

**T.C.
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**İZMİR'DE ÇALIŞAN EVDE BAKIM HEMŞİRELERİNİN
İŞ DOYUMU VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ**

Nilgün YURTSEVER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Medine YILMAZ

2015-İZMİR

**T.C.
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**İZMİR'DE ÇALIŞAN EVDE BAKIM HEMŞİRELERİNİN
İŞ DOYUMU VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ**

Nilgün YURTSEVER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Medine YILMAZ

2015-İZMİR

KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Tezli Yüksek Lisans Programı (Halk Sağlığı Hemşireliği) çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüriler tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 29 / 06 / 2015

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Medine YILMAZ

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Şafak DAĞHAN

Ege Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Yasemin TOKEM

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

ONAY : Bu **Yüksek Lisans Tezi**, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Mehmet DALI
Enstitü Müdür Vekili

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Bu araştırmanın planlanması ve yürütülmesinde tez danışmanım olarak değerli bilgileri, görüş ve önerileriyle yol gösterici olan, katkı ve yardımlarıyla, tecrübelerinden faydalandığım ve bana her konuda destek olan danışman hocam

Doç. Dr. Medine YILMAZ'a,

Araştırmama akademik anlamda verdiği desteklerinden dolayı

Doç. Dr. Yasemin TOKEM'e,

Araştırmamı büyük bir titizlikle okuyup yapıcı eleştirilerde bulunan

Doç. Dr. Şafak DAĞHAN'a,

Araştırmamın yürütülmesinde izin ve desteklerinden dolayı

İzmir Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey ve Günel Sekreterliklerine,

İzmir Büyükşehir, Bornova, Bayraklı, Gaziemir ve Karabağlar Belediyeleri

ile evde bakım alanında hizmet veren özel kuruluşlara,

Araştırmam sırasında desteklerini esirgemeyerek, çalışmaya katılma

duyarlılığı gösteren tüm meslektaşlarıma,

Araştırmamın gerçekleşmesinde, bilgilerini, deneyimlerini, zamanını ve güvenini esirgemeyerek her zaman yanımda olan ve yol gösteren can dostum

Doç. Dr. Güler TOZKOPARAN'a,

Kaynaklarına atıfta bulunduğum tüm araştırmacılara,

Her zaman sabır ve özveriyle beni destekleyen, en sıkıntılı anlarımda motive

eden, tez çalışmam boyunca yeterince zaman ayıramadığım

biricik eşim Alp YURTSEVER'e

ve varlıklarıyla gurur duyduğum kızım ve oğluma,

Tez çalışmam süresince yardımlarını ve desteklerini aldığım çok değerli

arkadaşlarım ve dostlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Kabul ve onay	ii
Önsöz	iii
İçindekiler	iv
Kısaltmalar Dizini	vii
Tablolar	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Evde Bakım	4
2.1.1 Evde Bakım Hemşireliği Hizmetleri	7
2.1.2 Evde Bakım Hizmetlerinin Gelişimi	10
2.1.2.1 Dünyada Evde Bakım Hizmetleri	10
2.1.2.2 Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri	12
2.2 İş Doyumu	16
2.2.1 İş Doyumu Kuramları	17
2.2.2 İş Doyumunu Etkileyen Faktörler	20
2.2.2.1 İş Doyumunu Etkileyen Bireysel Faktörler	21
2.2.2.2 İş Doyumunu Etkileyen Örgütsel ve Çevresel Faktörler	23
2.2.3 İş Doyumunun Etkileri ve Sonuçları	25
2.2.4 Hemşirelerde İş Doyumu	25
2.3. Tükenmişlik	26
2.3.1. Tükenmişlik Kuramları	27
2.3.2. Tükenmişlik Kavramının Alt Boyutları	29
2.3.3. Tükenmişliği Hazırlayan Etkenler	30
2.3.4 Tükenmişliğin Belirti ve Sonuçları	31
2.3.4.1 Tükenmişliğin Bireysel Belirtileri	31
2.3.4.2 Tükenmişliğin Örgütsel Belirtileri	32
2.3.4.3.Tükenmişliğin Sosyal Etki ve Sonuçları	32
2.3.5 Hemşirelikte Tükenmişlik	32
3. GEREÇ YÖNTEM	36
3.1 Araştırmanın Tipi	36

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı	36
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	36
3.3.1 Kurumların Tanıtımı	38
3.4 Veri Toplama Araçları	40
3.5 Verilerin Toplanması	44
3.6 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	45
3.7 Verilerin Değerlendirilmesi	45
3.8 Etik Uygulamalar	46
3.9 Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları	46
4. BULGULAR	48
4.1 Hemşireleri Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	48
4.2 Hemşirelerin Sağlık Durumuna İlişkin Bulgular	50
4.3 Hemşirelerin Çalışma Koşullarına İlişkin Bulgular	51
4.4 Hemşirelerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Ölçeklerine İlişkin Bulgular	60
4.5 Hemşirelerin Bazı Değişkenlere Göre MDÖ ve MTÖ Alt Ölçekleri Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	65
5. TARTIŞMA	77
5.1 Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Koşullarına İlişkin Bulguların İncelenmesi	77
5.2 Hemşirelerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Ölçeklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi	81
5.3 Hemşirelerin Bazı Değişkenlere Göre MDÖ ve MTÖ Alt Ölçekleri Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların İncelenmesi	84
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	93
ÖZET	98
ABSTRACT	99
KAYNAKLAR	100
EKLER	
Ek 1 Bilgi Formu	

- Ek 2 Minnesota Doyum Ölçeği
Ek 3 Maslach Tükenmişlik Ölçeği
Ek 4 Etik Kurul Onayı
Ek 5 Kurum izinleri
ÖZGEÇMİŞ

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AÇS	Ana Çocuk Sağlığı
ADSM	Ağız Diş Sağlığı Merkezleri
ICF	International Classification of Functioning, Disability, and Health
MTÖ	Maslach Tükenmişlik Ölçeği
DT	Duygusal Tükenme
D	Duyarsızlaşma
KB	Kişisel Başarısızlık
MDÖ	Minnesota doyum Ölçeği
İD	İçsel Doyum
DD	Dışsal Doyum
GD	Genel Doyum
SHSHK	Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun
TDK	Türk Dil Kurumu
UHK	Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
WHO	World Health Organization
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
SVH	Serebrovasküler hastalık

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Bazı Avrupa Birliği üyesi ÷lkelerde evde tıbbi bakım ve sosyal yardım organizasyonu

Tablo 2. İş Doyumuna İlişkin Kuramlar

Tablo 3. Herzberg'in Çift Etmen Kuramına Göre İş Doyumunda Motive Edici Ve Hijyen Faktörler

Tablo 4. İş Doyumunu Etkileyen Bireysel ve Örgütsel Faktörler

Tablo 5. Tükenmişlik Kuramları

Tablo 6. Hastanede ve Evde Bakım Alanında Çalışan Hemşirelerin İş Doyumunun Karşılaştırılması

Tablo 7. Evde Bakım Hizmeti Sunan Sağlık Çalışanlarının Kurumlara Göre Dağılımı

Tablo 8. Tükenmişlik Alt Ölçekleri İçin Puanlama Anahtarı

Tablo 9. MDÖ ve MTÖ İçin Güvenilirlik Katsayıları

Tablo 10. Sosyo-Demografik (Tanıtıcı) Özelliklerin Dağılımı

Tablo 11. Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Tablo 12. Çalışanların Kişilik Tipleri ve Algıladıkları Stres Düzeyine İlişkin Bulguların Dağılımı

Tablo 13. Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı

Tablo 14. Hemşirelerin Evde Bakım Hizmeti Sunumuna İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Tablo 15. Çalışanların İş Doyumu ve Tükenmişlikle İlgili Etkenlere İlişkin Bulguların Dağılımı

Tablo 16. Çalışanların İşte Yaşadıkları Güçlüklere İlişkin Bulgularının Dağılımı

Tablo 17. Evde Bakım Konusunda Eğitim Alma Durumuna İlişkin Bulguların Dağılımı

Tablo 18. Hemşirelerin Evde Bakım ile İlgili Eğitim Almak İstedikleri Konuların Dağılımı

Tablo 19. Kurumların Eğitsel ve Bilimsel Aktivite Desteğine İlişkin Bulgular

Tablo 20. Çalışanların MDÖ Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 21. Çalışanların MTÖ Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 22. Minnesota Doyum Ölçeği

Tablo 23. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Tablo 24. MDÖ ve MTÖ Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 25. Yaş gruplarına Göre MDÖ ve MTÖ Alt Ölçeği Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 26. Cinsiyete Göre MDÖ ve MTÖ Alt Ölçeği Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 27. Meslek Gruplarına Göre MDÖ ve MTÖ Alt Ölçek Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 28. Çalışılan Kuruma Göre MDÖ ve MTÖ Alt Ölçek Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 29. Sağlığı Algılama Düzeyine Göre MDÖ ve MTÖ Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 30. Yazılı Görev Tanımı Olmasına Göre MDÖ ve MTÖ Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 31. Çalışma Ortamında İşbirliği Olma Durumuna Göre MDÖ ve MTÖ Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 32. Çalışma Ortamında Karar Verme Sürecine Katılma Durumuna Göre MDÖ ve MTÖ Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 33. Çalışma Ortamında Kararlara Katkıda Bulunma Durumuna Göre MDÖ ve MTÖ Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 34. Çalışma Ortamında Bağımsız Karar Verebilme Durumuna Göre MDÖ ve MTÖ Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 35. Çalışma Ortamında Motive Edici Girişimlerin Varlığına Göre MDÖ ve MTÖ Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 36. Hemşirelik Girişimlerinde Kendini Yeterli Bulma Algısına Göre MDÖ ve MTÖ Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 37. İşini Sevme Durumuna Göre MDÖ ve MTÖ Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 38. Stres Düzeyi Puanı ile MDÖ ve MTÖ Alt Boyut Madde Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon

Şekil 1. Ülkemizde Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Süreci

Şekil 2. Tez Yazımı Akış Şeması

1.GİRİŞ

Evde Sağlık Hizmeti; Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergede (2010) “çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleri” şeklinde tanımlanmaktadır (1). Sözü edilen bu hizmetler, hem sağlık hem de sosyal hizmetleri içine alan geniş bir yelpazede bireyin gereksinimi doğrultusunda yaşam kalitesi ve toplumsal saygınlığının korunmasını da amaçlamaktadır. Bu anlamda evde bakım hizmetleri genel olarak, kurum bakımının yerini alan, kurumlarda kalış gereksinimini azaltan ya da geciktiren hizmetler olarak ifade edilmektedir (2).

Sağlık Bakanlığı'nca çıkarılan bu yönerge (2010) ile evde sağlık hizmeti sunan kurumların çeşitliliği artırılmış, hizmet veren birimin organizasyon, araç, gereç ve personel durumu ile verilecek hizmetin kapsamı tanımlanmıştır. Bu yönerge kapsamında evde sağlık hizmetleri, Bakanlığa bağlı olarak faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastaneleri ile genel veya dal hastaneleri ve ağız-diş sağlığı merkezleri bünyesinde kurulan evde sağlık hizmeti birimleri ile toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri vasıtası ile sunulmaktadır (1).

Çalışanların fiziksel, ruhsal ve sosyal gereksinimlerinin, beklentileri doğrultusunda karşılanma düzeyini ifade eden iş doyumu; kişilerin başarılı, mutlu ve üretken olabilmelerinin en önemli koşullarından biridir (3). İş doyumunu etkileyen çeşitli faktörler, bireysel ve örgütsel faktörler olarak iki grupta toplanabilir. Bireysel özellikler arasında; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, sosyokültürel çevre, kişilik özellikleri, meslekte veya iş yerinde çalışma süresi, meslek seçimi, meslekle ilgili geleceğe yönelik düşünceler ve genel yaşam tutumu yer alır. Örgütsel özellikler ise, ücret, işin niteliği, güvenlik, gelişme ve yükselme olanakları, çalışma ortamı ve koşulları yönetim biçimi ve yöneticilerle ilişkiler ve grup etkileşimidir (4). İş doyumsuzluğunun, genel yaşam doyumu, fiziksel sağlık ve ruhsal sağlık üzerine olumsuz etkilerinin yanı sıra, işe devamsızlık, işten ayrılma, iş veriminin düşmesi gibi örgütsel etkileri de olabilmektedir (5). İş doyumu her

meslekte önemli olup hemşirelikte de, çalışma koşullarının ağır olması, düzensiz çalışma saatleri, düşük ücretle çalışma gibi faktörler nedeniyle yoğun olarak tükenmişlik ve iş doyumsuzluğu görülmektedir. Bu durumda, iş veriminde düşme, erken emeklilik gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır (6, 7) Yapılan çalışmalarda evde bakım hemşirelerinin tükenişinin üzerinde iş doyumsuzluğunun negatif etkisi olduğu görülmüştür (8, 9) Ayrıca hemşirelerin işten ayrılma niyetlerini ve ayrılmalarını belirleyen en önemli etkenlerin iş doyumu ve örgütsel bağlılık olduğu belirlenmiştir (10, 11, 12).

Tükenmişlik, duygusal taleplerin yoğun olduğu ortamlarda uzun süre çalışmaktan kaynaklanan, fiziksel yıpranma, işyerinde çalışanlara ve yaşama karşı olumsuz tutumlar geliştirilmesi gibi belirtilerin eşlik ettiği bir durum olarak tanımlanabilir (13). Ergin'in (14) aktardığına göre tükenmişliği ilk kez tanımlayan Freunderberger (1974)'e göre; tükenmişliğin genellikle insanlar ile yüz yüze çalışılan mesleklerde (eğitim, sağlık, finans sektörleri) sık görülmektedir. Maslach (15) ise tükenmişliği fiziksel bitkinlik, kronik yorgunluk, iş performansında azalma, çaresizlik ve ümitsizlik duyguları yaşayan bireyde olumsuz bir benlik kavramının gelişmesiyle beraber bireyin iş yaşamına ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumları ile belirginleşen fiziksel, duygusal ve zihinsel bir tükenmişlik sendromu olarak tanımlamıştır. Sağlık alanında çalışanlarda, yoğun iş yükü, stres, duygusal destek verme zorunluluğu, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, uyku düzeninin bozulması, tutulan nöbet sayısının fazla olması sağlık personelin üzerindeki major stresör faktörleri olarak gösterilmekte (7, 16, 17), buna ek olarak; mesleki ilişkilerdeki problemler, tanı ve tedavisi zor hastalarla uğraşma, yetersiz hastane kaynakları, hasta yakınları ile uğraşma, ekonomik kaygılar ve bu sorunlarla başa çıkmaya çalışırken kendisine ve özel yaşamına yeterince zaman ayıramama işle ilgili stres ve gerginliğe yol açmaktadır (18).

Yapılan çalışmalar her alanda çalışan hemşirelerde iş doyumunun düşük ve tükenmişliğin yüksek olduğunu göstermektedir (7, 19, 20, 21, 22, 23).

Evde bakım alanında yapılan literatür taramasında yurtdışında bazı çalışmaların bu alanda çalışan hemşirelere yönelik yapıldığı (22), ülkemizde ise evde bakım hemşirelerinin çalışma alanında karşılaştıkları güçlüklerle ilişkin yapılan çalışmaların kısıtlı olduğu görülmüştür (7, 24, 25, 26).

Çalışmanın Amacı

Bu çalışma İzmir’de çalışan evde bakım hemşirelerinin iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırmanın Soruları

Araştırma soruları şöyledir;

1. Evde bakım hemşirelerinin sosyodemografik ve çalışma özellikleri nelerdir?
2. Evde bakım hemşirelerinin evde bakım hizmeti sunumunda yaşadıkları güçlükler nelerdir?
3. Evde bakım hemşirelerinin iş doyumu düzeyi nedir?
4. Evde bakım hemşirelerinin tükenmişlik düzeyi nedir?
5. Evde bakım hemşirelerinin iş doyumu ve tükenmişlik düzeyi ile ilişkili faktörler nelerdir?

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Evde Bakım

Evde sağlık hizmeti; 01.02.2010 tarih ve 3895 sayılı Sağlık Bakanlığı'na Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergede kapsamlı bir şekilde “çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleri” olarak tanımlanmaktadır (1). 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmeliğe göre ise “Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbî ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasıdır” şeklinde tanımlanmıştır (27). Ülkemize özgü bu yönetmeliklerin her iki tanımında da hekim ağırlıklı hizmete vurgu yapıldığı görölmektedir.

Amerikan Evde Bakım Birliği de evde bakım hizmetini “sakat ya da kronik hastalıklı bireyi iyileştirmek için ev ortamında, geniş kapsamlı olarak sağlık ve sosyal hizmetlerin sunulması” olarak tanımlar(28).

Evde bakım hizmetleri, ölkemiz için evde bakım modeli oluşturma çalıştay programında da (29) bir sağlık hakkı olarak belirtilmektedir. Evde bakım hizmetleri, sağlık ve sosyal hizmetlerin koordinasyon içinde sunulmasını gerektiren aşağıdaki hizmetleri kapsamalıdır:

- ✓ Sağlık hizmetleri,
- ✓ Sosyal bakım Hizmetleri,
- ✓ Sosyal destek hizmetleri,
- ✓ Psikolojik hizmetler,
- ✓ Cihaz-ekipman hizmetleri,
- ✓ Eğitim hizmetleri,

- ✓ Tıbbi ve sosyal rehabilitasyon hizmetleri,
- ✓ Beslenme takibi,
- ✓ Ulaşım desteği hizmetleridir(29)

Evde bakım hizmetinde hedef, günlük yaşam şartlarını en az etkileyerek en doğru tedaviyi uygulayarak hastalığın ve yetersizliğin etkilerini en aza indirmek sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlayarak, birey ve ailesinin sağlığının geliştirmek, korumak, iyileştirilmek ve bireyin bağımsızlığının en yüksek düzeye çıkararak hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir(29, 30, 31).

Evde bakımın yararları şu şekilde sıralanabilir;

- ✓ Evde bakım kurumsal hasta bakımına alternatif bir sağlık hizmeti sağlayarak, hasta ve ihtiyacı olan kişiye daha özgür ve kendi otonomisinde olma şansı verir, hastalar kendi kimliklerini hastane ortamına göre evlerinde daha iyi muhafaza ederler(32, 33,34,35).
- ✓ Yaşlılar için evde bakım hizmetleri çevresinden aldığı destek arkadaşlık ilişkileri, komşuluk ilişkileri onun yaşam kalitesini doğrudan etkilemekte ve bakım ile ilgili kolaylık sağlamaktadır (36).
- ✓ Evde bakım hizmetlerinin yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisi vardır(37, 38).
- ✓ Hastanede kalmaya bağlı hasta için her zaman bir enfeksiyon riski daha yüksekken, evde bakımda enfeksiyona yakalanma olasılığı daha azdır(34, 39).
- ✓ İleri teknolojiye sahip, kullanım kolaylığı olan ve emniyetli aletler evde verilen hizmetlerin çeşitlenmesini sağlamaktadır. Bu tür hastaneyi eve getiren teknolojinin kullanımı hastaların daha erken taburcu olarak tedavilerinin devamının evde de sürdürülmesini sağlayabilmektedir (40).
- ✓ Hastaların evde bakım maliyetleri hastanede kalış maliyetlerine göre çok daha düşüktür(34).
- ✓ Evde sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırmaktadır (34).
- ✓ Evde bakım hizmetleri aile üyelerinin tükenmişlik yaşama riskini azaltmakta ve yaşam kalitelerini artırmaktadır(41).

- ✓ Evde bakım tanıdan iyileşme dönemine kadar bakımın sürekliliğine fırsat verir (32, 42, , 41, 43, 44).

Evde Bakım Derneği'nin 2010 yılı çalıştay sonuç raporunda belirtildiği üzere evde bakım hizmetlerine gereksinim duyan kişi ya da gruplar çok çeşitli yaş ve gelişimsel dönemde, farklı sağlık ve sosyal sorunları olan bireylerdir(29).

Çalıştay raporunda bu gruplar şu şekilde yer almaktadır;

- ✓ Yaşlılar (65 yaş üstü)
- ✓ ICF (International Classification of Functioning, Disability, and Health) kriterlerine göre engellilik düzeyi belirlenmiş kişiler
- ✓ Yaşam sonu bakıma gereksinimi olanlar
- ✓ Akut ya da kronik sağlık sorunları nedeniyle hizmet sunumuna gereksinim duyanlar
- ✓ Kronik hastalığı olanlar (diyabet, hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı vb.)
- ✓ Nöroloji hastaları (amyotrofik lateral skleroz, sererovasküler hastalık vb.)
- ✓ Yenidoğan ve lohusalar
- ✓ İnmeli hastalar,
- ✓ Enteral-parantral gereksinimi olan terminal dönem onkoloji hastaları,
- ✓ İleri derecedeki kas hastaları,
- ✓ Fototerapi ihtiyacı olan yenidoğanlar (0–1 aylık).

Yenidoğanlardayapılan bir çalışmada (45) hastaneden erken taburcu edildikten sonra, evde izlemi vebakımı yapılan yenidoğanların, doğum sonu altı haftalık sürede daha fazla kiloaldıkları ve daha az sorun yaşadıkları tespit edilmiştir. Yenidoğanların doğum sonu en fazla fizyolojik sarılık sorunu yaşadıkları,hastaneye bu nedenle başvurdukları ve hastanede yattıkları saptanmıştır.Yenidoğanda fizyolojik sarılık gelişmesinin en önemli nedenlerinden birisi yetersizbeslenmedir. Bununla birlikte, doğum sonu erken taburcu edilen yenidoğanlara yönelik evde izlem ve bakımprogramlarının planlanması, ev ziyaretleri sırasında daöncelikle annelerin doğru emzirme tekniklerini kullanarak etkili emziripemzirmediklerinin tanınması ve annenin bu konuda desteklenmesi gerekliliği belirtilmiştir (45).Büyükkayacı, (39)

çalışmasında sezaryen ile doğum yapmış kadınlara postpartum erken taburculuk sonrası yapılan planlı ev ziyaretlerinin maternel komplikasyonlar ve sağlık kuruluşuna başvurma durumları üzerine azaltıcı, öz bakım gücüne ise artırıcı yönde etkisi olduğu belirlenmiştir (39).

Serebrovasküler hastalık (SVH) sonucu yatağa bağımlı olan hastalarda yapılan bir çalışma kapsamında yer alan 38 hastada belirlenen sorunlar dikkate alındığında SVH'dan etkilenen hasta ve ailelerinin evlerinde yaşadıkları güçlüklerin oldukça fazla olduğu ve evde bu sorunlarla baş edemedikleri görülmektedir. Yatağa bağımlı hastalara sunulan evde bakım hizmetleri ile hasta ve ailesi evde yaşayabileceği sorunlarla tek başına bırakılmayacak olup, hastanın akut ve kronik komplikasyonları engelleneceğinden tekrarlı hastane yatışlarının azaltılarak maliyetlerin düşeceği, ülke ve aile ekonomisine katkı sağlanacağı ifade edilmektedir (46).

Kanserli hastalarda evde bakımı, hastane bakımına göredaha bağımsız bir uygulamadır. Evde bakım ile birçok risk azaldığından hastaneye geri dönüşler azalır; hasta ve ailelerinin yaşam kalitelerinde artma görülür ve hastaların tedavilerine aktif katılmalarının sağlanması ile de tedavi planlarının kontrol altına alınarak hastanın otonomisinin sürdürülmesine olanak sağlanır. Akçay ve Gözüm'ün kemoterapi alan meme kanserli hastalarda, kemoterapinin yan etkilerine ilişkin verilen eğitim ve evde izlemin yaşam kalitesine etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında (37) belirlenmiş, evde izlemin ve eğitimin hastaların yaşam kalitesini arttırdığı belirlendiğinden, bu hastalar için evde bakım hizmetinin uygulamaya konulması ve diğer ekip üyelerinin bu bakıma katılması önerilmiştir.

2.1.1 Evde Bakım Hemşireliği Hizmetleri

Günümüzde Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelikte (2005) hemşire ve sağlık memurunun sorumluluğu (27); hekimin tedavi için yazılı ve imzalı istemini alarak hemşire formlarına kaydetmek ve uygulamak, uygulama sonuçlarını kaydetmek, hasta için gerekli özel işlemlerin uygulanmasında hekime ve diğer ekip üyelerine destek sağlamak, hasta bakım planındaki işleri yapmak, yaşamsal

bulgularını değerlendirmek, kaydetmek, değişiklikleri hekime rapor etmek, tedavi planına göre hastaya oral, parenteral ve haricen verilecek ilaçlarını vermek ve kaydetmek, uygulanan ilaçların etki ve yan etkilerini gözlemek, kaydetmek, gerekli araç-gereç, malzemeler için istek yapmak, bunların yeterli ve çalışır şekilde bakımı için görüş bildirmek, kullandıktan sonra temizlemek, dezenfekte ederek gerektiğinde sterilizasyon için hazırlamak, hasta ve ailesine, hastalık ile tedavi ve bakımına ilişkin, hekimi ile birlikte belirlenmiş olan kapsamda bilgi vermek, hasta ve ailesine, gereksinimlerine göre sağlık konularında eğitim yapmak (27).

Sağlık Bakanlığı'nca sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergesinde (2010) ise 2005 yönetmeliğine ek olarak advers etki bildirme, tıbbi atık kontrolünde eğitim yapma sorumlulukları yer almaktadır (1).

19 Nisan 2011 tarihli Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte “evde bakım hemşiresi; yatağa bağımlı veya kendi ihtiyaçlarını bir başkasının desteği olmaksızın karşılayamayacak durumda evde bakım gereksinimi olan bireylere hemşirelik hizmetlerinin sunumundan sorumludur” denmektedir. Bu yönetmeliğe göre hemşireler genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra; ev ortamını hastanın gereksinimlerine uygunluk yönünden değerlendirip (ısı, ışık, havalandırma, hijyen, tekstil, zemin, duvarlar vb.) gürültü, ışık, ısınma, havalandırma gibi çevresel uyarımları kontrol altına alarak hastanın uyku ve dinlenmesini sağlamak, bireyin günlük yaşam aktivitelerinin karşılanması, çevre düzenlemesi ve sosyal gereksinimlerin karşılanmasına yönelik görev alan bakım destek elemanlarının denetimini yapmak, gerektiğinde ilgililere bildirimde bulunmak, birey ve ailenin eğitim ve danışmanlık ihtiyacının belirlenmesini ve yerine getirilmesini sağlamak, bireyin öneri, istek ve şikâyetlerini dinleyip değerlendirerek ilgili birimlere yönlendirmekten sorumludur” denmektedir.

Hastalara bakım veren kişilerin evde bakım hizmetinden beklentilerininineler olduğunun belirlenmesi amacıyla yapılan araştırma sonucunda bu kişilerin bu hizmetten beklentilerinin çoğunlukla hastaların ilaçlarının reçete edilmesi, ilaç raporlarının düzenlenmesi, tıbbi malzeme ve cihazların temini ve hastanın bakımınınyapılması gibi tıbbi konularda olduğu ayrıca hasta yakınları sosyal ve psikolojik desteksağlanması,hastada yeni gelişen sağlık sorunlarının çözümü, hasta yükünün paylaşımı gibi sosyal konularda da destek istedikleri(47), yapılan benzer bir

çalışmada (46) hasta yakınları, hastanın muayene edilmesi ve tedavisinin düzenlenmesi, psikolojik destek sağlanması, tetkiklerinin yapılması, enjeksiyon, ilaç temini ve tıbbi cihazların bakımı, diş muayenesi, fizik tedavi hizmetlerinin verilmesi, yara bakımı ve rapor düzenlenmesini istemişlerdir.

