20	p=0,001
2	0,43	p<0,001
3	0,36	p<0,001
4	0,28	p<0,001
5	0,32	p<0,001
6	0,29	p<0,001
7	0,33	p<0,001
8	0,29	p<0,001
9	0,49	p<0,001
10	0,46	p<0,001
11	0,58	p<0,001
12	0,46	p<0,001
13	0,61	p<0,001
14	0,48	p<0,001
15	0,49	p<0,001
16	0,40	p<0,001
17	0,44	p<0,001
18	0,47	p<0,001
19	0,40	p<0,001
20	0,40	p<0,001
21	0,39	p<0,001
22	0,46	p<0,001
23	0,34	p<0,001
24	0,61	p<0,001
25	0,44	p<0,001
26	0,59	p<0,001
27	0,47	p<0,001
28	0,60	p<0,001
29	0,51	p<0,001
30	0,40	p<0,001
31	0,44	p<0,001
32	0,42	p<0,001
33	0,41	p<0,001
34	0,50	p<0,001
35	0,48	p<0,001
36	0,49	p<0,001
37	0,57	p<0,001
38	0,52	p<0,001
39	0,56	p<0,001
40	0,61	p<0,001
41	0,58	p<0,001
42	0,69	p<0,001
43	0,65	p<0,001
44	0,61	p<0,001
45	0,55	p<0,001
46	0,60	p<0,001
47	0,60	p<0,001
48	0,54	p<0,001
49	0,53	p<0,001

Tablo 2 Devam

50	0,61	$p<0,001$
51	0,59	$p<0,001$
52	0,66	$p<0,001$
53	0,68	$p<0,001$
54	0,73	$p<0,001$
55	0,66	$p<0,001$
56	0,58	$p<0,001$
57	0,65	$p<0,001$
58	0,53	$p<0,001$
59	0,61	$p<0,001$
60	0,62	$p<0,001$
61	0,60	$p<0,001$
62	0,55	$p<0,001$
63	0,60	$p<0,001$
64	0,63	$p<0,001$
65	0,70	$p<0,001$
66	0,57	$p<0,001$
67	0,60	$p<0,001$
68	0,59	$p<0,001$
69	0,53	$p<0,001$
70	0,60	$p<0,001$
71	0,59	$p<0,001$
72	0,65	$p<0,001$
73	0,67	$p<0,001$
74	0,64	$p<0,001$
75	0,68	$p<0,001$
76	0,63	$p<0,001$
77	0,66	$p<0,001$
78	0,61	$p<0,001$
79	0,60	$p<0,001$
80	0,59	$p<0,001$
81	0,55	$p<0,001$
82	0,50	$p<0,001$
83	0,56	$p<0,001$
84	0,58	$p<0,001$
85	0,54	$p<0,001$
86	0,58	$p<0,001$

86 maddenin Madde-Toplam puan korelasyon katsayılarına bakıldığında (Tablo 2); korelasyon katsayılarının pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ($p<0,05$) $r=0,21$ ile $r=0,73$ arasında değiştiği gözlemlendi. Buna göre $r=0,30$ altında kalan dört maddenin (madde 1, madde 4, madde 6 ve madde 8) ölçekten çıkarılmasına karar verildi ve ölçek madde sayısı 82'ye düştü.

82 madde için Verilerin Faktör Analizine uygunluğu değerlendirildiğinde; Faktörler tarafından açıklanan ortak varyansı 0,30'un altında olan madde 19, madde 21,

madde 22 ve madde 25'in ölçekten çıkartılması gerektiğine karar verildi ve ölçek madde sayısı 78'e düştü. Bartlett Küresellik testi sonucunun istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu ($\chi^2=15598,823$ $p<0,001$), Kaiser-Meyer-Olkin genel örneklem yeterliliği ölçütünün oldukça iyi olduğu (KMO=0,893) gözlemlendi. Bunun sonucunda verilerin ve değişkenlerin Faktör Analizi için uygun olduğuna karar verildi ve olup 78 ölçek maddesi ile analize devam edildi.

Faktör Analizi Yamaç Eğim Grafiği, açıklanan varyans yüzdesi incelenerek Faktör sayısı beş (5) olarak belirlendi. Faktör çıkartımı olarak Temel Bileşenler Analizi ve rotasyon metodu olarak Varimax eksen döndürme yöntemi kullanılarak elde edilen açıklayıcı Faktör Analizinde beş faktörle ilişkili olan değişkenlerin 0,40'dan büyük faktör yükleri anlamlı kabul edildi. Bu nedenle madde 7, madde 20, madde 28, madde 47 ve madde 83 için faktör yükleri anlamlı kabul edilmedi ve ölçekten çıkartılarak 73 maddelik nihai ölçeğe ulaşıldı (**Ek 5**). Tüm faktör yükleri pozitif işaretlidir. Beş faktörlü yapıda 1. Faktör varyansın %20,71'ini açıklarken, bu şekliyle beş faktör toplam varyansın %51,57'sini açıklamaktadır (Tablo 3). Her bir faktör için ilgili madde numaraları ve faktör yükleri Tablo 4'de sunulduğu şekliyledir.

Tablo 3: Varimax Eksen Döndürme Yöntemiyle yapılan Faktör Analizinde Açıklanan Varyans Yüzdesi (N:253)

Faktörler	Özdeğer	Açıklanan Varyans Yüzdesi	Kümülatif Açıklanan Varyans Yüzdesi
Faktör 1 (Hemşirelik Yönetimi)	15,121	20,714	20,714
Faktör 2 (İş Koşulları)	6,738	9,230	29,944
Faktör 3 (Kurum Yönetimi Politikaları)	6,628	9,080	39,023
Faktör 4 (Fiziksel Koşullar)	4,763	6,524	45,548
Faktör 5 (Sosyal Olanaklar Ve Çalışma Ortamı)	4,398	6,024	51,572

Tablo 4: 73 Maddelik Ölçeğin Faktör Yüğü Dağılımı (N=253)

Sorular	Alt boyutlar				
	1	2	3	4	5
Soru 75	.791				
Soru 76	.780				
Soru 74	.765				
Soru 61	.752				
Soru 60	.745				
Soru 67	.740				
Soru 77	.736				
Soru 62	.731				
Soru 59	.725				
Soru 65	.724				
Soru 73	.724				
Soru 64	.691				
Soru 66	.691				
Soru 71	.688				
Soru 58	.668				
Soru 63	.666				
Soru 56	.657				
Soru 72	.629				
Soru 55	.628				
Soru 53	.601				
Soru 57	.593				
Soru 52	.589				
Soru 78	.580				
Soru 86	.566				
Soru 70	.545				
Soru 79	.480				
Soru 42	.468				

Tablo 4 Devam

Soru 82	.448				
Soru 85	.438				
Soru 40		.746			
Soru 34		.716			
Soru 45		.687			
Soru 38		.642			
Soru 44		.635			
Soru 35		.600			
Soru 41		.588			
Soru 39		.514	.402		
Soru 37		.514			
Soru 51	.410	.513			
Soru 46		.498			
Soru 36		.470			
Soru 43	.409	.457			
Soru 33		.411			
Soru 30			.721		
Soru 31			.670		
Soru 50			.654		
Soru 68			.605		
Soru 69			.596		
Soru 23			.585		
Soru 49			.566		
Soru 48			.548		
Soru 29			.521		
Soru 84			.479		
Soru 80	.430		.443		
Soru 81			.442		
Soru 32			.439		

Tablo 4 Devam

Soru 9				.745	
Soru 11				.647	
Soru 12				.635	
Soru 10				.618	
Soru 13				.597	
Soru 2				.506	
Soru 15				.486	.444
Soru 26				.460	
Soru 18					.663
Soru 17					.648
Soru 14				.518	.576
Soru 5					.534
Soru 16					.507
Soru 3					.487
Soru 27		.401			.466
Soru 24					.466

4.1.3. Faktör Analizi (Yapı Geçerliliği)

İş yaşam kalitesi ölçeğinin faktör yapısının incelenmesi amacı ile temel bileşenler analizi ve varimax rotasyon yöntemi kullanıldı. Ölçeğin faktör analizi sonuçları Tablo 4’de belirtildiği şekliyledir.

Faktör Analizi Yamaç Eğim Grafiği, açıklanan varyans yüzdesi incelenerek Faktör sayısı beş (5) olarak belirlendi. Faktör çıkartımı olarak Temel Bileşenler Analizi ve rotasyon metodu olarak Varimax eksen döndürme yöntemi kullanılarak elde edilen Açıklayıcı Faktör Analizinde beş faktörle ilişkili olan değişkenlerin 0,40’dan büyük faktör yükleri anlamlı kabul edildi. Bu nedenle madde 7, madde 20, madde 28, madde 47 ve madde 83 için faktör yükleri anlamlı kabul edilmedi ve ölçekten çıkartılarak 73 maddelik 5 faktörlü nihai ölçeğe ulaşıldı (Tablo 4). Maddelerin faktör yüklerinin değerlerinin 0.41 ve 0.79 arasında olduğu saptandı (Tablo 4).

Madde alt boyutları teorik modelle de ilişkili olarak; hemşirelik yönetimi, iş koşulları, kurum yönetimi politikaları, fiziksel koşullar, sosyal olanaklar ve çalışma ortamı olarak adlandırıldı.

1. Hemşirelik Yönetimi: Bu faktör grubu 42, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 82, 85 ve 86. maddeler olmak üzere 30 maddeden oluşmaktadır. Faktör 1’de madde 75 en büyük faktör yüküne (0,791), madde 85 en düşük faktör yüküne (0,438) sahiptir.

2. Kurum Yönetimi: Bu faktör grubu 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46, ve 51. maddeler olmak üzere 14maddeden oluşmaktadır. Faktör 3’de madde 40 en büyük faktör yüküne (0,746), madde 33 en düşük faktör yüküne (0,411) sahiptir.

3. İş Koşulları: Bu faktör grubu 23, 29, 30, 31, 32, 48, 49, 50, 68, 69, 80, 81 ve 84 . maddeler olmak üzere 13 maddeden oluşmaktadır. Faktör 2’de madde 30 en büyük faktör yüküne (0,721), madde 32 en düşük faktör yüküne (0,439) sahiptir.

4. Fiziksel Koşullar: Bu faktör grubu 2, 9, 10, 11, 12, 13,15ve 26. maddeler olmak üzere 8 maddeden oluşmaktadır. . Faktör 4’de madde 9 en büyük faktör yüküne (0,745), madde 26 en düşük faktör yüküne (0,460) sahiptir.

5. Sosyal İmkanlar ve Çalışma Ortamı: Bu faktör grubu 3, 5, 14, 16, 17, 18, 24 ve 27. maddeler olmak üzere 8 maddeden oluşmaktadır. . Faktör 5’de madde 18 en büyük faktör yüküne (0,663), madde 24 en düşük faktör yüküne (0,466) sahiptir.

4.1.4. Ölçek Ve Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Analizi

A- Madde-Toplam Güvenirlik Analizi

Tablo 5: HİYKÖ Hemşirelik Yönetimi Alt Boyutundaki Maddelere Verilen Yanıtların Dağılımları (N=253)

Maddeler	Ort.	SS	Düzeltilmiş Madde- Toplam Korelasyonu	Çoklu Açıklayıcılık Katsayısı	Madde Çıkarıldığı nda Ölçeğin Güvenirlik Katsayısı
75-Kurumda Çalışanlara Gelişim Fırsatı Verilmesi	4,26	0,999	0,782	0,836	0,960
76-Kurumda Uygun Geri Bildirimlerin Verilmesi	4,22	1,075	0,763	0,800	0,960
74-Kurumda Uzmanlık Alanını Göre Çalışmak İsteddiği Bölümü Seçebilmek	4,39	1,004	0,751	0,756	0,961
61-Hemşirelik Hizmetlerinin Çalışanlarla Düzenli Toplantılar Yapması	4,26	1,018	0,717	0,682	0,961
60-Performans Değerlendirmelerinin Objektif Yapılması	4,53	0,809	0,744	0,746	0,961
67-Hemşirelik Hizmetlerinde Ekip Çalışmasının Benimsenmesi	4,44	0,855	0,719	0,712	0,961
77-Kurumda Sorumlulukla Birlikte Yetkilerinde Verilmesi	4,24	1,024	0,757	0,701	0,961
62-Kurumda Yönetici Hemşirelerin Çalışanlara Karşı Adaletli Olması	4,50	0,907	0,691	0,683	0,961
59-Hemşirelerin Hemşirelik Hizmetleri Tarafından Adaletli Yerleştirilmesi	4,49	0,862	0,725	0,726	0,961
64-Kurumda Bilim Ve Teknolojideki Gelişmelerin Takibi İçin Çalışanların Kongre, Seminer Vs. Katılmalarının Desteklenmesi	4,20	1,077	0,689	0,724	0,961
65-Kurumda Hemşirelik Hizmetlerinin Bir Bakım Modeline Göre Sunulması	4,09	1,056	0,755	0,796	0,961
73-Kurumda Görevlendirmelerin Bireysel Nitelik Ve Özelliklere Göre Yapılması	4,34	0,985	0,746	0,775	0,961
66-Kurumda İşle İlgili Karar Alma Şansına Sahip Olmak	4,22	0,929	0,678	0,627	0,961
71-Kurumda Çalışma Listelerinin Vardiya/Nöbet Sıklığının Hemşirelerin Yeterince Dinlenmesine Fırsat Verecek Şekilde Düzenlenmesi	4,61	0,767	0,686	0,618	0,961
58-Kurumda Yönetimin Personeline Saygı Duyması/ Değer Vermesi/ Takdir Etmesi	4,47	0,902	0,658	0,643	0,961
63-Kurumda Hizmetiçi Eğitimlerin Etkin Şekilde Yapılması	4,13	1,050	0,663	0,707	0,961
56-Hemşirelik Hizmetlerinin Çalışan Memnuniyetini Ön Planda Tutması	4,27	1,024	0,656	0,677	0,961

Tablo 5 Devam

72-Kurumda İş Yüküne Göre Rotasyonların Yapılması	4,31	1,047	0,680	0,588	0,961
53-Hemşirelik Hizmetlerinin Çalışanların Önerilerini Dinlemesi/ Alınan Kararlara Katılımı Sağlaması	4,17	1,092	0,687	0,744	0,961
54-Hemşire Sayısı Belirlenirken Hasta Bağlımlılık Düzeylerinin Dikkate Alınması	4,20	1,055	0,726	0,771	0,961
55-Çalışma Şartlarına Objektif Bakılarak Değerlendirilme Yapılması	4,25	1,068	0,702	0,745	0,961
52-Hemşirelik Hizmetleri Tarafından Yasal Haklarımızın Korunması	4,25	1,085	0,671	0,677	0,961
57-Kurumda İdarecilerle İletişimin İyi Ve Etkili Olması	4,31	0,909	0,662	0,672	0,961
78-Kurumda Yönetici Hemşirelerin Çalışanların İş Dışındaki Problemleriyle De İlgilenmesi	3,97	1,195	0,633	0,565	0,962
70-Kurumda Çalışılan Ünitelerin Sık Değiştirilmesi	4,30	1,100	0,608	0,497	0,962
86-Mesleki Gelişim İçin Zaman Ayıramıyor Olmak	4,10	1,156	0,609	0,562	0,962
79-İşin Beni Tatmin Etmemesi	4,31	0,964	0,563	0,508	0,962
82-Toplumsal Mesleğe Olumsuz Bakışı	4,04	1,209	0,487	0,394	0,963
85-Hemşirelik Mesleğini İsteyerek Yapmıyor Olmak	3,96	1,391	0,495	0,463	0,963
42-Kurumda Hemşirelere Hemşirelik Dışı Görevlerin Veriliyor Olması (Eczane, Fizyoterapistlik Vs)	4,27	1,148	0,568	0,406	0,962

Cronbach Alfa katsayısı: 0,962

Standartlaştırılmış Alfa Katsayısı: 0,964

Ortalama ve Standart Sapma: 128,12 ± 21,44

Madde Ortalamalarının Ortalaması: 4,27 (min. 3,96 –mak. 4,61)

Araştırmada kullanılan HİYKÖ Hemşirelik Yönetimi Alt Boyutunun Güvenirlik Analizinin tanımlayıcı istatistikleri Tablo 5’de sunuldu. En küçük madde puan ortalaması 3,9 için olup ($\pm 1,3$), en yüksek madde puan ortalaması ise 4,6 içindir ($\pm 0,78$). Madde çıkarıldığında ölçeğin güvenirlik katsayılarının 0,96 olduğu görüldü. Yapılan Güvenirlik analizi sonucunda Alfa Katsayısı 0,96’dır ($p < 0,001$). Buda istatistiksel olarak yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir. Madde çıkarıldığında ölçeğin güvenirlik katsayısı en yüksek değeri ‘Toplumsal Mesleğe Olumsuz Bakışı’ ve ‘Hemşirelik Mesleğini İsteyerek Yapmıyor Olmak’ maddelerinde aldı (0,963).

Tablo 6: HİYKÖ İş Koşulları Alt Boyutundaki Maddelere Verilen Yanıtların Dağılımlar(N=253)

Maddeler	Ort.	SS	Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonu	Çoklu Açıklayıcılık Katsayısı	Madde Çıkarıldığında Ölçeğin Güvenirlik Katsayısı
30-Fazla Mesai(Nöbet) Ücretlerinin Yeterli Düzeyde Olmaması	4,71	0,740	0,603	0,590	0,875
31-Hemşirelik Bakım Sürecindeki İşlevlerin Performans Değerlendirmede Karşılığının Olmaması	4,73	0,610	0,616	0,504	0,876
50-Kurumda Hemşirenin Profesyonel Sağlık Personeli Olarak Değerlendirilmemesi	4,59	0,848	0,711	0,606	0,869
68-Aylık Nöbet Sayılarının Fazla Olması	4,71	0,654	0,679	0,691	0,873
69-Haftalık Çalışma Sürelerinin 40 Saatten Fazla Olması	4,69	0,719	0,627	0,656	0,874
23-Yapılan İşin Karşılığını Maddi Olarak Yeterince Alamıyor Olmak	4,78	0,616	0,465	0,500	0,882
49-Kurumda Çalışan Sağlığının Korunmaması	4,51	0,876	0,583	0,627	0,876
48-Kurumda Hemşire Sayısının Yetersiz Olması	4,57	0,909	0,590	0,557	0,876
29-İş Sağlığı Ve Güvenliğine İlişkin Mevcut Kanun Ve Yönetmeliklerin Hemşirelik Hizmetlerine Uyarlanmaması	4,47	0,759	0,550	0,338	0,878
80-Aile İçi Rollerde Zorlanma	4,10	1,075	0,585	0,549	0,877
84-Çalışma Koşullarının Sosyal Yaşamı Etkiliyor Olması (<i>Sinamaya Gitmek, Arkadaşlarla Toplanmak Vs.</i>)	4,50	0,911	0,615	0,434	0,874
81-Çocuk Yetiştirme Ve Ebeveynlik Rolünde Yetersizlik	4,03	1,193	0,554	0,481	0,881
32-Malpraktis Sigortasının Hemşirelerde Kurumca Karşılanmaması	4,43	0,806	0,429	0,297	0,883

Cronbach Alfa katsayısı: 0,885

Standartlaştırılmış Alfa Katsayısı: 0,892

Ortalama ve Standart Sapma: 58,81 ± 7,085

Madde Ortalamalarının Ortalaması: 4,5 (min. 4,03 ± mak. 4,78)

Araştırmada kullanılan HİYKÖ İş Koşulları Alt Boyutunun Güvenirlik

Analizinin tanımlayıcı istatistikleri Tablo 6’da sunuldu. En küçük madde puan ortalaması 4,03 için olup (±1,19), en yüksek madde puan ortalaması ise 4,78 içindir

($\pm 0,62$). Madde çıkarıldığında ölçeğin güvenirlik katsayılarının 0,87 ile 0,88 arasında değiştiği görüldü. Yapılan Güvenirlik analizi sonucunda Alfa Katsayısı 0,89'dir ($p < 0,001$). Buda istatistiksel olarak yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir. Madde çıkarıldığında ölçeğin güvenirlik katsayısı en yüksek değeri 'Malpraktis Sigortasının Hemşirelerde Kurumca Karşılanmaması' maddesinden aldı (0,88).

Tablo 7: HİYKÖ Kurum Yönetimi Politikaları Alt Boyutundaki Maddelere Verilen Yanıtların Dağılımlar(N=253)

Maddeler	Ort.	SS	Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonu	Çoklu Açıklayıcılık Katsayısı	Madde Çıkarıldığında Ölçeğin Güvenirlik Katsayısı
40-Kurumda Yazılı Ve Standart Ödül Ve Cezalandırma Sisteminin Olmaması	3,96	1,186	0,758	0,604	0,889
34-Kurumda Tayin Olmak İsteyenlere Kolaylık Tanınmaması	4,13	1,178	0,661	0,556	0,894
45-Kurumda Sertifika Ve Kurs Programlarına Katılım İmkanlarının Sağlanmaması	3,89	1,213	0,672	0,561	0,893
38-Kurumda Terfi Edebilme Olanaklarının Olmaması	4,30	1,045	0,644	0,565	0,895
44-Kurum Politikalarının Benimsenmemesi	4,04	1,178	0,690	0,552	0,892
35-Kurumda İş Yükünün Belli Bir Yaşın Yada Çalışma Süresinin Üstündekiler İçin Azaltılması	4,03	1,180	0,557	0,432	0,898
41-Kurumda Kadrolu Ve Sözleşmeli Hemşirelere Farklı Uygulamaların Yapılıyor Olması (Çalışma Saatleri, Ücret, Servis Lojman Vs.)	3,47	1,575	0,574	0,391	0,900
37-Kurum Yöneticilerinin Hemşireliğe Bakışının Olumlu Olması	4,28	0,997	0,595	0,434	0,897
39-Kurumda Yardımcı Personel Sayısının Yeterli Düzeyde Olmaması	4,51	0,829	0,604	0,478	0,897
51-Hemşirelik Hizmetleri İçinde İyi Bir İletişim Sisteminin Bulunması	4,20	1,139	0,575	0,393	0,897
46-Kurumda Yardımcı Personelin Sık Eğitilmesi	3,81	1,210	0,598	0,505	0,896
36-İş Yüküne Göre Özendirici Ücretlendirmenin Olmaması (YB.-Ameliyathane...Çalışanlar Daha Fazla Ücret Almalı)	4,30	1,130	0,495	0,400	0,900
43-Kurumda Çalışanların Haklı Oldukları Konularda Desteklenmemesi	4,42	0,890	0,603	0,417	0,897
33-Kurumda Çalışanın Motivasyonunu Artırıcı Etkinlikler Olmaması	4,55	0,692	0,468	0,323	0,901

Cronbach Alfa katsayısı: 0,903

Standartlaştırılmış Alfa Katsayısı: 0,906

Ortalama ve Standart Sapma:57,90 ± 10,440

Madde Ortalamalarının Ortalaması: 4,136 (min. 3,474–mak. 4,553)

Araştırmada kullanılan İş Yaşam Kalitesi leğinin Kurum Yönetimi Politikaları Boyutunun Güvenirlik Analizinin tanımlayıcı istatistikleri Tablo 7’de sunuldu. En kk madde puan ortalaması 3,47 için olup ($\pm 1,575$), en yüksek madde puan ortalaması ise 4,55 içindir ($\pm 0,692$). Madde çıkarıldığında ölçeğin güvenirlik katsayılarının 0,889 ile 0,901 arasında değiştiği görüldü. Yapılan Güvenirlik analizi sonucunda Alfa Katsayısı 0,903’dr ($p < 0,001$). Buda istatistiksel olarak yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir. Madde çıkarıldığında ölçeğin güvenilirlik katsayısı en yüksek değeri ‘Kurumda alışanın Motivasyonunu Artırıcı Etkinlikler Olmaması’ maddesinden aldır (0,901).