Söylemezo'nun (48) ise "Evde Bakım Gereksinimi, Karşılanma Düzeyi ve Etkileyen Faktörler" ilgili araştırmasında bireylerin bakım alma nedenlerinin; aşırı yaşlılık(% 27.8), fiziksel engellilik(%26), felç (%12.9) olduğu hemşirelik hizmetlerine göre dağılımı ise tansiyon ölçümü (%24.1), şeker ölçümü (% 22.2), ağızdan ilaç uygulama (% 20,04) enjeksiyon(% 16,7) şeklinde olduğu belirlenmiştir.

ABD'de evde bakım hemşiresinin işlevlerini aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır (28);

- Hastanın durumunu fiziksel ve emosyonel yönleriyle gözlemek ve değerlendirmek,
- Hastanın tedavi ve rehabilitasyonunda yer almak
- İlaç uygulamaları, kateter takma kolostomi irrigasyonu ve yara bakımı gibi direkt hemşirelik bakımı sağlamak,
- Pozitif sağlık davranışlarının gelişimi için hasta ve ailesine yardım etmek,
- Tedavilerin ve ilaç uygulamalarının yan etkilerini hastaya ve ailesine öğretmek
- Özel diyet uygulaması, tedavi ve bakım sırasında gelişebilecek tehlikelerin fark edilmesi ve evde bakıma kişisel hazırlık gibi uygulamalar için hasta ve ailesine yardım etmek,
- Hastanın durumu ve tıbbi tedaviyle ilgili belirti ve bulguları hekime rapor etmek,
- Optimal sağlık düzeyine ulaşmak için hastaya yararlı olan kaynakları tanımak, bu kaynaklara ulaşmak için hasta ve ailesine yol göstermek (28).

2.1.2 Evde Bakım Hizmetlerinin Gelişimi

2.1.2.1 Dünyada Evde Bakım Hizmetleri

Dünyada gelişmiş ve gelişmekte olan bütün ülkelerde evde bakım hizmetisunulmaktadır. Ancak sunulan bu evde bakım hizmetlerinin evde bakım profesyonellerinacesunulduğu sağlık ve sosyal hizmetlerin bütünleştirildiği,finansman sorunlarının çözüldüğü, hizmete özel personel yetiştirildiği ve uygun ekipman ve malzemeye erişimin mümkün olduğu ülke sayısı sınırlıdır. Bu ülkelergenellikle yaşlı nüfusa sahip, kronik hastalıkların ve özür lülük boyutunun yüksek olduğu gelişmiş ülkelerdir (49).Amerika Birleşik Devletleri (ABD) bu alanda en gelişmiş ülkelerden birisi olup 18. yüzyılda fakir hastaların evlerine düzenlenen ziyaretlerle başlayan hizmetleringiderek organize bir hizmet şeklinde devam ettiği bilinmektedir. Fakir hastaların bakımı için ilk kadın örgütü 1813 yılında kurulmuş, Philadelphia Hemşirelik Örgütü 1832 yılında fakir kişilere bu hizmeti vermiş, 1877 yılında Buffalo'da Hayırseverlik Teşkilatı kurulmasıyla fakirlere, gönüllü ziyaretçiler yoluyla kendi evlerinde danışmanlık hizmetleri ile maddi yardımlar verilmiş, 1877 yılında ise New York'ta kilise aracılığıyla fakirlere evde bakım hizmeti verilmiştir. Kiliseden sonra 1898 yılında belediyeler bu hizmeti vermiş, 1901 yılında ise 58 kurum bünyesinde kamu hizmeti verilmiş, 1909'da ilk kez sigortalar tarafından ödenmeye başlamıştır (50).New York'ta evde bakım için öncülük yapan hemşire LillianWald olmuştur. Yirminci yüzyılın başlarında ziyaretçi hemşirelerin görevi genişlemeye başlamış, ev ziyaretlerine öğretmenler ve sosyal görevlilerde katılmaya başlamıştır. Ziyaretçi hemşireler çalışmalarına koruyucu bakım hizmetlerini de eklemiştirlerdir. Savaşlar, ekonomik krizler, endüstrileşme ve diğer sosyal faktörler, halk sağlığı hemşireliğinin ve evde bakım hizmetlerinin gelişmesini hızlandırmıştır (28).

İngiltere'de dini kuruluşlar dışında evde hasta bakım hizmetinin gerçek anlamda 1859 yılına kadar yapılamadığı görülmektedir. Bu tarihte gerçek anlamda hemşirelik hizmeti WillamRathborne adlı bir İngiliz antropolog tarafından oluşturulmuştur. Rathbone, evinde eşine bir hemşire tarafından verilen hizmetten etkilenerak fakir hastalar için gönüllü bir hemşire servis hizmeti oluşturmuştur. Mary

Robinson Liverpool’da evde hemşirelik hizmeti veren ilk hemşiredir (28). 20. Yüzyıl başlarında, yaşlılara, engellilere ve akıl hastalarına geniş ölçekli kurumlar ve hastanelerde hizmet sunulması anlayışı egemen olmuş 1960’lara kadar hastanelerde yaşlıların uzun dönemli olarak işgal ettikleri yatak sayısını azaltmaya yönelik girişimler olmuştur. 1960’lardan itibaren tıp ve iletişim teknolojilerindeki gelişmelere paralel olarak ise evde bakım hizmetleri hızla gelişmeye başlamıştır (49).

Evde bakım hizmetlerinin öncülerinden olan Florence Nightingale, hasta kişilerin bakımı için görevlendirilecek kadınların özel olarak eğitilmesini önermiş ve eğitilmiş kadınların hastanelerde, bölgelerde, ev ziyaretleri gerçekleştirecek özel hemşire olarak görevlendirilmeleriyle ilgili bir plan sunmuştur. Nightingale’in önerileri üzerine, 1862 yılında Liverpool’da evlerde hasta bakımını gerçekleştirecek ziyaretçi hemşire yetiştiren ve 1,5 yıllık bir eğitim veren ilkokul açılmıştır (51).

ABD’deki ev ziyareti hareketi, 1930’lardaki büyük ekonomik çöküşten etkilenmiş ancak 1966 yılında Medicare kapsamına alınmıştır. Medicare genel olarak 65 yaşın üstündeki bireylerin sağlık harcamalarını finanse eden bir sigorta sistemidir. Medicaid ise; yaşlı dikkate almaksızın fakir insanların sağlık harcamalarını karşılayan sağlık sistemidir (28).

Ülkelerin evde bakım hizmetleri ile ilgili yasal düzenlemelerine bakıldığında Avusturya, Almanya, Hollanda, İsrail ve Japonya’da evde bakım hizmetlerinin yasak kapsamına alındığı görülmektedir (Tablo 1). Bu beş ülkede evde bakım hizmetleri uzun süreli bakım kapsamında değerlendirilmektedir (52). Bunların dışında Belçika, Lüksemburg, Portekiz, Danimarka, İrlanda, İtalya, Yunanistan, Endonezya, Tayvan ve Suudi Arabistan gibi pek çok ülkede de evde bakım hizmetleri yürütülmektedir (53).

Tablo 1: Bazı Avrupa Birliği Üyesi Ülkelerde Evde Tıbbi Bakım ve Sosyal Yardım Organizasyonu

ÜLKE	Evde tıbbi bakım	Evde sosyal bakım
Belçika	Merkezi ve ya bölgesel hükümet	Yerel yönetim ve ya belediye
Danimarka	Yerel yönetim ve ya belediye	Yerel yönetim ve ya belediye
Finlandiya	Yerel yönetim ve ya belediye	Yerel yönetim ve ya belediye
Fransa	Sosyal sigorta ve Yerel yönetim ve ya belediye	Yerel yönetim ve ya belediye
Almanya	Sosyal sigorta	Sosyal sigorta
İrlanda	Merkezi ve ya bölgesel hükümet	Sosyal sigorta
İtalya	Merkezi ve ya bölgesel hükümet	Yerel yönetim ve ya belediye
Hollanda	Sosyal sigorta	Sosyal sigorta
Portekiz	Merkezi ve ya bölgesel hükümet	Yerel yönetim ve ya belediye
İspanya	Sosyal sigorta	Yerel yönetim ve ya belediye
İsveç	Yerel yönetim ve ya belediye	Yerel yönetim ve ya belediye
Birleşik Krallık	Merkezi ve ya bölgesel hükümet	Yerel yönetim ve ya belediye

(WHO 2008, 14)

2.1.2.2 Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri

Türkiye’de evde bakımın tarihi henüz çok yeni olup, bu alandaki ilk çalışmalar özel sektör ile başlamıştır(27).Sosyal veya tıbbi hizmetler henüz tam olarak bütünleşmiş olmasa da bugün ülkemizde evde bakım hizmetleri, yerel yönetimler tarafından yoğun olmakla birlikte, yerel yönetimler, özel hastaneler, özel evde bakım merkezleri ve kamu hastanelerinin evde bakım birimleri tarafından yürütülmektedir(27).

Türkiye’de evde sağlık hizmetleri uygulamalarında üç aşama dikkat çekmektedir. Bunlar; Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK) çerçevesince yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamaları, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (SHSHK) çerçevesinde yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamaları ve 1980 yılı sonrası yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamalarıdır (32).Umumi Hıfzıssıhha Kanunu kapsamında yürütülen evde sağlık hizmetleri uygulamaları; bulaşıcı ve salgın hastalıklarla savaş için yürütülen hizmetler içinde bir hizmet sunum şekli

olarak yer almakta, yapılan işlemler hastalarnevlerinde tecrit ve muayenelerini esas almaktadır.Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun gereğince evde sağlık hizmeti uygulamasının en belirgin özelliği, koruyucu sağlık hizmetlerini içermesidir. Bu hizmetler, bağışıklama, gebe ve çocuk izlemi çalışmalarıdır. Bu çalışmalar sağlık evi, sağlık ocağında yapıldığı gibi risk grubunun evinde de gerçekleştirilmektedir (33).

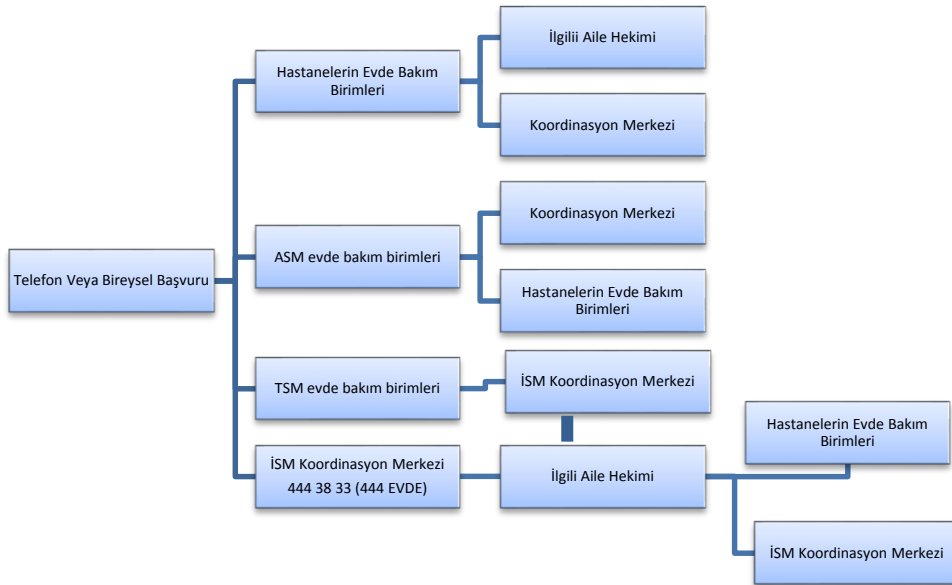
Türkiye'de ziyaretçi hemşire kavramı ilk kez 1943 yılında yayınlanmış olan Trahom Savaş Talimatnamesi'nde geniş şekilde yer almıştır. Bu yönetmeliğin pek çok maddesinde trahom bölgelerinde ziyaretçi hemşirelerin nasıl görev yapacakları ayrıntı ile tanımlanmaktadır. 1943 yılında Verem Savaş Dispanserine bağlı olarak açılmış olan Erenköy Sosyal Hemşire Okulu da, halk sağlığı alanında çalışacak hemşireler yetiştirmeyi amaçlayan bir okuldur. Buradan mezun olanlar "**sosyal hemşire**" diploması alarak, Verem Savaş Dispanserleri, Ruh ve Akıl Sağlığı Dispanserleri, Ana Çocuk Sağlığı (AÇS) Merkezleri ve diğer sosyal hemşirelik alanlarında görevlendirilmişlerdir (51).

Ülkemizde 2005 yılına kadar evde bakım hizmetlerini sağlayacak yasal bir düzenleme bulunmadığı görülmektedir(32).Türkiye’de evde bakım hizmetleri, 10/3/2005 tarihli ve 2575 sayılı Resmi Gazete ’de yayımlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile yasal düzenleme altına alınmıştır. Yönetmeliğin amacı evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarının açılması, çalışması ve denetlenmesi ile bunları işleten kurum ve kuruluşların, özel hukuk tüzel kişilerinin ve gerçek kişilerin uyması gereken usul ve esasları düzenlemektir(27).Evde Bakım Hizmetinin verilmesi için Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumları bünyesindeevde sağlık hizmetleri birimleri kurulması, bu birimlerin asgari fiziki donanımı ile araç, gereçve personel standardının ve ilgili personelin görev yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi,iletişim, uygulanacak randevu, kayıt ve takip sisteminin tanımlanması ve uygulamanındenetimine ilişkin usul ve esasların belirlemek amacıyla da 01.02.2010tarih ve 3895sayılı yönergesi yürürlüğe konmuştur (1).Buyönergeye göre (2010) evde sağlık hizmetleri, Bakanlığa bağlı olarak faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastaneleri ile genel veya dal hastaneleri ve Ağız Dış Sağlığı Merkezleri (ADSM) bünyesinde kurulan evde sağlık hizmeti birimleri ile

toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri aracılığı ile sunulmaktadır(1).

Yönergede (2010) evde sağlık hizmetleri ekibinde asgari bir tabip, bir hemşire, bir sağlık memuru ve bir şoför görevlendirilmektedir. Mevcut olması halinde bir fizyoterapist, bir diyetisyen, ihtiyaç halinde bir psikolog, bulunmaması halinde ise sosyal çalışmacı veya her ikisi birden bu ekibe dahil edilebileceği vurgulanmaktadır. İşin yoğunluğu veya ihtiyaca göre birden fazla evde sağlık hizmeti ekibi oluşturulabilir ve bu ekiplere ilave personel görevlendirmesi yapılabilir” denmektedir (1).Buyönergeye göre evde bakım hizmetlerinden yararlanma süreci şekil: 1 de görüldüğü gibidir (1).

Şekil:1 Ülkemizde Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Süreci(1)



Ülkemizdeki yönetmeliklerin aksine evde bakım hemşiresinin uygulayıcı, yönetici, araştırmacı ve konsültan rolleri bulunmaktadır. Amerika’daki evde bakım hemşireleri, Amerikan Hemşireler Birliği ve Toplum Sağlığı Hemşireliği konseyi tarafından geliştirilen “Evde Bakım Hemşireliği Uygulama Standartları”na göre hizmet vermektedirler. Evde bakım ortamında hemşirelik sürecinin kullanımı

hemşirelik ile ilgili yasalar tarafındanda belirlenmiştir (28). Hemşireler bu rollerini, evde bakım hemşireliği, hemşirelik süpervizörlüğü, direktörlüğü ya da yöneticiliği yaparak gerçekleştirmektedirler. Evde bakım hemşireleri çoğunlukla hasta ve ailesine direkt hemşirelik bakımı sağladıkları için uygulayıcı rolündedirler. Uygulayıcı ve yönetici hemşireler, hizmet verilen toplumun ihtiyaçlarını karşılayan planlamalar ve uygulamalar için birlikte çalışır (28). Evde bakım hemşiresi, ilk ziyaretten itibaren bütün ziyaretler sırasında hastanın ve ailesinin değerlendirilmesinden sorumludur.

Evde bakım hemşiresi sürecin tüm aşamaları boyunca hasta ve ailesi ile birlikte hastanın durumunu ve iyileştirme sürecini değerlendirir. Devam eden ziyaretler sırasında önceki amaçlar, hastanın bakım ihtiyaçlarına göre yenileriyle değiştirilebilir.

Hemşire hastanın evde bakımının sonlandırılmasına karar verinceye kadar hasta ve ailesini bu durum için hazırlayarak değerlendirmeyi yapar. Ziyaretlerin sıklığı ve hizmetlerin süresi hastanın öz-bakım yeteneğini ve hasta ailesinin bakıma katılımına etkilemektedir. Hastanın evde bakımının sonlandırılması için yapılan planlar ilk ziyarette başlar. Hemşire her ziyaretten önce hasta ve ailesinin bakıma katılımını ve önceki ziyaretlerin sonuçlarını tartışır ve değerlendirir (28, 54, 55).

Hastanın ve ailenin sağlığa/hastalığa yönelik endişe ve sorunlarla başa çıkabilmesi, hastalığa uyum sağlayıp gerekli davranış ve yaşam biçimi değişikliklerini gerçekleştirebilmeleri için eğitime, rehberliğe ve desteğe gereksinimleri vardır. Evde bakım hemşiresi hasta ve ailesine öz bakımın niçin ve nasıl yapılacağıyla ilgili eğitimi vermekle yükümlüdür(28, 54, 55).

Değişen sosyal ve sağlık bakım ihtiyaçlarını karşılamak üzere evde bakımın hızla değişmesi nedeniyle personel gelişiminin önemi artmaktadır. Evde bakım hemşireliğinin gelişimi için eğitim kaçınılmazdır. Personelin kuruma ve hizmete oryante edilmesi, bakım uygulamalarının ve hizmetin geliştirilmesi, gerekli araştırmaların yapılması için eğitim programları düzenlenmeli, geliştirmeli, düzenli aralıklarla uygulanmalı ve değerlendirilmelidir. Hemşireler eğitimlere ekip üyeleri ile birlikte aktif olarak katılmalı ve kurum tarafından da bu konuda desteklenmelidir (28, 55, 56, 57).

Araştırmalar evde bakım hemşirelerinin rol ve sorumluluklarını gerçekleştirirken pek çok güçlük yaşadığını göstermektedir (7, 24, 25, 26,58, 59, 60).

- **Kurumdan kaynaklanan güçlükler;** evde bakım hizmet sunumunda yasal düzenlemelerin yeterli olmaması, evde bakım hemşiresinin işgüvencesinin olmaması, ücret konusunda yetersizlikler, yazılı görev tanımının olmayışı, diğer disiplinler ile iletişim sorunları, sözel order verilmesi, malzeme temini konusunda yetersizlikler, dokümantasyon sistemi, çalışılan ekip içerisinde hastaların hekimleriyle bağlantı kurulamaması ve tedavi düzenlemede sorunların yaşanması, etkili denetimin olmayışı, geri bildirimlerin olmayışı
- Fiziksel ortamdaki kaynaklanan güçlükler; bakım verilecek eve ulaşımın zor olması ya da ulaşım kaynaklarının olmayışı, tanımadıkları bir ortamda zaman geçirme zorunluluğu, ev ortamında ilaç uygulamaları tedavi ve bakımın uygulanması açısından uygunsuz ortamların olması (ışık, ses, ziyaretçiler), evlerin sağlıksız koşullara sahip olması,
- Hasta ve yakınlarından kaynaklı güçlükler; hasta ve yakınlarının sağlık çalışanlarından görev tanım dışında beklentilerinin olması (hemşirelerden ev temizliği vs işler yapılmasını istemeleri gibi) (61), planlanan bakıma direnç gösterilmesi ya da müdahale edilmesi, tedavi ve beslenme programlarını değiştirmeleri, hasta ve ailesinin ekonomik gücü, algılayabilme kapasitesi, sosyo-kültürel düzeyi, sağlık durumlarına ilişkin bilgi düzeyleri, iş birliği yetenekleri ve bakıma katkı sağlama düzeyleri
- Hemşireden kaynaklanan özellikler; hemşire- hasta/hasta yakını arasında profesyonel ilişki kurulamaması, mesleki bilgi beceri eksikliğinden kaynaklanan sorunlar (tıbbi cihaz ve uygulamaları yeterince bilmeme gibi), aldığı temel ve hizmetiçi eğitimler, iletişim becerileri, hemşirenin kendini yeterli hissetme durumu ve işi sevme durumudur.

2.2 İş Doyumu

İş; bir sonuç elde etmek, herhangi bir şey ortaya koymak için güç harcayarak yapılan etkinlik, çalışma, bir değer yaratan emek, birinden istenen hizmet veya birine verilen görev, geçim sağlamak için herhangi bir alanda yapılan çalışma, meslek olarak tanımlanmaktadır (62). İş, yaşamının sürdürülebilmesi için sağladığı ekonomik

kazancın yanı sıra bireyin toplumda belli bir yer ve rol sahibi olabilmesi, toplumsal saygınlık kazanabilmesi için gerekli olan kurumların başında gelir(63).

Doyum ise Türk Dil Kurumu'na (TDK) göre “Eldekinden hoşnut olma durumu, doyma işi, yetinme, kanma, kanaat,bazı istekleri giderme, tatmin, orgazm” şeklinde açıklanmaktadır(64).Duxbury, Armstrong, Drew ve Henly, (1984) iş doyumunu; çalışanların fiziksel, ruhsal ve sosyal gereksinimlerinin, beklentileri doğrultusunda karşılanma düzeyleri olarak tanımlamıştır (3).Başka bir deyişle iş doyumunu; iş görenin, işini ve iş çevresini, örneğin, üstlerinin yönetim stilini, politikalarını, işyerindeki arkadaşlık ilişkilerini ve işinden elde ettiği ekonomik getirileri nasıl algıladığıdır. İş tatmini temelde, ücret ve ücretin dağıtılma şekli; iş ve işin ilginçlik düzeyi, işin öğrenme olanağı sağlama derecesi; işteki yükselme olanakları, yöneticilerin işgörene karşı tutumu, iş yerindeki arkadaşlık ilişkileri gibi etmenler tarafından belirlenmektedir (65).

Sağlık meslekleri stres yoğunluğu yüksek olan gruplar arasında olduğundan ve strese yönelik gündelik olayların da bu boyutları içeriyor olmasından sağlık çalışanlarının iş doyumunun incelenmesi önem taşımaktadır. İş doyumunun, kişinin hem ruhsal yapısını hem de performansını etkilediği düşünüldüğünde tüm sağlık çalışanlarının iş doyumunun incelenmesi gerekmektedir (66).

2.2.1 İş Doyumu Kuramları

İş doyumuna ilişkin kuramlar içerik ve süreç kuramları olmak üzere iki ayrı grupta incelenmektedir(Tablo:2). İçerik kuramları çalışanlarda iş doyumunu sağlayan gereksinimleri tek tek gösteren kuramlardır. Süreç kuramları ise çalışanların iş doyumunun nedenlerini ve nasıl oluştuğunu araştırmaktadır (67).

Tablo 2:İş Doyumuna İlişkin Kuramlar

İçerik Kuramları	Süreç Kuramları
Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Kuramı	Davranış Değiştirme,BilişselDeğerlendirme Kuramı
Herzberg'in Çift Etmen Kuramı	Locke'unAmaç Belirleme Kuramı
McGregor'unX ve Y Kuramı	Güçlendirme Kuramı
Alderfer'in ERG Kuramı	Vroom'unBeklenti Kuramı
Mcclelland'ın İhtiyaçlar Kuramı	Adams'ın Eşitlik Kuramı

(67)

Bu bölümde literatürde en sık kullanılan Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Kuramı, Herzberg'in Çift Etmen Kuramı ve Locke'un Amaç Belirleme Kuramı'na kısaca değinilecektir.

Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Kuramı

Tozkoparan'ın aktardığına göre Maslow'un (1954) İhtiyaçlar Hiyerarşisi Kuramının, iş yaşamındaki insan davranışlarını açıklamada kullanılan önemli kuramlardan biri olduğu belirtilmektedir. Bu kurama göre Maslow insanların ihtiyaçlarını tatmin etmek amacıyla harekete geçtiklerini belirtmekle ve bu ihtiyaçları şiddet derecesine göre sıralamaktadır. Maslow'a göre insan ihtiyaçları aşağıdan yukarıya olmak üzere; fizyolojik, güvenlik, ait olma (sevgi), saygı görme ve kendini gerçekleştirme olarak beş ana kategoriye ayrılmakta ve bazıları diğerlerinden daha öncelikle hissedilmektedir (67).

Tozkoparan'ın aktardığına göre kişiler ihtiyaç basamaklarının birinde kendilerince yeterli doyuma ulaşıncaya bir üst basamağa yükselirler. Bir üst basamaktaki yeni ihtiyaç önem kazanır. Alt basamaktaki ihtiyaç karşılandığı için önemini yitirerek güdüleyici olmaktan çıkar. Böylece bireyler bir sıra düzeni içinde alttan yukarıya doğru ihtiyaçları karşılamaya çalışırlar (67).Bu yaklaşımın yönetici açısından anlamı şudur: Eğer yönetici, personelin hangi ihtiyacı tatmin etmek istediğini anlayabilirse, o ihtiyacı tatmin edebileceği ortamı yaratarak onların belirli yönde davranmalarını sağlayabilir (68).

Herzberg'in Çift Etmen Kuramı

Herzberg (1959), iş doyumunu belirleyen iki temel faktör tanımlamış bunlardan; işin kendisi ile ilgili olan ve çalışanları tatmin eden başarı kazanma, takdir edilme, yararlı olma gibifaktörleri “motive edici faktörler”, İşyeri koşullarının kötülüğü, ücretin azlığı gibi unsurlardan oluşan ikinci faktörü de “hijyen faktörler” olarak tanımlamıştır. “Motive edici faktörler ”invarlığının iş doyumunu arttırdığını ancak yokluğunun doyumsuzluğa yol açmadığını belirlemiştir. Kişinin işinde başarılı olması, takdir görmesi onu doyumlu kılarken, takdir görmemesi, doyumsuzluğa yol açmamaktadır. “Hijyen faktörler”bulunmamaları halinde tatminsizliğe yol açarlarken, varlıkları iş doyumunun sağlanması için yeterli değildir. İşyeri koşullarının iyileştirilmesi, ücretin artırılması kişiyi doyumsuzluktan kurtarmakta ancak doyumlu hale getirmemektedir.

Tablo 3:Herzberg'in Çift Etmen Kuramına Göre İş Doyumunda Motive Edici ve Hijyen Faktörler

Motive Edici Faktörler	Hijyen Faktörler
➤ Başarı,	➤ Denetim kalitesi (tarzı),
➤ Tanınma,	➤ Şirket kuralları ve politikası,
➤ İşin kendisi,	➤ Ücret,
➤ Gelişme imkanları,	➤ Çalışma koşulları,
➤ İlerleme imkanları,	➤ İş güvenliği,
➤ Sorumluluk,	➤ Kişisel yaşantı,
➤ Geri bildirim	➤ Statü,
	➤ Bireyler arası ilişkiler (astlarla, üstlerle, akranlarla).

(67)

Adams'ın Eşitlik Kuramı

Tozkoparan'ın aktardığına göre bu kurama göre çalışanlar yaptıkları işin karşılığı olarak eşit muamele, değer görmek isterler; bilinçli ya da bilinçsiz biçimde emek, çaba, bilgi ve performanslarını elde ettikleri ödül, maaş ya da övgülerle kıyaslarlar. Sonuçta bir denge varsa kişi doyumlu olacaktır. Dolayısıyla doyumun

kaynağı elde edilenlerle verilenler arasındaki kıyaslamadır. Ancak doyum motivasyon yaratmaz. Aksine doyumsuzluk çalışanın bazı durumlarda çabalarını artırması yönünde motive olmasına, bazı durumlarda ise azaltması yönünde motive olmasına sebep olmaktadır (67).

Locke'nin Amaç Belirleme Kuramı

Tozkoparan'ın aktardığına göre EdwinLocke'a göre çalışanların amaçlarına ulaşması doyuma, amaçlarına ulaşamaması ise doyumsuzluğa yol açmaktadır. Bu doğrultuda amaç belirlemek çalışanların performansını artırır; belirlenen amaç doğrultusunda bir çaba ve güdülenme başlar. Kurama göre amacın gerçekçiliği, etkinliği ve motive edici olması önemlidir. Daha zor ve kesin hedefler daha düzenli ve yüksek performansa yol açar (67).

2.2.2 İş Doyumunu Etkileyen Faktörler

İş doyumunu insanın fiziksel ve psikososyal sağlığını, verimliliğini, başarısını ve davranışlarını doğrudan etkilemektedir (67). İş doyumunu etkileyen faktörler; bireysel, örgütsel ve çevresel faktörler olarak sınıflandırılabilir(67). Tablo: 4

Tablo 4:İş Doyumunu Etkileyen Bireysel ve Örgütsel Faktörler

Bireysel Faktörler	Örgütsel Faktörler
Yaş	Ücret
Cinsiyet	İşin niteliği
Medeni durum	İş güvenliği
Eğitim düzeyi	Gelişme ve yükselme olanakları
Meslek	Çalışma ortamı ve koşulları
Sosyokültürel çevre	Yönetim biçimi
Kişilik özellikleri	Yöneticilerle ilişkiler
Zekâ	Grup etkileşimi
Meslekte ve ya kurumda çalışma süresi	
Meslek seçimi	
Meslekle ilgili geleceğe yönelik planlar	

(67)

2.2.2.1 İş Doyumunu Etkileyen Bireysel Faktörler

İş doyumunu etkileyen bireysel faktörlerin kişinin doğuştan sahip olduğu çeşitli özellikler ile birlikte yaşamı boyunca elde ettiği deneyimlerle ilgili olduğu belirtilmektedir (3). Bu faktörler yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleki konum ve kıdem, sosyo-kültürel çevre, kişilik ve zeka olarak belirtilebilmektedir(67). Tablo: 4

Yaş: Yapılan araştırma sonuçlarında, yaş ile iş doyumunu arasında bir ilişki olduğu sonucuna varıldığı belirtilmektedir. Genç işgörenlerin, işlerinden yüksek beklentileri nedeniyle doyum olasılıkları azalırken, yaşlandıkça işlerinden aldıkları doyumun arttığı belirtilmektedir. Bu duruma neden olarak, deneyimin artmasına bağlı oluşan uyumun artışı gösterilmektedir. Herzberg'in yaş ile doyum arasındaki ilişkiyi „U” şeklinde bir eğriye benzettiği, yirmili yaşlarda yükseldiği, otuzlu yaşlarda düşüşe geçtiği ve daha sonrasında yaş ilerledikçe tekrar yükseldiği belirtilmiştir (67, 69).

Cinsiyet: Yapılan araştırmalar sonucunda genellikle kadın ve erkeklerin iş doyumunu açısından farklılaşmadıkları görülmüştür (67). Bununla beraber kadınların işlerinde öncelikle çalışma koşulları ve sosyal ilişkilere önem verirken, erkeklerin öncelikli olarak ilerleme, kariyer ve ücret gibi unsurlara önem verdiklerine dikkat çekilmektedir (70).Karaca, iş doyumunu ve cinsiyet ilişkisi hakkında yaptığı bir araştırmasında “Kadınların alışma arkadaşları, insanlarla iletişim, uygun iş saati ve iş güvencesi değerlerine, erkeklerin de ücret, işte özerklik ve sorumluluk, örgütte etkin bir konuma sahip olma değerlerine önem verdikleri belirlenmiştir (71).

Medeni Durum: İş doyumunu ile ilgili sık çalışılan değerşenlerden biri olan medeni durumun, iş doyumunu etkileyen bir değerşen olduğu kabul edilmektedir. Evliliğin kişilere daha düzenli bir yaşam sağladığı, bu açıdan iş doyumunu artırdığı düşünölmektedir. Yapılan bir araştırmada evliliğin kişiye, kişiler arası ilişkiler ve stresle başa çıkma deneyimi kazandırdığı bildirilmektedir. Bazı araştırmalarda ise iş doyumunu ve medeni durum arasında ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir (72, 73,74).Çocuk sahibi olmanın iş doyumuna etkisini inceleyen araştırmalar da ise çocuğu olan hemşirelerin işlerinden daha doyumlu olduklarının tespit edildiği bildirilmektedir (73, 75,).

Eğitim Düzeyi: Eğitim düzeyi ile iş doyumunu arasındaki ilişki araştıran araştırma sonuçlarında, genellikle eğitim düzeyi arttıça, doyumun azalacağı sonucuna varılmıştır(5, 76). Bunun nedeni olarak, ücret beklentilerinin daha yüksek olduğu, beklentilerinin karşılanmadığı durumlarda iş tatminsizliğine düştükleri saptanmıştır. Eğitim seviyesindeki ve yeteneklerdeki artışın karşılığını, örgütten alamadığını düşönen işgörenin iş doyumunu düzeyinde bir azalma meydana geleceği ifade edilmektedir (77).

Meslek: Yapılan araştırmalarla, meslek düzeyi ile iş doyumunu arasında tutarlı bir ilişki bulunduğu açıklanmaktadır. Toplumun bakış açısından yüksek statölü mesleklerde daha yüksek düzeyde iş doyumunu gröldüğu bildirilmektedir. Profesyonel mesleklerde iş doyumunun yüksek, vasıfsız ve yarı vasıflı işçilerde ise iş doyumunun düşük olduğu sonucuna dikkat çekilmektedir (76, 78).

Hizmet Süresi: İşgörenlerin hizmet yılları arttıça buna paralel olarak iş doyumunun da artacağı düşünölmektedir. Bu durumun nedeni olarak; uzun yıllar aynı işi yaparak daha fazla deneyim kazanan ve işiyle bütönlöşen işgörenlerin işlerine karşı uyumları

fazla olacağından daha fazla doyuma ulaşacakları, buna karşılık daha fazla ücret ve yükselme beklentisi içinde bulunan genç işgörenlerin ise yaşlı işgörenlere göre daha az doyuma ulaşabilecekleri gösterilmektedir (20, 63, 79, 80).Ancak, yapılan bazı çalışmalarda, hizmet süresi 1 yıldan az hemşirelerin iş doyum ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. (81, 82).

Kişilik: Kişilik özellikleri ile iş doyumunu arasında bir ilişkinin var olduğu bilinmektedir. Kendine güvenen, öz saygı duygusunu gerçekleştirmiş çalışanlar daha fazla doyum sağlamakla birlikte mücadele gerektiren işlere karşı daha yüksek değer vermekte, başarıya daha çok güdülenmekte, daha yüksek sorumluluk almakta, buna karşılık övülmeye, onaylanmaya daha az gereksinim duymakta, eleştirilere daha açık olmakta ve eleştirilerden daha az etkilenmekte, uyum mekanizmalarına daha az başvurumaktadırlar (67).

2.2.2.2 İş Doyumunu Etkileyen Örgütsel ve Çevresel Faktörler

İş doyumunu etkileyen örgütsel ve çevresel faktörler (Tablo:4)çalışan insanların çalışma ortamlarından ve çevrelerinden kaynaklanan, sıkıntı ve endişe yaşamalarına ve bu nedenle kurum ile bütünleşmemelerine, verimli çalışmamalarının neden olan faktörlerdir. İş doyumunu etkileyen örgütsel ya da çevresel faktörlerin bir ölçüde kişisel ihtiyaçlara ve beklentilere bağlı oluşu, bu konuda genel ölçütler geliştirmeyi zorlaştırırsa da, kimi araştırmacılara göre işin içeriği, ücret, çalışma grubu, üst ile olan ilişkiler ve örgütsel ortam olarak sınıflandırılmakta; kimi araştırmacılara göre ise işin kendisi, ücret, yükselme olanakları, tanınma durumu, çalışmak koşulları, bireyin öz saygısı, yöneticiler, çalışma arkadaşları ve astları, örgüt ve yönetimidir (76).

Ücret: İş gücünün karşılığında elde ettiği para veya mal olarak tanımlanmaktadır (83). Paraya karşı duyulan isteğin kökeninde asıl olarak kişinin fiziksel ihtiyaçlarının giderilmesi düşüncesi bulunurken, bir taraftan da kişinin meslekte başarı duygusu, kendini ispatlama, kabul edilmek gibi üst düzey isteklerini de doyurulması geldiği açıklanmaktadır. İşgörenler için ücret, örgütün kendilerine karşı ilgisini belirten

göstergelerden biri olarak kabul edilmektedir. Ücretin, yapılan iş ile eşit değerde olmaması durumunda iş doyumunu olumsuz etkileyeceği bildirilmektedir (5).

İşin Niteliği: İşgörenin, çalıştığı işi beğenmesi, işten doyumun başta gelen etkenidir. İşgörenin işini beğenmesi de şu koşullara bağlıdır; işin işgörenin yeteneklerini kullanmasına elverişli olması, işin yenilikleri öğrenmeye, gelişmeye olanaklı olması, işin işgöreni yaratıcılığa, değişikliğe ve sorumluluk almaya yönlendirmesi ve işin sorun çözmeye dayanmasıdır (84).

İş Güvenliği: Soysal ve fiziksel açıdan güvenli bir iş ortamında çalışmanın kişinin işine karşı olumlu duygular hissetmesine yol açacağı ve iş doyumunu artırabileceği belirtilmektedir. İşyerinden çıkarılma konusunda belirsizliğin veya korkusunun olmaması, çalışanın iş doyumunu artırmasında önemli bir etken olarak kabul edilmektedir. Güvenlik konusu aynı zamanda sağlığı da ilgilendiren önemli bir konudur. İşgörenin sağlığı için tehlike içeren bir ortamda çalışmak istemeyeceği bir gerçektir. Bu bağlamda örgütlerin, çalışanların güvenli bir ortamda çalışmalarını sağlamaları önem kazanmaktadır (69, 85).

Yükselme olanakları: İş doyumunda sürekli büyüme, gelişme ve ilerleme potansiyeli olan işler genellikle daha fazla doyum yaratmaktadır (67). Eğer işe alınan kişi bir kimse işyerine girer girmez, önünde ilerleme olanağının bulunmadığına ve ücretinin artmayacağı duygusuna kapılırsa her türlü çabanın gereksiz olduğuna inanarak işe karşı olumsuz bir tutum takınabilir (Eren, 2004). Terfinin kişisel gelişme, daha fazla sorumluluk alınması ve yüksek sosyal statü fırsatı sağlaması nedeniyle önemli bir etmen olduğu belirtilmektedir. Terfi kararlarında dürüst ve adil olduğu düşüncesine sahip işgörenlerin daha fazla doyum alacaklarının önemi vurgulanmaktadır (78).

Çalışma Koşulları: Çalışma şartları veya iş ortamının koşulları da iş doyumunu üzerinde etkili olan orta düzeydeki faktörlerdir. Eğer çalışma şartları düzgün ise, diğer bir deyimle işyeri temiz, ışıklandırma, ısı, renklendirme ve nem açısından insan sağlığına uygun koşullara sahip ise bu çalışanları olumlu yönde etkileyerek iş doyumunun artmasına yol açacaktır (86).

Yönetim ve Denetim Biçimi: Genel olarak işgörenler denetlenmekten hoşlanmazlar. Özellikle denetim, düzeltici, yardım edici, birlikte yapıcı olmaktan çok kusur arayıcı, üstünlük gösterici, küçük düşürücü olduğunda işgörenlerin iş doyumunun azalmasına

neden olur. Bu yüzden işgörenler demokratik denetime, özellikle de özdenetime yer veren örgütlerde çalışmayı tercih ederler. İşgörenin çalıştığı örgütün ve yönetimin niteliği, işten doyumunda başlı başına önemlidir (84).

2.2.3 İş Doyumunun Etkileri ve Sonuçları

İş doyumunun olumsuz sonuçları örgütsel ve bireysel olmak üzere iki farklı açıdan ele alınabilmektedir. **Örgütsel sonuçlar** iş performansında azalma, işe geç kalma, işten erken ayrılma, işe devamsızlık ve işgücü devri gibi açık bir biçimde örgütsel sonuçlar doğurabildiği örgütü olumsuz etkileyeceği vurgulanmaktadır (67). **Bireysel Sonuçlar**; işteki mevcut durumu iyileştirmek amacıyla üstlerle sorunları tartışma ve bazı sendikal faaliyetler içine girme, düşük verim ve işte yüksek hata oranları, işten ayrılma ve ya yeni bir iş arama, stres ve tükenme başta olmak üzere, yetersizlik duyguları, başkaları ile işbirliği sağlayamama, bireyin özel hayatındaki hatalarda artış, isabetsiz kararlar verme, verimsizlik, işe devamsızlık oluşmaktadır(87). Doyumsuzluk sonucu aşırı kaygı, korku sorumluluk hissini zayıflaması, bıkkınlık, kavgacı ve saldırganca davranışlar, kendine yabancılaşma şeklinde kendini gösteren psikolojik ve kalp, mide rahatsızlıkları, kas katılaşması, uyum bozuklukları gibi psikosomatik pek çok sorun ortaya çıkabilmektedir(88).

2.2.4 Hemşirelerde İş Doyumu

Hemşirelerin iş doyumunu tüm dünyanın ortak sorunu olup hemşirelerin iş bırakmalarında ve devir hızında anahtar, (6). işte kalma ya da ayrılmaya karar vermesinde itici bir faktördür (89). Doyumsuzluk düzeyinin artması hemşireyi ya iş değiştirme ya da meslekte ayrılma davranışına yöneltebilir. Macoo'da 426 hemşireyle yapılan çalışmada işten ayrılmalarını etkileyen sebeplerin başında iş doyumunun geldiği bulunmuştur (90). Yapılan hemşirelik araştırmalarında, iş doyumunun ve örgütsel bağlılığın hemşirelerin işten ayrılması için en önemli belirleyicilerinden olduğu belirlenmiştir(11, 12, 22, 91, 92, 93, 94, 95, 96). Olumsuz

çalışma koşulları, iş doyumsuzluğunun örgütsel bağlılığı azalarak hemşirelerin işten ayrılmalarının neden olan en önemli etkenlerdendir (12, 97). Yapılan bir çalışmada iş doyumu düşük hemşirelerin doyumu yüksek olanlara göre %65 daha yüksek ayrılma niyetine sahip oldukları saptanmıştır (98).

Hemşirelerle yapılan çalışmalarda meslektaşlarla ilişkiler (99, 100), yetersiz ücret (90) alınan eğitimle yapılan işin uyumsuzluğu, mezuniyet sonrası eğitim yetersizliği, iş yükü (99, 101), meslekte ilerleme olasılığının düşük olması, çalışma koşullarının elverişsizliği (102), yönetim politikası (103) gibi bir çok etkenin iş doyumunu olumsuz etkilediği belirtilmektedir.

Hemşirelerde iş doyumsuzluğunun sebepleri literatürde sıklıkla tanımlanmıştır. Hasta bakım kalitesinde zayıflık ve karar vermede yer almak için yeterli fırsatın olmaması, iş stresi, fazla mesai ve hemşire-doktor iş birliğinden tatmin duymama gibi nedenler üzerinde durulmuştur. Evde bakım hemşirelerinin iş doyumu ve emekliliğini etkileyen faktörlerin meslektaşlarla, hekimlerle ve hastalarla ilişkiler, otonomi ve bağımsızlık, ücret, kurumla ilişkiler, stres ve iş yükü, mesleki onur olduğu belirlenmiştir (7). Flynn'ın çalışmasında evde bakım hemşirelerinin iş doyumuyla ilgili söylediği en önemli etkenlerin eğitim için destek, ücretler, bakımın kalitesi, yönetici desteğidir.

2.3. Tükenmişlik

Türk Dil Kurumu sözlüğünde gücünü yitirmiş olma, çaba göstermeme durumu şeklinde tanımlanan tükenmişlik(83), Bakker ve Schaufelitarafından duygusal taleplerin yoğun olduğu ortamlarda uzun süre çalışmaktan kaynaklanan, fiziksel yıpranma, işyerinde çalışanlara ve yaşama karşı olumsuz tutumlar geliştirilmesi gibi belirtilerin eşlik ettiği bir durum olarak tanımlanmaktadır (13), Ergin'in (14) aktardığına göre tükenmişlik 1974 yılında Freunderberger tarafından ilk kez literatüre girmiştir. Freunderberger tükenmişliğin genellikle insanlar ile yüz yüze çalışılan mesleklerde (eğitim, sağlık, finans sektörleri) çok görüldüğünü söylemiştir(14).

Maslach ise tükenmişliği fiziksel bitkinlik, kronik yorgunluk, iş performansında azalma, çaresizlik ve ümitsizlik duyguları yaşayan bireyde olumsuz bir benlik kavramının gelişmesiyle beraber bireyin iş yaşamına ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumları ile belirginleşen fiziksel, duygusal ve zihinsel bir tükenmişlik sendromu olarak tanımlamıştır.

Kişinin yaşamının çeşitli alanlarında tükenmişlik meydana gelebilir. Kişisel tükenmişlik, bireyin deneyimlerinden kaynaklanan fiziksel ve psikolojik bitkinlik düzeyi olarak tanımlanmaktadır. İşle ilgili tükenmişlik, “kişinin işi ile ilgili olarak algıladığı, uzun süren fiziksel ve psikolojik tükenmişliğin bir ifadesi” olarak kabul edilir. Müşteri ile ilgili tükenmişlik ise kişinin işle ilgili müşterilerden kaynaklanan psikolojik ve fiziksel bitkinlik derecesi olarak tanımlanmaktadır (104).

2.3.1. Tükenmişlik Kuramları

Tükenmişlik ile ilgili çeşitli model ve yaklaşımlar mevcuttur. Burada literatürde sağlık çalışanlarında sık kullanılan Maslach'ınve Edelvich Tükenmişlik Modelleri üzerinde durulacaktır.

Tablo 5: Tükenmişlik Kuramları

Maslach'ın Tükenmişlik Modeli

Edelvich Tükenmişlik Modeli

Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli

Meier'in Tükenmişlik Yaklaşımı

Suran ve Sheridan'ın Tükenmişlik Modeli

Pines Tükenmişlik Modeli

Gaines ve Jermier Tükenmişlik Modeli

Maslach'ın Tükenmişlik Modeli

Maslach'a göre tükenmişlik; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi şeklinde üç boyutlu bir sendromdur. Duygusal tükenme yaşayan kişi insanlara yardım ederken, kendisinden istenen psikolojik ve duygusal taleplerin aşırılığı yüzünden enerji eksikliği ve duygusal kaynakların bittiği duygusuna kapılır. Bu duygusal yoğunluktaki kişi hizmet verdiği kişilere daha önceki kadar özverili ve sorumlu davranmadığını, yetersiz olduğunu düşünerek gerginlik ve engellenmişlik duyguları yaşar (15).

Duygusal tükenmeyi yaşayan kişi diğer insanların sorunlarını çözmeye kendini güçsüz ve yetersiz hisseder. Taşıdığı duygusal yükü hafifletmek için sürekli kaçış yolunu kullanır. İnsanlarla ilişkilerini işini yapmaya yetecek olan en alt düzeye indirir. Bunlar duyarsızlaşmanın ilk belirtileridir. Kişi bu aşamada diğer insanlarla anlamlı ilişkiler kurmaktan kaçınır. Ama hem işi gereği insanlarla yoğun ilişkide olup hem de mesafe koymak kolay değildir. Dolayısıyla birey başkalarının hislerine, duygularına soğuk ve kayıtsız kalır (105).

Tükenmişliğin ikinci aşamasında başkaları hakkında olumsuz düşünce tarzı geliştiren birey, bir sonraki aşamada bu defa kendisi hakkında negatif düşünmeye başlar ve taşıdığı bu düşünce ve onun sonucundaki yanlış davranışlar nedeniyle kendini suçlu hissetmeye başlar (105).

Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi boyutlarının kendi aralarındaki ilişkilere bakıldığında tükenmişlik sendromunun bu üç boyutun birbirinden farklı ama birbirleriyle ilişkili olduğu ve birbirinin devamı niteliğinde olduğu görülmektedir (106).

Edelwich Tükenmişlik Modeli

Edelwich ve Brodsky bireyleri tükenmişliğe götüren evreleri dört maddede ifade etmektedir.(107). Buna göre;

1. İdealist Coşku ve Hayal Kırıklığı Evresi: Bu dönemde meslekteki beklentiler çok yüksek seviyededir. Bunların çoğunluğu gerçekçi değildir. Kişi zor şartları benimser ve uyum sağlamak için çabalar. Umut ve beklenti çok yüksek, enerjisi çoktur (108).

2. Durağanlaşma Evresi:İş ortamından kaynaklanan sorunlar ve kişinin eleştiri ile çok sık karşılaşması ve bu durum ile baş edememesinin sonucunda motivasyonu azalarak, kişi durgunlaşmaya başlar(108).

3. Engellenme Evresi:İnsanların yardım ve hizmeti için çalışan kişi sistemi ve olumsuz çalışma koşullarını değiştirmenin zor olduğu anlar. Yoğun bir engellenmişlik duygusu tabloya egemendir. Kişi bu hissi yoğun biçimde yaşar. Sonuçta kişide kendini çekme veya kaçınma davranışları görülür (109).

4. Umursamazlık (Apati) Evresi:İlgisizliğin en yoğun yaşandığı dönemdir. Bu evrede duygusal kopma, derin inançsızlık ve umutsuzluk gözlenmektedir. Kişi mesleğini ekonomik ve sosyal güvence için sürdürmektedir. İş, doyum alma ve kendini gerçekleştirme alanı olmaktan uzaktır. İşe geç gelme, duyarsız davranma, her zaman yaptığının dışında bir şey yapmama ve sürekli işinden yakınma vardır (108).

2.3.2. Tükenmişlik Kavramının Alt Boyutları

Tükenmişlik hakkında Maslach tarafından yapılan sınıflama geniş bir şekilde kabul görmüş ve çalışmaların %90'ından fazlasında kullanılmıştır (110). Maslach ve Jackson tükenmeyi; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma olarak üç boyutta ele almıştır (15).

- **Duygusal tükenme** ruhsal ve fiziksel tükenmeyi ifade etmektedir. Halsizlik, yorgunluk, güçsüzlük duygularıyla beraber kişinin özgüveni ve mesleğe karşı ilgi azalmış ya da kaybolmuştur. Kişi kendisini kullanılmış ve iyileşemeyecekmiş gibi hissetmektedir. Bu durumda birey aşırı yüklenilmişlik ve tüketilmiş duygularını yaşamaktadır.
- **Duyarsızlaşma** ise kişinin işle ilgili konulara uzak bir tutumda kalmasıdır. Kişi hizmet verdiği kişilere karşı, onların birer birey ve kendilerine özgü birer varlık olduklarını göz ardı ederek, duygudan yoksun bir şekilde tutum ve davranışlar gösterir. Duyarsızlaşma(depersionalizasyon) çalışanların hizmet verdikleri kişilere birer nesne gibi davranması, küçültücü sözler sarf etmesi, umursamaz alaycı bir tutum sergilemeleridir. Bu dönemde sıradanlaşmış bir iç sıkıntısı ve bıkkınlık duygusu vardır.

- **Kişisel başarı** ise olası durumlar karşısında üretkenlik, yeterlilik ve başarıyla üstesinden gelme duygularını belirtmektedir (15).

Tükenmişlik (Burnout) sendromu açısından günümüzde özellikle sağlık çalışanları en riskli meslek gruplarından birisidir. Sağlık alanında çalışanlarda, yoğun iş yükü, stres, duygusal destek verme zorunluluğu, ağır ve ölümcül hastalara bakımverme, uyku düzeninin bozulması, tutulan nöbet sayısının fazla olması sağlık personelinin üzerindeki majorstresörler olarak gösterilmektedir (16, 17). Buna ek olarak mesleki ilişkilerdeki problemler, tanı ve tedavisi zor hastalarla uğraşma, yetersiz hastane kaynakları, hasta yakınları ile uğraşma, ekonomik kaygılar ve bu sorunlarla başa çıkmaya çalışırken kendisine ve özel yaşamına yeterince zaman ayıramama işle ilgili stres ve gerginliğe yol açmaktadır (18).

2.3.3. Tükenmişliği Hazırlayan Etkenler

Tükenmişliği hazırlayan etkenler, bireysel ve çevresel etkenler şeklinde incelenebilir (111). **Bireysel Etkenler** bireysel olarak; genç yaşta olma, kadın olma, bekar olma, çocuk sahibi olmayanların, mesleğe yeni başlayanların, mesleki deneyimin az olması, kişilik yapısı, empati becerisi, yüksek beklentiler, işten ve yakın kişilerden aşırı talep, daha fazla tükenmişlik yaşanmasına neden olarak bulunmuştur (112, 113, 114). Bireysel nedenler arasında nevrotik özelliklere sahip olma, anksiyeteli olma, gerçek dışı hedeflerin olması, öz saygının bozulması, aşırı duyarlılık, bireyin kendi işi hakkında hissettikleri, kariyer memnuniyetsizliği, fazla alkol kullanımı, egzersiz yapmama, tatil yapamama, sosyal aktivite azlığı, ailesinin ve sosyal çevresinin beklentilerinin fazla olması, ailesine ve çevresine zaman ayıramama, yaptığı işi kontrol etme ya da etkileme duygusundan yoksun olma gibi nedenler yer almaktadır (115), **Çevresel Etkenler**; tükenmişliğe neden olan çevresel faktörler şunlardır; aşırı iş yükü ve dinlenme zamanlarının az olması, hizmet verilen bireylerin ihtiyaçlarının mali, bürokratik ve idari nedenlerden dolayı karşılanamaması, yöneticilerin ve denetimin yetersizliği, geri bildirim verilmemesi, gerçekçi olmayan beklentileri, profesyonel olmayan bir yönetim anlayışı, yetersiz uzman eğitimi ve yönlendirme, sorumluluk ve yetki arasındaki dengesizlik, çalışanlar arasında

destek ve sosyal ilişkilerin olmaması, aşırı zor ve ihtiyaçları çok fazla olan bireylerin iş ortamında sürekli bulunması, yazma ile ilgili işlerin ve bürokratik işlerin zaman alması, vardiya şeklinde çalışma ve uykusuzluk, çalışma ortamında arkadaşça olmayan rekabete dayalı ilişkiler, eşitsizlik, paylaşımın olmaması, yetersiz malzeme ve kaynaklar, personel sayısının az olması, uzun çalışma saatleri, sosyal olanakların ve ücretlerin az olması, hizmet verilen bireylerin ve yakınlarının olumsuz davranışları, iş ortamında bulunan araç gereçlerden gelen sesler, özel tatil günlerinde aile bireyleri ile birlikte olamama, -mola vermeye uygun bir ortam olmaması, iş riskinin fazla olması ve sağlığı etkilemesi, çalışanların güvenliğinin sağlanmaması, çalışanların karar verme-insiyatif kullanma yetkilerinin olmaması, hizmet içi eğitimlerin olmaması, kariyer gelişimi için yeterli fırsatların tanınmaması ve takdirlerin az olması(115).

2.3.4 Tükenmişliğin Belirti ve Sonuçları

Tükenmişlik bireysel, örgütsel ve sosyal etkilerle sonuçlanmaktadır (116).

2.3.4.1 Tükenmişliğin Bireysel Belirtileri

Fiziksel Belirtiler; yorgunluk ve bitkinlik, kolay geçmeyen soğuk algınlığı ve gripler, güçsüzlük, baş ağrısı, bulantı-kusma, kas krampları, uyku bozuklukları, enerji ve kilo kaybı, bel ağrısı, solunum güçlüğü, uyuşukluk, deri şikayetleri, genel ağrı ve sızılar, yüksek kolesterol ve kronik kalp rahatsızlığıdır (117, 118).**Duygusal Belirtiler;** kronik sinir hali, çabuk öfkelenme, hayal kırıklığı ve suçluluk duygularını sık yaşama, anksiyete, kızgınlık ve sabırsızlıktır (119, 120).**Davranışsal Belirtiler;** bireylerin işte ve iş dışındaki davranışlarında bozulma, asosyalleşme, unutkanlık, ilaç ve alkoltüketimlerinde artma, rol çatışması ve başarısızlık hissini sık yaşama, arkadaşlarla iş konusunda tartışmaktan kaçınma, alaycı ve suçlayıcı olma gibi belirtilerdir (109, 121).