Tablo 8: HİYKÖ Fiziksel Koşullar Alt Boyutundaki Maddelere Verilen Yanıtların Dağılımları(N=253)

Maddeler	Ort.	SS	Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonu	Çoklu Açıklayıcılık Katsayısı	Madde Çıkarıldığında Ölçeğin Güvenirlik Katsayısı
9-Hasta Bakımında İhtiyaç Duyulan Malzemeye Ya Da İlaça Rahatça Ulaşamamak	4,09	1,169	0,695	0,495	0,805
11-Çalışılan Kurumda Güvenli Ve Sağlıklı Bir Çalışma Ortamının Olmaması	4,23	0,937	0,685	0,526	0,811
12-Çalışılan Birimde Tıbbi Araç Gereçlerin (Ekg, Defibratör, Monitör...) Bozulması Durumunda Hizmetin Aksamaması İçin Yedeklerinin Bulunmaması	4,30	0,950	0,559	0,363	0,824
10-Kişisel İhtiyaçların Karşılammaması (Tuvalet Kağıdı, Nöbetlerde Çay, Su, Isınma)	3,75	1,403	0,526	0,399	0,832
13-Dengeli Ve Yeterli Beslenme İçin Zaman Olmaması	4,00	1,177	0,635	0,435	0,814
2-Hemşirelerin Dinlenmesi, Giyinmesi Vb. İçin Uygun Ortamın Olmaması	4,06	1,143	0,468	0,233	0,835
15-Nöbetli Çalışma Nedeniyle Uykusuzluk Problemi Yaşamak	4,36	1,008	0,514	0,321	0,829
26-Radyasyona Maruz Kalınan Ortamlarda Çalışma	4,17	1,147	0,560	0,364	0,824

Cronbach Alfa katsayısı: 0,841

Standartlaştırılmış Alfa Katsayısı: 0,846

Ortalama ve Standart Sapma: 32,96 ± 6,192

Madde Ortalamalarının Ortalaması: 4,120 (min. 3,747 –mak. 4,356)

Araştırmada kullanılan HİYKÖ Fiziksel Koşullar Alt Boyutunun Güvenirlik Analizinin tanımlayıcı istatistikleri Tablo 8’de sunuldu. En küçük madde puan ortalaması 3,75 için olup ($\pm 1,40$), en yüksek madde puan ortalaması ise 4,30 içindir ($\pm 0,95$). Madde çıkarıldığında ölçeğin güvenirlik katsayılarının 0,81 ile 0,83 arasında değiştiği görüldü. Yapılan Güvenirlik analizi sonucunda Alfa Katsayısı 0,84’dir ($p < 0,001$). Buda istatistiksel olarak yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir. Madde çıkarıldığında ölçeğin güvenirlik katsayısı en yüksek değeri ‘Kişisel İhtiyaçların Karşılammaması (Tuvalet Kağıdı, Nöbetlerde Çay, Su, Isınma)’ maddesinden aldı (0,83).

Tablo 9: HİYKÖ Sosyal Olanaklar ve Çalışma Ortamı Alt Boyutundaki Maddelere Verilen Yanıtların Dağılımları(N=253)

Maddeler	Ort.	SS	Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonu	Çoklu Açıklayıcılık Katsayısı	Madde Çıkarıldığında Ölçeğin Güvenirlik Katsayısı
14-Mortalite Oranı Yüksek Bir İşte Çalışıyor Olmak	4,08	1,162	0,598	0,425	0,753
17-Çalışılan Bölümde Terminal Dönemdeki Yada Ölümü Yaklaşan Hastayla Sık Karşılaşma İhtimalinin Olması	3,93	1,058	0,598	0,534	0,754
18-Kronik Hastalığı Olan Hastalarla Sık Karşılaşıyor Olmak	3,88	1,086	0,644	0,542	0,747
16-Hemşirelik Girişimleri Ve Bakımı Sırasında Kesici Delici Aletlerle Yaralanma Riskinin Yüksek Olması	4,36	0,846	0,524	0,312	0,769
5-Kurumda Lojman Olanaklarının Olmaması	3,34	1,602	0,409	0,178	0,799
3-Hastane İçinde Sürekli Kapalı Ortamda Çalışmak	4,38	0,816	0,421	0,225	0,781
24-Çalışılan Klinikte Hastaya Bakım Verirken Otonomi Kullanamamak	3,98	0,926	0,509	0,281	0,769
27-Beceriye Dayalı Bir Meslek Olması	3,72	1,343	0,447	0,249	0,781

Cronbach Alfa katsayısı: 0,79

Standartlaştırılmış Alfa Katsayısı: 0,81

Ortalama ve Standart Sapma: 31,68 ± 5,78

Madde Ortalamalarının Ortalaması: 3,96 (min. 3,34–mak. 4,38)

Araştırmada kullanılan HİYKÖ Sosyal Olanaklar ve Çalışma Ortamı Alt Boyutunun Güvenirlik Analizinin tanımlayıcı istatistikleri Tablo 9’da sunuldu. En küçük madde puan ortalaması 3,34 için olup ($\pm 1,60$), en yüksek madde puan ortalaması ise 4,38 içindir ($\pm 0,82$). Madde çıkarıldığında ölçeğin güvenirlik katsayılarının 0,75 ile 0,80 arasında değiştiği görüldü. Yapılan Güvenirlik analizi sonucunda Alfa Katsayısı 0,79’dır ($p < 0,001$). Buda istatistiksel olarak yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir. Madde çıkarıldığında ölçeğin güvenirlik katsayısı en yüksek değeri ‘kurumda lojman olanaklarının olmaması’ maddesinden aldı (0,80).

Tablo 10: HİYKÖ Beş Alt Boyutu Ve Toplam Ölçek Puanı İçin Güvenirlik Katsayıları (N:253)

Alt Boyutlar	Cronbach'ın Alfa Katsayısı	Standartlaştırılmış Alfa Katsayısı
Hemşirelik Yönetimi	,96	,96
Kurum Ynetimi Politikaları	,90	,91
İş Koşulları	,89	,89
Fiziksel Koşullar	,84	,85
Sosyal Olanaklar ve Çalışma Ortamı	,79	,81
Toplam Ölçek	,97	,97

Cronbach alfa katsayısı, ölçekte yer alan maddelerin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Cronbach Alfa katsayısı, ölçek içinde bulunan maddelerin homojenliğinin ölçüsüdür. Bir ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa; o ölçüde ölçeğin aynı özelliğin öğelerini ölçen tutarlı maddelerden oluştuğu söylenir. Literatürde Cronbach Alfa katsayısının 0.60-0.80 arasında olmasının araştırmalarda kullanılması için yeterli olduğu ifade edilirken, 0.00-0.40 ise ölçek güvenilir değildir. $0.80 < \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derece güvenilirir.

Hemşirelerde iş yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarına baktığımızda Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı tüm alt boyutlarda 0,79-0,96 arasında bulunması ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir. En yüksek katsayı hemşirelik yönetimi alt boyutu iken (0,96), sosyal imkanlar ve çalışma ortamı alt boyutu en düşük katsayıyı (0,79) almıştır. Toplam ölçek katsayısı ise 0,97 değeri ile istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı çıktı (Tablo 10).

4.1.5. Ölçeğin Puanlanması ve Değerlendirilmesi

Ölçeğin puanlandırılmasında; ölçek toplam ve alt boyutları için 100'e dönüştürme yaklaşımı benimsendi. Bunun için aşağıdaki adımlar izlendi: Negatif ifadeli madde bulunmadığı için 73 maddenin puanı toplanarak, ham puanlar elde edildi.

Toplam ham puan madde sayısına bölünerek, elde edilen değerden ‘1’ çıkarılır, 25 ile çarpılarak 0-100 arasında ölçek puanı elde edildi.

Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı: (bireylerin toplam ham puanı/madde sayısı) – 1 x 25

Örneğin; bir bireyin ham veri olarak elde edilen toplam ölçek puanının 365 olduğu varsayılırsa, toplam puanı oluşturan 73 soru vardır;

HIYKÖ Toplam puanı: $(365/73) \cdot 1 \cdot 25$

$$5 \cdot 1 \cdot 25 = 100$$

Ölçek Alt Boyut Puanlarının Hesaplanması

Toplam ölçek puanlarının hesaplanmasındaki yol izlenerek hesaplanmakta olup, her alt boyutta ham puan alt boyutları oluşturan madde sayısına bölünmektedir.

Ölçek ve alt boyutlar	Madde sayısı	Madde numaraları *
Hemşirelerde iş yaşam kalitesi ölçeği (toplam)	73 madde	
Hemşirelik yönetimi	30 madde	42, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 82, 85 ve 86.
Kurum yönetimi	14	33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46, ve 51.
İş koşulları	13	23, 29, 30, 31, 32, 48, 49, 50, 68, 69, 80, 81 ve 84
Fiziksel koşullar	8	2, 9, 10, 11, 12, 13, 15 ve 26
Sosyal imkanlar ve çalışma ortamı	8	3, 5, 14, 16, 17, 18, 24 ve 27.

**Madde numaraları 86 maddelik ölçeğe ait madde numaralarıdır.*

Ölçeğin değerlendirilmesinde; puan ortalamasının yükselmesi (100'e yaklaşması) olumsuz tutumu gösterirken, azalması (0'a doğru yaklaşması) tutumun olumlu olduğu şeklinde yorumlanır.

4.2.HEMŞİRELERDE İŞ YAŞAM KALİTESİ ALGILAMALARINA İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde, hemşirelerin sosyo demografik özellikleri, iş yaşam kalitesini algılama durumları ve algı düzeyleri ile sosyo demografik özelliklerin karşılaştırılması gruplandırılarak incelendi.

4.2.1. Hemşirelerin Sosyo Demografik Özelliklerine Ait Bulgular

Hemşirelerin sosyo demografik özelliklerine ait bulgular Tablo 11-12 ve 13 ile Grafik 1'de gösterilmiştir.

Tablo 11: Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Kuruma Göre Dağılımı (N=253)

	Değişkenler	n	%
Çalışılan Kurum	Devlet Hastanesi	173	68,4
	Üniversite Hastanesi	67	26,5
	Özel Hastane	13	5,1

Tablo 11'de çalışmaya katılanların çalıştıkları kurumlara göre sıklıkları verilmektedir. Buna göre çalışmaya katılanların % 68.4'ü devlet hastanesinde, % 26.5'i üniversite hastanesinde, % 5.1'i özel hastanede çalışmaktadır.

Tablo 12: Hemşirelerin Kişisel Durum Değişkenlerinin Dağılımı (N=253)

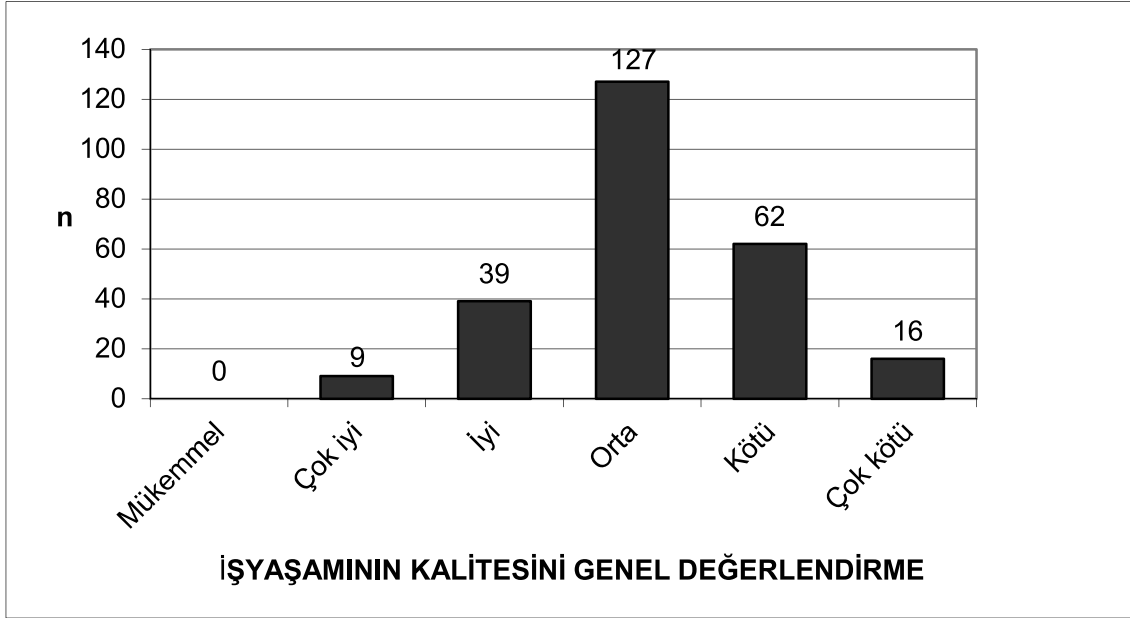
Değişkenler	n	%
Yaş grupları		
18-23	3	1,2
24-29	47	18,6
30-35	98	38,7
36-41	72	28,5
42 ≤	33	13
Medeni Durum		
Evli	194	76,7
Bekar	59	23,3

Tablo 12’de hemşirelerin kişisel durum değişkenlerine ait bulgular incelendiğinde; hemşirelerin 30-35 yaş arası (%38.7) ve çoğunluğunun evli (%76.7) olduğu saptandı.

Tablo 13: Hemşirelerin Mesleki Durum Değişkenlerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=253)

Değişkenler	n	%
Çalışma Pozisyonu		
Başhemşire/ yardımcısı	4	1,5
Sorumlu hemş.	28	11,1
Servis hemş	170	67,2
Diğer	51	20,2
Çalıştığı Servis		
Dahili birim	56	22,1
Cerrahi birim	62	24,5
Poliklinik	16	6,3
Riskli birimler (acil, ameliyathane,	105	41,5
Diğer	14	5,5
Haftalık Çalışma Saati		
45 saat	94	37,2
54 saat	118	46,6
63 saat	37	14,6
72 saat	4	1,6
Meslekte çalışma süresi (yıl)		
1-5	36	14,2
6-10	54	21,4
11-15	57	22,5
16-20	57	22,5
21 ve üstü	49	19,4
Bulunduğu birimde çalışma süresi (yıl)		
0-5	158	62,5
6-10	56	22,1
11-15	23	9
16-20	13	5,1
21 ve üstü	3	1,3

Çalışmaya katılanların çoğunluğu riskli birimlerde (%41.5) , servis hemşiresi pozisyonunda (%67.2), haftada 54 saat (%46.6) çalıştığı; meslekte çalışma sürelerinin 11-20 yıl arasında değiştiği (%45) Ve bulundukları birimde çalışma sürelerinin 0-5 yıl arasında değiştiği (%62.5) görülmektedir.



Grafik 1: Araştırmaya Katılan Hemşirelerin İYK Değerlendirmelerine Göre Dağılımları

Grafik 1’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan hemşirelerin %50’si (n=127) iş yaşam kalitesini orta olarak değerlendirirken, %30,8’i (n=78) kötü ve çok kötü olarak değerlendirmektedir.

4.2.2. Hemşirelerin İş Yaşam Kaliteleri Ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Tablo 14: HİYKÖ Ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (N:253)

Ölçek Ve Alt Boyutları	Min.	Max.	Ortalama	Std. Sapma
İş Yaşam Kalitesi Ölçeği (Toplam Puan)	28.42	100.00	80.98	14.30
Hemşirelik Yönetimi (Faktör 1)	8.33	100.00	81.77	17.88
İş Koşulları (Faktör 2)	16.07	100.00	77.39	18.64
Kurum Yönetimi Politikaları (Faktör 3)	23.08	100.00	88.10	13.62
Fiziksel Koşullar (Faktör 4)	12.50	100.00	77.99	19.35
Sosyal İmkanlar Ve Çalışma Ortamı (Faktör 5)	21.88	100.00	74.00	18.06

Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının (80.98±14.30) yüksek düzeyde olduğu, ölçek alt boyut puanlarının ise 'kurum yönetimi' alt boyutunda en yüksek puan ortalamasına (88.10±13.62) sahip olduğu buna karşın 'sosyal imkanlar ve çalışma ortamı' alt boyutunda ise en düşük puan ortalamasına (74.00±18.06) sahip olduğu bulunDU (Tablo 14).

Tablo 15: HİYKÖ İle Beş Alt Boyutu İçin Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları (N:253)

	1	2	3	4	5
1-Hemşirelik Yönetimi					
2- İş koşulları	0.669**				
3-Kurum Yönetimi Politikaları	0.657**	0.569**			
4-Fiziksel Koşullar	0.589**	0.556**	0.537**		
5-Sosyal İmkanlar Ve Çalışma Ortamı	0.486**	0.531**	0.504**	0.575**	
Ölçek Toplam Puanı	0.907**	0.842**	0.729**	0.745**	0.691**

**** $p < 0,01$**

Araştırmada kullanılan iş yaşam kalitesi ölçeği ile 5 alt boyutunun korelasyon analizi istatistikleri Tablo 15’da sunulDU. 5 faktörde birbiriyle (+) ilişkili ve iyi düzeyde koreledir.

Tablo 16: Hemşirelerin Çalıştıkları Kuruma Göre HİYKÖ Ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (N:253)

Ortanca [min-max]	ÇALIŞILAN KURUM			Kruskal Wallis	p	Anlamlı Fark
	Devlet Hastanesi ^a (n=173)	Üniversite Hastanesi ^b (n=67)	Özel Hatane ^c (n=9)			
Hemşirelik Yönetimi	81,40 (8,3-100)	82,81 (22,5-100)	81,20 (32,5-100)	0,21	,900	
İş Koşulları	76,15 (16,1-100)	83,71 (32,1-100)	82,74 (50,0-100)	9,24	,010*	a<b
Kurum Yönetimi Politikaları	88,08 (23,1-100)	88,06 (28,85-100)	88,89 (63,5-100)	0,07	,965	
Fiziksel Koşullar	75,60 (12,5-100)	83,90 (12,5-100)	80,90 (50,0-100)	10,82	,004*	a<b
Sosyal İmkanlar Ve Çalışma Ortamı	74,29 (21,9-100)	71,78 (31,6-100)	84,72 (62,5-100)	4,03	,134	
TOPLAM PUAN	80,17 (28,4-100)	82,83 (37,7-100)	83,22 (47,3-97,9)	2,73	,256	

Man whitney u testi ile yapılmıştır.

*p <0.005

Hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre iş yaşam kalitesi ölçeği ve 5 alt boyutunun puan dağılımları Kruskal-Wallis test ile karşılaştırıldığında, alt boyutlardan iş koşulları ve fiziksel koşullar puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı (sırasıyla p=0,01 ve p=0,004, Tablo 16).

İş koşulları ve fiziksel koşullar alt boyutlarında puanların dağılımları arasındaki farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde gruplar Mann Whitney U testi ile ikili olarak karşılaştırıldı. Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin puanlarının (ortanca= 83,71 min-max= 32,1-100) devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin puanlarından (ortanca= 76,15 min-max= 16,1-100) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptandı (sırasıyla p=0,003 ve p=0,001).

Tablo 17: Hemşirelerin Yaşa Göre HİYKÖ ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımları (N:253)

Ortanca [min-max]	YAŞ GRUPLARI				Kruskal Wallis	p	Anlamlı Fark
	29 yaş ve altı ^a (n= 50)	30-35 yaş ^b (n=98)	36-41 yaş ^c (n=72)	42 yaş ve üstü ^d (n=33)			
Hemşirelik Yönetimi	84,15 (35,0- 100)	81,26 (13,3-100)	82,13 (8,3-100)	78,86 (30,0-100)	1,80	0,615	
iş koşulları	81,64 (33,9- 100)	77,44 (37,5-100)	77,48 (16,1-100)	78,25 (37,5-100)	2,98	0,395	
Kurum Yönetimi Politikaları	91,42 (57,7- 100)	89,11 (32,7-100)	84,69 (24,1-100)	87,53 (65,4-100)	4,28	0,233	
Fiziksel Koşullar	85,00 (12,5- 100)	79,01 (31,3-100)	75,43 (12,5-100)	69,88 (15,6-100)	13,49	0,004	a>c a>d
Sosyal İmkanlar Ve Çalışma Ortamı	72,13 (31,3- 100)	74,74 (31,3-100)	73,65 (21,9-100)	75,38 (37,5-100)	0,89	0,833	
TOPLAM PUAN	83,74 (43,8- 100)	80,96 (37,7-100)	80,03 (28,4-100)	78,92 (45,6-100)	1,79	0,617	

Hemşirelerin yaş gruplarına göre iş yaşam kalitesi ölçeği ve 5 alt boyutunun puan dağılımları Kruskal-Wallis test ile karşılaştırıldığında, alt boyutlardan fiziksel koşullar puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı (p=0,004 Tablo 17).

Fiziksel koşullar alt boyutunda puanların dağılımları arasındaki farkın hangi yaş gruplarından kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde gruplar Mann Whitney U testi ile ikili olarak karşılaştırıldı. 29 yaş ve altı grubunda olan hemşirelerin fiziksel koşullar puanlarının (ortanca= 85,00 min-max= 12,5-100) 36-41 yaş grubu (ortanca=75,43 min-max= 12,5-100) ve 42 yaş ve üzerinde olan (ortanca=69,88 min-max=15,6-100) hemşirelerin fiziksel koşullar puanlarından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha büyük olduğu gözlemlendi (sırasıyla p=0,007 ve p=0,001).