2.3.4.2 Tükenmişliğin Örgütsel Belirtileri

Tükenmişlik yaşayan bireyde sık hata yapma, işe gelmeme, işe geç gelme ve erken ayrılma, işi bırakma, sık rapor alma, işte yeniliklere, yapıcı eleştirilere açık olmama, üretkenliğin ve yaratıcı girişimlerin kısırlığı ve iş kazalarında artma şeklinde sıralanabilir (106, 116,108, 109; 122, 123).

2.3.4.3.Tükenmişliğin Sosyal Etki ve Sonuçları

Tükenmişlik işten ayrılmaya, gelişmekte olan ülkeler gibi iş sıkıntısı olan ülkelerde, iş bulamama endişesiyle işini bırakamayanlarda ciddi hastalıklara sebep olmaktadır. Kişinin özel yaşamında, sorun yaşamasına, madde kullanımına hatta ölümle kadar varan ciddi sonuçlar doğurmaktadır(124).

Çalışılan yerdeki hasta yoğunluğuna göre hemşire sayısının, araç gereç yetersizliğinin, temizlik ve düzenin de tükenmişlikten önemli olduğunu göz ardı etmemek gerekir. Gelir durumu, oturulan konutun niteliği, kurumun sunduğu beslenme, dinlenme tesisi ve hemşire odası hemşirenin tükenmişliğini arttırıp azaltabilen etkenlerdir. Ev işleri ve çocuk bakımında yardım ve destek alan hemşirelerin duyarsızlaşma düzeyi azalır. Eş aile ve yöneticilerle olan etkileşimin bozuk olması hemşirelerin sağlığını bozmaktadır (125).

Tükenmişlik yaşayan bireyin hizmet götürdüğü kişiler, iş arkadaşları, amirleri, yakın çevresi ve ailesi bu durumdan etkilenir. Kendini tükenmiş hisseden bireyin düşük iş performansı, hizmet kalitesinde düşme, işgücü kaybı, işten ayrılma ve mesleği bırakma gibi durumlarda kurum ve dolayısıyla ülke ekonomisine etkileri söz konusudur. Tüm bu yönleriyle tükenmişlik sosyal bir sorun olarak kabul edilmektedir (79, 112 ,126).

2.3.5 Hemşirelikte Tükenmişlik

Ülkemizde yapılan araştırmalarda (127, 128, 129) hemşirelerin iş doyum düzeylerinin düşük olmasının duygusal tükenmişliğe yol açtığı belirtilmektedir.

Tükenmişliği etkileyen değişkenlerden genç yaşta olma ve iş konusunda yeterli deneyime sahip olmama, mesleği istemeyerek seçme ya da meslekten memnun olmama durumu tükenmişliği artırmakta, bu da iş doyumunu etkilemektedir (130, 131, 132).

Ergin (139) 297 hemşire ve 225 doktordan oluşan bir örneklem grubuyla yürüttüğü çalışmada; cinsiyet, çalışma süresi ve medeni durumun tükenmişlikle ilgili önemli bir değişken olduğunu, kadınların duygusal tükenmeyi ve kişisel başarıda düşmeyi erkeklerden daha fazla yaşadıklarını bildirmektedir. Çam (1992) araştırmasında 276 hemşireye yönelik çalışmasında tükenmenin bireysel değişkenlerden çok çalışma şekli, meslekten ve ortamdaki memnuniyet, meslekten beklentiler gibi ortamlarla ilgili değişkenlerle ilişkili olduğunu belirlemiştir (133).

Evde bakım alanında yapılan literatür taraması sonucunda bu alandaki hemşirelerde de iş doyumunun düşük olduğu ve tükenmişlik sendromu gelişme riskinin yüksek olduğu bildirilmektedir (7, 22). Evde bakım hemşirelerinin tükenişinin üzerinde iş doyumsuzluğunun negatif etkisi olduğu görülmüştür (8,9). Ellenbecker ve arkadaşlarının çalışmasında (7) otonomi eksikliği evde bakımı hemşireliğini bırakmak için bir neden olarak belirtilmiştir. Bu durum ev bakım hemşirelerinin otonomiyi işe devam etmek için önemli bir sebep olarak görmektedirler. Hemşire-doktor ilişkisi hemşire otonomisi için kısıtlayıcı bir faktör olsa bile doktorla zayıf iletişim yaşayan hemşirenin evde bakımda devam etme ya da bırakma sebepleri arasında son sıralarda yer almaktadır. İlginç bir şekilde hastanede çalışan hemşireler, doktor-hemşire iş birliğinin organizasyonel güven ile bağlantılı şekilde önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Doktor hemşirenin hasta ile ilgili yargılarına güvenmelidir çünkü doktor hastayı hastanede taburcu olduktan sonra birkaç hafta görmez. Ancak hastane hemşiresi doktorla daha yakın çalışmakta ve hasta ile ilgili diğer profesyonel bakım elemanlarından ayrı bir değerlendirme yapabilecek pozisyonda bulunmamaktadır (7, 97,134, 135). Hastanede ve evde bakım hizmetlerinde çalışan hemşirelerin iş doyumunu karşılaştıran Tablo 6'da görüldüğü gibi birçok ortak faktör bulunmaktadır.

Tablo 6:Hastanede ve Evde Bakım Alanında Çalışan Hemşirelerin İş Doyumunun Karşılaştırılması

KARŞILAŞTIRILAN ALANLAR	Hastanede iş doyumunu /doyumsuzluğu	Evde Bakım Alanında iş doyumunu /doyumsuzluğu
Tükenmişlik/iş stresi	Yetersiz personel çalışması	Fazla mesai ve kırtasiye ve kağıt işleri
Organizasyon	Güven eksikliği, iletişim zayıflığı	Zayıf ilişkiler / iletişim
Gelişme için fırsatlar	Profesyonel gelişim fırsatlarının eksikliği	Profesyonel gelişim fırsatlarının eksikliği
Otonomi	Çalışmanın ve çalışma ortamının kontrol edilmesinde eksiklik	Bağımsızlık ve esnekliğe ilişkin problemler, çalışma kararı üzerindeki kontrol doyum verici ancak uygulamalar üzerindeki kontrol doyum verici değil
Ücret ve özlük hakkı	İş doyumunda önemli yere sahip	İş doyumunda önemli yere sahip
Doktor-hemşire iş birliği	Doyum verici değil	Zayıf doyum veriyor
İş ilişkileri	İş doyumunda önemli	Çalışma arkadaşı desteği, hemşire meslektaşların profesyonelliği, ekip iletişimi, iş doyumunu için önemli
Hasta bakımı	Yetersiz personel çalışmasına bağlı olarak nitelik ile ilgili endişeler	Hasta ve bakımverenle hoşnut ilişkiler kurma, fark yaratabilme fırsatı
Diğer		Sürekli değişim, yıpranma

(7)

Çoban'ın 2013 yılında yapmış olduğu araştırmaya göre hemşirelerin %63'ünün hizmet karşılığı hak ettiği ücreti alamamaya bağlı, %61.1'inin evlere ulaşımında, %57.4'ünün hizmet içi eğitimlerin yetersizliğine, %64.8'inin ilk kez gittiği evlerde neyle karşılaşacağını bilmemekten dolayı, %66.7'sinin ev ortamının bakım için uygun ortam haline dönüşmesinde güçlükle karşılaştıkları belirlenmiştir. Bu çalışma sonuçlarına göre, evde bakım hemşirelerinin çalışma alanında en çok (%72.2) fiziksel ortamdaki kaynaklanan güçlüklerden "tanımadığı insanların evinde olmaktan dolayı güvenliğiyle ilgili" güçlükle karşılaştıkları saptanmıştır (25).Yapılan

literatüraraştırmasında ülkemizde evde bakım hemşirelerinin tükenmişlik ve iş doyumuna ilişkin çalışmaların kısıtlı olduğu belirlenmiştir (26). Bu çalışma İzmir’de çalışan evde bakım hemşirelerinin iş doyumunu ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu doğrultuda araştırma soruları şöyledir;

1. Evde bakım hemşirelerinin sosyodemografik ve çalışma özellikleri nelerdir?
2. Evde bakım hemşirelerinin evde bakım hizmeti sunumunda yaşadıkları güçlükler nelerdir?
3. Evde bakım hemşirelerinin iş doyumunu düzeyi nedir?
4. Evde bakım hemşirelerinin tükenmişlik düzeyi nedir?
5. Evde bakım hemşirelerinin iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyiyle ilişkili faktörler nelerdir?

3. GEREÇ YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu çalışma İzmir ili sınırları içinde faaliyet gösteren kamu, belediye ve özel kuruluşların evde bakım merkezi/birimlerinde evde bakım hemşiresiolarak çalışan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin incelenmesiamacıyla gerçekleştirilmiş tanımlayıcı ve ilişkiseltipte bir araştırmadır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

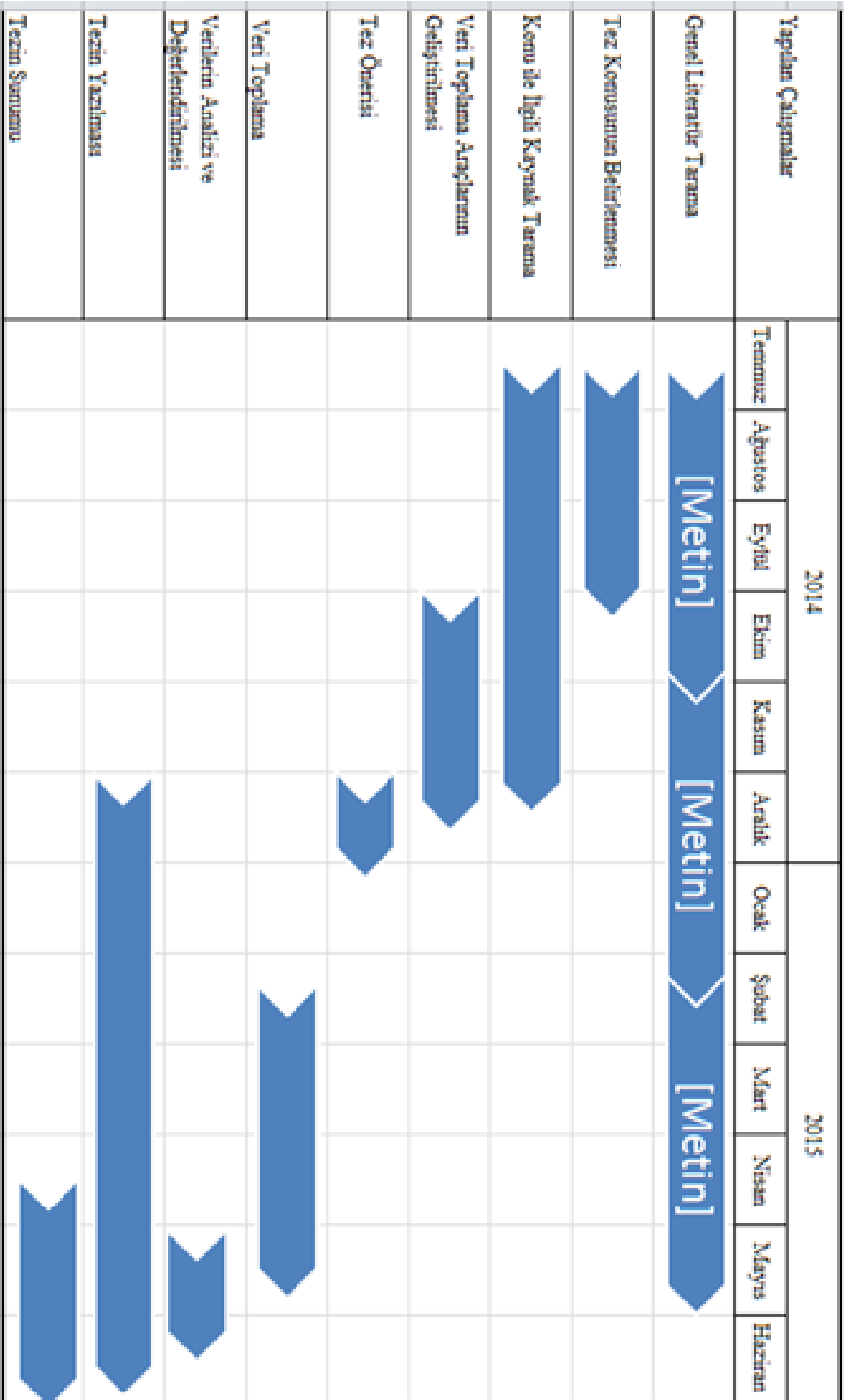
Araştırma 01 Şubat- 5 Mayıs 2015 tarihleri arasında İzmir il merkezi ile bağlı ilçelerinde evde bakım merkezi/birimlerinde gerçekleştirilmiştir(Şekil 2).

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İzmir Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey ve Güney Genel Sekreterliği'ne bağlı evde sağlık hizmetleri birimi olan hastanelerin ve Ağız Diş Sağlığı Merkezlerinin (ADSM) evde bakım birimlerinde, İzmir Büyükşehir, Bayraklı, Bornova, Gazimirve Karabağlar Belediyelerine evde bakım birimleri ile İzmir genelinde bulunan resmi kayıtlı ve ulaşılabilen özel kurumlarda evde bakım hizmeti sunumunda çalışan hemşire, sağlık memuru ve ebeler oluşturmuştur (N:71). Tablo 7'de görüldüğü gibi hemşireler büyük oranda (31 kişi) kamuya ait evde bakım merkezi/biriminde çalışmakta olup, belediyeye bağlı birimlerde ve özel kurumlarda çalışanların sayısı benzerdir.

Şekil: 2

Tez Yazımı Akış Şeması



Tablo 7: Evde bakım hizmeti sunan sağlık çalışanlarının kurumlara göre dağılımı

Kurum Adı	Hemşire		Sağlık Memuru		Ebe	
	P**	U***	P	U	P	U
İKHB*Kuzey Genel Sekreterliği	17	10	3	3	1	4
İKHB* Güney Genel Sekreterliği	14	8	3	5	-	3
Belediyeler	17	17	1	1	-	8
Özel Kurumlar	15	11	-	-	-	1
Ara Toplam	63	46	7	9	1	16
GENEL TOPLAM				71		

*İKHB : İzmir Kamu Hastaneleri Birliği

**P: Planlanan

*** U: Ulaşılan

3.3.1 Kurumların Tanıtımı

İzmir Kamu Hastaneleri Birliği Hastaneleri ve Ağız Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM) Evde Sağlık Hizmetleri Birimi:Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik (2005) doğrultusunda bakanlığa bağlı olarak faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastaneleri ile genel veya dal hastaneleri ve ADSM bünyesinde kurulan evde sağlık hizmeti birimleri ile toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri vasıtası ile sunulmaktadır. Bu birimlerde hizmetin yönetimi, birimler arasındaki iletişim ve koordinasyon müdürlük bünyesinde oluşturulan koordinasyon merkezi tarafından sağlanmaktadır.Genelde birimlerde aile hekimi tarafından sevk edilen hastaları aciliyet durumlarına göre sınıflandırarak randevu sistemi ile hizmet verilmektedir.Ekip aile hekimliği sistemi içerisinde sevki yapılan yatağa bağımlı ve özürlü hastaların evlerine giderek hastaların naklinin sağlanması ve yerinde bakımının yapılması ve gerektiğinde tetkiklerinin alınmasından sorumludur.Gezi ekip aile hekimliği sistemi içerisinde sevki yapılan yatağa bağımlı ve özürlü hastaların evlerine gitmek suretiyle hastaların naklinin sağlanması ve

yerinde bakımının yapılması ve gerektiğinde tetkiklerinin alınmasından sorumludur. Ziyaretlerde hemşireler hasta ve yakınlarına beslenme, yara bakımı, ilaç kullanımı, enteral ürün kullanımı, peg ve diğer kateter bakımı konusunda eğitim vermektedir. Ayrıca kronik hastalıklarda yapılması gereken takipler (şeker ölçüm cihazı kullanımı v.s.) gibi pek çok konuda danışmanlık yapmaktadır. Hastanın hastaneye girdikten sonraki işlemleri koordinasyon ekibi tarafından gerçekleştirilmekte, bu koordinasyon ekibi gezici ekip tarafından hastaneye getirilen hastanın polikliniklerde muayenelerinin yaptırılması, tetkiklerinin yapılması ve gerekiyorsa sağlık kurulu raporlarının çıkartılması, yapılması planlanan girişimsel işlemlerin organizasyonu gibi işlemlerin yürütülmesinden sorumludur. Birimde çalışan hemşireler sürecin tamamını yönetmektedir. Hizmet sunumu sırasında hasta ve hasta yakınlarına yönelik danışmanlık, eğitimcilik, liderlik, bakım yönetimi, kriz yönetimi gibi rol ve fonksiyonların tamamını kullanan hemşireler birimde tutulan kayıtlar, istatistikler ve haftada bir üst yönetime ve İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne hazırlanan raporu da hazırlamaktadır. Bu rapor kapsamında hastanın kimlik bilgilerinin yanı sıra aldığı hizmetin türü, tanısı yer almaktadır.

Belediye Evde Bakım Birimleri: Belediyelerin sağlık işleri müdürlüğüne bağlı olarak hizmet vermekte olan evde bakım birimleri yaşlı, kronik hastalıkları nedeniyle yatağa tam bağımlı ve engelli hastalara tıbbi ve sosyal destek sağlamak amacıyla kurulmuştur. İzmir sınırları içerisinde yaşayan bu hastalara sosyal güvencesine bakılmaksızın hizmet verilmektedir. Belediyelere bağlı hizmet vermekte olan evde bakım birimi ekipleri doktor ve hemşireden oluşmaktadır. Bazı belediyelerde ekibe sosyal çalışmacı, psikolog, diyetisyen de dahil edilmiştir. Ayrıca hasta bakım elemanı ve şoför destek hizmet yapmaktadır. Ekip; tanısı konulmuş hastaların yaşadıkları ev ortamında ve ilgili kliniklerce verilmiş tedavilerinin takibi, hasta yakınlarının eğitimi, pansuman ve yatak yarası bakımı, reçetelendirilmiş enjeksiyon ve serum takılması, sonda değişimi, şeker ve tansiyon takibi, hasta nakil hizmetleri, kronik hastalığı ya da obez olan hastaların diyetlerinin düzenlenmesi, evde annenidoğan bakım eğitimi, psikolojik destek gibi sağlık hizmetlerinin yanı sıra kişisel bakım ve ev temizliği yaptırılması gibi sosyal hizmetlerde de bulunmaktadır. Belediyelerin evde bakım birimlerinden yararlanmak için; telefonla ilgili

belediyelere, dilekçe ile büyükşehir belediye hastanesi başhekimliğine, ya da muhtarlıklara bildirilmek suretiyle başvuruda bulunmak gerekmektedir.

Özelkurumlar: İzmir ili sınırları içinde acil sağlık hizmeti, işyeri hekimliği hizmeti, ambulans, evde bakım ve personel desteği veren ruhsatlı bir firmanın evde bakım birimi hemşireleri ile evlerinde/hastanede enteral yolla beslenme ihtiyacı olan hastalara, beslenmeleri konusunda eğitim ve danışmanlık hizmeti sunan enteral beslenme ve hasta eğitim hemşireleri bu araştırmaya katkıda bulunmuştur. Evde bakım birimi bulunan firma ekibinde hekim, paramedik, acil tıp teknisyeni ve ilkyardım eğitimi almış şoför bulunmaktadır. Enteral beslenme ve hasta eğitim hemşireleri ise diğer sağlık kurumlarında hizmet veren hekim ve hemşirelerle koordineli çalışmaktadır.

3.4 Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak Bilgi Formu, Minnesota Doyum Ölçeği (MDÖ) ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) kullanılmıştır.

I. Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından literatür (19, 21, 25, 73, 79,121, 136) doğrultusunda hazırlanan form; sosyodemografik özellikler, çalışma durumuna/koşullarına ilişkin özellikler ve işte yaşanan güçlüklerle ilişkin özellikler olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Bilgi Formu; bireylerin yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, gelir durumu, sigara tüketimi, kronik hastalık varlığı gibi sosyodemografik özelliklerini içeren 10; çalışılan kurum, çalışma süresi ve şekli, evde bakıma ilişkin eğitim alma, yazılı görev tanımı olması, işin algılanan yoğunluk derecesi, evde bakım konusunda yapılan uygulamalar, ev ziyaretlerinin denetimi ile evde bakımda sunulan hizmetler gibi çalışma durumuna/koşullarına ilişkin özellikleri içeren 17; işte yaşanan güçlüklerle ilişkin özellikleri içeren 14 soru olmak üzere toplam 41 sorudan oluşmaktadır [Ek-1]. Formu hazırlandıktan sonra üç akademisyen hemşireden görüş alınmış ve bu öneriler doğrultusunda gerekli değişiklikler yapılmıştır. Araştırma öncesinde de yapılan pilot çalışma doğrultusunda formdaki kurumların eğitsel ve bilimsel aktiviteleri destekleyip desteklemedikleri konusuna ilişkin soruda düzenleme yapılmıştır [Ek-1].

II. Minnesota Doyum Ölçeği (MDÖ): Minnesota İş Doyumu Ölçeği Weiss, Davis, England ve Lofquist(1967) tarafından geliştirilmiş, Baycan tarafından (137) Türkçeye çevrilip, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış bir ölçme aracıdır(137,138).

Ölçek İçsel doyum (İD), dışsal doyum (DD) ve genel iş doyumunu (GD) boyutlarının ölçümünü sağlar. Ölçeğin 100 soruluk uzun ve 20 soruluk kısa versiyonu olmak üzere iki versiyonu bulunmaktadır. Bu çalışmada 20 sorudan oluşan kısa versiyonu kullanılmıştır. Kısa versiyonunda;

“İçsel doyum puanı”1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16 ve 20 numaralı maddelerden elde edilen puanların 12’ye bölünmesi ile elde edilir.Tanınma veya takdir edilme, işin kendisi, işin sorumluluğu, yükselme ve terfiye bağlı görev değişikliği, bağımlılık, değişkenlik, sosyal statü, moral, güvenlik, sosyal hizmet, yetki, yetenek kullanma, yaratıcılık ve başarı hissi faktörleri yer alır.

“Dışsal doyum puanı”, 5, 6, 12, 13, 14, 17, 18, 19 numaralı maddelerden elde edilen puanların toplamının 8’e bölünmesi ile elde edilir. Bu boyutta yönetim-denetim şekli, karar verme, kurum politikası, ücret politikası, terfi, çalışma koşulları, ekip uyumu ve onore edilme faktörleri yer alır.

“Genel doyum puanı” da tüm maddeleri içermekte olup 20 maddenin tümünden elde edilen puanların toplamının 20’ye bölünmesi ile elde edilir (137) [Ek-2].

Bir’in tam doyumсуuzluk 5’inde de tam doyumunu temsil ettiği beşli Likert tipi (hiç memnun değilim; 1 puan, memnun değilim; 2 puan, kararsızım; 3 puan, memnunum; 4 puan, çok memnunum; 5 puan olarak) ölçekte olumsuz ifade bulunmamaktadır. Ölçeğin nötr doyum puanı 3’tür. Ölçekten alınan puan 3’ten küçük ise iş doyumunu düşük, 3’ten büyük ise iş doyumunu yüksek olarak değerlendirilmektedir (137).

Orijinal ölçeğin iç tutarlılık katsayılarının İD için .84-.91, DD için .77-.82, GD için ise .87-.92 arasında olduğu belirtilmiştir (138). Baycan tarafından (1985) Türkçeye çevrilip, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılan ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,77’dir (137).

III. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ): Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilmiş, Ergin (1999) ve Çam (1999) tarafından dilimize uyarlanmış, geçerlilik güvenilirlik çalışmaları yapılmış bir ölçme aracıdır. Ölçek tükenmişlik sendromunu “Duygusal Tükenme” (DT), “Duyarsızlaşma” (D) ve “Kişisel Başarı” (KB) olmak üzere üç alt boyutta değerlendirmektedir. Buna göre DT, kişinin mesleği tarafından tüketilmiş ve aşırı yüklenilmiş olmayı ifade etmektedir. Bu alt boyutta, yorgunluk, bıkkınlık, duygusal enerjinin azalması ile ilgili 9 madde yer almaktadır (1., 2., 3., 6., 8., 13., 14., 16., ve 20. Maddeler). D bireyin bakım ve hizmet verdiklerine karşı duygudan yoksun bir biçimde, bireylerin kendine özgü birer varlık olduklarını dikkate almaksızın davranmalarını tanımlayan Duyarsızlaşma (D) boyutu beş maddeden oluşmaktadır (5., 10., 11., 15., 22. Maddeler). Kişisel başarı düzeyinde azalma, insanlarla çalışan bir kimsede yeterlik ve başarıyla üstesinden gelme duygularını tanımlayan KB boyutu ise sekiz maddeden oluşmakta ve 4., 7., 9., 12., 17., 18., 19., 21. maddeleri içermektedir (15).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Değerlendirmesi: Ölçekte yapılan puanlama sonucunda toplam puan ve alt boyut puanları elde edilmektedir. MTÖ'yü oluşturan üç alt boyutun puanları her madde için 0- 4 puan arasında değerlendirilmektedir. Buna göre DT ve D alt boyutlarını oluşturan maddeler; “hiçbir zaman = 0, çok nadir = 1, bazen = 2, çoğu zaman = 3, her zaman = 4” şeklinde, KB alt boyutunu oluşturan maddeler ise ters puanlama ile “her zaman = 0, çoğu zaman = 1, bazen = 2, çok nadir = 3, hiçbir zaman = 4” şeklinde puanlanır.

Duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma boyutları olumsuz, kişisel başarı boyutu olumlu ifadelerden oluşmaktadır. Bu çalışmada kişisel başarı alt boyutunun puanlaması, analiz ve yorumda kolaylık sağlaması için ters yönde yapılmış ve ‘kişisel başarı eksikliği’ ifadesi kullanılmıştır. Buna göre, kişisel başarı alt boyutundan alınan yüksek puanlar yüksek tükenmişlik göstergesi olarak kabul edilmiştir. Tükenmişlik tek bir puan ile ifade edilmemekte, her bir katılımcının üç alt ölçekten aldıkları puanlar ayrı ayrı değerlendirilmektedir. Buna göre, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı boyutlarından alınan yüksek puanlar, tükenmişliğin yüksek olduğunu; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt ölçeklerinden alınan düşük puanlar, tükenmişliğin düşük olduğunu; her üç alt

ölçekten alınan puanların orta düzeyde olması da, tükenmişliğin orta düzeyde yaşandığını ifade etmektedir (15,133, 139, 179) [Ek-3].

Tablo 8: Tükenmişlik Alt Ölçekleri İçin Puanlama Anahtarı

	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Yüksek	3 ve üzeri	2,6 üzeri	4,8 ve üzeri
Orta	1,8-2,9 arası	1,4-1,25 arası	3,9-4,7 arası
Düşük	0-1,7 arası	0-1,3 arası	0-3,8 arası

(179)

Bu araştırmada da benzer şekilde her birey için üç ayrı puan hesaplanmıştır. DT, D ve KB alt boyutlarından yüksek puan alınması tükenmişliği ifade etmektedir.