Tablo 18 : Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre HIYKÖ ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımları (N:253)

Ortanca [min-max]	MEDENİ DURUM		Mann Whitney U testi	p-değeri
	Evli ^a (n=194)	Bekar ^b (n= 59)		
Hemşirelik Yönetimi	81,73 (13,3-100)	81,86 (8,3-100)	- ,62	,54
iş koşulları	77,34 (16,1-100)	81,84 (23,2-100)	- 1,48	,14
Kurum Yönetimi Politikaları	88,32 (23,1-100)	87,38 (38,5-100)	- 1,60	,11
Fiziksel Koşullar	77,25 (12,5-100)	80,40 (34,4-100)	- 1,02	,31
Sosyal İmkanlar Ve Çalışma Ortamı	74,27 (21,9-100)	73,25 (28,1-100)	- ,02	,98
TOPLAM PUAN	80,75 (33,6-100)	81,74±13,	- ,31	,76

Hemşirelerin medeni durumlarına göre iş yaşam kalitesi ölçeği ve 5 alt boyutunun puan dağılımları Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı hiçbir farklılık olmadığı görüldü (p>0.05, Tablo 18).

Tablo 19: Hemşirelerin Çalıştığı Birimlere HİYKÖ ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımları (N:253)

Ortanca [min-max]	ÇALIŞTIĞI BİRİM					Kruskal Wallis	p
	Dahili ^a (n= 56)	Cerrahi ^b (n=62)	Poliklinik ^c (n=16)	Riskli ^d (n=105)	Diğer ^e (n=14)		
Hemşirelik Yönetimi	83,27 (30,0-100)	81,56 (22,5-100)	79,27 (41,7-100)	81,46 (8,3-100)	81,78 (58,3-100)	1,13	0,890
iş koşulları	79,40 (16,1-100)	77,25 (37,5-100)	77,57 (39,3-100)	78,13 (23,2-100)	82,27 (48,2-100)	1,07	0,900
Kurum Yönetimi Politikaları	87,81 (23,1-100)	88,05 (28,9-100)	84,85 (32,7-100)	88,68 (38,5-100)	88,87 (65,4-100)	1,89	0,756
Fiziksel Koşullar	76,51 (12,5-100)	74,90 (15,6-100)	75,19 (31,3-100)	80,80 (12,5-100)	79,69 (46,9-100)	6,52	0,163
Sosyal İmkanlar Ve Çalışma Ortamı	73,21 (21,88-100)	75,50 (31,3-100)	76,17 (34,4-100)	73,57 (28,1-100)	71,21 (43,8-100)	1,59	0,812
TOPLAM PUAN	81,49 (33,6-100)	80,50 (37,7-100)	79,15 (37,7-97,9)	81,17 (28,4-100)	81,75 (64,7-100)	0,61	0,963

Hemşirelerin çalıştığı birimlere göre iş yaşam kalitesi ölçeği ve 5 alt boyutunun puan dağılımları Kruskal Wallis test ile karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı hiçbir farklılık saptanmadı ($p>0.05$ Tablo 19).

Tablo 20: Hemşirelerin Haftalık Çalışma Saatlerine Göre HİYKÖ ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımları (N:253)

Ortanca (min-max)	HAFTALIK ÇALIŞMA SAATLERİ			Kruskal Wallis Test değeri	p-değeri	Anlamlı Fark
	45 saat ^a (n=94)	53 saat ^b (n= 118)	61 saat ve üstü ^c (n=41)			
Hemşirelik Yönetimi	78,53 (8,3-100)	83,45 (22,5-100)	84,33 (54,2-100)	3,33	0,190	
iş koşulları	75,15 (16,1-100)	79,22 (32,1-100)	83,40 (44,6-100)	8,81	0,012	a<c
Kurum Yönetimi Politikaları	85,37 (23,1-100)	88,40 (28,8-100)	93,52 (71,2-100)	9,82	0,007	a<c b<c
Fiziksel Koşullar	74,23 (12,5-100)	78,92 (15,6-100)	83,92 (31,3-100)	11,10	0,004	a<c
Sosyal İmkanlar Ve Çalışma Ortamı	71,18 (+19,0)	75,63 (17,2)	75,76 (17,9)	1,84 *	0,161 **	
TOPLAM PUAN	77,82 (+15,5)	82,16 (13,5)	84,81 (12,4)	4,27 *	0,015 **	

**sosyal imkanlar ve çalışma ortamı alt boyutu ile toplam puan için ortalama+- standart sapma değerleri sunuldu.*

*** sosyal imkanlar ve çalışma ortamı alt boyutu ile toplam puan için tek yönlü varyans analizi sonuçları sunuldu*

Hemşirelerin haftalık çalışma saatlerine göre iş yaşam kalitesi ölçeği ve 5 alt boyutunun puan dağılımları Kruskal Wallis test ve tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında, alt boyutlardan iş koşulları, kurum yönetimi politikaları ve fiziksel koşullar puanlarının dağılımında ve toplam iş yaşam kalitesi ölçeği ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olduğu saptanmıştır (sırasıyla p= 0,012 p=0,007 p=0,004 ve p=0,015 Tablo 20).

İş koşulları, kurum yönetimi ve fiziksel koşullar alt boyutunda puanların dağılımları arasındaki farkın hangi çalışma saatleri gruplarından kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde gruplar Mann Whitney U testi ile ikili olarak karşılaştırıldı.

İş koşulları alt boyutu için 45 saat çalışanların puanlarının (ortanca=75,15 min-max=16,1-100) 61 saat ve üzeri çalışanların puanlarından (ortanca=83,40 min-max=44,6-100) anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü ($p=0,006$).

Kurum yönetimi alt boyutunda alınan puanların 61 saat ve üzeri çalışanlarda (ortanca=93,52 min-max= 71,2-100) 45 saat çalışanlara (ortanca= 85,37 min-max=23,1-100) ve 53 saat çalışanlara (ortanca=88,40 min-max=28,8-100) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı (sırasıyla $p=0,004$ ve $p=0,008$).

Fiziksel koşullar alt boyutunda ise 45 saat çalışanların puanlarının (ortanca=74,23 min-max=12,5-100) 61 saat ve üzeri çalışanların puanlarından (ortanca=83,92 min-max=31,3-100) anlamlı olarak daha düşük olduğu gözlemlendi ($p=0,002$).

Tek Yönlü Varyans Analizi ile saptanan toplam iş yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın hangi çalışma saatleri gruplarından kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni test ile yapılan analizde; 45 saat çalışanların puan ortalamasının 61 saat ve üzeri çalışanların puan ortalamasından anlamlı olarak daha düşük olduğu gözlemlendi ($p=0,026$). Ancak Çoklu Karşılaştırma probleminden kaçınmak amacıyla Bonferroni düzeltmesi dikkate alındığında hiçbir çalışma saati grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptandı.

Tablo 21: Hemşirelerin Kurumda Çalışma Sürelerine Göre HİYKÖ ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımları (N:253)

Ortanca (min-max)	KURUMDA ÇALIŞMA SÜRELERİ					Kruskal Wallis	p	Anlamlı Fark
	1-5 yıl ^a (n=36)	6-10 yıl ^b (n=54)	11-15 yıl ^c (n=57)	16-20 yıl ^d (n=57)	21 yıl ve üzeri ^e (n=)			
Hemşirelik Yönetimi	81,55 (22,5- 100)	84,12 (32,5- 100)	81,56 (45,8- 100)	80,88 (8,3- 100)	80,59 (30,0- 100)	2,19	0,702	
iş koşulları	77,63 (33,9- 100)	84,26 (32,1- 100)	72,77 (37,5- 100)	80,55 (23,2- 100)	76,49 (16,1- 100)	11,68	0,020	b>c
Kurum Yönetimi Politikaları	87,29 (28,9- 100)	91,24 (32,7- 100)	88,93 (42,3- 100)	87,25 (38,5- 100)	85,28 (23,1- 100)	6,70	0,153	
Fiziksel Koşullar	83,16 (12,5- 100)	82,58 (31,3- 100)	77,41 (31,3- 100)	77,25 (34,4- 100)	70,66 (12,5- 100)	11,48	0,022	a>e b>e
Sosyal İmkanlar Ve Çalışma Ortamı	71,44 (31,3- 100)	75,52 (34,4- 100)	73,79 (31,3- 96,9)	74,95 (28,1- 100)	73,34 (21,9- 100)	1,58	0,812	
TOPLAM PUAN	80,88 (37,7- 100)	84,30 (37,7- 100)	79,88 (47,3- 97,6)	80,90 (28,4- 100)	78,76 (33,6- 100)	5,62	0,229	

Hemşirelerin kurumda çalışma sürelerine göre iş yaşam kalitesi ölçeği ve 5 alt boyutunun puan dağılımları Kruskal Wallis test ile karşılaştırıldığında, alt boyutlardan iş koşulları ve fiziksel koşullar puanlarının dağılımında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlemlendi (sırasıyla p= 0,020 p=0,022 Tablo 21).

İki alt boyut puan dağılımları arasındaki farkın hangi çalışma süresi gruplarından kaynaklandığını belirlemek için Mann Whitney U test ile yapılan ileri analizde gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında;

İş koşulları alt boyutunda alınan puanların 6-10 yıl arasında çalışanlarda (ortanca=84,26 min-max=32,1-100) 11-15 yıl arası çalışanlara (ortanca=72,77 min-max=37,5-100) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı (p=0,002).

Fiziksel koşullar alt boyutunda alınan puanların 21 yıl ve üzeri çalışanlarda (ortanca= 70,66 min-max=12,5-100) 1-5 yıl arasında çalışanlara (ortanca=83,16 min-max=12,5-100) ve 6-10 yıl çalışanlara (ortanca=82,58 min-max=31,3-100) göre anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı (sırasıyla p=0,007 ve p=0,007).

Tablo 22: Hemşirelerin Birimdeki Çalışma Sürelerine Göre HİYKÖ ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımları (N:253)

Ortanca (min-max)	BİRİM ÇALIŞMA SÜRELERİ				Kruskal Wallis Test değeri	p-değeri	Anlamlı Fark
	0-5 yıl ^a (n=15 8)	6-10 yıl ^b (n=56)	11-15 yıl ^c (n=23)	16 yıl ve üzeri ^d (n=16)			
Hemşirelik Yönetimi	83,43 (8,3- 100)	82,16 (32,5- 100)	69,42 (13,3- 100)	81,72 (38,3- 100)	10,64	0,014	a>c
İş koşulları	79,39 (16,1- 100)	77,71 (37,5- 100)	71,12 (42,9- 92,9)	81,36 (48,2- 100)	7,94	0,047	
Kurum Yönetimi Politikaları	88,86 (23,1- 100)	89,15 (57,7- 100)	82,19 (55,8- 100)	85,46 (42,3- 100)	6,77	0,080	
Fiziksel Koşullar	80,87 (12,5- 100)	77,57 (31,3- 100)	66,71 (15,6- 90,6)	67,19 (34,4- 100)	21,19	0,001	a>c a>d
Sosyal İmkanlar Ve Çalışma Ortamı	74,90 (21,9- 100)	75,89 (31,3- 100)	65,08 (37,5- 87,5)	71,29 (28,1- 100)	8,16	0,043	a>c b>c
TOPLAM PUAN	82,41 (28,4- 100)	81,36 (47,3- 100)	71,25 (49,3- 86,3)	79,58 (51,4- 97,6)	15,0	0,002	a>c b>c

Hemşirelerin bulundukları birimde çalışma sürelerine göre iş yaşam kalitesi ölçeği ve 5 alt boyutunun puan dağılımları Kruskal Wallis test ile karşılaştırıldığında, alt boyutlardan hemşirelik yönetimi, fiziksel koşullar, sosyal imkanlar ve çalışma ortamı alt ölçekleri ile toplam ölçek puanlarının dağılımında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlemlendi (sırayla p=0,014 p=0,047 p<0,001 p=0,043 p=0,002 Tablo 22).

Puan dağılımları arasındaki farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Mann Whitney U test ile yapılan ileri analizde gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında;

Hemşirelik yönetimi alt boyutunda 0-5 yıl arası çalışanların puanlarının (ortanca= 83,43 min-max=8,3-100) 11-15 yıl arasında çalışanların puanlarından (ortanca=69,42 min-max=13,3-100) anlamlı olarak daha yüksek çıktı ($p=0,001$),

Fiziksel koşullar alt boyutunda 0-5 yıl arası çalışanların puanlarının (ortanca=80,87 min-max=12,5-100) 11-15 yıl çalışanların puanlarından (ortanca=66,71 min-max= 15,6-90,6) ve 16 yıl ve üzeri çalışanların puanlarından (ortanca=67,19 min-max=34,4-100) anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p<0,001$ $p=0,003$).

Sosyal imkanlar ve çalışma ortamı alt boyutunda 11-15 yıl arası çalışanların puanlarının (ortanca= 65,08 min-max=37,5-87,5) 0-5 yıl arası çalışanların (ortanca=74,90 min-max=21,9-100) ve 6-10 yıl arasında çalışanların (ortanca=75,89 min-max=31,3-100) puanlarından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu saptandı (sırasıyla $p=0,006$ $p=0,007$).

İş yaşam kalitesi ölçek toplam puanlarının 11-15 yıl arası çalışanlarda (ortanca=71,25 min-max=49,3-86,3) 0-5 yıl arasında çalışanlar (ortanca=82,41 min-max=28,4-100) ve 6-10 yıl arası çalışanlara (ortanca=81,36 min-max=47,3-100) göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu saptandı (sırasıyla $p<0,001$ ve $p=0,001$).

İş koşulları alt boyutunda çoklu karşılaştırma problemi için yapılan Bonferroni düzeltmesi sonrası istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde herhangi bir farklılık görülmedi ($p>0,05$).

Tablo 23: Hemşirelerin Çalışma Pozisyonuna Göre HİYKÖ ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımları (N:253)

Ortanca (min-max)	ÇALIŞMA POZİSYONU			Kruskal Wallis	p
	Başhemşire, Sorumlu Hemşire ^a (n= 32)	Servis Hemşiresi ^b (n=170)	Diğer ^c (n=51)		
Hemşirelik Yönetimi	79,43 (30,0-100)	81,51 (8,3-100)	84,07 (41,7-100)	0,60	0,740
iş koşulları	77,18 (37,5-100)	78,95 (16,1-100)	77,28 (32,1-100)	0,24	0,889
Kurum Yönetimi Politikaları	86,06 (57,7-100)	88,57 (23,1-100)	87,82 (32,7-100)	3,34	0,189
Fiziksel Koşullar	75,29 (15,6-100)	78,18 (12,5-100)	79,04 (12,5-100)	0,53	0,769
Sosyal İmkanlar Ve Çalışma Ortamı	72,75 (31,3-100)	75,24 (21,9-100)	70,65 (31,3-100)	2,56	0,279
TOPLAM PUAN	78,99 (45,6-100)	81,23 (28,4-100)	81,41 (37,7-100)	0,545	0,765

Hemşirelerin çalışma pozisyonlarına göre iş yaşam kalitesi ölçeği ve 5 alt boyutunun puan dağılımları Kruskal Wallis test ile karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı hiçbir farkın olmadığı görüldü ($p>.05$ Tablo 23).

Tablo 24: Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesini Öz Değerlendirmelerine Göre HIYKÖ ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımları (N:253)

Ortanca (min-max)	İŞ YAŞAMININ KALİTESİNİ DEĞERLENDİRMELERİ			Kruskal Wallis	p	Anlamlı Fark
	Çok iyi, İyi ^a (n=48)	Orta ^b (n=127)	Kötü, Çok kötü ^c (n=78)			
Hemşirelik Yönetimi	78,73 (35,0- 100)	79,93 (8,3- 100)	86,62 (13,3- 100)	16,82	<0,001	a,b<c
iş koşulları	72,13 (16,1- 100)	78,00 (23,2- 100)	82,85 (33,9- 100)	12,93	0,002	a,b<c
Kurum Yönetimi Politikaları	80,25 (23,1- 100)	87,19 (28,9- 100)	94,43 (55,8- 100)	47,05	<0,001	a,b<c
Fiziksel Koşullar	68,23 (12,5- 100)	77,12 (31,3- 100)	85,41 (34,4- 100)	24,20	<0,001	a,b<c
Sosyal İmkanlar Ve Çalışma Ortamı	68,95 (21,9- 96,9)	72,34 (31,3- 100)	79,80 (31,3- 100)	12,34	0,002	a,b<c
TOPLAM PUAN	75,51 (33,6- 99,0)	79,71 (28,4- 100)	86,41 (47,3- 100)	21,78	<0,001	a,b<c

Hemşirelerin iş yaşam kalitesini öz değerlendirmelerine göre iş yaşam kalitesi ölçeği ve 5 alt boyutunun puan dağılımları Kruskal Wallis test ile karşılaştırıldığında, tüm 5 alt boyut ile toplam ölçek puanlarının dağılımında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlemlendi. (sırasıyla $p<0,001$ $p=0,002$ $p<0,001$ $p<0,001$ $p=0,002$ $p<0,001$ Tablo 24).

Puan dağılımları arasındaki farkın hangi öz değerlendirme grubundan kaynaklandığını belirlemek için Mann Whitney U test ile yapılan ileri analizde gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında 5 alt boyut ve toplam ölçek için kötü-çok kötü şeklinde özdeğerlendirmesi olan hemşirelerin puanlarının çok iyi-iyi ve orta şeklinde özdeğerlendirmesi olan hemşirelerin puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı(Grafik 2).

Hemşirelik yönetimi alt boyutu için öz değerlendirmesi çok iyi+iyi olan hemşirelerin (ortanca=78,73 min-max=35,0-100) ve öz değerlendirmesi orta olan hemşirelerin (ortanca=79,93 min-max=8,3-100) puanlarının, öz değerlendirmesi kötü-çok kötü olan hemşirelerin puanlarından (ortanca=86,62 min-max= 133-100) anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü(sırasıyla $p=0,001$ $p<0,001$).

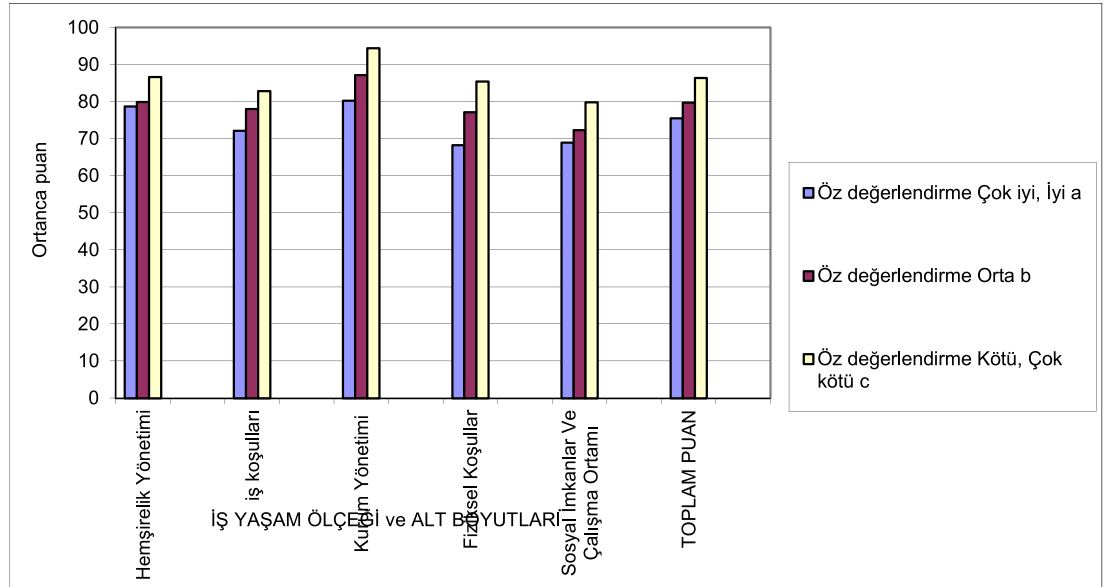
İş koşulları alt boyutu için öz değerlendirmesi çok iyi+iyi olan hemşirelerin(ortanca=72,13 min-max=16,1-100) ve öz değerlendirmesi orta olan hemşirelerin (ortanca=78,00 min-max=23,2-100) puanlarının öz değerlendirmesi kötü+çok kötü olan hemşirelerin puanlarından (ortanca=82,85 min-max=33,9-100) anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü (sırasıyla $p=0,001$ $p=0,005$).

Kurum yönetimi alt boyutu için öz değerlendirmesi çok iyi+iyi olan hemşirelerin(ortanca= 80,25 min-max=23,1-100) ve öz değerlendirmesi orta olan hemşirelerin (ortanca=87,19 min-max=28,9-100) puanlarının öz değerlendirmesi kötü+çok kötü olan hemşirelerin puanlarından (ortanca= 94,43 min-max=55,8-100) anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü (sırasıyla $p<0,001$ $p<0,001$).

Fiziksel koşullar alt boyutu için öz değerlendirmesi çok iyi+iyi olan hemşirelerin(ortanca=68,23 min-max=12,5-100) ve öz değerlendirmesi orta olan hemşirelerin (ortanca= 77,12 min-max=31,3-100) puanlarının öz değerlendirmesi kötü+çok kötü olan hemşirelerin puanlarından (ortanca=85,41 min-max=34,4-100) anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü (sırasıyla $p<0,001$ $p<0,001$).

Sosyal imkanlar ve çalışma ortamı alt boyutu için öz değerlendirmesi çok iyi+iyi hemşirelerin(ortanca= 68,95 min-max=21,9-96,9) ve öz değerlendirmesi orta olan hemşirelerin (ortanca=72,34 min-max=31,3-100) puanlarının öz değerlendirmesi kötü+çok kötü olan hemşirelerin puanlarından (ortanca=79,80 min-max=31,3-100) anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü (sırasıyla $p=0,007$ $p=0,001$).

Toplam ölçek puanı için öz değerlendirmesi çok iyi+iyi hemşirelerin(ortanca=75,51 min-max=33,6-99,0) ve öz değerlendirmesi orta olan hemşirelerin (ortanca=79,71 min-max=28,4-100) puanlarının öz değerlendirmesi kötü+çok kötü olan hemşirelerin puanlarından (ortanca=86,41 min-max=47,3-100) anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü (sırasıyla $p<0,001$ $p<0,001$).



Grafik 2: Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesini Öz Değerlendirmelerine Göre HİYKÖ ve 5 Alt Boyutunun Puan Dağılımları

5.TARTIŞMA

Hemşirelikte iş yaşam kalitesi; hemşirelere olumlu iş ortamı sunan, tatmin eden, işle ilgili refah düzeyini artıran ve kaliteli hasta ve çalışan sonuçlarının alındığı kapsamlı bir yapıdır (Brooks, 2007; Stone et all, 2007). Ülkemizde hemşirelikte iş yaşam kalitesi ile ilgili durumları belirlemeye yönelik pek fazla çalışma yapılmamıştır. Hemşirelerin iş yaşam kalitelerini belirleyecek bir ölçek geliştirmek ve geçerlilik güvenilirliğini test etmek amacıyla yapılan araştırma Çanakkale il merkezinde bulunan bir özel, bir devlet ve bir üniversite hastanesinde toplam 253 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirildi. Bu bölümde 73 madde ve 5 faktörden oluşan Hemşirelerde İş Yaşam Kalitesi Ölçeği 2 aşamada tartışılacaktır.

1. Geçerlilik ve güvenilirlik analizlerine ilişkin bulgular doğrultusunda
2. Elde edilen bulgular literatür bilgilerinin ışığında .

5.1. Hemşirelerde İş Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geçerlilik Güvenilirlik Analizlerinin Tartışılması

Ölçek geliştirme çalışması için öncelikle literatür taraması yapıldı ve elde edilen literatür doğrultusunda araştırmanın kalitatif boyutunda kullanılacak görüşme formu oluşturuldu. Literatür taramasında ulusal ve uluslar arası literatürde yer alan kalitatif çalışmalar ve iş yaşam kalitesine yönelik teorik modeller dikkate alındı. Uğur 2008 yılında yaptığı çalışmasında, hemşirelerin iş yaşamının kalitesi ve etkileyen faktörlere ilişkin görüşlerini ele almış, Şirin ise 2011 de yaptığı çalışma ile Brooks tarafından geliştirilen Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği'ni (Quality of Nursing Work Life Survey) Türkçe'ye uyarlamış ve geçerlilik ve güvenilirliğini test etmiştir. Bu çalışmada da oluşturulan görüşme formunun soruları; bu çalışmalarla benzerlik göstermekte olup, hemşirelerin iş yaşam kalitelerini nasıl değerlendirdikleri ve iş yaşam kalitelerini etkileyen faktörler gibi konularla birlikte iş yaşam modellerinde yer alan ,iş yaşam kalitesini etkileyen yönetim, performans, eğitim, ödüllendirme gibi faktörler dikkate alınarak oluşturuldu.

Literatürden destek alınarak gruplandırılan verilerle 106 maddelik madde havuzu oluşturuldu. Madde havuzu oluşturulurken, ölçekte yer alması tahmin edilen veya istenen madde sayısının en az 3 katı kadar maddenin oluşturulması önerilmektedir (Tezbaşaran, 1997;çimen, 2003). Bu çalışmada, geliştirilecek ölçek için tahmin edilen madde sayısı 35-40 olarak düşünüldü ve kalitatif verilerden elde edilen veriler ve literatür doğrultusunda ilk olarak 106 maddelik madde havuzu oluşturuldu. Bu madde sayısı, tahmin edilen madde sayısının yaklaşık 3 katını oluşturmaktadır.

Oluşturulan madde havuzu, tez danışmanı ile 97 maddeye indirilerek taslak ölçek madde havuzu oluşturuldu. Oluşturulan 97 maddelik madde havuzu uzman görüşüne (11 kişi) sunuldu, gelen öneriler doğrultusunda ifadelerde değişiklikler yapıldı ve 11 madde çıkarıldı. 86 maddenin anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacı ile örneklem grubu ile benzer özellikler taşıyan 25 kişilik hemşire grubunda ön uygulama yapıldı, elde edilen veriler doğrultusunda taslak ölçeğin uygulanması aşamasına geçildi. Ölçek geliştirme çalışmalarıyla ilgili literatürde, ölçek taslağının benzer özelliklere sahip bir örneklem grubunda test edilmesi önerilmektedir (Tezbaşaran, 1997).

Geçerlilik testin neyi ne denli doğru olarak ölçtüğü ile ilgili kavramdır ve araştırmacının ölçeğin ölçtüğünü düşündüğü değişkeni gerçekten ölçüp ölçmediğini gösterir (Öner, 1997; Tezbaşaran, 1997; Erefe, 2002). Geçerlilik çalışması, bir ölçüm aracı için yapılması zorunlu bir basamaktır (Öner, 1997; Sönmez, 1999).

Bu çalışmada ölçeğin geçerliliğini sınamak için yapı geçerliliği kontrol edildi. Yapı geçerliliği, ölçme aracında bulunan maddelerin ölçülmek istenen davranış/özelliği nicelik ve nitelik olarak yeterli düzeyde temsil edip etmediğinin göstergesidir (Öner, 1997; Tezbaşaran, 1997; Erefe, 2002). Literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan 97 ifadelik madde havuzu 11 uzmana gönderildi ve uzmanlardan her bir maddenin ölçme derecesini 1-10 puan arasında değerlendirmeleri istendi. Tavşancıl tarafından , ölçek uyarlama ve geliştirme çalışmalarında başvuru uzman sayısının 3-20 arasında olabileceği bildirilmiştir (Tavşancıl, 2002). Bu araştırmada 11 uzman görüşüne başvurularak görüş alınması literatürle paralellik göstermektedir.

Ölçme aracında madde ifadelerine uygun olarak cevap kategorilerinin sayısına karar verilmelidir. Literatürde derecelendirme sayısının 5'ten küçük olması bilgi

kaybına, yüksek olması ise dereceler arasında farkın ayırt edilemez olmasına neden olacağı belirtilmektedir (Tezbaşaran, 1997). Literatür ve uzman görüşleri doğrultusunda ölçeğin 5’li likert şeklinde olmasına ve cevap etiketlerinin “hiç etkilemiyor” ile “çok etkiliyor” arasında düzenlenmesine karar verildi. Uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda ölçek yeniden yapılandırıldı ve uzmanlardan düşük puan ortalaması alan 11 soru ölçekten çıkartıldı. İş yaşam kalitesi ölçeğinin maddeleri için alınan uzman görüşleri arasındaki uyumun değerlendirilmesi amacıyla yapılan Kendall's W iyi uyum analizi sonucunda uzman görüşleri arasında uyumun olduğu saptandı(Kendall's W : .176, p= .079). Ölçek anlam, anlatım ve dilbilgisi bakımından bir Türkçe öğretmenine kontrol ettirildikten sonra ölçeğe son şekli verildi. Yapılan istatistik analiz sonucunda hemşirelerde iş yaşam kalitesi ölçeğinin kapsam geçerliliği yönünden uygun bir ölçme aracı olduğu söylenebilir.

Araştırma ile ilgili literatür incelendiğinde , ölçek geliştirilirken her bir ölçek maddesi için 5-10 kişinin araştırma kapsamına alınması önerilmekte olup (Tavşancıl, 2005), bu araştırma da çalışmanın yapıldığı bölgedeki hemşire sayısı dikkate alınarak her bir madde için 3 kişi esas alınmış ($3 \times 73 = 219$), toplam 253 hemşire örnekleminde ölçeğin istatistik analizleri yapılmıştır.

Güvenilirlik tüm bilimsel çalışmaların taşınması gereken temel bir özelliktir. Güvenilirlik, herhangi bir araç ve yöntemin ölçtüğü değişkeni ne derece duyarlılıkla ölçebildiği veya ölçme sonuçlarının tesadüfi hatalardan ne derece arınık olduğu anlamında kullanılır (Turgut, 1992). Güvenilirlik katsayısı yükseldikçe, ölçekle ölçülen farkların gerçek farkları yansıttığı düşünülür (Öner, 1997).

Hemşirelerde iş yaşam kalitesi ölçeğinin güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılığı ve homojenliği ölçmek için madde analizi yöntemi kullanıldı ve Cronbach Alfa katsayısı hesaplandı. Madde analizi ölçekteki her bir maddenin aldığı değer ile ölçeğin tamamından alınan toplam değer arasındaki ilişkiyi ifade eder. Ölçme aracındaki maddeler eşit ağırlıkta ve bağımsız üniteler şeklinde ise her madde değeri ile toplam değer arasındaki ilişkinin yüksek olması beklenir (Akgül, 2003). Madde toplam puan korelasyonu yükseldikçe o maddenin etkinliği artmakta, korelasyon katsayısı düşük

olduğunda ölçek maddelerinin yeterince güvenilir olmadığına karar verilmektedir. Madde toplam puan korelasyonunun 0.15-0.20 arasında olası değersiz, 0.20-0.35 arasında olması düşük bir derece , 0.35-0.60 arasında olması iyi bir derece, 0.60 ve üstü ise yüksek güvenilirlik derecesi olarak kabul edilmektedir (Akgül, 2003). Hemşirelerde iş yaşam kalitesi ölçeğinde madde-toplam puan korelasyonları 0.30 ve üzeri olanlar anlamlı kabul edildi. Tüm faktör yükleri pozitif işaretlidir. Ortak varyansı 0.30'un altında olan madde1, madde 4, madde 6 ve madde 8 ölçekten çıkartıldı. Kalan 82 maddenin iç tutarlılığının ve homojenliğinin bir göstergesi olarak düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon değeri ve cronbach alfa katsayısı tekrar hesaplandı. 82 madde için verilerin faktör analizine uygunluğu değerlendirildiğinde faktörler tarafından açıklanan ortak varyansı 0.30'un altında olan madde 19,21,22 ve 25'in ölçekten çıkartılmasına karar verildi ve ölçek madde sayısı 78'e düştü.

Hemşirelerde iş yaşam kalitesi ölçeğinin yapı geçerliliğini belirlemek amacıyla açıklayıcı faktör analizi yapıldı. Faktör analizi, ölçek maddeleri arasındaki ilişkilerden çıkarılan ortak boyutların belirlenmesidir. Aralarında yüksek ilişki gösteren ve birbirine benzeyen maddelerin gruplaşması toplam ölçek puanını etkileyen ana boyutlar ortaya çıkarmaktadır (Öner, 2006; Tezbaşaran, 1997). Faktör analizi uygulanırken örneklem büyüklüğü ve örneklem faktör analizi için uygun olup olmadığının dikkate alınması şarttır (Akgül, 2003).

Hemşirelerde iş yaşam kalitesi ölçeğinin örneklem faktör analizi için yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin Measure Of Sampling Adequacy Analizi (KMO-ÖRNEKLEM YETERLİLİĞİ), örneklem faktör analizi için uygun olup olmadığını değerlendirmek için Bartlett's Test Of Sphericity Analizi (örneklem sına büyüklüğü) yapıldı. Kaiser- Meyer- Olkin (KMO) gözlenen korelasyon katsayıları büyüklüğü ile kısmi korelasyon katsayılarının büyüklüğünü karşılaştıran bir indekstir. KMO ölçütü 0.90-1.00 olduğunda mükemmel, 0.80- 0.89 arasında olması çok iyi, 0.70-0.79 arasında olduğunda iyi, 0.60-0.69 arasında olduğunda orta, 0.50-0.59 arasında olduğunda zayıf ve 0.50'nin altında ise kabul edilmez (Akgül, 2003). Hemşirelerde İş Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin KMO katsayısının 0.893 olduğu görülmektedir. Bu bulgu örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli olduğunu

göstermektedir. Barlett Test sonucu ise $\chi^2 = 15598,8$ olarak saptanmış ve $p < 0.001$ önem düzeyinde anlamlı bulundu. Bu bulgular verilerin normal dağılım gösterdiği, ölçüm sonuçlarının örneklem büyüklüğünden etkilenmediği ve örneklem faktör analizi için yeterli ve uygun olduğu anlamındadır.

Hemşirelerde iş yaşam kalitesi ölçeğinin faktörel yapısını belirlemek için Varimax Rotasyon yöntemi kullanıldı. Maddelerin faktör ile olan ilişkisini açıklayan faktör yük değeri için literatür, uygulamada kesin bir sınır olmadığını ancak uygulamada sıklıkla .40 ve üzeri değerlerin alınması gerektiğini vurgulamaktadır (Çimen, 2003). Belirtilen en alt değer .30 olduğu ve .30-.59 arasındaki yük değerlerinin orta, .60 ve üstündeki değerlerin ise yüksek olduğu kabul edilmektedir (Akgül, 2003). Bu çalışmada madde faktör yükü dağılımına bakıldığında madde faktör yükü .40'un altında toplam 5 maddenin (7,20,28,47 ve 83. maddeler) ölçekten çıkarılmasına karar verildi ve ölçek madde sayısı 73'e düştü. Maddelerin faktör yüklerinin 0.41-0.79 arasında olduğu saptandı (Tablo 4).

Bu çalışmada açımlayıcı faktör analizi sonucunda ölçek maddelerinin en uygun şekilde beş faktör boyutunda toplandığı belirlendi. Analiz sonucunda elde edilen varyans oranları ne kadar yüksekse ölçeğin faktör yapısı da o kadar güçlü olmaktadır (Akgül 2003). Literatürde faktör analizi sonucunda ortaya çıkan alt boyutların adlandırılmasının kurumsal beklentilere ve yorumlamalara bağlı olduğu, konu alanı ile ilgili uzmanların görüşlerinden yararlanılması gerektiği belirtilmektedir (Akgün, 2003; Tavşancıl, 2005). Bu çalışmada tez danışman hocası görüşleri doğrultusunda ve teorik modellerle de ilişkili olarak; hemşirelik yönetimi, iş koşulları, kurum yönetimi, fiziksel koşullar ve sosyal imkanlar ve çalışma ortamı olarak adlandırıldı.

Ölçek geliştirme çalışmalarında özellikle likert tipi ölçek geliştirilirken, ölçme aracında yer alan maddelerin iç tutarlılığını test etmek ve aracın güvenilir olduğunun değerlendirilmesi amacıyla Cronbach Alfa katsayısından yararlanılmaktadır. Cronbach Alfa katsayısının .40'ın altında olması ölçeğin güvenilir olmadığını, .40-.59 arası düşük güvenilirlikte, .60-.79 arası güvenilir, .80-1.00 arası ise yüksek güvenilirlikte olduğunu ifade etmektedir (Tezbaşaran,1997; Öner,1997; Çimen, 2003).

Hemşirelerde İş Yaşam Kalitesi Ölçeğinin iç tutarlılığını belirlemek için yapılan Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.97 olarak bulundu. Alt boyutların Cronbach Alfa katsayıları ise en yüksek 0.96 ile hemşirelik yönetimi alt boyutuna, en düşük ise 0.79 ile sosyal imkanlar ve çalışma ortamı alt boyutuna ait olduğu belirlendi (Tablo 11). Bu çalışmada Hemşirelerde İş Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayıları 0.79-0.96 arasındadır. Buda ölçek ve alt ölçeklerin kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak 73 maddelik Hemşirelerde İş Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 5 faktörlü yapı geçerliliğini sağlamaktadır .

5.2. Bulguların Tartışılması

Araştırmanın örneklemini oluşturan hemşirelerin kişisel durum değişkenleri incelendiğinde (Tablo 13); çoğunluğunun genç (24-35 yaş, %57,3) ve evli (%76,7) olması; hemşire örnekleminde yapılan diğer araştırmalarla, hemşirelerin genç yaş grubunda ve evli olduğu ile ilgili bulgular açısından benzerlik göstermektedir (Uğur, 2008). Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş gruplarının üniversite hastanesinde daha genç olmasının (24-29 yaş) ve çalışma sürelerinin daha az olmasının üniversite hastanesinin daha yeni açılmış olmasından (3 yıl) kaynaklandığı düşünülmektedir. Oysa ki Uğur'un (2008) çalışmasında üniversite hastanelerinde çalışan hemşireler devlet ve SSK hastanelerinde çalışanlara oranla daha uzun süredir halen bulundukları hastanede görev yapmaktadır. Bu sonucun devlet ve SSK hastanelerinde tayin olanağının bulunmasından kaynaklandığını düşünmektedir (Uğur, 2008).

Hemşirelerin mesleki durum değişkenleri incelendiğinde (Tablo 12, Tablo 14); hemşirelerin çoğunun devlet hastanesinde (%68,4), riskli birimlerde (%41,5), servis hemşiresi (%67,2) olarak, haftada 54 saat (%46,6) çalıştıkları, mesleki deneyimlerinin (10-20 yıl arasında,% 45) ve bulunduğu birimdeki deneyimlerinin (5 yıl ve altı, %62,5) düşük olduğu belirlenmiş olup; Uğur'un çalışmasında ise (2008) hemşirelerin çoğunun (%69) bulundukları hastanede çalışmaya başladıkları ilk yıldan sonra yer değiştirmediklerini ifade etmeleri çalışmamızla uyusmaktadır.

Bu bulgular genel olarak değerlendirildiğinde , üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin çoğunluğunun daha genç,deneyimi az ve bekar olduğu, buna karşın devlet hastanesinde çalışanların daha fazla deneyimli ve evli oldukları söylenebilir.

Çalışmada hemşirelerin iş yaşam kaliteleri öz değerlendirme bulguları incelendiğinde; %50'si (n=127) “orta” olarak değerlendirdikleri bulunmuştur (Grafik 1). Çanakkale'deki devlet ve üniversite hastanelerindeki örgütlenme şekli birbirine benzemektedir. Başhekimliğe bağlı bir başhemşirelik sisteminde hemşirelik faaliyetlerinin yürütülmesi, hemşirelere kendi sorumluluk alanları içinde daha az özerklik ve otonomi sağlamakta buda iş yaşam kalitelerine ilişkin değerlendirmelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlere ilişkin yapılan bir çalışmada hemşirelerin üçte biri iş yaşam kalitelerini kötü olarak değerlendirmiş ve kötü olarak değerlendiren bu hemşirelerin % 31.4'ünün bulundukları hastanede 1 yıldan az yada en fazla 1 yıl çalışmayı hedeflediği belirlenmiştir (Uğur, 2008). Brooks'un yoğun bakım ünitelerinde iş yaşam kalitesi ile ilgili yaptığı bir çalışmada ise İş Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden (QNWL) alınan toplam puana göre hemşirelerin iş yaşam kalitesi düzeylerinin orta seviyede olduğu belirlenmiştir (Brooks & Anderson, 2004).

Hemşirelerin iş yaşam kaliteleri ile ilgili bulgular incelendiğinde(Tablo 15); iş yaşam kalitesi ölçeğinin toplam puan ortalamasının ($80,98 \pm 14,30$)yüksek olması, ölçek alt boyutlarına ait puanlar incelendiğinde ise; kurum yönetimi alt boyutunun ($88,10 \pm 13,62$) ve hemşirelik yönetimi alt boyut puanının ($81,77 \pm 17,88$) 80'nin üstünde olmasına karşın diğer alt boyut puanlarının daha düşük olmasında hemşirelerin iş yaşam kalitelerinde yöneticilerin ve hastane politikalarının etkili olduğu söylenebilir. Örneklemi kamu ağırlıklı hastanelerde görevli hemşirelerin oluşturması nedeniyle, hemşirelik hizmetlerinde yaşanan olumsuzluklardan ödüllendirme, adalet, eğitim, çalışan memnuniyeti, etkili toplantı ve geri bildirimler, kurum politikalarının varlığı ve iyi iletişim gibi faktörlerin olumsuz olması hemşirelerin iş yaşam kalitelerini olumsuz algılamalarına neden olmaktadır. Buna karşın iş koşulları, fiziksel koşullar ve sosyal imkanlar ve çalışma ortamı boyutlarındaki ücret, nöbet sayıları, kişisel ihtiyaçlar ve

hasta bakımında kullanılan malzemelere ulaşım, mesleki riskler lojman yada kreş gibi faktörlerin yokluğunda ise hemşirelerin daha olumlu bir tavır sergilediği söylenebilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin haftalık çalışma saatlerinin 45 saatin üzerinde olması, bu sürenin haftada 63 saate kadar çıkması sürekli fazla mesaiye kalındığını gösteriyor (n=159, %62.8; Tablo 14). 657 sayılı devlet memurları kanununa göre, memurların haftalık çalışma süresi 40 saat olarak belirlenmiş olmasına rağmen, 2368 sayılı sağlık personelinin tazminat ve çalışma esaslarına dair kanun uyarınca hemşirelerin çalışma süresi haftada 45 saattir. Ağustos 2010 yılında Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan 2010/55 genelgede “Bilindiği üzere 30/01/2010 tarihli ve 27478 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına dair Kanunun 19/a. maddesi 30 temmuz 2010 tarihinde yürürlüğe girmiş ve 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun belirtilen tarih itibarıyla yürürlükten kalkmıştır. Buna göre, 30 Temmuz 2010 tarihi itibarıyla sağlık personelinin haftalık çalışma süresinin, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 99 uncu maddesi uyarınca haftalık 40 saat olarak uygulanması gerekmektedir” denilmektedir. Ancak pek çok hastane bu genelgeyi uygulamamakta, haftalık mesaiyi 45 saat olarak sürdürmektedir. Ayrıca yönetmelikte “hastane başhekimleri kesintisiz hizmetin devamı açısından personel sayısını dikkate alarak fazla çalışma ve nöbet gibi hizmetlerde farklı çalışma saatleri belirleyebilir” maddesi ile (m.38/2) hemşirelerin çalışma saatlerinde standartlara uygun olmayan uygulamalara yol açmaktadır. Uğur’un (2008) çalışmasında da hemşirelerin fazla mesai yaptıkları, hatta devlet hastanesindeki hemşirelerin üniversite hastanesindekilere oranla daha fazla mesai yaptıkları görülmüştür (haftada 80 saatin üzerinde). Bu durumun çalışan sağlığı ve memnuniyeti açısından olumsuz etkileri göz ardı edilemez. Brooks’un yoğun bakım ünitelerinde yaptığı iş yaşamı kalitesi ile ilgili çalışmada hemşirelerin % 67’sinin işten sonra enerjilerinin kalmadığını, % 66’sı vardiyalı çalışma programlarının yaşamlarını olumsuz etkilediğini ve % 65’i işlerinin çok ağır olduğunu belirtmiştir (Brooks & Anderson, 2004). Bohle ve arkadaşlarının çalışmasında uzun saatler çalışmanın yetersiz uyku, düzensiz beslenme ve düzenli egzersiz yapmamaya neden olduğu belirlenmiştir (Bohle et al, 2004). Bu durum ileri yaşlarda oluşabilecek pek çok kronik hastalığı zemin

hazırlamaktadır. Hemşirelik yönetimi alt boyutunda hemşirelerin iş yaşam kalitelerini en çok etkileyen madde olarak “kurumda çalışma listelerinin (vardiya/nöbet sıklığının) hemşirelerin yeterince dinlenmesine fırsat verecek şekilde düzenlenmemesi” ifadesini seçmeleri (puan ort=4,61±0,76) bu çalışmalarla paralellik göstermektedir. Çalışmaya katılan hemşireler nöbet sonrası yeterli dinlenme fırsatlarının olmamasının iş yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Yeterli dinlenememe, uykusuz kalma ve yeterli beslenememe hemşirenin mesai içinde kan şekerinin düşmesine, uyumasına yol açacak; buda dikkat dağınıklığı yaratacağı için mesai içerisinde yapacağı tedavi ve bakım uygulamalarında hasta güvenliği açısından tehlike oluşturacaktır. Bu durum kurumlar tarafından alınan büyük bir risktir. Uluslararası çalışma örgütünün belirlediği standartlara göre gece mesaisi 8 saati geçmemelidir. Yine bu standartlara göre çalışana 24 saat içerisinde en az 12 saat dinlenme süresi verilmelidir. Ayrıca iş ve iş ortamı çalışanın iş dışı yaşamını da etkilemektedir. Örneğin, fazla mesailer veya uzun çalışma saatleri insanların aile veya arkadaşlarına fazla zaman ayıramamasına neden olabilmektedir. Oysa ki, kişinin çalışan rolü ile yaşamındaki diğer roller arasında bir denge olmalıdır(Özgen,2007).