Ergin (139) tarafından doktor ve hemşireler üzerinde yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alpha kat sayıları DT, D ve KB alt boyutları için sırasıyla 0.83, 0.65 ve 0.72 bulunmuştur. Çam (133) tarafından yapılmış olan güvenilirlik çalışmasında; DT, D, KB için sırasıyla 0.89, 0.71, 0.72 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada kullanılan MDÖ ve MTÖ için güvenilirlik analizi sonuçları tablo9 görülmektedir. Buna göre hem MDÖ hem de MTÖ için güvenilirlik katsayıları ölçeğin orijinalindeki düzeylerde dir.

Tablo9:MDÖ ve MTÖ İçin Güvenilirlik Katsayıları

ÖLÇEKLER	Soru sayısı	Alfa katsayısı
Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)	22	.72
Duyarsızlaşma (D)	5	.78
Duygusal Tükenme (DT)	9	.84
Kişisel Başarı (KB)	8	.78
Minnesota Genel Doyum (MGD)	20	.89
İçsel Doyum (İD)	12	.86
Dışsal Doyum (DD)	8	.78

3.5 Verilerin Toplanması

Veri toplama araçlarının ön uygulaması; Bilgi Formu, MDÖ ve MTÖ'deyen alan soruların net ve anlaşılır olma durumunun belirlenmesi amacıyla kurumlarda hizmet veren rastgele seçilmiş 10 sağlık çalışanı ile araştırmacının kendisi tarafından yüzyüzegörüşülerek yapılmış, bilgi formuna ilişkin düzenleme gereksinimi olduğu görülmüş ve formda ilgili değişiklikler yapılmıştır.

Veriler araştırmacı tarafından İzmir Kamu Hastaneler Birliği Kuzey ve Güney Sekreterlikleri'nde ilgili kurumun evde bakım birimi odasında, özel firmalarda ise kendi ofislerinde, Belediyelerde ise evde bakım birimi odasında görüşülerek toplanmıştır. Veri toplama araçları örneklem grubundaki bireylerle kağıt-kalem yöntemi ile uygulanmıştır. Özellikle ilçelerde çalışan evde bakım hemşirelerisahada oldukları için tamamına kurumda ulaşılamamıştır. Bu nedenle verilerin toplanması aşamasında 15evde bakım hemşiresinin verileri kendileri ile telefonda görüşülüp onay alındıktan sonra elektronik ortam aracılığıyla gönderilerek doldurmaları sağlanmıştır.

Veri toplama araçlarının uygulanması pilot çalışma sonucunda yaklaşık bilgi formu için 15, MTÖ için 10 ve MDÖ için 10 dakika, toplamda 35 dakika sürenin yeterli olduğu belirlenmiştir.

3.6 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler:

- İçsel Doyum
- Dışsal Doyum
- Genel Doyum
- Duygusal Tükenme
- Duyarsızlaşma
- Kişisel Başarı Eksikliği

Bağımsız Değişkenler:

- Sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum),
- Sağlık durumuna ilişkin özellikler (kronik hastalık varlığı, sağlığı algılama durumu, stres düzeyi)
- Çalışma koşullarına ilişkin özellikler (meslek ünvanı, çalışılan kurum, yazılı görev tanımı olması, meslektaşlarla iş birliği olması, çalışma ortamında kararlara katılma, kararların alınmasına katkıda bulunma, bağımsız karar verebilme durumu, yeterlilik algısı, mesleği severek yapma, kurumda motivasyonu arttıracak girişimlerin varlığı ve)

3.7 Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS PASW (Predictive Analytics Software Statistics) 21.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. İstatistiksel analizlerde;

- Nominal verilerin tanımlayıcı istatistiğinde sayı, yüzde, ölçümsel verilerin tanımlayıcı istatistiğinde aritmetik ortalama, standart sapma, medyan
- Kolmogorov-Smirnovdeğeri MDÖ ve DT için $p=0.200$ ($p>0.05$), D için $p=0.000$ ($p<0.05$), KB için $p=0.01$ ($p<0.05$) bulunmuş olup, MDÖ ve DT ile ilgili karşılaştırmalarda t-testi ve varyans analizi, D ve KB ile ilgili karşılaştırmalarda Mann Whitney- U ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.
- Nicel verilere ilişkin yapılan varyans analizlerinde anlamlı çıkan analizler için ileri analiz testi olarak TukeyHSD kullanılmıştır.
- İstatistiksel anlamlılık için $p<0.05$ (%95 güven aralığı) değeri kullanılmıştır.

3.8 Etik Uygulamalar

Araştırmaya başlamadan önce İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (05.02.2015 tarihli) alınmıştır [Ek-4]. Çalışmanın yapılacağı İzmir Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey ve Güney Genel Sekreterlikleri ile Belediyelerden yazılı, özel kurumlardan sözlü izinler alınmıştır. Veri toplama işleminden önce bireylere araştırmacı kimliğini tanıtmış, araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve yazılı/sözlü onamları alınmıştır. Veri toplama işlemi görüşmenin kesintiye uğramayacağı bir ortamda kağıt-kalem yöntemiyle gerçekleştirilmiştir.

3.9 Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları

Araştırmada karşılaşılan bazı sınırlılık ve güçlükler maddeler halinde aşağıda yer verilmiştir. Bunlar;

- Evde bakım hizmeti veren özel kurumların resmi bir kuruluşa bağlı olmamaları (örneğin İzmir içerisinde çalışmanın yapıldığı süreçte sadece bir firmanın evde bakım alanında çalışabilme ruhsatına sahip olması), serbest

çalışan evde bakım hemşirelerinin de hiçbir resmi kurumda kayıtlı olmamaları evrenin tamamının bilinmesine engel teşkil etmiştir.

- Girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan onay ve bazı belediyelerden izin alma sürecinin uzamış olması veri toplama aşamasının başlamasının gecikmesine neden olmuştur.
- Evde bakım alanında çalışan hemşirelerin sürekli sahada olması ya da evde bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin bazı kurumlarda birden fazla alanda çalışması, nöbet tutması, birimlerde çalışan sayısının azlığı veri toplama sürecinde hemşireler ile yüz yüze görüşülememesi veri toplama sürecini uzatmıştır.
- Özellikle belediyelere bağlı evde bakım birimlerinden bazılarının merkezden uzak ve toplu ulaşım ile gidilemeyecek konumlarda olması da araştırmanın bir diğer sınırlılığıdır.
- Belediyelere bağlı evde bakım birimlerinden bazılarında çalışan hemşirelerin sözleşmeli olmaları ve işlerini kaybetme endişeleri anketlerin doldurulmasına ikna sürecini uzatmıştır.

4.BULGULAR

Evde bakım hizmetlerinde hemşirelik hizmeti veren hemşire, ebe ve sağlık memurlarının işdoyumunu ve tükenmişlik düzeylerinin incelendiği bu araştırmada bulgular beş başlık halinde sunulmuştur. Bu başlıklar;

4.1 Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular

4.2 Hemşirelerin sağlık durumuna ilişkin bulgular

4.3 Hemşirelerin çalışma koşullarına ilişkin bulgular

4.4 Hemşirelerin iş doyumunu ve tükenmişlik ölçek puanlarına ilişkin bulgular

4.5 Hemşirelerin bazı değişkenlere göre iş doyumunu ve tükenmişlik ölçek puanlarına ilişkin bulgulardır.

4.1 Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özelliklere ilişkin bulgular tablo 10'da görülmektedir. Buna göre %39.2'sinin 30-39 ve %27.5'inin 40-49 yaş grubunda olduğu, sadece %8.7'sinin 50 yaş ve üzerinde olduğu görülmüştür. Hemşirelerin %85.9'unun kadın, %14.1'inin erkek, %74.6'sının evli ve %25.4'ü bekâr/dul olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumlarına göre %56.4'ü lisans, %23.9'u ön lisans, %19.7'si de lise mezundur. Hemşirelerin %50.7'si gelirinin giderine eşit, %43.7'si ise gelirinin giderinden az olduğunu ifade etmiş olup evli olanların %81.1'inin eşlerinin çalıştığı belirlenmiştir. Hemşirelerin çoğunluğunun (%34.3) bir çocuğu olduğu görülmüştür.

Tablo 10:Hemşirelerin Sosyo-Demografik (Tanıtıcı) Özelliklerinin Dağılımı (N:71)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Yaş (n: 69)		
20-29	17	24.6
30-39	27	39.2
40-49	19	27.5
50 ve üzeri	6	8.7
Cinsiyet		
Kadın	61	85.9
Erkek	10	14.1
Eğitim		
Lise	14	19.7
Ön lisans	17	23.9
Lisans	40	56.4
Medeni Durum		
Evli	53	74.6
Bekar-dul	18	25.4
Eşin İş Durumu (n: 53)		
Çalışıyor	43	81.1
Çalışmıyor	7	13.2
Emekli	3	5.7
Çocuk Sayısı (n: 67)		
Yok	17	25.4
Bir	23	34.3
İki	22	32.8
Üç ve üzeri	5	7.5
Gelir Durumu Algısı		
Gelir gidere eşit	36	50.7
Gelir giderden az	31	43.7
Gelir giderden fazla	4	5.6
Toplam	71	100

4.2 Hemşirelerin Sağlık Durumuna İlişkin Bulgular

Tablo 11’de görüldüğü üzere hemşirelerin %46.5’i hiç sigara kullanmadığını,%32.4’ü halen sigara içtiğini belirtmiştir. Hemşirelerin%64.8’inin kronik bir hastalığı olup, bu bireylerin en sık hipertansiyon (%32. n:8), kalp damar hastalıkları (%20. n:5) , endokrin hastalıklar (%20. n: 5) , kas iskelet sistemi hastalıkları (%16. n: 4) ve solunum sistemi hastalıkları (%12.n:3) olduğu belirlenmiştir.Bununla beraber hemşirelerin %42.3’nün sağlığını orta düzeyde,%43.6’sının iyi olarak algıladığı belirlenmiştir.

Tablo 11:Hemşirelerin Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerin Dağılımı (N:71)

Özellikler	n	%
Sigara İçme		
Hiç içmeyen	33	46.5
Şimdi halen içen	23	32.4
Eskiden içen/ bırakmış	15	21.1
Kronik Hastalık		
Yok	46	64.8
Var	25	35.2
Var Olan Kronik Hastalıklar (n:25)*		
Hipertansiyon	8	32.0
Kalp damar hastalıkları	5	20.0
Endokrin hastalıklar	5	20.0
Kas iskelet sistemi hastalıkları	4	16.0
Solunum sistemi hastalıkları	3	12.0
Diğer	5	20.0
Sağlığı Algılama Durumu		
Kötü /Çok kötü	10	14.1
Orta	30	42.3
İyi / Çok iyi	27	43.6
Toplam	71	100

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hemşirelerin %53.5'ini B tipi, %45.1'i A tipi, %1.4'ü ise A+B tipi kişilik tipinde olduğunu ifade etmiştir. Bununla birlikte iş ortamındaki stres düzeyini algılama durumları sorulmuş, kişilerin ifadeleri sonucu algılanan stres düzeyi medyanının 7 (min-max:0-10) olduğu belirlenmiştir (Tablo12).

Tablo12:Hemşirelerin Kişilik Tipleri ve Algıladıkları Stres Düzeyine İlişkin Bulguların Dağılımı (N:71)

Kişilik tipi	n	%
A tipi	32	45.1
B tipi	38	53.5
AB	1	1.4
İş Ortamında Algılanan Stres Düzeyi Median (Min-Max)	7.0	0-10

4.3 Hemşirelerin Çalışma Koşullarına İlişkin Bulgular

Tablo13'de görüldüğü gibi evde bakım hemşiresi olarak çalışan meslek gruplarının hemşire (%64.8), ebe (%22.5) ve sağlık memuru (%12.7) olduğu belirlenmiştir. Çalıştıkları kuruma göre incelendiğinde Hemşirelerin %46.5'inin kamu, %36.6'sının belediye ve %16.9'unun özel sektörde çalıştığı görülmüştür. Meslekte geçirdikleri hizmet yılları ortalama 16.2 ± 9.9 yıl olup evde bakım alanında çalışma süreleri ise ortalama 31.8 ± 24.3 aydır. Çalışma şekli olarak %84.5'i sürekli gündüz, %9.9'u sürekli gündüz ve ek başka klinikte, %5.6'sı sürekli gündüz ve başka klinikte nöbet şeklinde çalışmaktadır. Haftalık çalışma süresi ortalama 41.1 ± 7.9 saattir. Aylık ev ziyareti sayısı ortalama 93.4 ± 82.1 'dir (Tablo13).

Tablo13: Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı
(N:71)

Çalışma Özellikleri	n	%
Meslek		
Hemşire	46	64.8
Ebe	16	22.5
Sağlık Memuru	9	12.7
Çalışılan Kurum		
Kamu	33	46.5
Belediye	26	36.6
Özel	12	16.9
Çalışma Şekli		
Sürekli gündüz	60	84.5
Sürekli gündüz +başka klinikte nöbet	4	5.6
Sürekli gündüz +başka klinik	7	9.9
Toplam	71	100

Tablo14’de hemşirelerin evde bakım hizmeti sunumuna ilişkin özelliklere ait bulgular yer almaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin%62’si kurum tarafından görev tanımlarının yazılı olarak belirlendiğini ifade etmişlerdir. Hemşirelerin%60.6’sı yaptıkları işi yoğun, %28.2’si çok yoğun olarak algılamakta. %11.3’ü ise yoğun algılamamaktadır. Hemşirelerin %71.8’i yapılan ev ziyaretlerinde hemşirelik girişimlerini kendilerinin planladığını, %70.4’ü bağımsız karar verebildiklerini,%76.1 ise bu ziyaretlerin denetlendiğini ifade etmiştir. Bakımı denetleyenlerin çoğunlukla (%24.1) kurum sorumlusu /hastane yöneticisi ve müdür (%22.2) olduğu belirlenmiştir. Kimin denetlediğini belirtmeyen oranı ise %25.9’dur. Hemşirelerin %40.8’i meslektaşlar arasında her konuda, %38.1’i ise sadece profesyonel konularda iş birliği var olduğunu düşündüğünü belirtmiştir.

Tablo14:HemşirelerinEvde Bakım Hizmeti Sunumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Çalışma Koşulları	n	%
Yazılı Görev Tanımı Varlığı		
Yazılı görev tanımı var	44	62.0
Yazılı görev tanımı yok	27	38.0
İşin Yoğun Olarak Algılanma Durumu		
Yoğun	43	60.6
Çok yoğun	20	28.2
Yoğun değil	8	11.2
Ziyaretlerde Hemşirelik Girişimlerini Planlayan Kişi		
Hemşire	51	71.8
Hemşire+doktor	9	12.7
Doktor	7	9.9
Diğer (Müdür, tüm ekip)	4	5.6
Hemşirelerin Bağımsız Karar Verebilme Durumu		
Bağımsız karar veriyor	50	70.4
Bağımsız karar vermiyor	12	16.9
Kararsızım	9	12.7
Hemşirelik Bakımının/Hizmetin Denetlenme Durumu		
Denetleniyor	54	76.1
Denetlenmiyor	17	23.9
Bakımı Denetleyenler (n:54) *		
Kurum Sorumlusu/Hast. Yöneticileri	13	24.1
Müdür	12	22.2
Birim Sorumlusu	7	13.0
Diğer (Başhekim Yard., İl Sağlık Md.,Halk Sağlığı)	8	14.8
Denetleyeni belirtmeyen	14	25.9
Meslektaşlarla İş Birliği		
Her konuda iş birliği var	29	40.8
Sadece profesyonel konularda iş birliği var	27	38.1
Hayır iş birliği yok	15	21.1
Toplam	71	100

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 15’de işdoymu ve tükenmişlik ile ilişkili olabilecek bazı sorulara verilmiş yanıtla ilişkili bulguların dağılımı yer almaktadır. Buna göre hemşirelerin%19.7’siyaptığı işte yükselme olanağı olduğunu düşünürken %80.3’ü yaptığı işte yükselme olanağı olduğunu düşünmemektedir. Hemşirelerin%40.8’i işinden ayrılmayı hiç düşünmediğini, %59.2’si ise düşündüğünü belirtmiştir. İşten ayrılmayı düşünme nedenlerine bakıldığında önemsenmemek (%9.5) , ast-üst ilişkisi (%7.1) ve sistemin işlememesi (%7.1) olduğunu ifade etmişlerdir. Hemşirelerin%50.7’si işinin bazen rutinleştiğini, %22.5’i rutinleştiğini. yaratıcılıklarını kullanamadıklarını ifade etmektedirler. Rutinleştiğini düşünmeyenlerin oranı ise %26.8’dir. Hemşirelerinçoğunluğu yapılan işlerin takdir edilmesi (%18.3), kişisel problemlerinde yardımcı olunması (% 12.7), olan bitenlere dahil edilme hissi (% 11.3) gibi iş ortamında motivasyonu artırıcı girişimler olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan hemşirelerin%53.5’i karar verme sürecine katıldığını, %40.8’i ise bazen katıldığını ifade etmektedir. Hemşirelerin%50.7’si bakıma ilişkin kararlara katkıda bulunduğunu,%42.3’ü ise ara sıra katkıda bulunduğunu,%7’si ise hiç katkıda bulunmadığını belirtmiştir. Hemşirelerin%57.7’si evde bakım hizmeti sunarken kendini yeterli,%29.6’sı oldukça yeterli %2.7’si kısmen yeterli bulunduğunu ifade etmiş olup yetersiz ve oldukça yetersiz bulan hemşire bulunmadığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin%73.3’ü yaptığı işi sevdiğin, %23.9’u kısmen/biraz sevdiğini ancak %2.8’i ise işini hiç sevmediğini ifade etmiştir. Hemşirelerin%47.9’u aldığı ücreti tatminkar bulmamakta, %33.8’i kısmen %18.3’ü ise tatminkar bulunduğunu ifade etmektedir (Tablo 15).

Tablo15:Hemşirelerin İş Doyumu ve Tükenmişlikle İlgili Etkenlere İlişkin Bulgularının Dağılımı

Özellikler	n	%
İşte yükselme olanağı		
Yok	57	80.3
Var	14	19.7
İşten Ayrılmayı Düşünme		
Hayır	29	40.8
Evet / Bazen	42	59.2
İşten Ayrılmayı Düşünme Nedenleri *		
Doktorun söylemi daha önemli (önemsenmemek)	4	9.5
Ast-üst ilişkisi, kişiler arası ilişkiler	3	4.22
Sistemin işlememesi	3	4.22
Ekip üyelerinin yetersizliği	2	2.81
Diğer (yorucu olması, taşeronluk, maddi koşullar, ailevi nedenler)	6	14.3
İşinin Rutinleştiğini Düşünme		
Hayır	19	26.8
Bazen	36	50.7
Evet	16	22.5
İş ortamında motivasyona yönelik durumların varlığı*		
Yapılan işlerin hakkıyla takdir edilmesi	13	18.3
Şahsi problemlerinde kişilere yardımcı olunması	9	12.7
Olan bitenlere dahil edilme hissi	8	11.3
Performans uygulamasının yeterli olması	6	8.4
Terfi ve ilerleme olanaklarının olması	3	4.2
Çalışma şartlarının iyileştirilmesi	3	4.2
Karar Verme Sürecine Katılma		
Katılan	38	53.5
Ara sıra katılan	29	40.8

Katılmayan	4	5.7
Özellikler	n	%
Bakıma İlişkin Kararlara Katkıda Bulunma		
Katkıda bulunan	36	50.7
Ara sıra katkıda bulunan	30	42.3
Katkıda bulunmayan	5	7.0
Evde Bakım Hizmeti Sunumunda Kendini Yeterli Hissetme		
Yeterli	41	57.7
Oldukça yeterli	21	29.6
Kısmen yeterli	9	12.7
Yaptığı İşi Sevme		
Seven	52	73.3
Kısmen/biraz seven	17	23.9
Sevmeyen	2	2.8
Alınan Ücretten Tatmin Olma Durumu		
Tatmin olmayan	34	47.9
Kısmen tatmin olan	24	33.8
Tatmin olan	13	18.3
Toplam	71	100

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hemşirelerin işte yaşadıkları güçlükleri derecelendirdikleri bulguların dağılımı Tablo16'da görülmektedir. Buna göre hemşirelerin %42.3'ü kurum kaynaklı güçlüklerle, %16.9'u fiziksel ortamdan kaynaklanan güçlüklerle, %14.1 hasta kaynaklı ve hasta yakını kaynaklı güçlüklerle birincisırada yer vermiştir. İkinci sırada yer verilen en önemli güçlük fiziksel ortamdan kaynaklanan güçlüklerdir (%43.6).

Tablo16:Hemşirelerin İşte Yaşadıkları Güçlüklerle İlişkin Bulgularının Dağılımı

İşte Yaşanan Güçlüklerle İlişkin Bulgular*	1.Derece		2.Derece		3.Derece	
	n	%	n	%	n	%
Kurum kaynaklı güçlükler	30	42.3	9	12.7	16	22.5
Fiziksel ortamdan kaynaklanan güçlükler	12	16.9	31	43.6	11	15.5
Hasta kaynaklı güçlükler	10	14.1	24	33.8	17	23.9
Hasta yakını kaynaklı güçlükler	10	14.1	24	33.8	17	23.9
Ekip kaynaklı güçlükler	9	12.7	15	21.1	25	35.2
Kendi mesleki bilgi yetersizliğinden kaynaklanan güçlükler	1	1.4	8	11.2	10	14.1
Malzeme temini konusundaki yetersizlikten kaynaklanan güçlükler	-	-	15	21.1	15	21.1

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo17’de evde bakımda hizmet sunumuna yönelik hemşirelerin eğitim alma durumlarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Buna göre hemşirelerin %71.8’inin kurumlarında evde bakım alanına ilişkin herhangi bir eğitim almadıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin %55.7’si “Evde Bakım Hemşireliği” ya da “Hemşirelik” alanına ilişkin herhangi bir kongreye katılmadıklarını belirtmişlerdir. Bununla birlikte %54.9’u hizmetiçi eğitime ihtiyaç duyduğunu ifade etmiştir.

Tablo17:Evde Bakım Konusunda Eğitim Alma Durumuna İlişkin Bulguların Dağılımı (N:71)

Eğitim Alma Özellikleri	n	%
Çalıştığı Kurumdan Eğitim Alma Durumu		
Eğitim Almayan	51	71.8
Eğitim Alan	20	28.2
Evde Bakıma İlişkin Eğitim Alma Kaynakları (n:51)*		
Evde bakım kursuna katılım	11	55.0
Yara ve stoma bakımı eğitimi	10	50.0
Üniversitede ders olarak	2	10.0
Enteral beslenme eğitimi	2	10.0
İletişim ve sorunlarla baş etme eğitimi	2	10.0
Evde Bakım ile İlgili Kongrelere Katılma (n:70)		
Katılmayan	39	55.7
Katılan	31	44.3
Kurumun Eğitimleri Desteklemesi		
Destekliyor	39	54.9
Desteklemiyor	32	45.1
Hizmetiçi Eğitime Gereksinim Duyma		
Gereksinim duyan	39	54.9
Kısmen gereksinim duyan	23	32.4
Gereksinim duymayan	9	12.7
Toplam	71	100

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hemşirelerin eğitim almak istedikleri konuların en sık “evde bakım gerektiren durum / hastalıkların yönetimi” (%47.9), “evde bakım hemşireliğinin görev tanımı.rol ve sorumlulukları”(42.2) ile “evde kullanılması gereken tıbbi cihaz ve malzemelere” (%36.4) ilişkin olduğu belirlenmiştir (Tablo18).

Tablo18:Hemşirelerin Evde Bakım ile İlgili Eğitim Almak İstedikleri Konuların Dağılımı(N:71)

Evde Bakım İle ilgili Konular *	n	%
Evde bakım gerektiren hastalıkların yönetimi	34	47.9
Evde bakım hemşireliğinin görev tanımı. rol ve sorumlulukları	30	42.2
Evde kullanılması gereken tıbbi cihaz ve malzemeler	28	36.4
Hasta ve çalışan hakları	17	23.9
Evde bakımda kullanılan bilgisayar teknolojisi ve programlar	16	22.5
İletişim ve şiddetten korunma (ekip içi, hasta ve yakınlarıyla iletişim)	16	22.5
Hemşirelik tanıları ve girişimleri	11	15.5
Organizasyon kültürü/ kurum kültürü	10	14.1
Sağlıkla ilgili güncel konular	1	1.4
Hepsi	4	5.6

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hemşirelerine eğitimsel ve bilimsel aktivitelere katılımındaki kurumların desteklerine ilişkin bulguların dağılımı Tablo19’da yer almaktadır. Buna göre hemşirelerin %70.4’ü kurumlarının sadece kurum içi eğitimlere destek sağladığını, %29.6’sı sağlamadığını; %57.7’si eğitimsel-bilimsel aktivitelere sadece izin desteği verdiğini, %18.3’ü hem izin hem maddi destek verdiğini, %81.4’ü ise yurt dışı eğitimsel-bilimsel aktivitelere katılımı desteklemediğini belirtmiştir.

Tablo19:Kurumların Eğitsel ve Bilimsel Aktivite Desteğine İlişkin Bulgular

Destek	n	%
Sadece kurum içi eğitimlere katılımı destekleme		
Evet	50	70.4
Hayır	21	29.6
Eğitsel-bilimsel aktivitelerde izin desteği verme		
Evet	41	57.7
Hayır	30	42.3
Eğitsel-bilimsel aktivitelerde hem izin desteği hem maddi destek verme		
Evet	13	18.3
Hayır	58	81.7
Yurt dışı eğitsel-bilimsel aktiviteler katılımı destekleme(n:70)		
Evet	13	18.6
Hayır	57	81.4
Toplam	71	100

4.4 Hemşirelerin İş Doyumunu ve Tükenmişlik Ölçeklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin iş doyumunu alt boyutlarının madde puanlarına ilişkin bulgular Tablo 20’de görülmektedir. Buna göre MDÖ-İDalt boyut maddepuan ortalaması 3.64 ± 0.63 , MDÖ-DDalt boyut maddepuan ortalaması 2.90 ± 0.76 ve MDÖ-GD madde puan ortalaması 3.35 ± 0.62 ’dir. Çalışmaya katılan kişilerin MDÖmaddelerine ilişkin verdikleri cevapların dağılımı Tablo 20’de görülmektedir.

Tablo 20:HemşirelerinMDÖAlt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı

MDÖ Alt Boyutları	\bar{X} (min-max: 1-5)	$\pm SS$
İçsel Doyum	3.64	.63
Dışsal Doyum	2.90	.76
Genel Doyum	3.35	.62

Araştırmaya katılan hemşirelerin MTÖ-D alt boyut madde puan ortalaması 0.73 ± 0.81 . MTÖ-DT alt boyut madde puan ortalaması 1.74 ± 0.83 . MTÖ-KB alt boyut madde puan ortalaması 0.86 ± 0.66 'dır. Çalışmaya katılan kişilerin MTÖ maddelerine verdikleri cevapların dağılımı Tablo 21'de görülmektedir.

Tablo 21: Hemşirelerin MTÖ Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı

MTÖ Alt Boyutları	X (min-max: 0-4)	\pm SS
Duyarsızlaşma	.73	.81
Duygusal Tükenme	1.74	.83
Kişisel Başarı	.86	.66

Tablo 22:Minnesota Doyum Ölçeği

MINNESOTA DOYUM ÖLÇEĞİ	Hiç Memnun Değilim		Memnun Değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok Memnunum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Şimdiki işimden “beni her zaman memnun etmesi” bakımından	3	4.2	9	12.7	19	26.8	34	47.9	6	8.5
2. Şimdiki işimden “tek başıma çalışma olanağı olması” bakımından	8	11.3	8	11.3	12	16.9	35	49.3	8	11.3
3. Şimdiki işimden “ara sıra değişik şeyler yapabilme şansı” bakımından	3	4.2	15	21.1	15	21.1	32	45.1	6	8.5
4. Şimdiki işimden “toplumda saygın bir kişi olma şansını vermesi” bakımından	7	9.9	11	15.5	8	11.3	37	52.1	8	11.3
5. Şimdiki işimden “yöneticimin ekibindeki kişileri idare tarzı” bakımından	15	21.1	13	18.3	16	22.5	23	32.4	4	5.6
6. Şimdiki işimden “yöneticimin karar vermedeki yeteneği” bakımından	11	15.5	13	18.3	23	32.4	21	29.6	3	4.2
7. Şimdiki işimden “vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilme şansının olması” bakımından	4	5.6	10	14.1	9	12.7	33	46.5	15	21.1
8. Şimdiki işimden “bana sabit bir iş sağlaması” bakımından	2	2.8	8	11.3	14	19.7	41	57.7	6	8.5
9. Şimdiki işimden “başkaları için bir şeyler yapabilme olanağı bana vermesi” bakımından	1	1.4	1	1.4	2	2.8	43	60.6	24	33.8
10. Şimdiki işimden “kişilere ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olma” bakımından	1	1.4	4	5.6	12	16.9	38	53.5	16	22.5
11. Şimdiki işimden “kendi yeteneklerimi kullanarak bir şeyler yapabilme şansı olması” bakımından	1	1.4	2	2.8	8	11.3	41	57.7	19	26.8
12. Şimdiki işimden “iş ile ilgili kararların uygulanmaya konması” bakımından	6	8.5	11	15.5	12	16.9	34	47.9	8	11.3
13. Şimdiki işimden “yaptığım iş ve karşılığında aldığım ücret” bakımından	18	25.4	22	31.0	12	16.9	16	22.5	3	4.2
14. Şimdiki işimden “iş içinde terfi olanağının olması” bakımından	21	29.6	26	36.6	15	21.1	7	9.9	2	2.8
15. Şimdiki işimden “kendi kararlarımı uygulama serbestliğini bana vermesi” bakımından	5	7.0	6	8.5	15	21.1	37	52.1	8	11.3
16. Şimdiki işimden “işimi yaparken kendi yöntemlerimi kullanabilme şansını bana vermesi” bakımından	1	1.4	6	8.5	18	25.4	39	54.9	7	9.9
17. Şimdiki işimden “çalışma şartları” bakımından	10	14.1	16	22.5	9	12.7	28	39.4	8	11.3
18. Şimdiki işimden “çalışma arkadaşlarımla birbirleri ile anlaşmaları” bakımından	9	12.7	11	15.5	12	16.9	28	39.4	11	15.5
19. Şimdiki işimden “yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilme” bakımından	10	14.1	18	25.4	8	11.3	27	38.0	8	11.3
20. Şimdiki işimden “yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissi” bakımından	7	9.9	5	7.0	7	9.9	36	50.7	16	22.5

Tablo 23: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

MASLACH TÜKENİŞLİK ÖLÇEĞİ	Hiçbir zaman		Yıldadır kaç kez		Ayda bir kaç kez		Haftada bir kaç kez		Her gün	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. "Kendini işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum."	22	31.0	19	26.8	18	25.4	10	14.1	2	2.8
2. "İşgününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum."	3	4.2	5	7.0	13	18.3	30	42.3	20	28.2
3. "Sabah kalkıp yeni bir işgünü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum."	10	14.1	12	16.9	18	25.4	19	26.8	12	16.9
4. "Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabilirim."	2	2.8	-	-	8	11.3	14	19.7	47	66.2
5. "Bazı hastalarımın onlar sanki kişilikten yoksun bir objeye gibi davrandığını hissediyorum."	54	76.1	5	7.0	7	9.9	4	5.6	1	1.4
6. "Bütün gün insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir."	26	36.6	12	16.9	11	15.5	19	26.8	3	4.2
7. "Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim."	4	5.6	2	2.8	6	8.5	12	16.9	47	66.2
8. "İşimin beni tükettiğini hissediyorum."	12	16.9	19	26.8	18	25.4	8	11.3	14	19.7
9. "İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum."	4	5.6	3	4.2	8	11.3	19	26.8	37	52.1
10. "Bu mesleğe başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum."	33	46.5	18	25.4	9	12.7	7	9.9	4	5.6
11. "Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum."	35	49.3	20	28.2	5	7.0	5	7.0	6	8.5
12. "Kendimi çok enerjik hissediyorum."	5	7.0	4	5.6	16	22.5	28	39.4	18	25.4
13. "İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum."	32	45.1	14	19.7	15	21.1	4	5.6	6	8.5
14. "İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum."	7	9.9	6	8.5	18	25.4	12	16.9	28	39.4
15. "Bazı hastaların başına gelenler gerçekten umurumda değil."	57	82.6	4	5.8	4	5.8	3	4.3	1	1.4
16. "Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla strese neden oluyor."	20	28.6	18	25.7	19	27.1	8	11.4	5	7.1
17. "Hastalarımın rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim."	2	2.8	6	8.5	10	14.1	15	21.1	38	53.5
18. "Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum."	2	2.9			11	15.7	21	30.0	36	51.4
19. "Bu meslekte pek çok değerli işler başardım."	1	1.4	6	8.5	16	22.5	24	33.8	24	33.8
20. "Kendimi çok çaresiz hissediyorum."	32	45.1	23	32.4	8	11.3	5	7.0	3	4.2
21. "İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim."	1	1.4	5	7.0	16	22.5	16	22.5	33	46.5
22. "Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum."	41	57.7	15	21.1	6	8.5	6	8.5	3	4.2

Hemşirelerin MDÖ alt boyutları ile MTÖ alt boyutlarının madde puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 24'de görülmektedir. Buna göre MDÖ-İD ile MTÖ-DT alt boyutlarının madde puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon mevcuttur ($r = -.238$, $p = .048$). İçsel doyum ile MTÖ-KB alt boyutlarının madde puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon mevcuttur ($r = -.475$, $p = .000$). İçsel doyum ile MTÖ-D alt boyutlarının madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır ($r = -.141$, $p = .248$, $p > .05$).

Dışsal doyum ile MTÖ-DT alt boyutlarının madde puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon mevcuttur ($r = -.304$, $p = .01$). Dışsal doyum ile MTÖ-KB alt boyutlarının madde puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon mevcuttur ($r = -.256$, $p = .032$, $p < .05$). Dışsal doyum ile MTÖ-D alt boyutlarının madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır ($r = -.025$, $p = .839$, $p > .05$).

Genel doyum ile MTÖ-DT alt boyutlarının madde puan ortalamaları arasında ters yönlü, istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon mevcuttur ($r = -.290$, $p = .015$). Genel doyum ile MTÖ-KB alt boyutlarının madde puan ortalamaları arasında ters yönlü, istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon mevcuttur ($r = -.383$, $p = .001$). Genel doyum ile MTÖ-D alt boyutlarının madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır ($r = -.09$, $p = .44$, $p > .05$).

Tablo 24:MDÖ ve MTÖ Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımı

MDÖ Alt Boyutları	MTÖ Alt Boyutları			
	Duyarsızlaşma	Duygusal Tükenme	Kişisel Başarı	
İçsel Doyum	r	-.141	-.238*	-.475**
	p	.248	.048	.000
	n	69	70	70
Dışsal Doyum	r	-.025	-.304*	-.256*
	p	.839	.01	.032
	n	69	70	70
Genel Doyum	r	-.09	-.290*	-.383**
	p	.44	.015	.001
	n	69	70	70

**p<0.01

4.5 Hemşirelerin Bazı Değişkenlere Göre MDÖ ve MTÖ Alt Ölçekleri Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 25’de görüldüğü gibi yaşa göre MTÖ ve MDÖ alt boyutlarının madde puan ortalamalarının değişmediği görülmüştür (p>0.05).

Tablo 25: Yaş gruplarına Göre MDÖ ve MTÖ Alt Ölçeği Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Yaş	MDÖ Alt Boyutları						MTÖ Alt Boyutları					
	GD		DD		İD		D		DT		KB	
	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS
20-29	3.12	.58	2.60	.71	3.47	.61	1.21	.96	2.01	.87	1.18	.88
30-39	3.52	.55	3.06	.74	3.83	.56	.63	.83	1.60	.69	.77	.57
40-49	3.23	.78	2.90	.84	3.46	.79	.43	.34	1.91	.93	.73	.58
50 ve üzeri	3.65	.18	3.31	.27	3.88	.22	.88	1.01	1.29	.94	.72	.36
p	2.24*	.09	1.95*	.12	2.09*	.11	6.48**	.09	1.67*	.18	3.45**	.32

*F:OneWay ANOVA Test

**Kruskal Wallis

Tablo 26’da görüldüğü gibi cinsiyete göre MDÖ-DD alt boyutu madde puan ortalamalarının değiştiği belirlenmiştir (MWU=2.06.p=.04). Ortalamalar arasındaki fark incelendiğinde erkeklerin MDÖ-DD madde puan ortalamasının (3.36± 0.66) kadınların puanına göre (2.83± 0.76)daha yüksek olduğu görülmüştür. Cinsiyete göre diğer MTÖ ve MDÖ alt boyutları madde puan ortalamalarının değişmediği belirlenmiştir (p>0.05) (Tablo26).

Tablo 26: Cinsiyete Göre MDÖ ve MTÖ Alt Ölçeği Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Cinsiyet	MDÖ Alt Boyutları						MTÖ Alt Boyutları					
	GD		DD		İD		D		DT		KB	
	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS
Kadın	3.29	.63	2.83	0.76	3.60	.65	.70	.80	2.75	.86	.88	.69
Erkek	3.71	.47	3.36	0.66	3.94	.41	.88	.89	2.66	.65	.72	.42
p	1.98**	.05	2.06**	0.04	1.57**	.11	262.000**	.56	.32*	.74	2.72**	.63

* t: Student T test

** Mann-Whitney U

Meslek gruplarına göre iş doyumu puan ortalamaları karşılaştırılmış(Tablo27), buna göre MDÖ-GDboyutu madde puan ortalamaları açısından meslek grupları arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür (t=3.57.p=.03). Ortalamalar arasındaki fark incelendiğinde sağlık memurlarının MDÖ-GDmadde puan ortalamasının (3.73±0.48), ebe (3.07±0.79) ve hemşirelere (3.37±0.54)göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.Yine meslek gruplarına göre MDÖ-DD alt boyutu açısından meslek grupları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiş (t=3.59.p=.03).Ortalamalar arasındaki fark incelendiğinde sağlık memurlarının MDÖ-DD madde puan ortalamasının (3.30±0.73), ebe (2.52±0.85) ve hemşirelere (2.96 ±0.69) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İçsel doyum ve MTÖ alt boyutları madde puan ortalamalarının ebe, hemşire ve sağlık memurlarına göre değişmediği belirlenmiştir (p>.05).

Tablo 27: Meslek Gruplarına Göre MDÖ ve MTÖ Alt Ölçek Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Meslek	GD		DD		İD		D		DT		KB	
	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS
Ebe	3.07	.79	2.52	.85	3.43	.85	.66	.76	2.67	.94	.64	.52
Hemşire	3.37	.54	2.96	.69	3.64	.56	.69	.80	2.73	.85	.98	.72
Sağlık Memuru	3.73	.48	3.30	.73	4.02	.39	1.04	.97	2.93	.55	.59	.32
p	3.57*	.033	3.59*	.033	2.56*	.084	1.46**	.48	.29*	.74	4.04**	.13

*F:OneWay ANOVA Test

**Kruskal Wallis

İş doyumunun MDÖ-GD ve MDÖ-DD alt boyutları açısından hemşirelerin çalıştıkları kurumlar arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (Tablo28). Ortalamalar arasındaki fark incelendiğinde özel kurumlarda çalışan hemşirelerin MDÖ-GD alt boyutu madde puan ortalamasının (3.73±0.43) kamu (3.38± 0.68) ve belediyeye bağlı birimlerde çalışanlara (3.12± 0.54) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (F=4.34, p=.017). Benzer şekilde MDÖ-DD alt boyut madde puan ortalaması da özel kurumlarda çalışan hemşirelerde (3.46± 0.52), kamu (2.95 ± 0.81) ve belediyeye bağlı birimlerde (2.58± 0.64) çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur (F=6.43, p=.003). Kurumlara göre MDÖ-İD ile MTÖ tüm alt boyut madde puan ortalamalarının değişmediği belirlenmiştir (p>.05) (Tablo28).

Tablo 28: Çalışılan Kuruma Göre MDÖ ve MTÖ Alt Ölçek Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kurum	GD		DD		İD		D		DT		KB	
	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS
Kamu	3.38	.68	2.95	.81	3.67	.69	.55	.69	1.73	.87	.72	.52
Belediye	3.12	.54	2.58	.64	3.49	.61	.78	.79	1.75	.87	1.02	.80
Özel	3.73	.43	3.46	.52	3.91	.45	1.10	1.08	1.75	.71	.87	.63
p	4.34*	.017	6.43*	.003	1.93*	.15	3.58**	.16	.002*	.99	2.2**	.33

*F:OneWay ANOVA Test

**Kruskal Wallis

MDÖ-İD alt boyutu madde puan ortalamaları sağlığını iyi düzeyde (3.84±0.50) algılayanların puan ortalamasının orta düzeyde (3.39±0.65) ve kötü düzeyde (3.80 ± 0.73) algılayanların puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (F=4.44. p=.01).

Tükenmişlik ölçeği DT alt boyutu madde puan ortalamalarının sağlığı algılama düzeyine göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir (F=3.83.p=.02). Buna göre sağlığını kötü düzeyde algılayanların puan ortalamasının (2.40 ±0.86).orta düzeyde (1.73±0.83) ve iyi algılayanların puan ortalamasına (1.56±0.75)göre daha yüksek olduğu Tablo29'dagörülmektedir.

Tükenmişlik ölçeği MTÖ-DileMTÖ-KB alt boyutlarının ve MDÖ-GD ile MDÖ-DD alt boyutlarının puan ortalamalarının hemşirelerins sağlığını algılama düzeyine göre değişmediği belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 29:Sağlığı Algılama Düzeyine Göre MDÖ ve MTÖ Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sağlığı algılama	MDÖ Alt Boyutları						MTÖ Alt Boyutları					
	GD		DD		İD		D		DT		KB	
	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS
Kötü	3.37	.84	2.71	1.07	3.80	.73	1.06	1.25	2.40	.86	.98	1.16
Orta	3.16	.66	2.80	.75	3.39	.65	.68	.73	1.73	.83	.95	.57
İyi	3.53	.45	3.06	.65	3.84	.50	.67	.74	1.56	.75	.72	.54
p	2.79*	.06	1.26*	.28	4.44*	.01	.76**	.68	3.83*	.02	2.40**	.30

*F:OneWay ANOVA Test

**Kruskal Wallis

Görev tanımlarına göre işdoymu ve tükenmişlik düzeyi incelenmiş (Tablo30) MDÖ-GD boyutu açısından görev tanımı olup olmaması açısından madde puan ortalamalarının anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>.05).Yazılı görev tanımı olanların MDÖ-İD alt boyutu madde puan ortalamasının (3.78 ± 0.50) olmayanlara (3.43± 0.77) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (t=2.06.p=.04). MDÖ-DD ile MDÖ-GD alt boyutu puanlarının ve MTÖ alt boyutlarının görev tanımı olup olmaması açısından değişmediği belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 30:Yazılı Görev Tanımı Olmasına Göre MDÖ ve MTÖ Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı

Görev Tanımı	MDÖ Alt Boyutları						MTÖ Alt Boyutları					
	GD		DD		İD		D		DT		KB	
	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS
Hayır	3.15	.72	2.73	.77	3.43	0.77	.56	.74	1.80	.87	.79	.58
Evet	3.47	.53	3.01	.74	3.78	0.50	.82	.85	1.70	.82	.90	.71
p	1.99*	.052	1.53*	.12	2.06*	.04	442.500**	.17	.47**	.63	536.00**	.59

*t: Student T test

** Mann-Whitney U

Çalışma ortamında meslektaşlarla iş birliği olma durumuna göre tükenmişlik ve iş doyumu değişme durumu incelenmiş, işbirliği olma durumuna göre MDÖ alt boyut madde puan ortalamalarının farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$).

Meslektaşlarla her konuda iş birliği olduğunu düşünenlerin MDÖ-GD alt boyut puan ortalamasının (3.66 ± 0.46) sadece profesyonel konularda iş birliği olduğunu düşünenlerin puan ortalamasına (3.36 ± 0.52) ve hiçbir konuda iş birliği olduğunu düşünmeyenlerin puan ortalamasına (2.72 ± 0.62) göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($F=15.80, p=00$). MDÖ-İD boyutu açısından meslektaşlarla iş birliği olup olmaması arasında anlamlı bir fark bulunmuş ($F=7.39, p=.001$) meslektaşlarla her konuda iş birliği olduğunu düşünenlerin puan ortalamasının (3.89 ± 0.53) sadece profesyonel konularda iş birliği olduğunu düşünenlerin puan ortalamasına (3.65 ± 0.52) ve hiçbir konuda iş birliği olduğunu düşünmeyenlerin puan ortalamasına (3.17 ± 0.77) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Meslektaşlarla her konuda iş birliği olduğunu düşünenlerin MDÖ-DD alt boyut puan ortalamasının (3.33 ± 0.51) sadece profesyonel konularda iş birliği olduğunu düşünenlerin puan ortalamasına (2.92 ± 0.68) ve hiçbir konuda iş birliği olduğunu düşünmeyenlerin puan ortalamasına (2.05 ± 0.62) göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($F=21.76, p=00$).

Tükenmişlik ölçeği alt boyutlarının madde puan ortalamalarının hemşirelerin meslektaşlarla iş birliği olup olmaması açısından farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$)(Tablo31).

Tablo 31:Çalışma Ortamında İşbirliği Olma Durumuna Göre MDÖ ve MTÖ Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı

İş Birliği	MDÖ Alt Boyutları						MTÖ Alt Boyutları					
	GD		DD		İD		D		DT		KB	
	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS
İş birliği var	3.66	.46	3.33	.51	3.89	.53	.70	.73	1.61	.75	.76	.77
Sadece profesyonel konularda	3.36	.52	2.92	.68	3.65	.52	.79	.93	1.71	.69	.88	.56
İş birliği yok	2.72	.62	2.05	.62	3.17	.77	.66	.80	2.05	1.14	1.00	.62
p	15.80*	.000	21.76*	.000	7.39*	.001	.03**	.98	1.38	.25	2.83**	.24

*F:OneWay ANOVA Test

**Kruskal Wallis

Çalışma ortamında karar verme sürecine katılma durumuna göre MDÖ ve MTÖ alt boyut madde puan ortalamaları incelenmiş (Tablo32). MDÖ alt boyut madde puan ortalamalarının karar verme sürecine katılımına göre değişmediği görülmüştür ($p>0.05$). Kişinin karar verme sürecine katılımının MTÖ-D alt boyutu madde puan ortalamaları açısından anlamlı fark gösterdiği ($KW=15.84, p=.00$). karar verme sürecine katılmayanların puan ortalamasının (1.50 ± 1.31).karar verme sürecine ara sıra katılanların puan ortalamasına ($1.10\pm .88$) ve karar verme sürecine katılanların puan ortalamasına ($.38 \pm .49$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kişinin karar verme sürecine katılımının MTÖ-DT alt boyutu madde puan ortalamaları açısından anlamlı fark gösterdiği ($F=7.10, p=.002$).karar verme sürecine katılmayanların puan ortalamasının (2.58 ± 0.41).karar verme sürecine ara sıra katılanların puan ortalamasına (2.03 ± 0.94) ve karar verme sürecine katılanların puan ortalamasına (1.44 ± 0.64) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde kişinin karar verme sürecine katılımının MTÖ-KB alt boyutu madde puan ortalamaları açısından anlamlı fark gösterdiği ($KW=16.7, p=.00$), karar verme sürecine katılmayanların puan ortalamasının (1.90 ± 1.28) karar verme sürecine ara sıra katılanların puan ortalamasına ($1.08 \pm .62$) ve karar verme sürecine katılanların ($.57\pm .39$) puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 32:Çalışma Ortamında Karar Verme Sürecine Katılma Durumuna Göre MDÖ ve MTÖ Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı

Karar verme sürecine katılım	MDÖ Alt Boyutları						MTÖ Alt Boyutları					
	GD		DD		İD		D		DT		KB	
	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS
Katılan	3.41	.63	2.92	.84	3.74	.62	.38	.49	1.44	.64	.57	.39
Arasıra katılan	3.24	.63	2.87	.68	3.49	.67	1.10	.88	2.03	.94	1.08	.62
Katılmayan	3.52	.47	3.06	.76	3.83	.39	1.50	1.31	2.58	.41	1.90	1.28
p	.75*	.47	.11*	.88	1.43*	.24	15.84**	.000	7.10*	.002	16.7**	.000

*F:OneWay ANOVA Test

**Kruskal Wallis

Hemşirelerin çalışma ortamında kararlara katkıda bulunma durumuna göre MDÖ tüm alt boyut madde puan ortalamalarının değişmediği görülmüştür ($p > .05$). MTÖ-DT alt boyutu madde puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu (KW=4.93, $p = .01$), kararlara katkıda bulunmayanların puan ortalamasının ($2.80 \pm .60$), katkıda bulunan ($1.61 \pm .75$) ve ara sıra katkıda bulunanların puan ortalamasından ($1.73 \pm .86$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 33). MTÖ-KB alt boyutu madde puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu (KW=15.20, $p = .000$), kararlara katkıda bulunmayanların puan ortalamasının (1.80 ± 1.14), katkıda bulunan ($0.57 \pm .41$) ve ara sıra katkıda bulunanların puan ortalamasından ($1.03 \pm .62$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo33).

Tablo 33: Çalışma Ortamında Kararlara Katkıda Bulunma Durumuna Göre MDÖ ve MTÖ Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı

Kararlara katkıda bulunma	MDÖ Alt Boyutları						MTÖ Alt Boyutları					
	GD		DD		İD		D		DT		KB	
	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS
Katkıda bulunan	3.44	.68	2.96	.85	3.76	.67	.51	0.62	1.61	.75	.57	.41
Ara sıra katkıda bulunan	3.27	.52	2.88	.60	3.52	.56	.81	0.80	1.73	.86	1.03	0.62
Hiç katkıda bulunmayan	3.20	.83	2.67	1.09	3.55	.71	1.80	1.31	2.80	.60	1.80	1.14
p	.77*	.46	.32*	.72	1.18*	.31	7.11**	0.21	4.93*	.01	15.20**	.000

*F:OneWay ANOVA Test

**Kruskal Wallis

Hemşirelerinbağımsız karar verebilme durumuna göre MDÖtüm alt boyut madde puan ortalamalarının değişmediği görülmüştür ($p>.05$). MTÖ-DT alt boyutu madde puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ($F=3.92,p=.024$), bağımsız karar veremeyenlerin puan ortalamasının (2.36 ± 0.97), bağımsız karar verebilen (1.64 ± 0.73) ve bağımsız karar verme konusunda kararsız olanların puan ortalamasından(1.53 ± 0.96) daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo34).

Tablo 34: Çalışma Ortamında Bağımsız Karar Verebilme Durumuna Göre MDÖ ve MTÖ Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bağımsız karar verebilme durumu	MDÖ Alt Boyutları						MTÖ Alt Boyutları					
	GD		DD		İD		D		DT		KB	
	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS
Evet	3.43	.56	2.99	.70	3.73	.59	.68	.79	1.64	.73	.83	.60
Kararsızım	3.12	.71	2.86	.87	3.30	.69	.40	.42	1.53	.96	.89	.50
Hayır	3.16	.77	2.60	.93	3.54	.73	1.20	1.00	2.36	.97	.96	.96
p	1.59*	.21	1.25*	.29	1.99*	.14	5.09**	.07	3.92*	.024	.13	.93**

*F:OneWay ANOVA Test

**Kruskal Wallis

Hemşirelerin çalıştıkları kurumlarında motive edici girişimlerin olup olmaması durumuna göre MDÖ –GD alt boyutu madde puan ortalamaları arasında fark olduğu ($t=4.00$, $p=.00$), çalıştıkları kurumlarında motive edici girişimlerin olduğunu ifade edenlerin puan ortalamasının ($3.78 \pm .59$), motive edici girişimlerin olmadığını ifade edenlerin puan ortalamasına ($3.18 \pm .56$) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo35). Motivasyon varlığına göre MDÖ-İD madde puan ortalamaları arasında fark olduğu ($t=2.74$, $p=.008$), çalıştıkları kurumlarında motive edici girişimlerin olduğunu ifade edenlerin puan ortalamasının ($3.96 \pm .66$), olmadığını ifade edenlerin puan ortalamasına ($3.52 \pm .58$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde motivasyon varlığına göre MDÖ-DD madde puan ortalamaları arasında fark olduğu ($t=4.75$, $p=.000$), motive edici girişimlerin olduğunu ifade edenlerin MDÖ-DD alt boyut puan ortalamasının (3.51 ± 0.57), olmadığını ifade edenlerin puan ortalamasına ($2.67 \pm .70$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo35).

Çalışma ortamında motive edici girişimlerin olma/olmama durumuna göre MTÖ-KB alt boyut madde puan ortalamalarının değiştiği ($MWU = 347.000$, $p=.04$), motivasyon var diyenlerin MTÖ-KB alt boyut madde puan ortalamalarının ($.63 \pm .56$) yok diyenlerin ($.95 \pm .68$) madde puan ortalamalarına göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Motive edici girişimlerin varlığına göre MTÖ-D ve MTÖ-DT alt boyut madde puan ortalamalarının değişmediği görülmüştür ($p > .05$) (Tablo35).

Tablo 35:Çalışma Ortamında Motive Edici Girişimlerin Varlığına Göre MDÖ ve MTÖ Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı

Motivasyon varlığı	MDÖ Alt Boyutları						MTÖ Alt Boyutları					
	GD		DD		İD		D		DT		KB	
	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS
Yok	3.18	.56	2.67	.70	3.52	.58	.73	.82	1.78	.92	.95	.68
Var	3.78	.59	3.51	.57	3.96	.66	.72	.82	1.65	.58	.63	.56
t*. p	4.00	.000	4.75	.000	2.74	.008	478.50**	.87	.68	.49	347.00**	.04

* t: Student T test

** Mann-Whitney U

Hemşirelik girişimlerinde kendini yeterli bulma algısına göre MDÖ tüm alt boyut madde puan ortalamalarının değişmediği belirlenmiştir ($p>.05$) (Tablo 36).Tükenmişlik açısından incelendiğinde hemşirelik girişimlerinde kendini kısmen yeterli bulanların MTÖ-DT puan ortalamasının (2.30 ± 0.71), yeterli (1.42 ± 0.84) ve oldukça yeterli (1.77 ± 0.80) bulanların puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir($F=3.78.p=.028$).Hemşirelerin yeterlilik algısına göre MTÖ-D ve MTÖ-KB alt boyut madde puan ortalamalarının değişmediği görülmüştür ($p>.05$) (Tablo36).