Hemşirelerin çalıştıkları kurumlar ile İş Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ait bulgular incelendiğinde (Tablo 17); iş koşulları ve fiziksel koşullar olmak üzere iki alt boyutta üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksek olduğunun (sırasıyla $p= 0,010$, $p=0,004$) saptanması; üniversite hastanesinin yeni açılmasına rağmen fiziki koşullarının uygun olmaması ve yetersiz hemşire sayısından kaynaklı olduğunu düşündürmektedir. Üniversite hastanesinde; dinlenme odalarının olmayışı, fazla mesaide ve gün aşırı nöbetle çalışmak, yeterli beslenme ve dinlenmeye zaman ayıramamak, hasta bakımında kullanılan malzemelerdeki yetersizlikler hemşirelerin iş yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir.

Hemşirelerin yaşları ile İş Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ait bulgular incelendiğinde (Tablo 18); fiziksel koşullar alt boyutundan alınan puan ortalamalarının 29 yaş ve altı hemşire grubunda 36-

41 yaş grubu ve 42 yaş ve üzeri hemşirelerden anlamlı olarak yüksek bulunması; genç yaştaki hemşirelerin mesleğin ilk yıllarında daha idealist olduklarını, hasta bakımını aksatacak fiziksel koşullarda memnuniyetsizliklerinin arttığını; uzun yıllardır bu işi yapan hemşirelerin ise aksaklıkları karşısında daha ılımlı olduklarını, itiraz etmek yerine eksikliği kabullenmelerinden veya görmezden gelmelerinden dolayı iş yaşam kalitelerini daha az etkilediğini düşündürüyor. Hasta bakımında kullanılan ilaca yada malzemeye rahatça ulaşamamak, kişisel ihtiyaçlarının karşılanmaması, tıbbi araç gerecin yedeklerinin olmaması, hemşirelerin dinlenmesi/giyinmesi için uygun yerin olmaması, gece vardiyalarında ulaşım hizmetinin olmaması gibi fiziksel koşulların eksikliği/yokluğu iş yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Hemşirelerde güvenli ve sağlıklı olmayan iş ortamlarına bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel, sosyal ve mental sağlık yakınmaları hemşirenin iş verimini düşürmekte, kurumun ekonomik kaybına, kazaların artmasına ve bakım verilen kişilerin doğrudan risk altında kalmasına neden olmaktadır(Görgülü, 2001). Uğur'un çalışmasında (2008) hemşirelerin bulundukları yaş grubuna göre iş yaşamı kalitesine ilişkin değerlendirmeleri incelendiğinde tüm yaş gruplarının %50.0'nin üzerinde oranlarda iş yaşamlarının kalitesini "iyi" olarak değerlendirdiği görülmüştür. bu güne kadar yapılan çalışmalarda iş yaşamı kalitesini etkileyen faktörlere ilişkin yaş grupları arasında farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Çalışanın iş doyumunu etkileyen iş yaşamı kalitesi faktörlerine ilişkin Blegen'in yaptığı meta analizde (1993), yaş ile iş doyumunu arasındaki olumlu yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. Looji ve arkadaşlarının (1995) iş yaşamı kalitesi araştırmasında da genç çalışanların özellikle de stajyerlerin işten ayrılma düşüncelerinin ileri yaşlardaki çalışanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Araştırmada, hemşirelerin medeni durumu ile İş Yaşam Kalitesi Ölçeği ve 5 alt boyuta ait puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 19) anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Benzer şekilde Uğur'un (2008) çalışmasında hemşirelerin medeni durumlarının iş yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmeleri arasında bir farklılık yaratmadığı bulunmuştur. Decker'ın (1997) çalışmasında da hemşirelerin iş doyumunu açısından önemli bir belirleyici olmadığı bulunmuştur. Aslan ve Akbayrak (2002) da çalışmalarında evli olanlarda iş doyumunun yüksek olmasını evlilerin yaşamlarında

belli bir yol çizdikleri, bu yaşantılarında doyumlu olmalarının getirdiği olumlu özellikleri iş yaşantılarına da yansıttıklarını ile açıklamışlardır.

Hemşirelerin çalıştığı birim ile İş Yaşam Kalitesi Ölçeği ve 5 alt boyuta ait puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 20) anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Benzer şekilde Uğur'un (2008) çalışmasında hemşirelerin çalıştıkları servislere göre iş yaşam kalitesine ilişkin görüşleri arasında bir fark bulunmamıştır. Eskiden en son seçilen yerler arasında olan riskli birimler (yoğun bakım, acil, ameliyathane, dializ vb.) artık özellikli birim olması ve bakanlık onaylı sertifika olanaklarının bulunması nedeniyle ilk tercih edilen yerler arasına girmiştir. Bununda hemşirelerin çalıştıkları birimlerin iş yaşam kalitelerini etkilememesinin nedenini açıkladığı düşünülmektedir.

Hemşirelerin haftalık çalışma saatleri ile İş Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarına ait bulgular incelendiğinde (Tablo 21); iş koşulları ve fiziksel koşullar alt boyutlarında 61 saat ve üzeri çalışan hemşirelerin puan ortalamaları 45 saat çalışan hemşirelerin puan ortalamalarında anlamlı bir şekilde yüksekken kurum yönetimi alt boyutunda ise 61 saat ve üzeri çalışan hemşirelerin puan ortalamaları 45 ve 53 saat çalışan hemşirelerin puan ortalamalarından yüksek olması; hemşirelerin fazla mesaide çalışmak istemediklerini ve nöbet ve fazla mesai saatlerini yönetimin hazırlarken adil davranmadıklarını düşünmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Bansal ve ark. (2003) bir serviste yaptığı iş yaşam kalitesi araştırmasında rapor edilen, çalışma saatlerinin kabul edilebilir düzeyde olduğunu belirten çalışanların iş yaşam kalitesinden memnun olduklarını ve yöneticilerini çalışanlara karşı daha adaletli oldukları değerlendirmesi ile benzerlik göstermektedir. Uğur'un (2008) çalışmasında da fazla mesai yapan çalışanlar yöneticilerin kendilerine karşı adaletli davranmadığını ifade etmişlerdir. Fazla mesailer ve iş yükü çalışanların iş dışındaki yaşamını doğrudan etkiler. Çalışanın iş ve iş dışı yaşamı arasındaki denge, iş yaşam kalitesi üzerinde etkilidir (Walton, 1973; Mirvis & Lawyer, 1984).

Mesleki deneyim süreleri ile İş Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyutları incelendiğinde (Tablo 22); fiziksel koşullar alt boyut puanının 12-60 ay ile 61-120 ay arasında çalışanlarda 241 ay ve üzeri çalışanlara göre anlamlı bir şekilde yüksek olması;

yaş dağılımıyla ilgili bulguları destekler nitelikte hemşirelerin meslekteki ilk yıllarında mesleğe yeni başlama ve çalışma hayatına atılmış olmanın maddi ve manevi kazanımlar, deneyim, bilgi ve beceri geliştirmenin yanı sıra aldıkları eğitimle öğrendikleri standartları ve ideal ortamı çalışma esnasında bulamamalarından kaynaklanan olumsuz tutum sergiledikleri şeklinde değerlendirilebilir.

Hemşirelerin bulundukları birimde çalışma süreleri ile İş Yaşam Kalitesi Ölçeği ve 5 alt boyut puan ortalamalarına ait bulgular incelendiğinde (Tablo 23); toplam puanın 1-60 ay ile 61-120 ay arasında çalışanların puan ortalamaları 121-180 ay arasında çalışanların puan ortalamasından; fiziksel koşullar alt boyutunda 1-60 ay arasında çalışan hemşirelerin puan ortalaması 121-180 ile 180 ay ve üzeri çalışan hemşirelerin puan ortalamasından; hemşirelik yönetimi ve sosyal imkanlar ve çalışma ortamı alt boyutlarında ise 1-60 ay arasında çalışanların puan ortalaması 121-180 ay arasında çalışanların puan ortalamasından anlamlı şekilde yüksek olması; kurumsal deneyimi az olan hemşirelerin kendilerini kuruma kabul ettirme gereksinimi ile hareket ettiklerini, diğer grubun ise kendilerini kurumun bir parçası olarak görüp kurumlarını olduğu gibi kabullendiklerini düşündürmektedir. Çok dinamik bir meslek olan hemşirelikte uzun yıllar boyunca aynı görevde veya aynı üniteye tekrarlı işler yapmak hemşirelerin iş doyumlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Blegen, 1993). Modern iş yaşamı kalitesi çalışmaları, çalışanların iş yaşamlarındaki monotonluğu önlemek ve motive etmek üzere çalışanlara farklı alanlarda beceri kazandırmak ve sorumluluk vermek yönünde çaba harcamaktadır. Bu amaçla iş rotasyonları yapılmaktadır. İş rotasyonu periyodik zamanlarla çalışana daha önceki görevinden tamamen farklı iş koşulları sağlamayı içermektedir (Newstrom & Davis, 1997). Ancak çok sık yapılan yer değişiklikleri hemşirelerin çalıştıkları alanlara adaptasyonunu zorlaştırabilir. Bu nedenle rotasyon kararları dikkatle verilmelidir. Uğur'un (2008) çalışmasında hemşirelerin çoğu (%69) bulundukları hastanede çalışmaya başladıkları ilk yıldan sonra yer değiştirmediklerini belirtmişlerdir. Bu çalışmaya katılan hemşirelerin aynı yerde ortalama 5 yıldır çalışmakta olmaları ,bu sürenin maksimum 21 yıla kadar çıkmasının Uğur'un çalışmasıyla paralellik gösterdiği söylenebilir (Tablo 14). Hemşirelerin çok uzun süre aynı birimlerde özellikle riskli birimler olarak kabul edilen acil servis, yoğun bakım üniteleri, ameliyathane gibi birimlerde çalışmaları onlarda tükenmişlik yaratmakta buda

iş yaşam kalitelerini düşürmektedir. Yapılan bir çalışmada acil servis hemşirelerinin tükenmişlik ve iş doyumları ile bu parametrelerin yaşam kalitesi üzerine etkisi incelenmiştir. Hemşirelerin %54.3'ü duygusal tükenmişlik, %54.7'si duyarsızlaşma ve %46'sı kişisel başarısızlık eksikliği yaşamaktadır. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arttıkça iş doyumunu ve yaşam kalitesi azalmaktadır (Kavlu, 2008). Taze'nin yaptığı çalışmada (2008), yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerde yaş, meslekte çalışma süresi ve yoğun bakımda çalışma süresi arttığında duygusal tükenmişliğin arttığı bulunmuştur. Gillespie ve Melby'nin (2003) çalışmasında ise acil serviste 6-10 yıl arasında çalışanların tükenmişlik düzeyinin acilde 2-5 yıl arasında çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Hemşirelerin çalıştığı pozisyonlar ile İş Yaşam Kalitesi Ölçeği ve 5 alt boyut arasında anlamlı farklılıklar bulunamamıştır (Tablo 24). Buda hemşirelerin statüsünün iş yaş kalitesini artırmadığını, bunun da başhekimliğe bağlı olarak çalışmaktan, kendi karar mekanizmalarının olmamasından ve inisiyatif kullanamamalarından kaynaklı olabileceğini düşündürüyor.

Hemşirelerin iş yaşam kalitelerini öz değerlendirmeleri ile İş Yaşam Kalitesi Ölçeği ve 5 alt boyuta ait puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 25); toplam ölçek puanı ve tüm alt boyutlar arasında anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Toplam puan ve 5 alt boyutta da hemşirelerden iş yaşam kalitelerini kötü+çok kötü olarak değerlendirenlerin puan ortalamaları iyi+çok iyi ve orta olarak değerlendiren hemşirelerin puan ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek olması; çalışmadan alınan puan ortalaması ile örtüşmekte olup, çalışmadan da çıkan sonuç hemşirelerin iş yaşam kalitelerinin düşük/kötü olduğu yönündedir. İş yaşam kalitesi; iş yaşamı çevresinde çalışanlar tarafından tercih edilen veya tercih edilmeyen unsurların değerlendirilmesi ile belirlenen, çalışanların etkinlik ve verimliliklerini, moral ve motivasyonunu, umutlarını, beklentilerini ve isteklerini destekleyen çalışma ortamıdır (Argentero et al, 2007). Sağlık kurumlarında hemşirelerin iyi bakım vermelerini sağlayacak olumlu bir atmosfer yaratılmalıdır. Bu atmosfer, hemşirelerin bireysel amaçlarına ulaşmaları ve iş sorumluluklarını yerine getirmeleri için onların çabalarını artıracak faktörlerin ne olduğunu tanımlamak açısından önemlidir. Bu nedenle, hemşireleri harekete geçirecek

ekonomik, psikososyal, örgütsel ve yönetsel motivasyon araçlarıyla donatılmış kaliteli çalışma ortamlarının oluşturulması için gerekli politika ve prosedürler geliştirilmeli ve uygulanmalıdır(Uyer, 1996;Burtson & Stichler, 2010). Hemşirelere kendi sorumluluk alanları içinde daha fazla özerklik sağlandığı, gereksinimlere duyarlı olduğu ve sonuçta iş yaşamlarının kalitesine ilişkin değerlendirmelerinin olumlu yönde etkilenebileceği düşünülmektedir. Ayrıca başhemşirelerin seçiminde yönetime ilişkin bilgileri sorgulanmadığı, usta-çırak ilişkisi içinde gözlemleyerek öğrendikleri ile yönetim uygulamalarını geçmişten gelen alışkanlıklar ile sürdürmeleri, çağdaş yaklaşımları dikkate almamalarıda çalışanları olumsuz etkilemektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin iş yaşam kalitelerini belirleyecek bir ölçek geliştirmek ve geçerlilik güvenilirliğini test etmek amacıyla yapılan araştırma sonucunda;

- Hemşirelerde İş Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin uzman görüşleri ile kapsam geçerliliği sağlanmış,

- İç tutarlılık analizlerinde, negatif ya da düşük madde-toplam puan korelasyonuna sahip 13 madde ölçekten çıkarıldıktan sonra 73 maddelik Hemşirelerde İş Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin faktör analizi sonrası faktör yüklerinin 0.36- 0.79 arasında olduğu ve ölçeğin toplam varyansın % 51,57'sini açıklayan 5 faktörlü bir yapıya sahip olduğu,

- Ölçeğin toplam Cronbach Alfa katsayısının 0.97, alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayılarının ise 0.79-0.96 arasında olduğu,

- Tüm bu sonuçlara göre hazırlanan Hemşirelerde İş Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır.

- Araştırma örneklemini oluşturan hemşirelerin kişisel durum değişkenleri ele alındığında;

Hemşirelerin genç yaş grubunda ve evli oldukları, mesleki özellikleri incelendiğinde; çoğunluğunun devlet hastanesinde, riskli birimlerde, servis hemşiresi olarak haftada 54 saat çalıştıkları,mesleki deneyimlerinin 10-20 yıl arasında değiştiği ve bulundukları birimde 5 yıl ve altında çalıştıkları,

Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının yüksek olduğu ve iş yaşam kalitelerini en çok kurum yönetimi politikaları ve hemşirelik yönetiminin etkilediğini,

Hemşirelerin iş yaşam kalitelerini etkileyen kişisel durum değişkenleri incelendiğinde; yaş grupları ile ilgili anlamlı farkın olmasına rağmen medeni durumla ilgili anlamlı farkın olmadığı,

Hemşirelerin mesleki durum değişkenleriyle yapılan karşılaştırmalar incelendiğinde; çalışılan kurum, mesai saati, deneyim, birimde çalışma süresi arasında anlamlı farkların olduğu ancak çalışılan birim ve pozisyon la ilgili anlamlı farkların olmadığı,

Hemşirelerin kendi öz değerlendirmeleri ile iş yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puan ortalamasının örtüştüğü ve çalışanların iş yaşam kalitelerinden memnun olmadıkları saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği'nin;

Hemşirelerin iş yaşamı kalitesinin belirlenmesinde ve iş yaşamı kalitelerinin iyileştirilmesi için alınacak önlemlerin saptanmasında veri toplama aracı olarak kullanılması,

Hemşirelerin genel çalışma ortamlarına ilişkin güçlü ve zayıf yönlerin incelenmesinde kullanılması,

Literatür doğrultusunda hazırlanan geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirlenen Hemşirelerde İş Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin daha farklı ve geniş örneklem gruplarında geçerlilik ve güvenilirliğinin tekrarlanması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

Abdeen Th.(2002) Company Performance: Does Quality Of Work Life Really Matter?. Management Research News, Vol. 25, No. 8: 8–11.

Aba G. (2009) İş Yaşam Kalitesi Ve Motivasyon İlişkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Antalya.

Aiken Ve Diğ. Hospital Nurse Staffing And Patient Mortality. Nurse Burnout, And Job Dissatisfaction, Journal Of Amerikan Medical Association, 288 (16): 1987-1993, 2002.

Akgül A. (2003) İstatistiksel Analiz Teknikleri, Ankara, Emek Ofset Ltd. Şti.

Akper J, Zabava Ford Ws.(2003) Fox Dh. Predicting Nurses' Organizational And Professional İdentification: The Effect Of Nursing Roles, Professional Autonomy, And Supportive Communication. Nurs Econ; 21(5): 226-232.

Aksungur A. (2009) Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Ebe Ve Hemşirelerin İş Doyumu Ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Aktan Cc., Işık Ak. Sağlığın Korunması Ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bir Bakış (S. 4-27). Erişim Tarihi: 16 Mart 2011, [Http://Www.T-Hasak.Org/Evrenselsaglikbildirgeleri.Pdf](http://www.t-hasak.org/evrenselsaglikbildirgeleri.pdf).

Alçelik A., Deniz F., Yeşildal N., Mayda As., Şerifi Ba. (2005) Aibü Tıp Fakültesi Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Sağlık Sorunları Ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Tsk Koruyucu Hekimlik Bülteni, 4 (2), 55-56.

Altınparmak S. (2006) Gebelerde Sosyo-Demografik Özellikler, Öz Bakım Gücü Ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. Tsk Koruyucu Hekimlik Bülteni, 5(6), 416-423.

Altuntaş s., Baykal ü. (2008) işe karşı tutum ölçeğinin hemşireler için uyarlanması. Atatürk üniversitesi hemşirelik yüskokulu dergisi, 11(1).

Andersen E. (2005) Health Effects Of Shiftwork: A Focus On Health Care Providers. Aaohn J., 53 (6): 239-240.

Andrews Fm., Abbey A. (1985) Modeling The Psychological Determinants Of Life Quality. Social Indicators Research, 16, 1-34.

Araz Arzu. (1991) Kişisel Projelerde Hareketle İşletme Yöneticilerinin İş Yaşamı Kalitesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Argentero P., Miglioretti M., Angilletta C. (2007) Quality Of Work Life İn A Cohort Of Italian Health Workers. G Ital Med Lav Ergon, 29 (1 Suppl. A): A50-A54.

Arpaçay B. (2005) İş Sağlığı Ve Güvenliği Yönetim Sistemine (Ohsas-Ts18001) Yönelik Bir Uygulama Örneği. Dokuz Eylül Üniv Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tezsiz Yüksek Lisans Projesi, İzmir.

Baba Vv, Jamal M. (1991) Routinization Of Job Context And Job Content As Related To Employees' Quality Of Working Life: A Study Of Canadian Nurses. J Organ Behav, 12 (5): 379-386.

Bakal M, Paspas M, Smith Ap, Stern M.(2003) A Balancing Act: Managing Your Personel And Professional Life. Nurs Econ , 21(6-1): 288-295

Ballou B., Godwin Nh.(2007) Quality Of "Work Life": Have You Invested İn Your Organization's Future?. (Hr Resources), Strategic Finance (Digital), (October,), 41–45.

Barutçugil İ. (2004) Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi. Kariyer Yayıncılık, İstanbul.

Baumann Ve Diğ. Commitment And Care: The Benefits Of A Healthy Workplace For Nurses, Their Patients And The System, www.chsif.ca/fundingopportunities/commissionedresearch/polisyn/pdf/pssupcomcare.pdf, 26/02/2011.

Baumann A. (2007) Olumlu Çalışma Ortamları Nitelikli İş Yerleri=Nitelikli Hasta Bakımı Bilgi Ve Eylem Araç Kiti. İcn Yayınları, Http://Www.İcn.Ch/ 30 Eylül 2010.

Beaudoin Le, Edgar L. (2003) Hassless: Their İmportance To Nurses' Quality Of Work Life. Nurs Econ , 21 (3): 106-113.

Bediako S. (2002) Impact Of Downsizing On Employees Of Community Health-Care Service Organizations. Int J Health Care Qual Asur, 15(1): I-V1.

Berterö C., Eriksson Be., Ek Ac. (1997) Explaining Different Profiles İn Quality Of Life Experiences İn Acute And Chronic Leukemia. Cancer Nursing, 20, 100-104.

Bhola Ss. (2006) A Study Of Quality Of Work Life İn Casting And Machine Shop Industry İn Kolhapur. Finance India, Vol. 20, No. 1, (March,), 202–208.

Bilazer Fn, Konca Ge, Uğur S, Uçak H, Erdemir F, Çıtak E. (2008) Türkiye’de Hemşirelerin Çalışma Koşulları. Türk Hemşireler Derneği Yayınları, Ankara.

Bilir N., Yıldız An. (2006) Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Güler, Ç., Akın, L. (Ed.). İş Sağlığı Ve Güvenliği. Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Bingöl D.(2006) İnsan Kaynakları Yönetimi. Arıkan Basım Yayım, İstanbul,

Blegen Ma. (1993) Nurses'job Satisfaction:A Meta-Analysis Of Related Variables. Nursing Research, 42 (1).

Bohle P. Et All. (2004) Working Hours, Work-Life Conflict And Haelth İn Precarious And "Permanent" Employment. Rev. Sude Publica, 38 (Supl).

Brooks A, Anderson Ma. (2004) Nursing Work Life İn Acute Care. J Nurs Care Qual, 19(3): 269-275.

Brooks Ba, Anderson Ma. (2005) Defining Quality Of Nursing Work Life. Nurs Econ, 23(6): 319-325

Brooks Ba, Storfjell J, Omoike O, Ohlson S, Stember I, Shaver J, Brown A. (2007) Assessing The Quality Of Nursing Work Life. Nurs Admin Q, 31(2): 152- 157.

Burtson Pl, Stichler Jf. (2010) Nursing Work Enviroment And Nurse Caring: Relationship Among Motivational Factors. J Adv Nurs, 66 (8): 1819-1831.