Tablo36:Hemşirelik Girişimlerinde Kendini Yeterli Bulma Algısına Göre MDÖ ve MTÖ Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı

Yeterlilik Algısı	MDÖ Alt Boyutları						MTÖ Alt Boyutları					
	GD		DD		İD		D		DT		KB	
	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS
Oldukça yeterli	3.38	.68	2.91	.85	3.69	.65	.48	.72	1.42	.84	.63	.46
Yeterli	3.39	.59	2.93	.76	3.70	.59	.80	.87	1.77	.80	.95	.74
Kısmen yeterli	3.08	.66	2.77	.61	3.28	.74	.97	.68	2.30	.71	.94	.62
F* p	.95*	.39	.14*	.86	1.68*	.19	5.71**	.05	3.78*	.028	3.07**	.21

*F:OneWay ANOVA Test

**Kruskal Wallis

İşini sevmedurumuna göre işdoymu ve tükenmişlik durumu incelenmiş (Tablo37), MDÖ-GD boyutu açısından işini sevenlerin puan ortalamasının ($3.47\pm$

.57) sevmeyenlerin puan ortalamasına (3.25±.70) ve kısmen/biraz sevenlere (2.98 ±.65) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (F=4.25,p=.018). Yine MDÖ-İD boyutu açısından işini sevenlerin puan ortalamasının (3.77±.57) sevmeyenlerin puan ortalamasına (3.58± 1.06) ve kısmen/biraz sevenlerin puan ortalamasına (3.27±.68) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (F=4.17,p=.02). Ortalamalar arasındaki fark incelendiğinde hemşirelerini işini sevme durumuna göre MDÖ-DDalt boyutu puanlarının değişmediği belirlenmiştir (p>.05).

İşini sevme durumuna göre tükenmişlik düzeyi incelendiğinde (Tablo37) işini kısmen/biraz sevenlerin MTÖ-D boyutu madde puan ortalamasının (1.14 ±0.87), işini sevmeyenlerin (1.00 ±1.41) ve işini sevenlerin puan ortalamasına (.58±.74) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (F=7.96,p=.01). İşini sevmeyenlerin MTÖ-DT boyutu madde puan ortalamasının (2.66± 1.41), işini kısmen/biraz sevenlerin (2.50±.66) ve işini sevenlerin puan ortalamasına (1.45± .68) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (KW=16.39,p=.000). İşini sevenlerin MTÖ-KB puan ortalamasının da (.72± .53), işini kısmen/biraz sevenlerin (1.15±.80) ve işini sevmeyenlerin puan ortalamasına (2.00±1.06) göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (F=8.29,p=.001).

Tablo 37: İşini Sevme Durumuna Göre MDÖ ve MTÖ Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı

İşini Sevme Durumu	MDÖ Alt Boyutları						MTÖ Alt Boyutları					
	GD		DD		İD		D		DT		KB	
	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS	X	± SS
Sevmiyor	3.25	.70	2.75	.17	3.58	1.06	1.00	1.41	2.66	1.41	2.00	1.06
Seviyor	3.47	.57	3.03	.75	3.77	.57	.58	.74	1.45	.68	.72	.53
Kısmen/Biraz Seviyor	2.98	.65	2.55	.75	3.27	.68	1.14	.87	2.50	.66	1.15	.80
p	4.25	.018	2.67	.07	4.17	.02	7.96**	.01	16.39	.000	8.29**	.01

*F:OneWay ANOVA Test

**Kruskal Wallis

Stres düzeyi puanı ile MDÖ ve MTÖ alt boyut madde puan ortalamaları arasındaki korelasyon Tablo38'de görülmektedir. Yapılan korelasyon analizi

sonucunda; stres düzeyi ile MDÖ'nün tüm boyutları arasında ters yönlü bir korelasyon olduğu bulunmuştur. Yine yapılan korelasyon analizi sonucunda; stres düzeyi ile MTÖ-D ($r=0.27$; $p=.02$) ve DT ($r=0.35$; $p=.003$) boyutları arasında pozitif yönlü bir korelasyon olduğu bulunmuştur. Stres düzeyi ile KB boyutu arasında ise ilişki saptanmamıştır ($p=.10$).

Tablo 38: Stres Düzeyi Puanı ile MDÖ ve MTÖ Alt Boyut Madde Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon

Stres düzeyi	MDÖ Alt Boyutları				MTÖ Alt Boyutları	
	GD	DD	İD	D	DT	KB
r, p	-0.30 009*	-0.25 030*	-0.300 011*	0.27 02**	0.35 0003*	0.19 010**

*Pearson korelasyon analizi

** Spearman korelasyon analizi

Araştırmanın bağımsız değişkenlerinden olan “medeni durum, eğitim durumu, yaş, çocuk sayısı, gelir durumu, eşin çalışma durumu, kronik hastalık varlığı, kişilik tipi, hizmet süresi” gibi tanımlayıcı özellikler, “kongre katılımı, çalışma şekli, işin yoğunluk derecesi, bakımın denetlenmesi, işten ayrılma, işin rutinleşmesi yükselme olanağı düşüncesi, girişimlerin planlayıcısı, ücret ve hizmet içi eğitim ihtiyacı” gibi çalışma koşullarına göre iş doyumu (içsel, dışsal ve genel doyum) ve tükenmişlik (duyarsızlaşma, duygusal tükenme kişisel başarı) düzeylerinin değişmediği saptanmıştır ($p>.05$).

5.TARTIŞMA

Bu araştırma İzmir ili sınırları içinde faaliyet gösteren kamu, belediye ve özel kuruluşların evde bakım merkezi/birimlerinde evde bakım hemşiresi olarak çalışan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi amacıyla yürütülmüştür. Elde edilen bulgular literatür bilgilerinin ışığında tartışılmıştır.

5.1 Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Koşullarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalamasının 37.17 ± 8.70 , çoğunluğunun 30-39(%39.2) ve 40-49 (%27.5) yaş grubunda olduğu görülmüştür (Tablo 10). Bu araştırma sonucunda olduğu gibi Öztürk ve ark'nın(112) bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada da %39.2'sinin 31-40 yaş grubunda olduğu, Yüksel'in (72) çalışmada yaş ortalamasının 33.12 ± 7.85 , Gür'ün çalışmada da (140) 32.62 ± 7.08 olduğu belirlenmiştir. Karakışla'nın (169) kamu ve özel hastanelerde çalışan hemşirelerin iş doyumu ve örgüt kültürü algılarının değerlendirilmesine yönelik yaptığı çalışmada da hemşirelerin yaş ortalamasının 30.17 ± 6.40 ve %28'inin 31-35 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir.

Bu araştırmaya katılan çalışanların cinsiyetinin büyük çoğunluğu (%85.9) kadındır. Çoban'ın evde bakım çalışanlarıyla yaptığı çalışmada (25) evde bakım hemşirelerinin %85.2'sinin kadın olduğu görülmektedir. Öztürk ve ark.'nın(112) bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada da büyük çoğunluğun (%94.5) kadın olduğu belirlenmiştir. 2007 yılında yürürlüğe giren hemşirelik kanunundan önce hemşireliğin bir kadın mesleği olması ve dolayısıyla hemşirelik eğitimi veren okullara erkek öğrenci alınmasının yakın geçmişte başlaması, erkek mezun sayısının az olması nedeniyle bu araştırma ve hemşirelikle ilgili yapılan tüm araştırmalarda (21, 72, 140, 141) örneklemin büyük çoğunluğu kadınlardan oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan çalışanların eğitim düzeyleri çoğunlukla (%56.4) lisans düzeyindedir. Bu araştırmada olduğu gibi hemşirelikte yapılan diğer çalışmalarda

dahemşirelerin çoğunluğunun lisans mezunu olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde hemşirelere yönelik yapılan çalışmaların örneklem gruplarının da çoğunluğunun lisans mezunu olduğu görülmektedir (Uzun-%52.7,Kahraman ve ark.-%92.2,Karakışla-%45.5,Yüksel-%46.8,Gür-%56.6,Öztürk ve ark-%65.5) (168,73,169,72,140,112).

Araştırmaya katılan çalışanlar çalıştıkları kuruma göre incelendiğinde kamu kurumları, belediyeye bağlı birimler ve özel kurumlarda çalışmaktadır. Sağlık Bakanlığı 2012 yılı verilerine göre Türkiye’de hemşireler en çok sırasıyla kamu (92.118), üniversite (20.287), özel (19.792) ve diğer alanlarda (2.709) çalıştıkları bildirilmiştir(TÜİK, 2012).

Araştırmaya katılan çalışanların meslekte hizmet sürelerinin 15 yılın üzerinde,çoğunluğunun (%35.2) 1-10ile11-20 yılları (%31) arasında olduğu görülmüştür. Evde bakım alanında çalışma süreleri ise ortalama 31.8 ± 24.3 aydır.Yörükoğlu (19) çalışmasında sağlık personelinin %53.1’inin 1-5 yıl arasında, %18.5’inin 6-10 yıl arasında ve %9.1’inin 11 yıl ve üzerinde çalıştığını belirlemiştir.Gür (140) çalışmasında hemşirelerin çalışma sürelerinin çoğunlukla (%30.3) 1-5 yıl arasında olduğunu bildirmiştir. Smith Stoner’in (170) evde bakımda çalışanlarla yürüttüğü çalışmaya göre hemşirelerin çoğunluğu 6-10 yıl (%32.9) ve 11-15 yıldır (%24.4) evde bakım verici hemşire olarak çalışmaktadır. Ülkemizde henüz özel firmaların kurulması yönetmeliğinin üzerinden 10 yıl kadar bir süre, kamu kurumunda henüz beş yıllık bir süre geçmiş olması çalışanların uzun süre evde bakımda çalışmalarını olanaklı kılmamıştır.

Araştırmaya katılan çalışanlarınyarıdan fazlası (%62) kurum tarafından görev tanımlarının yazılı olarak belirlendiğini ifade etmişlerdir (Tablo14).Tablo 17’de hemşirelerin eğitim almak istedikleri konular içinde yaklaşık yarısının (%42.2) “evde bakım hemşireliğinin görev tanımı, rol ve sorumluluklarına” ilişkin olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar hemşirelerin görev tanımları, hak ve sorumluluklarına ilişkin konularda bilgi gereksinimlerinin olduğunu göstermektedir. Evde bakım hizmeti sunumunda hemşirelerin görev tanımları 2005(27) ve 2010 (1) yönetmeliğinde belirtilmiş olmasına karşın,uygulamada hemşirelerden beklenen rolve görevlerin farklı olduğu, sorumluluklar ve yetki arasındaki dengesizliklerden kaynaklanan sorunlar yaşandığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan çalışanlarıyarıdan fazlası yapılan ev ziyaretlerinde hemşirelik girişimlerini kendilerinin planladığını vebağımsız karar verebildiklerini ifade etmiştir. Bununla birlikte verilen bakımı/hizmeti denetleyenlerin çoğunlukla kurum sorumlusu /hastane yöneticisi ve müdür olduğu belirlenmiştir. Görüşmeler sırasında çalışanlar yapılan denetimlerin bakımın niteliğinden çok sayısal olarak kaç hastanın ziyaret edildiği kısmına yönelik olduğunu ifade etmişler, denetleyenler arasında hemşire yöneticilerin varlığından söz etmemişlerdir. Bu durumun verilen hemşirelik bakımının niteliğinden çok niceliğinin ölçüldüğünü göstermektedir. Ayrıca bir meslek üyesinin hizmetlerinin aynı meslek üyesi tarafından denetlenmesi standardizasyonu sağlamak ve aynı dili konuşmak açısından önemli olup, iş doyumunu etkileyen örgütsel bir faktördür.

Malak ve Üstün'ün aktardığına göre otonomi; bireyin bağımsızlık, kişisel haklarını koruma, artırma ve belirlenen amaçlara erişme gereksinimini vurgulamaktadır (142). Hemşirelerin mesleki becerilerinde, hastaların sorunlarını çözebilme yeterliliğinde, motivasyonlarında, iş doyumlarında ve performanslarında otonomi olumlu etki sağlayacaktır (143, 144). Araştırmaya katılan çalışanların yarısından fazlası evde bakım hizmeti sunumunda karar verme sürecine katıldığını, yine yarısı bakıma ilişkin kararlara katkıda bulunduğunu bildirmiştir. Bu sonuçlara göre çalışanların yaklaşık yarısının otonomisini kullanabildiği düşünülmüştür. Bununla birlikte hemşirelerin eğitim almak istedikleri konuların içinde (Tablo 17) en sık “evde bakım gerektiren durum / hastalıkların yönetimi” (%47.9) ile “evde kullanılması gereken tıbbi cihaz ve malzemelerin” (%36.4) yer almasının da çalışanların evde bakım hizmetlerinin sunumunda otonomisini kullanmalarını olumsuz etkileyebileceği düşünülmüştür. Çam ve Engin (144) psikiyatri hemşirelerinde yaptığı çalışmada ve diğer çalışmalar da (142, 143, 145) hemşirelerin otonomi kişilik özelliklerinin orta düzeyde olduğu bildirmektedirler.

Malik ve Jordan (171) tarafından hemşirelerin iş tatmini, tükenmişlik ve bunların etkisinden dolayı işten ayrılma isteklerinin incelendiği 2400 hemşireyi kapsayan çalışmada, kurumun uygulamaları ve sosyal desteğin ön plana çıktığı, bu iki faktörün iş doyumunu olumsuz etkilediği, işten ayrılma isteklerini artırdığı belirlenmiştir. Bu araştırmada ise araştırmaya katılan çalışanların %59.2'si işinden ayrılmayı düşündüğünü, işten ayrılmayı düşünme nedenlerini ise önemsenmemek,

ast-üst ilişkileri ve sistemin işlememesi olarak ifade etmişlerdir (Tablo 15). Nitekim çalışanlar evde bakım hizmetlerinde yaşadıkları güçlükleri kurum kaynaklı, fiziksel ortam kaynaklı, hasta ve hasta yakınları ile ilgili güçlükler olmak üzere birinci sırada yer vermişlerdir (Tablo16). Evde bakımda çalışan hemşireler için profesyonel gelişim fırsatlarının olmaması evde bakım hizmetlerinden ayrılma için bir etken olarak bildirilmesine karşın (7) bu araştırmada hemşireler eğitim/kongrelere katılmamayı güçlük olarak belirtmemişlerdir. Çınar'ın (21) çalışmasında hemşirelerin %24.9'u işten ayrılmayı düşündüğünü, ayrılma nedenlerini ise, yapılan işin niteliği, iş yükü ve yoğunluk, stres ve tükenmişlik, adapte olamama olarak bildirmişlerdir. Flynn'in (60) 403 evde bakım hemşiresinde yaptığı çalışmada işyükü yoğunluğu tükenmişlik ve işten ayrılma için önemli bir etken olarak bulunmuşlardır. Bir başka çalışmada (146) hemşirelerin en çok yönetimden memnuniyetsizlik, ücret düşüklüğü, çalışma koşullarının kötülüğü ve iş yükü fazlalığı gibi sebeplerden ötürü işten ayrılma niyetlerinin olduğu bildirilmiştir. Bu araştırmada da çalışanların %60.6'sı yaptıkları işi yoğun olarak algıladıklarını belirtmişlerdir. Bununla birlikte iş ortamındaki stres düzeyini algılama durumlarına göre algılanan stres düzeyinin ortanın üstünde (medyan 7; min-max:0-10) olduğu belirlenmiştir. İşten ayrılma nedenleri arasında yapılan işin niteliği, iş yükü ve yoğunluk, stres ve tükenmişlik, adapte olamama olarak bildirilmektedir (67). Çalışanların stres düzeyi puanı ile iş doyumunu boyut puanları arasındaki korelasyon Tablo 38'de görülmektedir. Yapılan korelasyon analizi sonucunda stres düzeyi arttıkça iş doyumunun azaldığı, tükenmişlik yönünden stres düzeyi arttıkça duyarsızlaşma ve duygusal tükenmenin de arttığı saptanmıştır. Bu bulgularda işten ayrılma niyetini destekleyen niteliktedir. İsveç de evde bakım birimi ve yaşlı bakım merkezindeki hemşirelerle yapılan çalışmada (59) iş stresi ile tükenmişlik ve iş doyumunu arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Aynı araştırma bulguları bu araştırmanın sonuçları ile uyumludur (59). Tüm bu faktörler işten ayrılma düşüncesini etkilemektedir. Lu'nun aktardığına göre rutinleşme de iş doyumunu olumsuz etkileyen önemli bir faktördür (6). Bu araştırmada çalışanların yaklaşık yarısı bazen işlerinin rutinleştiğini, yaklaşık dörtte biri rutinleştiğini ifade etmesine karşın (Tablo15) işin rutinleşmesi işten ayrılma için bir neden olarak saptanmamıştır.

5.2 Hemşirelerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Ölçeklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Hemşirelerin mesleki doyumlarının artması, mesleki rol ve sorumlulukların istenilen düzeyde yerine getirilmesi ve profesyonelleşme yolunda hemşireliğe önemli katkılar sağlayacaktır (10).Çalışanın işine karşı negatif veya pozitif duygularının bileşimini temsil eden iş doyumunu kişilerin mevcut işleri ile ilgili duygularının ve inançlarının toplamı olarak tanımlanmıştır. İş doyumunun çalışanlarda en sık görülen sonuçları fiziksel ve zihinsel sağlık ile çalışanların sosyal yaşamı üzerindeki etkiler olarak sıralanmaktadır (67). Amerika Birleşik Devletleri'nde iki evde bakım ajansında yapılan çalışma sonucuna göre otonomi eksikliği, karar vermede paylaşımların az olmasının, işbirliği yönünde etkileşimin az olmasının stresi artırdığı ve iş doyumunu olumsuz etkilediği belirlenmiştir (24). Araştırmaya katılan çalışanların iş doyumunu düzeyleri değerlendirildiğinde çalışanların genel doyumve içsel doyumlarının orta ve kısmen ortanın üzerinde bir düzeyde, dışsal doyumlarının ise ortaya yakın bir düzeyde olduğu belirlenmiştir(Tablo20).Aytekin (63) yeni doğan yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin orta düzeyde içsel doyum, dışsal doyum ve toplam iş doyumuna sahip olduğunu, içsel doyum puanlarının, dışsal doyum puanlarından daha yüksek olduğunu saptamıştır. Ülkemizde hemşirelerin iş doyumunu düzeylerini inceleyen birçok çalışmada (73, 136, 147, 148, 149) hemşirelerin iş doyumunun orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu araştırma sonuçlarına benzer şekilde Özgenel'in (151) kamu ve özel hastanelerde çalışan hekim ve hemşirelerde yaptığı çalışmada hemşirelerin dışsal doyum puanı düşük düzeyde bulunmuştur. Konukoğlu'nun özel bir hastanede çalışan hemşirelerde yaptığı çalışmasında (148) iş doyum yönünden genel doyum puan ortalamasının 3.55 ± 0.49 , içsel doyum puan ortalamasının 3.67 ± 0.49 ve dışsal doyum puan ortalamasının 3.36 ± 0.62 olduğu belirlenmiştir. Yapılan bu araştırmanın genel doyum ve içsel doyum sonuçları Konukoğlu'nun çalışmasının (148) bulgularıyla benzerken, dışsal doyum puan sonuçları Konukoğlu'nun çalışmasındaki puanlardan daha düşüktür. Dışsal doyum kurum politikası ve yönetimi, denetim şekli, yönetici, çalışma arkadaşları ve astlarla ilişkiler, çalışma koşulları, ücret gibi işin çevresine ilişkin öğelerden oluşmaktadır. Yapılan çalışmalarda (98, 136, 150, 151)

hemşirelerin, ücret, terfi ve kurumsal politikalar gibi dışsal doyum alanlarında en düşük doyuma sahip oldukları bulunmuştur. Nitekim bu çalışmada bulgular işdoyumunu etkileyen örgütsel faktörlerden birisi olan ücret yönünden incelendiğinde, katılımcıların yaklaşık yarısının aldığı ücreti tatminkar bulmaması, sadece %18.3'ünün tamamen tatminkar bulması (Tablo15), yarısının bakıma ilişkin kararlara katkıda bulunduğunu ifade etmesi dışsal doyumun düşük olmasını açıklamaktadır. Dışsal doyumda etkili olan bir diğer faktör olan ekipte işbirliğinin çalışanlar arasında olması gerekenden daha düşük bulunmuş olması, dışsal doyumun düşük olmasını açıklayıcı bir diğer bulgudur (Tablo31). Araştırmada içsel doyumun dışsal doyumdan kısmen daha yüksek olması çalışanların yarısından fazlasının evde bakım hizmeti sunumunda karar verme sürecine katılması ve iş ortamında motivasyonu artırıcı girişimlerin (yapılan işlerin takdir edilmesi- kişisel problemlerinde yardımcı olunması-olan bitenlere dahil edilme hissi gibi) varlığı olduğunu ifade etmeleri ile ilişkilendirilmiştir. İçsel doyumda etkili olan bir diğer faktör olan işte yükselme olanağı açısından bulgular değerlendirildiğinde çalışanların sadece beşte biri yaptığı işte yükselme olanağı olduğunu, %80.3'ü yükselme olanağı olmadığı düşüncesine sahip olup (Tablo15) bu sonuçlar içsel doyumun diğer araştırma sonuçlarından düşük olmasını açıklayan bir bulgudur.

Tükenmişlik çalışma şartlarından doğan, fiziksel ve duygusal çöküş olarak kendini gösteren, özellikle insan ilişkilerinin yoğun olarak yaşandığı çalışma alanlarında etkisini daha fazla gösteren bir durum olarak kabul edilmektedir (106). Araştırmaya katılan çalışanların duyarsızlaşma puan ortalaması ($.73 \pm .81$), duygusal tükenme puan ortalamasına göre (1.74 ± 0.83) daha düşük olup, çalışanların duygusal tükenme yönünden ortaya yakın, duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliği yönünden de düşük düzeyde tükenmişlik yaşadıkları söylenebilir (Tablo 21). Bu sonuçlar hemşirelerin evde bakım hizmet sürelerinin düşük olması nedeniyle henüz tükenmenin gelişmemiş olabileceğini düşündürmüştür. Bu araştırma sonucuna benzer olarak Öztürk ve ark. (112) çalışmalarında hemşirelerin orta düzeyde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşadıklarını, kişisel başarı yönünden ise yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Yine Kebapçı ve Akyolcu da (153) çalışmalarında acil birimlerde çalışan hemşirelerin duygusal tükenme ile duyarsızlaşma puanlarını orta ve kişisel başarı puanlarını düşük olarak bulmuşlardır.

Gür'ün (140) çalışmasında çalışanların duygusal tükenme ($2.98 \pm .81$), duyarsızlaşma ($2.03 \pm .76$) ve kişisel başarı eksikliği ($2.39 \pm .56$) puanları bu araştırma grubundakilerin puanlarından daha yüksektir. İş doyumunu ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde genel, içsel ve dışsal doyum ile duygusal tükenme ve kişisel başarı eksikliği puanları arasında ters yönde anlamlı bir ilişki olduğu, doyum azaldıkça duygusal tükenme ve kişisel başarı eksikliğinin arttığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar araştırmanın diğer bulguları olan çalışanların kongrelere ve eğitime katılım oranlarının düşük olması, yaklaşık yarısının evde bakım ile ilgili eğitim almamasına rağmen evde bakım hizmeti sunarken “kendi mesleki bilgi yetersizliğinden kaynaklanan güçlüklerin” tüm sıralamalarda en düşük oranlarda yer alması (Tablo 16) ve hizmetiçi eğitime gereksinim duymamaları ile ilişkilendirilebilir. Tüm bu ifadeler çalışanların içsel doyumunun olumsuz etkilenmesine, kişisel başarı eksikliği dolayısıyla tükenmişlik düzeylerinin yüksek olmasının neden olmaktadır.

Evde bakım ve yaşlı bakım merkezinde çalışan hemşirelerin iş stresi ve doyumunu karşılaştıran Hasson ve Arnetz (59), çalışmalarında işe bağlı tükenmişlik ve iş doyumunun her iki bakım merkezinde çalışanlarda farklılık göstermediğini, iş doyumunun tükenmişliğin en güçlü belirleyicisi olduğunu belirlemişlerdir. Benzer şekilde düşük iş doyumunun evde bakım çalışanlarında tükenmişliği olumsuz etkilediği bildirilmektedir (8, 9, 58). Bu çalışmada da içsel doyum ile duygusal tükenme ve kişisel başarısızlık arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu, içsel doyum arttıkça duygusal tükenmenin ve kişisel başarı eksikliğinin azaldığı saptanmıştır. Genel doyum ve dışsal doyum ile duygusal tükenmişlik arasında ters yönlü ilişki olduğu, genel doyum arttıkça duygusal tükenmişliğin azaldığı görülmüştür. Dışsal doyum ile kişisel başarı eksikliği arasında ters yönlü bir ilişki olduğu, dışsal doyum arttıkça kişisel başarı eksikliğinde azaldığı görülmüştür. Tüm bu veriler genel, içsel ve dışsal doyumun tükenmişliği önlemede önemli bir değişken olacağını göstermektedir.

5.3 Hemşirelerin Bazı Değişkenlere Göre MDÖ ve MTÖ Alt Ölçekleri Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların İncelenmesi

İş doyumunu etkileyen bireysel faktörlerden birisi yaştır (67). Araştırmaya katılan çalışanların yaş gruplarına göre iş doyumunu düzeylerinin değişmediği, bu bulgunun Demir'in (172) çalışma sonucuyla benzer olduğu görülmüştür. Konukoğlu (148), Yürümezoğlu (149), Narin (136) ve Çınar (21) ise çalışmalarında hemşirelerin yaş gruplarına göre işsel iş doyum düzeylerinin değişmediğini bulmuşlardır. Buna karşın çoğu çalışmaların aksine Yüksel (72) çalışmasında 25 yaş ve altındaki hemşirelerin iş doyumlarının daha yüksek olduğunu bulmuştur. İş doyumunun yaş ilerledikçe artıyor olması; bireyin kişisel gelişimini tamamlayıp iş alanında da profesyonel gelişim sağlaması öz güveninin artarak iş yaşamında rahat olabilmesiyle açıklanabilir.

Brewer ve Shapard (173) çalışmalarında genç yaşta olan ve deneyimi az olan çalışanların daha fazla tükenmekte olduğunu, Maslach ve arkadaşları (110) ise yaş ile iş deneyiminin karıştırıldığını ve tükenmişlik yönünden hangisinin etkili olduğunun belirlenemediğini belirtmişlerdir. Bu çalışmada da çalışanların yaş gruplarına göre tükenmişlik düzeylerinin farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > .05$). Ertuğrul'un (174) bir üniversite hastanesinde çalışan hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenleri ile Yürümezoğlu'nun (149) özel bir hastanede çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmasında bu araştırmanın bulgularına benzer olarak yaş gruplarına göre tükenmişlik düzeyleri yönünden farklılık bulunmamıştır. Bu araştırmanın sonuçlarının aksine literatürde bireylerin yaşı arttıkça sorunlarla daha iyi mücadele edebildiğini ve kişisel başarı puanının da yükseldiğini (152), 30 yaş altındaki hemşirelerde duyarsızlaşma düzeyinin daha yüksek (140, 153, 154), 24 yaş altı grupta kişisel başarı eksikliğinin daha yüksek (140) olduğunu bildiren çalışmalar ile yaş arttıkça tükenme puanının azaldığını (121) bildiren çalışmalarda yer almaktadır. Bu çalışmada örneklem grubunda yaş ortalamasının 30'un üzerinde olması ve örneklem sayısının az olması (N:71) yaş gruplarına göre tükenmişlik düzeyleri yönünden farklılık bulunmamanın nedeni olarak düşünülebilir.