Cascio Wf. (1995) Managing Human Resources, Mcgraw-Hill, Inc, New York.

Cimete G, Gencalp Ns, Keskin G. (2003) Quality Of Life And Job Satisfaction Of Nurses. J Nurs Care Qual, 18 (2): 151-158.

Cole DC, Robson LS, Lemieux-Charles L, Mcguire W, Sicotte C, Champagne F. (2005) Quality of working life indicators in Canadian health care organizations: a tool for healthy, health care workplace? Occupational Medicine, 55: 54-59.

Considine G., Callus R.(2002) The Quality Of Work Life Of Australian Employees-The Development Of An Index. Acirrt Working Paper, 73, Sydney.

Cox K, Teasley Sl, Lacey Sr, Carroll Ca, Sexton Ka.(2007) Work Enviroment Perceptions Of Pediatric Nurses. J Pediatr Nurs, 22 (1): 9-13.

Çakırcalı E. (2000) Hasta Bakımı Ve Tedavisinde Temel İlke Ve Uygulamalar. 3.Baskı, Güven- Nobel Tıp Kitapevleri, İzmir.

Çakmak Bb. (2004) İş-Aile Yaşam Alanlarında Yaşanan Çatışmalar Ve Bu Çatışmaların İşe Bağlılığa Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Çavuşoğlu F. (2002) İşletmelerin Sosyal Sorumlulukları Ve Çalışma Hayatının Kalitesinin Artırılması Üzerine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi,Sakarya.

Dargahi H, Gharib M, Goudarzi M. (2007) Assessment Of The Nurses' Quality Of Work Life İn Hospitals Affiliated To Tehran Medical Sciences University. Hayat, 13: 13-21.

Dargahi H, Nasle Saragi J. (2007) An Approach Model For Employees' Improving Quality Of Work Life (Iqwl). Iran J Public Health, 36: 81-86.

Decker Fh. (1997) Occupational And Nonoccupational Factors İn Job Satisfaction And Psychological Distress Among Nurses. Res Nurs Health, 20 (5): 453-464.

Demir A, Ulusoy M, Ulusoy Mf.(2003) Investigation Of Factors İnfluencing Burnout Levels İn The Professional And Private Lives Of Nurses. Int J Nurs Stud , 40: 807-827.

Demir A. (2004) Hemşirelikte Tükenmişliğe Bir Bakış. Atatürk Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Derg, 7 (1): 71-80.

Dikmetaş E.(2004) Elektronik Bilgi Sistemi Ve Çalışma Yaşam Kalitesi: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri İbn-İ Sina Hastanesi Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma,Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Dikmetaş E.(2006) Hastane Personelinin Çalışma/İş Yaşam Kalitesine Yönelik Bir Araştırma, Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Vol. 15, No. 2, 169–182.

Dindar İ., İşsever H., Özen M. (2004) Edirne Merkezindeki Hastanelerde Görev Yapan Hemşirelerde İş İle İlgili Rahatsızlıklar Ve Konulan Tanılar. Hemşirelik Forumu Dergisi, 7(1): 59-63

Doğan Zh. (1987) Otelcilik Ve Turizm Meslek Liseleri İçin İş Psikolojisi İl Milli Eğitim Basımevi, İstanbul.

Dokuzoğuz B. (2004) Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri, Hastane Enfeksiyonları Kontrolü El Kitabı, Hastane Enfeksiyonları Derneği Yayını, No:2, Bilimsel Tıp Yayınevi, 403-417.

Dolan Ls, Garcia S, Cabezas C, Tzafrir Ss. (2008) Predictors Of “Quality Of Work” And “Poor Health” Among Primary Health-Care Personnel İn Catalonia: Evidence Based On Cross-Sectional, Retrospective And Longitudinal Design. International Journal Of Health Care Quality Assurance, 21: 203-218.

Donald J., What Makes Your Day: A Study Of The Quality Of Work Life Of Or Nurses, [Http://Www.Ornac.Ca/Articles/Dec99-2.Htm](http://Www.Ornac.Ca/Articles/Dec99-2.Htm), 16/05/2010.

Dougherty Dm. (1993) Adolescent Health: Reflection On A Report To The U.S. Congres. American Psychological Association, 48 (2), 193-201

Edlund M., Tancredi Lr. (1985) Quality Of Life: Ideological Critique. Perspectives In Biology And Medicine, 28, 591-606.

Erefe İ. (2002) Veri Toplama Araçlarının Niteliği, Hemşirelikte Araştırma, Odak Ofset, İstanbul.

Erginer A. (2003) İş Yaşamının Niteliği. Yönetimde Çağdaş Yaklaşımlar, Der. Elma, C. Ve Demir, K., Anı Yayıncılık, Ankara.

Erdemir Ok. Çalışan Tatmini, Erişim: 05.10.2011,
[Http://Www.ısguc.Org/Index.Php?Avc=Arc_View.Php&Ex=76&Pg=K](http://www.ısguc.org/index.php?Avc=Arc_View.Php&Ex=76&Pg=K)

Ergin C. (1995) Sağlık Personelinin İş Anlayışları Ve Tutumları Araştırması, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1. Basım, Ankara.

Erkanlı E. (2005) Sağlık Örgütünde Çalışan Ekip Üyelerinin Verimini Azaltan Rol Belirsizliği Ve Rol Çatışması Sorunları. 2. Ulusal Sağlık Ve Hastane Yönetimi Kongresi, Ankara, Kongre Kitabı, Semor Seminer A.S. 594.

Fettahlıoğlu T. (2006) Örgütlerde Yabancılaşmanın Yönetimi: Kahramanmaraş Özel İşletme Ve Kamu Kuruluşlarında Karşılaştırmalı Bir Araştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sütçü İmam Üniversitesi, Kahramanmaraş.

Fitzpatrick Jm, While Ae, Roberts J. (1999) Shift Work And Its İmpact Upon Nurse Performance: Current Knowledge And Research İssues. J Adv Nurs, 29(1): 18-27.

Harlos Kp, Axelrod Lj. (2008) Work Mistreatment And Hospital Administrative Staff: Policy İmplications For Healthier Workplaces. Healthc Policy, 4 (1): 40-50.

Harmon J. Et al.(2003) Effects of High- Involvement Work Systems on Employee Satisfaction and Service Costs in Veterans, Journal of Healthcare Management, 48 (6), s 393- 407.

Hayes Lj, Palas Lo, Duffield C, Shamian J, Buchan J, Hughes F, Laschinger Hks, North N, Stone Pw. (2006) Nurse Turnover: A Literature. *Int J Nurs Stud*, 43: 237-263.

Hsu My, Knohan G. (2006) Dimensions Of Hospital Nurses' Quality Of Working Life. *J Adv Nurs*, 54 (1): 120-131.

Gifford Bd. (2002) The Relationship Between Hospital Unit Culture And Nurses' Quality Of Work Life. *J Healthc Manag* , 47 (1): 13-25.

Gillespie M., Melby V. (2003) Burnout Among Nursing Staff İn Accident And Emergency And Acute Medicine: A Comparative Study. *Journal Of Clinical Nursing*, 12.

Gönen E., Özmete E. (1999) Yaşam Kalitesi, Yaşam Standardı Ve Refah Kavramlarına Yaklaşımlar. *Verimlilik Dergisi*, No. 1999/4, 39-55

Görgülü S. (2001) İş Sağlığı-Güvenliği İle İlgili Mevzuata Genel Bir Bakış Ve Hemşirelik. *Hacettepe Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Derg*, 8(1):140-151.

Gül H. (2009) İş Sağlığında Önemli Bir Psikososyal Risk: Mobbing-Psikolojik Yıldırma. *Taf Prev Med Bull*, 8 (6): 515-520.

Gürses Ap, Carayon P, Wall M. (2009) Impact Of Performance Obstacles On Intensive Care Nurses' Workload, Perceived Quality And Safety Of Care, And Quality Of Working Life. *Health Serv Res*, 44(2 Pt 1): 422-443.

Güven R. (2005) Çalışanların Beslenmesi, İsg İş Sağlığı Ve Güvenliği Dergisi, 24(5):8-12

Güvenli Fg. (2006) Yeni Teknolojilerin Çalışma Yaşamı Kalitesi Üzerindeki Etkileri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Hörnquist Jo. (1989) Quality Of Life: Concept And Assessment. Scandinavian Journal Of Social Medicine, 18, 69-79.

Huber D. (2000) Leadership And Nursing Care Management, Second Edition. W.B.Saunders Company.

İncir G. (1991) Çalışma Yaşamının Kalitesinin Geliştirilmesi-Bir Örnekçe, 3.Ergonomi Kongresi, Odtü Mpm, Mpm Yayınları, No:441, Ankara.

İş Güvenliğinin Boyutları, Erişim:17.05.2009,Http:// Www.Fisek.Com.Tr/İsguvenligi/Boyut.Php

Kalisch Bj, Lee H, Rochman M. (2010) Nursing Staff Teamwork And Job Satisfaction. J Nurs Manag, 18: 938-947.

Kandasamy I, Sreekumar A.(2009) Wrklfqual: a tool for measuring quality of work life. Research and Practice in Human Resource Management, 17(1): 59-70.

Kandula Sr. (2004) Human Resource Management İn Practice: With 300 Models, Techniques And Tools. Phi Learning Pvt. Ltd., New Delhi.

Kavlu İ. (2008) Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Ve İş Doyumlarının Yaşam Kalitesine Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

Kaya F., Ünüvar R., Bıçak A., Yorgancı E., Çınar B., Öz F., Kankaya Fc. (2008) Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları Ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Tsk Koruyucu Hekimlik Bülteni, 7(1), 59-64.

Kaya M. (2003). Ankara'da 112 Acil Yardım Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Öznel Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi (S. 43-65). Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Dönem Projesi, Ankara

Kaymaz K. Çalışma Yasamında Kalite, Wwv.İsgucdergi.Org, Erisim Tarihi: 23.04.2009

Khodayarian M, Vanaki Z, Navipour H, Vaezi A.(2008) Assessment Of The Effects Of A Clinical Competency-Based Advancement Program On The Nurses' Qwl Working İn Icus. Daneshvar, 15: 15-29.

Kızılcı S. (1997). Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar Ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(2), 19-20.

Kilian R., Rainer P. (1995) Empowerment And Quality Of Life Of Staff Working İn Psychiatric Services. Presentation İn 2nd Meeting Of The International Society Of Quality Of Life Research, Montreal, Canada,
[Http://Www.Hpps.Net/Document_04.Rtf](http://Www.Hpps.Net/Document_04.Rtf), 24/09/2011.

Kitiş A., Cavlak U. (2001) Sağlık Çalışanlarında Ağrı Analizi, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 2. Ulusal Kongresi, Genel-İş Matbaası, Ankara

Knox S., Irving, J.A. (1997) An Interactive Quality Of Woklife Model Applied To Organizational Transition, J Nurs Adm , 27 (1), S 39-47.

Krueger P, Brazil K, Lohfeld L, Edward Hg, Lewis D, Tjam E. (2002) Organization Specific Predictors Of Job Satisfaction: Findings From A Canadian Multi-Site Quality Of Work Life Cross-Sectional Survey. BMC Health Serv Res, 2(6):1-8.

Lauer Rh., Lauer Jc. (2007) Social Problems & Quality Of Life. New York: Mcgraw Hill.

Laschinger Hks, Finegan J, Shamian J, Almost J. (2001) Testing Karasek's Demandscontrol Model İn Restructured Healthcare Settings Effects Of Job Strain On Staff Nurses' Quality Of Work Life. J Nurs Adm, 31 (5): 233-243.

Lewis Ve Diğ. (2001) Extrinsic Ve Intrinsic Determinants Of Quality Of Work Life. *Leadership In Health Services*, 14 (2), S 9-15.

Looji ve ark.(1995) Not Just Money: Ouality of Worklife as Employment Strategy, *Health Manpower Management*, 21 (3).

Low G, Molzahn AE. (2007) Predictors of quality of life in old age: A cross-validation study. *Res Nurs Health*, 30: 141-150.

Lowe Gs. Qualityof Worklife Indicators For Nurses In Canada. Workshop Report, [Http://Www.Cna-Nurses.Ca/Cna/Documents/Pdf/Publications/Quality_Workplace_Indicators_E.Pdf](http://www.cna-nurses.ca/cna/documents/pdf/publications/quality_workplace_indicators_e.pdf), 24/09/2011.

Mackay G., Risk M. (2001) Building Quality Practice Settings: An Attributes Model. *Canadian Journal Of Nursing Leadership*, 14 (3):19-27.

Martel JP, Dupuis G. (2006) Quality of work life: theoretical and methodological problems and presentation of a new model and measuring instrument. *Soc Indic Res*, 77: 333-368.

May Be., Lau Rsm., Johnson Sk.(1999) A Longitudinal Study Of Quality Of Work Life And Business Performance. *South Dakota Business Review*, Vol. 58, No. 2, 1-2.

McGirr M., Bakker DA. (2000) Shaping Positive Work Environments for Nurses: The Contributions of Nurses at Various Organizational Levels, *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 13 (1), s 7-14.

Mcgrath A, Reid N, Boore J. (2003) Occupational Stress In Nursing. *Int J Nurs Stud*, 40: 555-565.

Mcvicar A. (2003) Workplace Stress İn Nursing: A Literature Review. J Adv Nurs, 44 (6): 633-642

Metin Ö, Gök Özer F. (2007) Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi. Atatürk Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Derg, 10 (1): 58-66.

Mirvis Ph., Lawler Ee. (1984) Accounting For The Quality Of Work Life. Journal Of Occupational Behavior. 5 (3), S 197-212.

Morton Hc. (1977) A Look At Factors Affecting The Quality Of Working Life. Monthly Labor Review (Pre-1986), 100, 000010, Abı/Inform Global, S 64-65.

Naylor J. (1999) Management. Pearson Education Limited. Essex.

Newstrom Jw., Davis K.(1997) Organizational Behavior. Tenth Edition, Mcgraw-Hill Companies, Newyork.

Nolan M., Nolan J., Grant J. (1995) Maintaning Nurses' Job Satisfaction And Morale. British Journal Of Nursing, 4, 1048-1154

Nussbaum Mc., Kumar Sen A. (1993) The Quality Of Life. Oxford, Clarendan Pres

Oktik N. (2004) Huzurevinde Yaşam Ve Yaşam Kalitesi. Muğla Üniversitesi Yayınları, Muğla.

Ovayolu N, Bahar A. (2006) Hemşirelik Ve Kalite. Atatürk Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Derg, 9 (1): 104-110

Öner N. (1997) Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler, Bir Başvuru Kaynağı Boğaziçi Maatbası, İstanbul.

Öner ŞD. (2005) Emekli Bireylerde Yaşam Kalitesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Öz F. (2004) Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara. İmaj İç Ve Dış Ticaret A.S. 11-33.

Özbaşaran F., Çakmakçı A., Güngör N. (2004) Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinin Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(3), 43-55.

Özgen H., Öztürk A., Yalçın A.(2002) İnsan Kaynakları Yönetimi. Nobel Kitabevi, Adana.

Özgen E. (2007) Kurumsal Sosyal Sorumluluk Kavramı Ve Çalışan Memnuniyetine Etkisi. D.Ü Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Derg, 8: 1-6.

Özkan S., Yılmaz E. (2008) Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(7), 90.

Öztuna B. (2007) Iso 9001:2000 Kalite Yönetim Sisteminin İş Yaşamı Kalitesine Katkısı: Bir Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Toplam Kalite Yönetimi Anabilim Dalı Toplam Kalite Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Öztürk H, Yılmaz F, Demir N. (2009) Hastanelerde Çalışan Yönetici Hemşirelerin Sorunları. Atatürk Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Derg, 12 (2): 57-65.

Parlar S. (2008) Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durumdur: Sağlıklı Çalışma Ortamı, Taf Preventive Medicine Bulletin, 7(6): 547-554

Paşa M., “Yaşam Kalitesini Yükselten Temel Unsur Olarak İşin İnsancıllaştırılması”, Www.İsgucdergi.Org, Erişim Tarihi: 23.05.2009.

Pınar R. (1996) Sf 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ve Kullanımı: Sağlık Araştırmalarında Yaşam Kalitesi Kavramı. Sendrom, 8, 109-114.

Polat N. (2008) Hemşirelerde İşe Bağlı Stres Ve İş Doyumu: Bir Eğitim Hastanesinde Saha Çalışması. Başkent Üniv Sosyal Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Rose Rc, Beh L, Uli J, Idris K. (2006) An Analysis Of Quality Of Work Life (Qwl) And Career-Related Variables. Am J Applied Sci, 3 (12): 2151-2159.

Royuele V, Lopez-Tamaya J, Surinach J. (2009) Results of quality of work life index in Spain. A comparison of survey results and aggregate social indicators. Soc Indic Res, 90: 225-241.

Schalze N. (1998) Yaşam Kalitesini Yükselten Temel Unsur Olarak İşin İnsalcıllaştırılması, Mpm Yayınları, No:622, 6. Ergonomi Kongresi, Mert Matbaası, Ankara.

Serbest F. (2000) İş Yaşamı Niteliği (Qwl). Verimlilik Dergisi, No. 2000/2, 27-40.

Silah M. (2005) Endüstride Çalışma Psikolojisi. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Silva Aa, Pacheco De Souza Jm, Notornicola Da Silva Borgers F, Fischer Fm. (2010) Health-Related Quality Of Life And Working Conditions Among Nursing Providers. Rev Saude Publica, 44 (4): 718-725.

Solmus T. (2000) İş Yaşamında Kalite Ve Kaliteyi Arttırmaya Yönelik Programlar. Türk Psikoloji Bülteni, Vol. 18, 37-42.

Solmuş T. (2008) İş Ve Özel Yaşama Psikolojik Bakışlar. İstanbul, Epsilon Yayıncılık, Melisa Matbaası.

Sönmez V. (1999) Bilimsel Araştırmalarda Yapılan Yanlılıklar, Hemşirelikte Araştırma Derg, No:1

Spilker Ber. (1996) Quality Of Life And Pharmacoeconomics İn Clinical Trials. Lippincott Williams & Wilkins

Stone Pw, Mooney Kane C, Larson El, Pastor Dk, Zwanziger J, Dick Aw. (2007) Nurse Working Conditions, Organizational Climate, And İntent To Leave İn İcus: An İstrumental Variable Approach. Health Serv Res, 42 (3): 1085-1104.

Sullivan Je., Decker Pj. (2001) Effective Leadership And Management İn Nursing. 5th Edition, Prentice-Hall, Inc..

Şahin N. (2001) Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Öznel Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Kırıkkale Devlet Ve Ssk Hastaneleri Örneği (S. 56-70). Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi. Ankara.

Şenol Y., Türkay M. (2006) Yaşam Kalitesi Ölçütlerinde Taraf Tutma: Cevap Kayması. Tsk Koruyucu Hekimlik Bülteni, 5(5), 382-389.

Şirin M. (2011) Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği'nin Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Hizmetleri Yönetim Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi Ankara.

Tabak Rs. (2000). Sağlık, Sağlık Davranışı İle İlgili Modeller. Sağlık Eğitimi. Ankara: Somgür Yayıncılık, 1-12.

Tanaka S, Maruyama Y, Ooshima S, Ito H. (2010) Working Condition Of Nurses İn Japan: Awareness Of Work-Life Balance Among Nursing Personel At A University Hospital. J Clin Nurs, 20 (1-2): 12-22.

Tavşancıl E. (2002) Tutumların Ölçülmesi Ve Veri Analizi, Nobel Yayın, Ankara.

Taze S. (2008) Acil Servis Ve Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

Tengilimoğlu D., Yiğit A. (2005) Hastanelerde Liderlik Davranışlarının Personel İş Doyumuna Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(3), 370-375.

Tengilimoğlu D, Işık O, Akpolat M. (2009) Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım.

Tezbaşaran, AA. (1997) Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Tezcan S., Aslan D. (1999) Ankara’ Da Çeşitli Meslek Gruplarında Genel Ruhsal Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi. Kriz Dergisi, 9(1), 1-8.

Tortop N, Aykaç B, Yayman H, Özer A. (2007) İnsan Kaynakları Yönetimi. Ankara, Seçkin Yayıncılık,.

Turgut MF. (1992) Eğitimde Ölçme Değerlendirme, Saydam Matbaacılık, Ankara.

Uğur E. (2005) Hemşirelerin İş Yaşamının Kalitesi Ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Programı, Yüksek Lisans Tezi Ankara.

Uğur E, Abaan S. (2008) Hemşirelerin İş Yaşamı Kalitesi Ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşleri. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 28: 297-310.

Uyer G. (1996) Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, Birlik Ofset, İstanbul.

Uyer G. (1997) Hemşirelik Ve Yönetim. Hürbilek Matbaacılık, Ankara.

Ulusoy H. (2008) Güvenli İstihdamın Önemi. Atatürk Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Derg, 11 (3):106-112.

Walton Re. (1973) Quality Of Working Life: What Is It?, Sloan Management Review, (Pre-1986), 15 , 000001, Abı/Inform Global, S 11-21,

WHO. (2002) Quantifying Selected Major Risks To Health. The World Health Report (2002). Erişim Tarihi: 22 Mart 2009, [Http://Www.Who.Int/Whr/2002/En/](http://Www.Who.Int/Whr/2002/En/).

Vagharseyyeddin Sa, Vanaki Z, Mohammadi E. (2010) The Nature Nursing Quality Of Work Life: An Integrative Rewiew Of Literature. West J Nurs Res, (18): 1-19.

Yalçın, HB. (2004) Spor Tüketiminde Pazarlama Bileşenleri: Ölçek Geliştirme.Spor Bilimleri dergisi Hacettepe J. Of Sport Sciences, 15(4), 219-232

Yalçınkaya M., Özer Fg., Karamanoğlu Ay.(2007) Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6), 409-420.

Yaman M.(2000) İnsan Kaynakları: Kişi Ve Kurumlara Öneriler. Papatyayayıncılık: İstanbul.

Yavuzylmaz A., Topbaş A., Çan E., Çan G., Özgün Ş. (2007) Trabzon İl Merkezindeki Sağlık Ocakları Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu İle İş Doyumu Düzeyleri Ve İlişkili Faktörler. Tsk Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(1), 41-50.

Yıldırım A. (2009) Sağlık Çalışma Ortamı Ve İş Yaşamı Kalitesini Etkileyen Faktörler. Hastane Dergisi, (57), 60-62.

Yılmaz A, Eroğlu C. (2008) Meslek Yüksekokulları İçin İnsan Kaynakları Yönetimi. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Yücel D., Erkut H. (2003) Bilişim Teknolojilerinin İş Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. İtü Dergisi/Mühendislik, 2 (2), 49–59.

Yüctürk Ee. (2005) Türkiye’de İş Yaşam Kalitesini Ve Verimliliği Azaltan Gizli Bir Sendrom: Yıldırma (Mobbing). İktisat, İşletme Ve Finans Dergisi, 20 (231), 97–108.

Yüksel İ. (2004) Çalışma Yaşamı Kalitesinin Tipik Ve Atipik İstihdam Açısından İncelenmesi. Doğu Üniversitesi Dergisi, Vol. 5, No. 1, 47–58

EKLER

EK-1 Veri Toplama Aracı

Değerli meslektaşım;

Bu çalışma, sizin iş yaşamınızın kalitesi hakkındaki görüşlerinizin belirlenmesi amacıyla Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı tez çalışması olarak planlanmıştır. Elde edilecek veriler, çalışılan ortamda hemşirelerin iş yaşamlarının kalitesini etkileyen etmenlerin ortaya çıkarılmasına yönelik ölçek geliştirilmesine yardımcı olacaktır.

Araştırmanın yapılabilmesi için Hastanenizin Başhekimliğinden izin alınmıştır. Anket verilerinden genellemelere gidileceği için anketin hiçbir yerinde kimliğinizi ortaya koyacak sorular sorulmamıştır. Anket formu sizleri bireysel olarak değerlendirmeye yönelik değildir ve anket içinde sizi yanıltmak üzere düzenlenmiş hiçbir soru yoktur. Kişisel cevaplarınızın saklı tutulacağından ve sadece araştırmanın amacı için kullanılacağından emin olabilirsiniz. Çalışma sonuçları istediğiniz taktirde size iletilecektir. Anketteki soruların tümünü yanıtlamanızı rica eder, katkılarınız için teşekkür ederim.

Handan ALAN
Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik A.D.
Yükseklisans Öğrencisi

Anket no : _____

HEMŞİRELERİN İŞ YAŞAMI KALİTESİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİ BELİRLEMeye YÖNELİK ANKET BÖLÜM I. TANITICI BİLGİLER

1. Yaşınız
☐ 18-23 ☐ 24-29 ☐ 30-35 ☐ 36-41 ☐ 42 <
2. Medeni durumunuz nedir? : ☐ Evli ☐ Bekar
3. Hemşire olarak çalışma pozisyonunuz?
☐ Başhemşire ☐ Sorumlu Hemşire ☐ Servis hemşiresi ☐ Diğer.....
4. Şu anda çalıştığınız servis nedir?
☐ Dahili Birim ☐ Poliklinik ☐ Cerrahi Birim
☐ Riskli Birimler (yoğunbakım,acil,ameliyathane, dializ...vs)
☐ Diğer
5. Hastanedeki çalışma statünüz nedir? :
☐ Kadrolu ☐ Sözleşmeli
6. Hemşire olarak çalışma süreniz nedir? :yıl /.....ay
7. Bu servisteki çalışma süreniz nedir? :yıl /.....ay
8. Haftalık toplam çalışma saatiniz nedir? :saat
9. Genel olarak iş yaşamınızın kalitesini nasıl değerlendiriyorsunuz?
☐ Mükemmel ☐ Çok iyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok kötü

BÖLÜM II. İŞ YAŞAMI KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda yer alan her ifade için beş seçenek verilmiştir. Çalıştığınız hastaneyi ve iş koşullarınızı düşünerek, yaşamınızı etkilemesi yönünden kendinize en yakın bulduğunuz seçeneği işaretleyiniz.) Anketiniz ancak tüm ifadelere cevap verdiğiniz takdirde değerlendirmeye alınacaktır. Bu nedenle tüm ifadeleri eksiksiz cevaplamanız gerekmektedir.

5= Çok etkiliyor 4= Etkiliyor 3= Orta düzeyde Etkiliyor
2= Biraz etkiliyor 1= Hiç etkilemiyor

İFADELER					
Çalışılan Birimde Hasta Odalarının Fiziksel Özelliğinin Hasta Bakımını Aksatması	1	2	3	4	5
Hemşirelerin Dinlenmesi, Giyinmesi Vb. İçin Uygun Ortamın Olmaması	1	2	3	4	5
Hastane İçinde Sürekli Kapalı Ortamda Çalışmak	1	2	3	4	5
Kurumda Kreş Olanaklarının Olmaması	1	2	3	4	5
Kurumda Lojman Olanaklarının Olmaması	1	2	3	4	5
Kurumda Ulaşım Hizmeti Olanaklarının Olmaması	1	2	3	4	5
Gece Vardiyyalarında Ulaşım Hizmetinin Olmaması Nedeniyle Ulaşım Zorluğu Yaşamak	1	2	3	4	5
Kemoterapi İlaçlarını Hazırlayacak Uygun Bir Ortam Olmadığı İçin Diğer İlaçlarla Birlikte Hazırlanması	1	2	3	4	5
Hasta Bakımında İhtiyaç Duyulan Malzemeye Ya Da İlaça Rahatça Ulaşamamak	1	2		4	5
Kişisel İhtiyaçların Karşılanmaması (tuvalet Kağıdı, Nöbetlerde Çay, Su, Isınma)	1	2	3	4	5
Çalışılan Kurumda Güvenli Ve Sağlıklı Bir Çalışma Ortamının Olmaması	1	2	3	4	5
Çalışılan Birimde Tıbbi Araç Gereçlerin (ekg, Defibratör, Monitör...) Bozulması Durumunda Hizmetin Aksamaması İçin Yedeklerinin Bulunmaması	1	2	3	4	5
Dengeli Ve Yeterli Beslenme İçin Zaman Olmaması	1	2	3	4	5
Mortalite Oranı Yüksek Bir İşte Çalışıyor Olmak	1	2	3	4	5
Nöbetli Çalışma Nedeniyle Uykusuzluk Problemi Yaşamak	1	2	3	4	5
Hemşirelik Girişimleri Ve Bakımı Sırasında Kesici Delici Aletlerle Yaralanma Riskinin Yüksek Olması	1	2	3	4	5
Çalışılan Bölümde Terminal Dönemdeki Ya Da Ölümü Yaklaşan Hastayla Sık Karşılaşma İhtimalinin Olması	1	2	3	4	5
Kronik Hastalığı Olan Hastalarla Sık Karşılaşıyor Olmak	1	2	3	4	5

Farklı Eğitim Düzeylerinde Meslektaşlara Sahip Olmak	1	2	3	4	5
Hasta\Hasta Yakınının Tacizine Uğrama Riski Olmak	1	2	3	4	5
Yoğun Bakım Ünitelerinde Hemşire Başına 6 Dan Fazla Hasta Düşmesi	1	2	3	4	5
Kliniklerde Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısının Yüksek Olması	1	2	3	4	5
Yapılan İşin Karşılığını Maddi Olarak Yeterince Alamıyor Olmak	1	2	3	4	5
Hastaya Bakımı İle Otonomi Kullanamamak	1	2	3	4	5
Çalışılan Birimde İş Zamanında Yapmayı Engelleleyen Sekreteryaya İşlerinin Olması	1	2	3	4	5
Radyasyona Maruz Kalınan Ortamlarda Çalışma	1	2	3	4	5
Beceriye Dayalı Bir Meslek Olması	1	2	3	4	5
Hastayı Kaldırma,Çevirme Gibi İşlemleri Yaparken Kas Incinmesi,Disk Kayması Gibi Sorunların Yaşanması	1	2	3	4	5
İş Sağlığı Ve Güvenliğine İlişkin Mevcut Kanun Ve Yönetmeliklerin Hemşirelik Hizmetlerine Uyarlanmaması	1	2	3	4	5
Fazla Mesai(Nöbet) Ücretlerinin Yeterli Düzeyde Olmaması	1	2	3	4	5
Hemşirelik Bakım Sürecindeki İşlevlerin Performans Değerlendirmede Karşılığının Olmaması	1	2	3	4	5
Malpraktis Sigortasının Hemşirelerde Kurumca Karşılanmaması	1	2	3	4	5
Kurumda Çalışanın Motivasyonunu Artırıcı Etkinlikler Olmaması	1	2	3	4	5
Kurumda Tayin Olmak İsteyenlere Kolaylık Tanınmaması	1	2	3	4	5
Kurumda İş Yükünün Belli Bir Yaşın Ya Da Çalışma Süresinin Üstündekiler İçin Azaltılmaması	1	2	3	4	5
İş Yüküne Göre Özendirici Ücretlendirmenin Olmaması (Yb.-ameliyathane...çalışanlar Daha Fazla Ücret Almalı)	1	2	3	4	5
Kurum Yöneticilerinin Hemşireliğe Bakışının Olumlu Olmaması	1	2	3	4	5
Kurumda Terfi Edebilme Olanaklarının Olmaması	1	2	3	4	5
Kurumda Yardımcı Personel Sayısının Yeterli Düzeyde Olmaması	1	2	3	4	5
Kurumda Yazılı Ve Standart Ödül Ve Cezalandırma Sisteminin Olmaması	1	2	3	4	5
Kurumda Kadrolu Ve Sözleşmeli Hemşirelere Farklı Uygulamaların Yapılıyor Olması (çalışma Saatleri, Ücret, Servis Lojman Vs.)	1	2	3	4	5
Kurumda Hemşirelere Hemşirelik Dışı Görevlerin Veriliyor Olması (eczane, Fizyoterapistlik Vs)	1	2	3	4	5
Kurumda Çalışanların Haklı Oldukları Konularda Desteklenmemesi	1	2	3	4	5
Kurum Politikalarının Çalışanlarca Benimsenmemesi	1	2	3	4	5
Kurumda Sertifika Ve Kurs Programlarına Katılım İmkanlarının Sağlanmaması	1	2	3	4	5
Kurumun Yardımcı Personelini Sık Eğitmemesi	1	2	3	4	5
Kurumda Tüm Çalışanların Görev Tanımlarının Olmaması	1	2	3	4	5
Kurumda Hemşire Sayısının Yetersiz Olması	1	2	3	4	5

Kurumda Çalışan Sağlığının Korunmaması	1	2	3	4	5
Kurumda Hemşirenin Profesyonel Sağlık Personeli Olarak Değerlendirilmemesi	1	2	3	4	5
Hemşirelik Hizmetleri İçinde İyi Bir İletişim Sisteminin Bulunmaması	1	2	3	4	5
Hemşirelik Hizmetleri Tarafından Yasal Haklarımızın Korunmaması	1	2	3	4	5
Hemşirelik Hizmetlerinin Çalışanların Önerilerini Dinlememesi/ Alınan Kararlara Katılımı Sağlamaması	1	2	3	4	5
Hemşire Sayısı Belirlenirken Hasta Bağımlılık Düzeylerinin Dikkate Alınmaması	1	2	3	4	5
Çalışma Şartlarına Objektif Bakılarak Değerlendirilme Yapılmaması	1	2	3	4	5
Hemşirelik Hizmetlerinin Çalışan Memnuniyetini Ön Planda Tutmaması	1	2	3	4	5
Kurumda İdarecilerle İletişimin İyi Ve Etkili Olmaması	1	2	3	4	5
Kurumda Yönetimin Personeline Saygı Duymaması/ Değer Vermemesi/ Takdir Etmemesi	1	2	3	4	5
Hemşirelerin Hemşirelik Hizmetleri Tarafından Adaletli Yerleştirilmemesi	1	2	3	4	5
Performans Değerlendirmelerinin Objektif Yapılmaması	1	2	3	4	5
Hemşirelik Hizmetlerinin Çalışanlarla Düzenli Toplantılar Yapmaması	1	2	3	4	5
Kurumda Yönetici Hemşirelerin Çalışanlara Karşı Adaletli Olmaması	1	2	3	4	5
Kurumda Hizmetiçi Eğitimlerin Etkin Şekilde Yapılmaması	1	2	3	4	5
Kurumda Bilim Ve Teknolojideki Gelişmelerin Takibi İçin Çalışanların Kongre, Seminer Vs. Katılmalarının Desteklenmemesi	1	2	3	4	5
Kurumda Hemşirelik Hizmetlerinin Bir Bakım Modeline Göre Sunulmaması	1	2	3	4	5
Kurumda İşle İlgili Karar Alma Şansına Sahip Olmamak	1	2	3	4	5
Ekip Çalışmasının Benimsenmemesi	1	2	3	4	5
Aylık Nöbet Sayılarının Fazla Olması	1	2	3	4	5
Haftalık Çalışma Sürelerinin 40 Saatten Fazla Olması	1	2	3	4	5
Kurumda Çalışılan Ünitenin Sık Değiştirilmesi	1	2	3	4	5
Kurumda Çalışma Listelerinin Vardiya/Nöbet Sıklığının Hemşirelerin Yeterince Dinlenmesine Fırsat Verecek Şekilde Düzenlenmemesi	1	2	3	4	5
Kurumda İş Yüküne Göre Rotasyonların Yapılmaması	1	2	3	4	5
Kurumda Görevlendirmelerin Bireysel Nitelik Ve Özelliklere Göre Yapılmaması	1	2	3	4	5
Kurumda Uzmanlık Alanını Göre Çalışmak İsteddiği Bölümü Seçmemek	1	2	3	4	5
Kurumda Çalışanlara Gelişim Fırsatı Verilmemesi	1	2	3	4	5
Kurumda Uygun Geri Bildirimlerin Verilmemesi	1	2	3	4	5
Kurumda Sorumlulukla Birlikte Yetkilerinde Verilmemesi	1	2	3	4	5
Kurumda Yönetici Hemşirelerin Çalışanların İş Dışındaki Problemleriyle De İlgilenmemesi	1	2	3	4	5

İşin beni tatmin etmemesi	1	2	3	4	5
Aile içi rollerde zorlanma	1	2	3	4	5
Çocuk yetiştirme ve ebeveynlik rolünde yetersizlik	1	2	3	4	5
Toplumun mesleğe olumsuz bakışı	1	2	3	4	5
Sık sık gece vardiyasında çalışmanın özel yaşamı yada aile yaşantısını etkilemesi	1	2	3	4	5
Çalışma koşullarının sosyal yaşamı etkiliyor olması (<i>sinamaya gitmek, arkadaşlarla toplanmak vs.</i>)	1	2	3	4	5
Hemşirelik mesleğini isteyerek yapmıyor olmak	1	2	3	4	5
Mesleki gelişim için zaman ayıramıyor olmak	1	2	3	4	5

EK-2



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
ARAŞTIRMA ve UYGULAMA
HASTANESİ

Sayı : B.30.2.ÇAÜ.0.AK.00-...147

27/08/2010

Konu : Handan ALAN Hk.

T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İlgi : 24/08/2010 tarihli 125 sayılı yazınız.

İlgi yazınız gereği hastanemiz personeli Hemşire Handan ALAN' ın yüksek lisans tezi olarak hazırladığı "Hemşirelerde İş Yaşam Kalitesi Ölçeği Geliştirme" araştırması anketlerinin hastanemizde yapılması uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Muammer KARAAYVAZ
Başhekim

...../...../10 Hast. Müd. : V.TORTUMLUOĞLU

63

T.C.
ÇANAKKALE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI : B.10.4.ISM.4.17.00.09/ 773-641-17661
KONU : Eğitim Çalışması

05 Ekim 2010

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ŞİŞLİ / İSTANBUL

İlgi: 24.08.2010 tarih ve 125 sayılı yazınız.

Okulunuz Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi Handan ALAN'ın "Hemşirelerde İş Yaşam Kalitesi Ölçeği Geliştirme: Bir uygulama" konulu çalışma talebi incelenmiş olup; Çanakkale Devlet Hastanemizde yapması İl Sağlık Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr.Serhat Faruk ÖZYÜREK
İl Sağlık Müdürü

01/10/2010 Hem. : E. SELÇUK
01/10/2010 Eğit.Şub.Müd. : G. GÜRSU
04/10/2010 Sağ.Müd.Yard. : R. TAŞ

İl Sağlık Müdürlüğü 17100 ÇANAKKALE
Tel: (0286) 217 11 58 – 1151 E.SELÇUK
Ayrıntılı bilgi için irtibat : Eğitim Şube Müdürlüğü

FAKS:(0286) 213 73 2
Mail : canakkale.es@saglik.gov.tr.



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAYI : B.30.2.HAL.0.42.00.00- 125
KONU:

24.08/2010

ÇANAKKALE ÖZEL ANADOLU HASTANESİ
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ DİREKTÖRLÜĞÜ' NE

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Handan ALAN' ın Prof.Dr.Aytolan YILDIRIM danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı **"Hemşirelerde İş Yaşam Kalitesi Ölçeği Geliştirme: Bir Uygulama"** konulu araştırmasının anketlerini hastanenizde uygulayabilmesi için gerekli iznin verilmesini saygılarımla arz ederim.

Yard.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Enst. Müdürü

ÖZEL ANADOLU HASTANESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ DİREKTÖRLÜĞÜ
Ek(1): Anket Formu

EK-3

Aşağıda yer alan ifadelerin iş yaşam kalitenizi ne derece etkilediğini belirtiniz.

- 1-hiç etkilemiyor
- 2-biraz etkiliyor
- 3-orta düzeyde etkiliyor
- 4-etkiliyor
- 5-çok etkiliyor

• Çalıştığım Birimde Hasta Odalarının Darlığının Hasta Bakımını Aksatıyor Olması	1	2	3	4	5
• Çocuk Sahibi Olanlar İçin Uygun Çalışma Saatleri Ya Da Gece Vardiyasında Kreş İmkanının Olmaması	1	2	3	4	5
• Düzenli Çalışma Sistemine Sahip Olmamak	1	2	3	4	5
• Hemşirelerin Dinlenmesi, Giyinmesi Vb. İçin Uygun Ortamın Olmaması	1	2	3	4	5
• Hastane İçinde Sürekli Kapalı Ortamda Çalışıyor Olmak	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda Kreş Olanaklarının Olmaması	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda Lojman Olanaklarının Olmaması	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda Servis Olanaklarının Olmaması	1	2	3	4	5
• Servisin Sadece Gündüz Mesaisinde Çalışanlar İçin Olması Nedeniyle Gece Vardiyyalarında Ulaşım Zorluğu Yaşanması	1	2	3	4	5
• Hastanemizde Kemoterapi İlaçlarının Diğer İlaçlarla Birlikte Hazırlanıyor Olması	1	2	3	4	5
• Ameliyathane,Yoğunbakım,Hemodiyaliz Odalarının Bakteriler Ve Patojen Mikroorganizmalar İçin Uygun Ortam Olması	1	2	3	4	5
• Hasta Bakımında İhtiyaç Duyduğum Malzemeye Ya Da İlaça Rahatça Ulaşamamak	1	2	3	4	5
• Kişisel İhtiyaçlarımın Karşılanmaması (tuvalet Kağıdı, Nöbetlerde Çay, Su, Isınma)	1	2	3	4	5
• Çalıştığım Kurumda Güvenli Ve Sağlıklı Bir Çalışma Ortamının Olmaması	1	2	3	4	5
• Çalıştığım Birimde Tıbbi Araç Gereçlerin (ekg, Defibratör, Monitör...) Bozulması Durumunda Hizmetin Aksamaması İçin Yedeklerinin Bulunmaması	1	2	3	4	5
• Dengeli Ve Yeterli Beslenmeyi Sağlayıcı Zaman Olmaması	1	2	3	4	5
• Mortalite Oranı Yüksek Bir İşte Çalışıyor Olmak	1	2	3	4	5
• Nöbetli Çalışma Sonucu Kronik Uykusuzluk Problemi Yaşıyor Olmak	1	2	3	4	5
• Hemşirelik İşlevleri Esnasında Kesici Delici Aletlerle Yaralanma Riskimin Yüksek Olması	1	2	3	4	5
• Çalıştığım Bölümde Terminal Dönemdeki Yada Pre Ex Hastayla Sık Karşılaşma İhtimalimin Olması	1	2	3	4	5
• Kronik Hastalarla Sık Karşılaşıyor Olmam	1	2	3	4	5
• Farklı Eğitim Düzeylerinde Meslektaşlara Sahip Olmam	1	2	3	4	5
• Hasta\Hasta Yakınının Tacizine Uğrama Riskinin Olması	1	2	3	4	5
• Yoğun Bakım Ünitelerinde Hemşire Başına 6 Dan Fazla Hasta Düşmesi	1	2	3	4	5

• Kliniklerde Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısının Standartların Çok Üstünde Olması (10 Hastadan Fazla)	1	2	3	4	5
• Yaptığım İşin Karşılığını Maddi Olarak Yeterince Alamıyor Olmak	1	2	3	4	5
• Çalıştığım Klinikte Hastaya Müdahale Ederken Otonomi Kullanılamaması	1	2	3	4	5
• Resmi Tatiller Ve Haftasonu Tatillerinde Çalışılması	1	2	3	4	5
• 24 Saatlik Mesailerin Olması	1	2	3	4	5
• Çalıştığım Birimde İşimi Zamanında Yapmamı Etkileyen Sekreteryaya İşlerinin Olması	1	2	3	4	5
• X Işınlara Maruz Kalınan Ortamlarda Çalışma	1	2	3	4	5
• Beceriye Dayalı Bir Meslek Olması	1	2	3	4	5
• Hastayı Kaldırma,Çevirme Gibi İşlemlere Kas Incinmesi,Disk Kayması Gibi Sorunların Yaşanması	1	2	3	4	5
• İş Sağlığı Ve Güvenliğine İlişkin Mevcut Kanun Ve Yönetmeliklerin Hemşirelik Hizmetlerine Uyarlanmaması	1	2	3	4	5
• Fazla Mesai(Nöbet) Ücretlerinin Yetersiz Düzeyde Olması	1	2	3	4	5
• Hemşirelik Bakım Sürecindeki İşlevlerin Performansta Karşılığının Olmaması	1	2	3	4	5
• Malpraktis Sigortasının Hemşirelerde Kurumca Karşılanmaması	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda Çalışanın Motivasyonunu Artırıcı Etkinliklerin Olması	1	2	3	4	5
• Performans Dağılımında Dengesizliklerin Olması	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda Tayin Olmak İsteyenlere Kolaylık Tanınıyor Olması	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda İş Yükünün Belli Bir Yaşın Yada Çalışma Süresinin Üstünde Azaltılıyor Olması	1	2	3	4	5
• İş Yüküne Göre Özendirici Ücretlendirmenin Olmaması (Yb.-ameliyathane...çalışanlar Daha Fazla Ücret Almalı)	1	2	3	4	5
• Kurum Yöneticilerinin Hemşireliğe Bakışının Olumlu Olması	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda Terfi Edebilme Olanaklarının Olması	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda Yardımcı Personel Sayısının Yeterli Düzeyde Olması	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda Yazılı Ve Standart Ödül Ve Cezalandırma Sisteminin Olması	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda Kadrolu Ve Sözleşmeli Hemşirelere Farklı Uygulamaların Yapılıyor Olması (çalışma Saatleri, Ücret, Servis Lojman Vs.)	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda Hemşire Ünvanına Sahip Kişilere Hemşirelik Dışı Görevlerin Veriliyor Olması (eczane, Fizyoterapistlik Vs)	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda Çalışanların Haklı Oldukları Konularda Destekleniyor Olması	1	2	3	4	5
• Kurum Politikalarının Benimsenmemiş Olması	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda Sertifika Ve Kurs Programlarına Katılım İmkanlarının Sağlanıyor Olması	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda Yardımcı Personelin Sık Sık Eğitiliyor Olması	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda Tüm Çalışanların Görev Tanımlarının Olması	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda Hemşire Sayısının Yetersiz Olması	1	2	3	4	5

• Kurumumuzda Çalışan Sağlığının Korunuyor Olması	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda Hemşirenin Profesyonel Sağlık Personeli Olarak Değerlendiriliyor Olması	1	2	3	4	5
• Hemşirelik Hizmetleri İçinde İyi Bir İletişim Sisteminin Bulunuyor Olması	1	2	3	4	5
• Hemşirelik Hizmetleri Tarafından Yasal Haklarımızın Korunuyor Olması	1	2	3	4	5
• Hemşirelik Hizmetlerinin Çalışanların Önerilerini Dinlemesi/ Alınan Kararlara Katılımın Sağlanıyor Olması	1	2	3	4	5
• Hemşire Sayısı Belirlenirken Hasta Bağımlılık Düzeylerinin Dikkate Alınıyor Olması	1	2	3	4	5
• Çalışma Şartlarına Objektif Bakılarak Değerlendirilme Yapılıyor Olması	1	2	3	4	5
• Çalışan Memnuniyetini Hemşirelik Hizmetlerinin Ön Planda Tutuyor Olması	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda İdarecilerle İletişimin İyi Ve Etkili Olması	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda Yönetimin Personeline Saygı Duyması/ Değer Vermesi/ Takdir Etmesi	1	2	3	4	5
• Başhemşireliğin Kalıcı Kadro Olması	1	2	3	4	5
• Hemşirelik Hizmetleri Tarafından Hemşirelerin Adaletli Yerleştiriliyor Olması	1	2	3	4	5
• Performans Değerlendirmelerinin Objektif Yapılıyor Olması	1	2	3	4	5
• Hemşirelik Hizmetlerinin Çalışanlarla Düzenli Toplantılar Yapması	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda Yönetici Hemşirelerin Çalışanlara Karşı Adaletli Olması	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda Hizmetiçi Eğitimlerin Yeterli Düzeyde Veriliyor Olması	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda Bilim Ve Teknolojideki Gelişmelerin Takibi İçin Çalışanların Kongre, Seminer Vs. Katılmalarının Destekleniyor Olması	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda Hasta Bakımı Modelinin Oluşturulmuş Olması	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda İşimle İlgili Karar Alma Şansına Sahip Olmam	1	2	3	4	5
• Hemşirelik Hizmetlerinde Ekip Çalışmasının Benimsenmiş Olması	1	2	3	4	5
• Vardiyalı Çalışma Sürelerinin 12 Saatten Uzun Olması	1	2	3	4	5
• Aylık Nöbet Sayılarının Fazla Olması	1	2	3	4	5
• Haftalık Çalışma Sürelerinin 40 Saatten Fazla Olması	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda Çalıştığım Ünitenin Sık Değiştiriliyor Olması	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda Çalışma Listelerinde Vardiya Değişimi Yapılırken Dinlenmem İçin Gerekli İznin Verilmiyor Olması	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda İş Yüküne Göre Rotasyonların Yapılıyor Olması	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda Görevlendirmelerin Bireysel Nitelik Ve Özelliklere Göre Yapılıyor Olması	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda Çalışmak İstedığımız Bölümü Uzmanlık Alanımıza Göre Seçebiliyor Olmak	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda Çalışanlara Gelişim Fırsatı Veriliyor Olması	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda Uygun Geri Bildirimlerin Veriliyor Olması	1	2	3	4	5
• Kurumumuzda Sorumlulukla Birlikte Yetkilerinde Veriliyor Olması	1	2	3	4	5

• Kurumumuzda Yönetici Hemşirelerimizin İş Dışındaki Yaşamsal Problemlerimizle De Ilgileniyor Olması	1	2	3	4	5
• İşimin Beni Tatmin Etmesi	1	2	3	4	5
• Aile Yaşantımın Düzenli Olmaması	1	2	3	4	5
• Aile İçi Rollerde Zorlanma	1	2	3	4	5
• Çocuk Yetiştirme Ve Ebeveynlik Rolünde Yetersizlik	1	2	3	4	5
• Toplumun Mesleğime Olumsuz Bakışı	1	2	3	4	5
• Sık Sık Gece Vardiyasında Çalışmamın Cinsel Yaşamımı Etkiliyor Olması	1	2	3	4	5
• Hastada İnisiyatif Kullanabiliyor Olmam	1	2	3	4	5
• Akademik Personelle İletişim Kurmakta Zorlanıyor Olmam (ünv. Hastanesinde çalışanlar İçin)	1	2	3	4	5
• Yaptığım İşin Sosyal Yaşantımı Etkiliyor Olması (<i>sinamaya Gitmek, Arkadaşlarla Toplanmak Vs.</i>)	1	2	3	4	5
• Hemşirelik Mesleğini İsteyerek Yapmıyor Olmam	1	2	3	4	5
• Mesleki Gelişimim İçin Zaman Ayıramıyor Olmam	1	2	3	4	5

EK-4

UZMAN LİSTESİ*

Prof.Dr. Gülseren Kocaman

9 Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim AD

Doç.Dr. Arzu Tuna

Çomü Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

Doç Dr. Ayşe San Turgay

Çomü Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

Doç.Dr.Özge Uzun

İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

Doç.Dr. Şeyda Seren

9 Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim AD

Yrd.Doç. Dr. F. Volkan Akyön

Çomü Sağlık Yüksekokulu Acil Yardım Ve Afet Yönetimi Bölümü

Yrd.Doç.Dr. Nihal Bostancı Daştan

Kafkas Üniversitesi Kars Sağlık Yüksekokulu

Yrd.Doç.Dr. Serap Sökmen

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelikte Yönetim AD

Dr. Hem. Leman Kutlu

İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürü

Araş. Gör. Meltem Şirin

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları AD

Öğr. Gör. Hacer Alpteker

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık YO. Hemşirelik Bölümü

**Uzmanların İsimleri Ünvan Ve Alfabetik Sıraya Göre Sıralanmıştır.*

EK-5

<i>Hemşirelik Yönetimi</i>	<i>hiç etkilemiyor</i>	<i>biraz etkiliyor</i>	<i>orta düzeyde etkiliyor</i>	<i>etkiliyor</i>	<i>çok etkiliyor</i>
1. Kurumda Çalışanlara Gelişim Fırsatı Verilmemesi					
2. Kurumda Uygun Geri Bildirimlerin Verilmemesi					
3. Kurumda Uzmanlık Alanını Göre Çalışmak İstediği Bölümü Seçememesi					
4. Hemşirelik Hizmetlerinin Çalışanlarla Düzenli Toplantılar Yapmaması					
5. Performans Değerlendirmelerinin Objektif Yapılmaması					
6. Hemşirelik Hizmetlerinde Ekip Çalışmasının Benimsenmemesi					
7. Kurumda Sorumlulukla Birlikte Yetkilerinde Verilmemesi					
8. Kurumda Yönetici Hemşirelerin Çalışanlara Karşı Adaletli Olmaması					
9. Hemşirelerin Hemşirelik Hizmetleri Tarafından Adaletli Yerleştirilmemesi					
10. Kurumda Bilim Ve Teknolojideki Gelişmelerin Takibi İçin Çalışanların Kongre, Seminer Vs. Katılmalarının Desteklenmemesi					
11. Kurumda Hemşirelik Hizmetlerinin Bir Bakım Modeline Göre Sunulmaması					
12. Kurumda Görevlendirmelerin Bireysel Nitelik Ve Özelliklere Göre Yapılmaması					
13. Kurumda İşle İlgili Karar Alma Şansına Sahip Olmamak					
14. Kurumda Çalışma Listelerinin Vardiya/Nöbet Sıklığının Hemşirelerin Yeterince Dinlenmesine Fırsat Verecek Şekilde Düzenlenmemesi					
15. Kurumda Yönetimin Personeline Saygı Duymaması/ Değer Vermemesi/ Takdir Etmemesi					
16. Kurumda Hizmetiçi Eğitimlerin Etkin Şekilde Yapılmaması					
17. Hemşirelik Hizmetlerinin Çalışan Memnuniyetini Ön Planda Tutmaması					
18. Kurumda İş Yüküne Göre Rotasyonların Yapılmaması					
19. Hemşirelik Hizmetlerinin Çalışanların Önerilerini Dinlememesi/ Alınan Kararlara Katılımı Sağlamaması					

20. Hemşire Sayısı Belirlenirken Hasta Bağımlılık Düzeylerinin Dikkate Alınmaması					
21. Çalışma Şartlarına Objektif Bakılarak Değerlendirilme Yapılmaması					
22. Hemşirelik Hizmetleri Tarafından Yasal Haklarımızın Korunmaması					
23. Kurumda İdarecilerle İletişimin İyi Ve Etkili Olmaması					
24. Kurumda Yönetici Hemşirelerin Çalışanların İş Dışındaki Problemleriyle İlgilenmemesi					
25. Kurumda Çalışılan Ünitenin Sık Değiştirilmesi					
26. Mesleki Gelişim İçin Zaman Ayıramıyor Olmak					
27. İşin Beni Tatmin Etmemesi					
28. Toplumun Mesleğe Olumsuz Bakışı					
29. Hemşirelik Mesleğini İsteyerek Yapmıyor Olmak					
30. Kurumda Hemşirelere Hemşirelik Dışı Görevlerin Veriliyor Olması (Eczane, Fizyoterapistlik Vs)					
İş Koşulları					
1. Fazla Mesai (Nöbet) Ücretlerinin Yeterli Düzeyde Olmaması					
2. Hemşirelik Bakım Sürecindeki İşlevlerin Performans Değerlendirmede Karşılığının Olmaması					
3. Kurumda Hemşirenin Profesyonel Sağlık Personeli Olarak Değerlendirilmemesi					
4. Aylık Nöbet Sayılarının Fazla Olması					
5. Haftalık Çalışma Sürelerinin 40 Saatten Fazla Olması					
6. Yapılan İşin Karşılığını Maddi Olarak Yeterince Alamıyor Olmak					
7. Kurumda Çalışan Sağlığının Korunmaması					
8. Kurumda Hemşire Sayısının Yetersiz Olması					
9. İş Sağlığı Ve Güvenliğine İlişkin Mevcut Kanun Ve Yönetmeliklerin Hemşirelik Hizmetlerine Uyarlanmaması					
10. Aile İçi Rollerde Zorlanma					
11. Çalışma Koşullarının Sosyal Yaşamı Etkiliyor Olması (Sinamaya Gitmek, Arkadaşlarla Toplanmak Vs.)					

12.Çocuk Yetiştirme Ve Ebeveynlik Rolünde Yetersizlik					
13.Malpraktis Sigortasının Hemşirelerde Kurumca Karşılanmaması					
Kurum Yönetimi Politikaları					
1. Kurumda Yazılı Ve Standart Ödül Ve Cezalandırma Sisteminin Olmaması					
2. Kurumda Tayin Olmak İsteyenlere Kolaylık Tanınmaması					
3. Kurumda Sertifika Ve Kurs Programlarına Katılım İmkanlarının Sağlanmaması					
4. Kurumda Terfi Edebilme Olanaklarının Olmaması					
5. Kurum Politikalarının Benimsenmemesi					
6. Kurumda İş Yükünün Belli Bir Yaşın Yada Çalışma Süresinin Üstündekiler İçin Azaltılmaması					
7. Kurumda Kadrolu Ve Sözleşmeli Hemşirelere Farklı Uygulamaların Yapılıyor Olması (Çalışma Saatleri, Ücret, Servis Lojman Vs.)					
8. Kurum Yöneticilerinin Hemşireliğe Bakışının Olumsuz Olması					
9. Kurumda Yardımcı Personel Sayısının Yeterli Düzeyde Olmaması					
10.Hemşirelik Hizmetleri İçinde İyi Bir İletişim Sisteminin Bulunmaması					
11.Kurumda Yardımcı Personelin Sık Eğitilmemesi					
12.İş Yüküne Göre Özendirici Ücretlendirmenin Olmaması (YB.-Ameliyathane...Çalışanlar Daha Fazla Ücret Almalı)					
13.Kurumda Çalışanların Haklı Oldukları Konularda Desteklenmemesi					
14.Kurumda Çalışanın Motivasyonunu Artırıcı Etkinlikler Olmaması					
Fiziksel Koşullar					
1. Hasta Bakımında İhtiyaç Duyulan Malzemeye Ya Da İlaça Rahatça Ulaşamamak					
2. Çalışılan Kurumda Güvenli Ve Sağlıklı Bir Çalışma Ortamının Olmaması					
3. Çalışılan Birimde Tıbbi Araç Gereçlerin (Ekg, Defibratör, Monitör...) Bozulması Durumunda Hizmetin Aksamaması İçin Yedeklerinin Bulunmaması					
4. Kişisel İhtiyaçların Karşılanmaması (Tuvalet Kağıdı, Nöbetlerde Çay, Su, Isınma)					
5. Dengeli Ve Yeterli Beslenme İçin Zaman Olmaması					

6. Hemşirelerin Dinlenmesi, Giyinmesi Vb. İçin Uygun Ortamın Olmaması					
7. Nöbetli Çalışma Nedeniyle Uykusuzluk Problemi Yaşamak					
8. Radyasyona Maruz Kalınan Ortamlarda Çalışma					
Sosyal Olanaklar Ve Çalışma Ortamı					
1. Mortalite Oranı Yüksek Bir İşte Çalışıyor Olmak					
2. Çalışılan Bölümde Terminal Dönemdeki Yada Ölümü Yaklaşan Hastayla Sık Karşılaşma İhtimalinin Olması					
3. Kronik Hastalığı Olan Hastalarla Sık Karşılaşıyor Olmak					
4. Hemşirelik Girişimleri Ve Bakımı Sırasında Kesici Delici Aletlerle Yaralanma Riskinin Yüksek Olması					
5. Kurumda Lojman Olanaklarının Olmaması					
6. Hastane İçinde Sürekli Kapalı Ortamda Çalışmak					
7. Çalışılan Klinikte Hastaya Bakım Verirken Otonomi Kullanamamak					
8. Beceriye Dayalı Bir Meslek Olması					

ÖZGEÇMİŞ

Ad-Soyadı: Handan Alan

Doğum Yeri-Tarihi: Karabük 10.02.1977

Medeni Hali: Evli

Yabancı Dil: İngilizce (Orta)

E-posta: handanalan@yahoo.com

Tel: 0505 265 8650

Eğitim Durumu: 1996-2000 **İÜ Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu**

1988–1995 Düzce Anadolu Lisesi

1983-1988 Düzce Namık Kemal İlkokulu

Mesleki Deneyimi:

2010-Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araş.ve Uyg. Hastanesi

Ameliyathane Sor. Hemşiresi

2009-Haziran 2011 Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araş.ve Uyg. Hastanesi

Başhemşire Yrd.

Eylül 2008..... Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araş.ve Uyg. Hastanesi.

2008- Ağustos 2008: Abant İzzet Baysal Üniversitesi **Hemşirelik Hizmetleri Müdür**

Vekili

2007-2008 Abant İzzet Baysal Üniversitesi **Hizmet İçi Eğitim Komitesi Başkanı**

2003- 2008 Abant İzzet Baysal Üniversitesi Genel Cerrahi - Üroloji **Sorumlu**

Hemşiresi

2000-2001 İstanbul Rami İlköğretim Okulu **İngilizce Öğretmenliği** (vekil)

1998-2000 İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Cerrahi Servisi

Sertifikalar:

Pedagojik Formasyon Eğitim Sertifikası (Marmara Üniversitesi Eğitim Fakültesi, 1999)

Üye Olunan Dernekler:

Türk Hemşireler Derneği

Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Mezunlar Derneği

Meme Hastalıkları Derneği

İnkontinans Derneği

Üroloji Hemşireliği Derneği

Yayınlar

Yurtdışı yayın

1. Biochemical Changes In Cavernosal Tissue Caused By Single Sided Cavernozal Nerve Resection And The Effects Of Alpha Lipoic Acid On These Changes. Alan C, Kocoglu H, Resit Ersay A, Anil Kurt H, Ertung Y, Alan H. Actas Urol Esp. 2010 Nov;34(10):874-81. Spanish.

Yurtiçi yayın

1. Kadınlarda İdrar Kaçırma Tedavisinde Uygulanan Vaginal Cerrahi Girişimin Cinsel Fonksiyonlar Üzerine Olan Etkisi. Cabir Alan, Ahmet Reşit Ersay, Handan Alan, Murat Zor, Mete Kilciler. Yeni Üroloji Dergisi 2009, 5(1):19-25.

1. Stress Tip İdrar Kaçırmanın Cinsel İşlevler, Sosyal Durum Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Cabir Alan, Hasan Koçoğlu Ahmet Reşit Ersay, Handan Alan, Yunus Ertung, Hasan Anıl Kurt. Yeni Üroloji Dergisi 2009, 5(3):123-131

Yurtiçi poster

1. Hemşirelerin Tıbbi Atık Toplama Yönetmeliği Hakkındaki Bilgi, Tutum Ve Davranış Düzeylerinin Belirlenmesi. Handan Alan, Güldem Yıldız . Üçüncü uluslararası Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Hasta Güvenliği ve Akreditasyon Kongresi 2009
7. Siprofloksasinin Beklenmeyen Yan Etkisi: Şiddetli Hepatotoksisite. Cabir Alan, Ahmet Reşit Ersay, Hem.Handan Alan. Üçüncü uluslararası Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Hasta Güvenliği ve Akreditasyon kongresi 2009
8. Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Bilgi Tutum Ve Davranışlarının İncelenmesi. Güldem Yıldız, Handan Alan. Üçüncü uluslararası Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Hasta Güvenliği ve Akreditasyon kongresi 2009 **(SÖZEL SUNUM)**
9. Hemşirelerin Ağrı İle İlgili Bilgi Ve Davranışlarının İncelenmesi. Handan Alan, Güldem Yıldız. 3. Uludağ Genel Cerrahide Güncel Yaklaşımlar Kongresi. 2009
10. İdrar Kaçırmanın Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkileri. Handan Alan, Cabir Alan, Ahmet Reşit Ersay. 1. Ulusal İşlevsel Üroloji Kongresi, Antalya 2009
11. İdrar Kaçırmanın Tipi ile Sosyal Fonksiyonların Etkilenmesi Arasındaki İlişki. Cabir Alan, Handan Alan, Ahmet Reşit Ersay. 1. Ulusal İşlevsel Üroloji Kongresi, Antalya 2009
12. İdrar Kaçırmanın Cinsel Fonksiyonlar Üzerine Olan Etkileri. Handan Alan, Cabir Alan, Ahmet Reşit Ersay. 1. Ulusal İşlevsel Üroloji Kongresi, Antalya 2009
13. Kadınlarda idrar kaçırma tedavisinde uygulanan vaginal cerrahi girişimin cinsel fonksiyon üzerine olan etkisi. Cabir Alan, Handan Alan, Ahmet Reşit Ersay. 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara 2009
14. Premenstrual Semptomların Hastane çalışanları üzerine etkilerinin değerlendirilmesi. Handan Alan. 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara 2009
15. Siprofloksasinin beklenmeyen yan etkisi: Şiddetli Hepatotoksisite. Cabir Alan, Ahmet Reşit Ersay, Handan Alan. 24. Ankem Antibiyotik ve Kemoterapi Kongresi, Fethiye 2009
16. Hemşirelerin sağlık sorunlarında geleneksel uygulamalarla ilgili tutum ve davranışlarının incelenmesi. Handan Alan. Hemşirelik ve Ebelikte Kültürlerarası Yaklaşım Sempozyumu, Çanakkale 2009

17. Üniversite Hastanesinde Çalışanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Handan Alan. 3. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Düzce, 2009
18. Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Haklarına İlişkin Bilgi Ve Tutumlarının İncelenmesi. Handan Alan, Funda Karadağlı, Necla Erduğan, Gülşen Vurur. 1. Uluslar Arası Hasta Hakları Kongresi, Antalya, 2009 (**Sözel Sunum**)
19. Üniversite Hastanesinde Yatan Hastaların Hasta Haklarına İlişkin Bilgi Düzeyleri. Gülşen Vurur, Funda Karadağlı, Handan Alan, Necla Erduğan. . 1. Uluslar Arası Hasta Hakları Kongresi, Antalya, 2009

Kongreler, Seminerler:

- 2012 13. Cerrahi Hemşireliği Kongresi, İzmir
- 2012 Laporoskopik Üroloji Hemşireliği Kursu, Ankara (Eğitimci)
- 2011 Uluslararası Hemşirelikte Yönetim Kongresi, Antalya
- 2010 Eğitim Becerileri Eğitici Eğitimi, Çanakkale
- 2010 Hemşirelikte Yönetim Kongresi, İstanbul
- 2010 Temel Araştırma Ve İstatistik Kursu, Ankara
- 2010 Hemşirelikte Haklar Çalıştayı Sağlık Politikaları Grup Üyesi, İstanbul
- 2009 3. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Düzce
- 2009 Dokuz Eylül Ün. Yaz Konferansları-6 (Türkiyede Hemşire Yetersizliği, Nedenler, Problemler Güvenli Bakış İçin Çözümler), İzmir
- 2009 Dokuz Eylül Ün. Yaz Konferansları-6 Liderlik Ve Güçlendirme Kursu, İzmir
- 2009 6. Ulusal Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara
- 2009 Hemşirelik Ve Ebelikte Kültürlerarası Yaklaşım Sempozyumu, Çanakkale
- 2009 3. Uluslar Arası Katılımlı Sağlıkta Kalite, Akreditasyon Ve Hasta Güvenliği Kongresi, Antalya
- 2008 Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği Araştırma Uzmanı İle Buluşma Toplantısı, Ankara
- 2008 Sağlık Yönetimi Kongresi Antalya , (3 Gün)
- 2008 İÜ Florence Nightingale Hyo Mezunları Derneği Meme Sağlığı Eğitim Programı, İstanbul
- 2008 Diyabetlilerde Cinsel Sağlık Ve Hemşirenin Rolü Kursu, İstanbul

- 2007 Yönetim Becerilerinin Geliştirilmesi Elginkan Vakfı, Bolu
- 2004 Akılcı Antibiyotik Kullanımı, Bolu
- 2004 Acıbadem-Harvard Tıp Günleri, İstanbul
- 2004 3.Okul Hastane İşbirliği Workshop'u, Isparta
- 2004 18. Ulusal Üroloji Kongresi, Antalya
- 2004 I.Ulusal Hemşirelik Ve Etik Sempozyumu (Uluslar Arası Katılımlı),Bolu