İş doyumunu yönüyle cinsiyetler arasındaki farklılıklar değerlendirildiğinde kadınların işlerinde öncelikle çalışma koşulları ve sosyal ilişkilere önem verirken,

erkeklerin öncelikli olarak ilerleme, kariyer ve ücret gibi unsurlara önem verdiklerine dikkat çekilmektedir (70). Araştırmaya katılan çalışanların cinsiyete göre dışsal doyum düzeyinin değiştiği, erkeklerin dışsal doyum düzeyinin (3.36 ± 0.66) kadınlara (2.83 ± 0.76) göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Cinsiyete göre içsel ve genel doyum düzeylerinin değişmediği belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 26). Benzer şekilde Toprak (79) çalışmasında erkeklerin dışsal doyum düzeyinin kadınlara göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Narin'in (136) çalışmasında cinsiyete göre içsel doyum puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p > 0.05$), kadınlarda dışsal ve genel doyum puanlarının erkeklere göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur. Bu araştırma sonuçlarından farklı olarak Çınar'ın (21), Özgenel'in (151), Yüksel'in (72) ve Demir'in (172) çalışmalarında cinsiyete göre iş doyumunu ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Bu bulgular cinsiyete göre iş doyumunu inceleyen araştırma sonuçlarının ortak bir noktada birleşmediğini göstermektedir. Cinsiyet ve iş doyumunu ile ilgili yapılan araştırmaların (136) bazılarında erkeklere göre daha kötü koşullar altında çalışan kadınların işlerinden daha çok doyum elde ettikleri bildirilmektedir. Diğer yandan kadınların iş doyumlarının daha düşük olduğunu belirten araştırmalarda ise bu sonucun kadınların eşlik ve annelik rollerinin öncelikli olması sebebiyle çalışma yaşamında üst düzey gereksinimlerin gidermeyi amaçlamaması, işlerin parasal ya da fiziksel ödülleriyle onlar için daha önemli olması ile ilişkilendirilmiştir (156, 157).

Tükenmişliği hazırlayan faktörler içinde kadın olmanın bireysel bir etken olduğu belirtilmesine karşılık bu araştırmaya katılan çalışanların cinsiyete göre tükenmişlik alt boyut puanlarının değişmediği belirlenmiştir. Benzer şekilde Demir (172) ve Yüksel (72) çalışmalarında cinsiyet değişkenine göre çalışanların, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı düzeylerinin değişmediğini bildirmişlerdir. Taycan ve ark (152) ile Özbayır ve ark. (175) cinsiyetin tükenmişlikte etkili olup kadınlarda daha sık olduğunu vurgularken, Ergin (139) ve Doğan (176) kadınlarda özellikle duygusal tükenmenin yoğun olduğunu belirtmektedir. Kaya ve ark (121) çalışmalarında hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini cinsiyetin etkilediğini ve kadınların erkeklerden daha fazla tükenmişlik yaşadıklarını belirlemişlerdir. Budak ve Sürgevil (106) akademik personel ile yaptıkları çalışmalarında cinsiyetin tükenmişlikle ilgili önemli bir değişken olduğunu ortaya koymuş kadınların duygusal

tükenme düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Sonuçta; kadınların cinsiyet rolleri ile ilişkili olarak iletişim halinde oldukları insanlara daha duyarlı olmaları ve onları daha çok önemsemeleri, duygusal açıdan daha çok tükenmelerine neden olabilir.

İş doyumunu etkileyen bireysel faktörlerden bir diğeri eğitimidir. Eğitim düzeyi ile iş doyumunu arasındaki ilişki araştıran araştırma sonuçlarında, genellikle eğitim düzeyi arttıkça, doyumun azalacağı sonucuna varılmıştır (5, 76). Araştırmaya katılan çalışanların eğitim düzeylerine göre işdoyumlarının değişmediği belirlenmiş olup bu sonuç Narin (136) ve Yüksel'in (72) çalışma sonuçları ile aynıdır. Her ne kadar bu araştırmada eğitim düzeyinin iş doyum ile ilişkili olmadığı bulunmuş olsa da literatürde lisansüstü hemşirelerin iş doyumlarının daha yüksek (63), lisans mezunlarının daha düşük (158, 159) olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Literatürde eğitim durumu ile iş doyumunu arasındaki ilişkide farklılıklar olması; lisans mezunu hemşirelerin beklenti, eğitim ve becerilerine uygun çalışma ortamlarında bulunmalarınınmotivasyonlarını ve iş doyumlarını olumlu etkileyebileceğine; buna karşın, uygun olmayan çalışma ortamlarının iş doyumlarını olumsuz etkileyebileceğine bağlanabilir. Yine bu araştırmada Şen'in çalışmasında olduğu gibi eğitim durumuna göre tükenmişlik düzeyinin değişmediği saptansa da, önlisansve lisans mezunu hemşirelerin duyarsızlaşma (63), kişisel başarı eksikliği alt boyut puan ortalamalarının lise ve lisans mezunu hemşirelerde daha yüksek olduğu (112), lise ve ön lisans mezunu hemşirelerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliği puan ortalamasının diğer gruplara göre daha düşük (112) olduğunu gösteren çeşitli araştırmalarda bulunmaktadır.

İş doyumunu ile ilgili sık çalışılan değişkenlerden biri olan medeni durumun, iş doyumunu etkileyen bir değişken olduğu kabul edilmektedir. Araştırmada Yüksel (72), Kahraman ve ark.(2011) ile Topal'ın (74) çalışmasında olduğu gibi medeni duruma göre iş doyumunun değişmediği belirlenmiştir. Buna karşın evli olanların iş doyum puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (66, 125, 136, 159, 160,). Her ne kadar bekar olma tükenmişlik için bir etken olarak belirtilse de medeni duruma göre tükenmişlik düzeyinin değişmediği bu araştırmanın bir diğer bulgusudur. Kaya ve ark (121) ile Yüksel (72) de

çalışmalarında hemşirelerin medeni durumlarıyla tükenmişlik düzeyleri arasında fark bulunmadığını bildirmişlerdir.

Taycan ve ark. (152), kadının çocuk sahibi olmasının toplumsal rolle ilgili olarak takdir edilmesine ve destek görmesine neden olarak tükenmeye karşı koruyucu bir etki yarattığını belirtmektedir. İş doyum boyutlarında çocuk faktörüne göre bir farklılık tespit edilmemiş olup bu bulgu Özgenel'in (151) çalışma bulgusu ile örtüşmektedir. Bu çalışmanın aksine Derin'in (6) Eskişehir'de yaptığı çalışmaya göre çocuk sayısı arttıkça iş doyum puanı da artmaktadır. Topal (74) Ankara il merkezinde iki hastanede yaptığı çalışmasında çocuğu olan hemşirelerin genel ve içsel doyumlarını çocuğu olmayan hemşirelerden yüksek olduğunu saptamışlardır. Çocuk sayısına göre tükenmişlik düzeyinin değişmediği, sonuçların Öztürk ve ark (112), Ertuğrul (174) ve Yüksel'in (72) çalışma bulguları ile aynı olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan çalışanların meslek gruplarına göre iş doyum yönünden genel doyumlarının farklılık gösterdiği, sağlık memurlarının genel doyum ve dışsal doyum düzeylerindedaha yüksek olduğu içsel doyum düzeylerinin meslek gruplarına göre değişmediği belirlenmiştir (Tablo 26). Özgenel'in (151) çalışmasında uzman hekimler ve öğretim üyelerinin içsel doyum ve genel doyum düzeylerinin öteki sağlık çalışanlarına göre oldukça yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmada erkeklerin dışsal doyumunun fazla olduğu sağlık memurlarının da erkek olması nedeni ile bu bulgunun bulunması doğaldır. Hemşirelerin ve ebelerin iş doyumlarının düşük olması görev tanımlarının belirsizliği ve buna paralel artan iş yükleri, anne ve kadın olmanın getirdiği ek sorumluluklar, ağır çalışma koşullarında iyileştirilme olmaması ve meslekte yükselme olanaklarının olmayışı olarak değerlendirilebilir. Kadınların işlerinde öncelikle çalışma koşulları ve sosyal ilişkilere önem verirken, erkeklerin öncelikli olarak ilerleme, kariyer ve ücret gibi unsurlara önem verdiklerine dikkat çekilmektedir (70).

Araştırmaya katılan çalışanların meslek gruplarına göre tükenmişlik düzeylerinin ebe, hemşire ve sağlık memurlarına göre değişmediği belirlenmiştir ($p > 0.05$). Grunfeld ve arkadaşlarının (161) çalışmalarında ise onkoloji merkezinde çalışan doktorların daha yüksek duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma, hemşirelerin ise, daha yüksek kişisel başarı eksikliği gösterdikleri bulunmuştur. Bu araştırmada

ise örneklem sayısının küçük olmasının gruplararası farklılıkları etkilemediği düşünülmektedir.

İş doyumunu etkileyen örgütsel faktörlerden birisi de güvence sağlaması yönünden işin güvenliğidir. Araştırmaya katılanların çalıştıkları kurum tipine göre, özel kurumlarda çalışanların kamu ve belediyelere bağlı birimlerde çalışanlara göre genel doyum ve dışsal doyumlarının daha yüksek olduğu içsel doyum puanlarının değişmediği ($p>0.05$) belirlenmiştir (Tablo 28). Özgenel'in (151) çalışmasında benzer şekilde özel hastanelerde çalışan sağlık çalışanlarının iş doyumları kamu kurumlarında çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Eğinli'nin aktardığına göre (162) özel ve kamu sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurum karşılaştırmalarının söz konusu olduğu çalışmalarda genel olarak, kamu sektörü çalışanlarının özel sektör çalışanlarına oranla işinden ve işyerinden daha düşük doyum düzeyi belirttikleri görülmüştür. Kamuda, belediyelerde ve özel sektörde iş yükü, gelir, çalışma koşulları bakımından yaşanan farklılıklar iş doyumunu düzeylerinin de farklılaşmasına sebep olabilir. İşin güvencesinin kamu kurumlarında fazla olmasına karşın özel hastanelerde kariyer planlama sisteminin olması, iş yükleri dikkate alınarak personel dağılımlarının yapılması, başarılarının desteklenmesi hemşirelerin kendilerini daha yaratıcı hissetmelerine katkı sağlayabilir. Diğer yandan, kamu ve belediyeye bağlı birimlerde çalışan hemşirelerin ruhen ve bedenen güçlerinin üzerinde performans sergiledikleri fiziksel çalışma koşullarının yeterli olmaması, emeklerinin karşılığını alamadıkları duygusu ile doyumsuzluk yaşadıkları, iş güvencelerinin olmaması (sözleşmeli-taşeron firmada çalışmaları), ücretlerin düşük olması doyumsuzluk yaşamalarına neden olmaktadır.

Araştırmaya katılan çalışanların çalıştıkları kurumlar arasında tükenmişlik puanlarının değişmediği (Tablo 28) hizmet sürelerinin düşük olması nedeniyle henüz tükenmenin gelişmemiş olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca evde bakım alanında çalışma sürelerinin de az olması (31.8 ± 24.3 ay) bu bulguyu desteklemektedir. Buna karşın Gür'ün (140) çalışmasında özel hastanede çalışan hemşirelerde duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliği puanları, kamu ve üniversite hastanesinde çalışan hemşirelere göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0.01$). Cerit (177) evde bakım hemşirelerine yönelik yaptığı çalışmada da kurumda toplam çalışma yılına göre iş doyumunun değişmediğini saptamıştır. Bu çalışmada

çalışma yılına göre iş doyumunu ve tükenmişlik düzeylerinin değişmediği görülmüştür. Konukoğlu (148) ve Narin'in (136) çalışmalarında da hizmet süresine göre iş doyum puanlarının farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$). Bazı çalışmalar (72, 79) yıl arttıkça hemşirelerin kişisel başarı düzeylerinin daha yüksek olduğunu, Aytekin (63) 1-6 arasında ve 15 yıl üstünde çalışan hemşirelerin daha yüksek iş doyumuna sahip olduğunu bildirmektedirler. Bu durum çalışanların meslekte hizmet yılı süreleri arttıkça işe ilişkin beklentilerini belirlemiş, iş ve sosyal yaşama ilişkin hedeflerini gerçekleştirmiş, sorunların çözümünde daha tecrübe kazanmış olmalarından dolayı tükenmişlik düzeylerinde azalma ve iş doyumunda artış ile açıklanabilir.

Yapılan çalışmalar (112, 163, 164) çalışma şekli ile iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyi arasında ilişki olduğunu göstermesine rağmen bu çalışmada çalışma şekli her iki değişken için de anlamlı farklılık yaratmamıştır. Bu durumun evde bakım hizmeti sunan çalışanların büyük kısmının sürekli gündüz çalışması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Nitekim gece nöbetlerinin getirdiği zorlukların (sosyal yaşantıda etkilenme, uyku düzeninde bozulma, ruhsal açıdan etkilenme, evlilik yaşantısında etkilenme ve sık sık hastalanma) iş doyumunu olumsuz yönde etkilemekte, tükenmişliği artırmaktadır.

Araştırmaya katılanlardan sağlığını iyi düzeyde algılayanların orta düzeyde ve kötü düzeyde algılayanlara göre iş doyumunun daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo29). Genel doyum ile dışsal doyum boyutlarının puanlarının katılımcıların sağlığını algılama düzeyine göre değişmediği belirlenmiştir ($p>0.05$). bireysel etkiler fiziksel belirtiler açısından önemli olup, tükenmişlik yönünden sağlığını kötü düzeyde algılayanların duygusal tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Yaşanan sağlık sorunları günlük aktiviteleri etkilemekte ve bu da sorunlarla baş etmeyi güçleştirmektedir. Sorunlarla baş edemeyen kişilerde depresyon belirtileri gözlemlenmekte bu da iş doyumunu azaltarak tükenmişliği ortaya çıkarmaktadır.

Araştırmaya katılan çalışanların görev tanımlarına göre iş doyumunu incelendiğinde yazılı görev tanımı olanların içsel doyum puanlarının olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo30). Görev tanımıyla beraber çalışanın neyi–nasıl yapacağını belirlenmiş olması kişinin içsel doyum faktörlerinden yetki ve

yetenek kullanmasını, yaratıcılık göstermesini ve başarı hissini olumlu yönde etkileyecektir. Tüm bu faktörlerde içsel doyumunu oluşturan bileşenlerdir. Benzer şekilde Özgenel'in (151) çalışmasında da görevi olmayan işlerin yaptırıldığını düşünen sağlık çalışanlarının iş doyumunun daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Bu araştırmada yazılı görev tanımı olup olmaması yönünden tükenmişlik düzeylerinin farklılık göstermediği (Tablo30) buna karşın Yörükoğlu'nun (19) çalışmasında kurumdaki görev, yetki ve sorumlulukların net şekilde belirlenip yazılı hale getirildiğini söyleyen kişilerin duyarsızlaşma puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

Evde bakım alanında yapılan çalışmalarda meslektaşlarla işbirliğinin önemli olduğu bildirilmektedir (99). Araştırmaya katılan çalışanların çalışma ortamında meslektaşlarla iş birliği olma durumuna göre iş doyumunu düzeylerinin farklılık gösterdiği, meslektaşlarla her konuda iş birliği olduğunu düşünenlerin içsel, dışsal ve genel doyum puanlarının sadece profesyonel konularda iş birliği olduğunu düşünenlere hiçbir konuda iş birliği olduğunu düşünmeyenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo31). Özgenel'in (151) çalışmasında sosyal ilişki kurabilen, meslektaşlarıyla işbirliği yapabilen sağlık çalışanlarının daha fazla doyuma ulaşabildiği belirlenmiştir. Ulusoy ve Alpar (165) hemşirelerde meslektaş dayanışması ve iş doyumunu ilişkisini inceledikleri çalışmalarında hemşirelerde meslektaş dayanışmasının ve işbirliğinin iş doyumunu pozitif yönde etkilediğini belirlemişlerdir. İşbirliği olması hem başarı hem ekip uyumu gibi içsel ve dışsal faktörleri içermesi açısından iş doyumunda farklılık yaratmaktadır. Buna karşın çalışma ortamında iş birliği olma durumuna göre tükenmişlik düzeylerinin değişmediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo31). İşbirliği varlığının tükenmişlik ile ilişkisi yapılan çalışmalarda incelenmediği için bu bulgu tartışılmamıştır.

Tükenmişliği etkileyen çevresel faktörlerin içinde çalışma ortamında inisiyatif kullanma yetkisinin olmasından söz edilmektedir (167). Avusturya'da kamu hastanesinde hemşirelerde iş doyumunu ve otonominin incelenmesi amacıyla hemşirelerle yapılan çalışma sonucunda, otonominin hemşirelerin iş doyumunu için en önemli iş unsuru olduğu belirtilmiştir (167). Ellenbecker ve ark.'nın çalışmasında (7) evde bakımda otonomi eksikliğinin işten ayrılmada önemli bir faktör olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan çalışanların çalışma ortamında karar verme

sürecine katılma ve bağımsız karar verebilme durumuna göre iş doyum puanlarının değişmediği görülmüştür ($p>0.05$). Bu değişken literatür taramasında yapılan diğer çalışmalarda incelenen bir değişken olmadığı için yorumlanamamıştır.

Araştırmaya katılan çalışanların çalışma ortamında karar verme sürecine katılma durumuna göre duyarsızlaşma, duygusal tükenme ve kişisel başarı eksikliğinin anlamlı fark gösterdiği, karar verme sürecine katılmayanların tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 32). Benzer bir bulgu olarak çalışanların bağımsız karar verebilme durumuna göre bağımsız karar veremeyenlerin duygusal tükenme düzeylerinin bağımsız karar verebilenlerden ve kararsız olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 34). Evde bakım hizmeti sunumu sırasında belirsizlik karşısında sorumluluk alma zorunlulukları, sorumluluk ve yetki alma arasında dengesizlik, rol belirsizliği, otonom çalışmama (insiyatif kullanma yetkileri olmaması) ve görev tanımlarının netleşmemiş olması bu araştırmadaki bireylerin tükenmişlik düzeylerinin yüksek olmasına katkı sağlayan faktörlerdir. Hemşirelerin sağlık alanındaki gelişme ve değişimlere uyum sağlamasının zorunlu olduğu, bireyin bakımında birincil rolü üstlenmeleri nedeni ile diğer sağlık profesyonellerini yönlendirmek için gereken becerileri edinmeleri gerektiği bilinmektedir. Araştırma grubundaki bireylerin evde bakım hizmeti sunumu ile ilgili yeterli hizmet içi eğitimi almadığı, ulusal ve uluslararası toplantılara katılmadıkları /katılamadıkları, evde bakım hizmeti sunumunda hem kurum hem hizmet sundukları kesimden kaynaklı yaşadıkları güçlükler, hemşirelerin otonom olmalarında çok önemli bir unsur olan karar verme stratejilerini etkilediği gözönüne alındığında bu sonucun bulunması doğaldır.

İçsel doyum açısından motive ve onore edici girişimler çalışanların iş doyumlarını artıran faktörlerdir (67). Bu yönüyle bulgular incelendiğinde araştırmaya katılanların çalıştıkları kurumlarında motive edici girişimlerin olduğunu ifade edenlerin genel doyum, içsel doyum ve dışsal doyumlarının daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 35). Araştırmada çalıştıkları kurumlarında motive edici girişimlerin olduğunu ifade eden bireylerin kişisel başarı düzeylerinin daha yüksek olduğu da saptanan bir diğer bulgudur (Tablo 35)

Araştırmaya katılan çalışanların hemşirelik girişimlerinde kendini yeterli bulma algısına göre iş doyum puanlarının değişmediği, kendini kısmen yeterli

bulanların duygusal tükenme düzeylerindedaha yüksek olduğu belirlenmiştir(Tablo36).Nitekim kendi mesleki bilgi yetersizliğinden kaynaklanan güçlükler de kendini yetersiz bulma oranlarının düşük olması bulgusu ile de örtüşmektedir. Özgenel'in (151) çalışmasında ise hastanelerde çalışan sağlık personelinin yaptığı işte kendini yeterli bulmasının iş doyumunun da artırdığı bildirilmektedir.

Araştırmaya katılan çalışanların çoğunluğu yaptıkları işi sevdiklerini ifade etmiş (Tablo37). Benzer şekilde Narin (136) çalışmasında hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%70.9) işlerini severek yaptıklarını belirlemiştir. Buna karşın Beydağ ve Aslan (178) çalışmasında %29.2'sinin mesleklerini sevmediğini ve yaklaşık üçte birinin imkanı olsa mesleklerini değiştirmeyi istediğini bulmuşlardır.Araştırmaya katılan çalışanlardanişini sevenlerin genel ve içsel doyum düzeylerinin sevmeyenlere ve kısmen/biraz sevenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 37).Yapılan çalışmalar (72, 168,122) işini seven ve mesleklerinden memnun olduğunu ifade edenlerin iş doyumlarının daha yüksek olduğunu bildirmektedir.Bu veriler işini sevme, isteyerek yapma ile iş doyumunda olumlu yönde bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan çalışanların işini sevme durumuna göre tükenmişlikdüzeyleri incelendiğinde (Tablo37) işini kısmen/biraz sevenlerin duyarsızlaşmadüzeylerinin,işini sevmeyenlerinduygusal tükenme ve kişisel başarısızlıkdüzeylerinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 37). Ertuğrul (174) çalışmasında iş yaşamından memnun olmayanlarda, mesleği kendisine uygun bulmayanlarda ve mesleğini sürdürmek istemeyenlerde duyarsızlaşmanın fazla olduğunu belirtmiştir.Yüksel (72) çalışmasında işinden memnun olmayan hemşirelerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin daha yüksek, kişisel başarı eksikliği alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğunu bulunmuştur.Bu araştırmanın sonuçları literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Evde bakım hizmetlerinin çok gelişmiş olduğu ABD ve Kanada gibi ülkelerde yapılan çalışmalar iş doyum ve tükenmişliğin işten ayrılmada önemli faktörler olduğunu göstermektedir (58). Bu çalışmada ise her beş kişiden üçünün işten ayrılmayı bazen ve her zaman düşünmelerine karşın işten ayrılma düşüncesine göre iş doyum ve tükenmişlik düzeylerinin değişmediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre araştırmaya katılan çalışanların tanımlayıcı özellikler açısından;

- %39.2'sinin 30-39 ve %27.5'inin 40-49 yaş grubunda
- %85.9'unun kadın, %14.1'inin erkek, %74.6'sının evli ve %25.4'ünün bekâr/dul
- %56.4'ünün lisans, %23.9'u ön lisans, %19.7'si de lise mezunu
- Evde bakım hemşiresi olarak çalışanların hemşire (%64.8), ebe (%22.5) ve sağlık memuru (%12.7)
- %46.5'inin kamuya, %36.6'sının belediyeye ve %16.9'unun özel kuruluşlara ait evde bakım birimlerinde çalıştığı
- Hizmet yıllarının ortalama 16.2 ± 9.9 yıl, evde bakım alanında çalışma sürelerinin ortalama 31.8 ± 24.3 ay
- Haftalık çalışma süresi ortalama 41.1 ± 7.9 saat, aylık ziyaret sayısı ortalama 93.4 ± 82.1

olduğu belirlenmiştir.

Çalışanların çalışma özellikleri, iş doyumunu ve tükenmişlik açısından;

- %62'sinin kurum tarafından görev tanımlarının yazılı olarak belirlendiği
- %60.6'sının yaptıkları işi yoğun, %28.2'sinin çok yoğun, %11.3'ünün ise yoğun olarak algıladığı
- %71.8'i yapılan ev ziyaretlerinde hemşirelik girişimlerini kendilerinin planladığını
- %70.4'ü bağımsız karar verebildiklerini
- %76.1 ise bu ziyaretlerin denetlendiğini, bakımı denetleyenlerin büyük çoğunlukla (%24.1) kurum sorumlusu /hastane yöneticisi ve müdür (%22.2) olduğu

- %40.8'i meslektaşlar arasında her konuda, %38.1'i ise sadece profesyonel konularda iş birliği var olduğunu
- %80.3'ü yaptığı işte yükselme olanağı olduğunu düşünmediğini
- %40.8'i işinden ayrılmayı hiç düşünmediğini, %59.2'si ise düşündüğünü, işten ayrılmayı düşünme nedenleri olarak önemsenmemek (%9.5), ast-üst ilişkisi (%7.1) ve sistemin işlememesi (%7.1) olduğu
- %50.7'sinin işinin bazen ve %22.5'inin her zaman rutinleştiğini belirttiği
- %53.5'inin karar verme sürecine katıldığı, %40.8'inin ise bazen katıldığı
- %50.7'sinin bakıma ilişkin kararlara katkıda bulunduğu, %42.3'ünün ise ara sıra katkıda bulunduğu
- %57.7'sinin evde bakım hizmeti sunarken kendini yeterli, %29.6'sının oldukça yeterli, %2.7'sinin kısmen yeterli bulunduğu
- %73.3'ü yaptığı işi sevdiğini, %23.9'u kısmen/biraz sevdiğini, ancak %2.8'i ise işini sevmediğini
- %47.9'unun aldığı ücreti tatminkar bulmadığı, %18.3'ünün ise tatminkar bulunduğu
- %42.3'ünün kurum kaynaklı güçlüklerle, %16.9'unun fiziksel ortamdan kaynaklanan güçlüklerle, %14.1'inin hasta kaynaklı ve hasta yakını kaynaklı güçlüklerle 1. sırada yer verdiği
- %71.8'inin kurumlarında evde bakım alanına ilişkin herhangi bir eğitim almadığı, %55.7'sinin "Evde Bakım Hemşireliği" ya da "Hemşirelik" alanına ilişkin herhangi bir kongreye katılmadığını, %54.9'unun hizmetiçi eğitime ihtiyaç duyduğu
- %70.4'ünün kurumlarının sadece kurum içi eğitimlere destek sağladığı, %57.7'sinin eğitimsel-bilimsel aktivitelere sadece izin desteği verdiğini, %18.3'ünün hem izin hem maddi destek verdiği
- Araştırmaya katılan çalışanların MTÖ-D alt boyut madde puan ortalamasının 0.73 ± 0.81 , MTÖ-DT alt boyut madde puan ortalamasının 1.74 ± 0.83 , MTÖ-KB alt boyut madde puan ortalamasının 0.86 ± 0.66 olduğu
- Yaşa göre MTÖ ve MDÖ alt boyutlarının madde puan ortalamalarının değişmediği ($p > 0.05$)

- Cinsiyete göre erkeklerin MDÖ-DD düzeyinin kadınlara göre daha yüksek olduğu ($p<0.05$)
- Sağlık memurlarının MDÖ-GD ve MDÖ-DD düzeylerinin ebe ve hemşirelere göre daha yüksek olduğu, ($p<0.05$)
- Özel kurumlarda çalışanların genel doyum ve dışsal doyum düzeylerinin, devlet ve belediyelerde çalışanların düzeylerine göre daha yüksek olduğu ($p<0.05$)
- Sağlığını iyi düzeyde algılayanların içsel doyum düzeylerinin, orta ve kötü düzeyde algılayanlara göre daha yüksek, sağlığını kötü düzeyde algılayanların duygusal tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu ($p<0.05$)
- Yazılı görev tanımı olanların içsel doyum boyutu düzeylerinin yazılı görev tanımı olmayanlara göre daha yüksek olduğu ($p<0.05$)
- Çalışma ortamında meslektaşlarla her konuda iş birliği olduğunu düşünenlerin genel, içsel ve dışsal doyum düzeylerinin sadece profesyonel konularda iş birliği olduğunu düşünenlerin ve hiçbir konuda iş birliği olduğunu düşünmeyenlerin düzeyine göre daha yüksek olduğu ($p<0.05$)
- Çalışma ortamında karar verme sürecine katılma durumuna göre iş doyum düzeylerinin değişmediği ($p>0.05$), karar verme sürecine katılmayanların duyarsızlaşma, duygusal tükenme ve kişisel başarısızlık düzeylerinin daha yüksek olduğu ($p<0.05$)
- Çalışma ortamında kararlara katkıda bulunma durumuna göre iş doyum düzeylerinin değişmediği ($p>0.05$), kararlara katkıda bulunmayanların katkıda bulunan ve ara sıra katkıda bulunanlara göre duygusal tükenme ve kişisel başarısızlık düzeylerinin daha yüksek olduğu ($p<0.05$)
- Çalışanların bağımsız karar verebilme durumuna göre iş doyum düzeylerinin değişmediği ($p>0.05$), bağımsız karar veremeyenlerin duygusal tükenme düzeylerinin daha yüksek olduğu ($p<0.05$)
- Çalışma ortamında motive edici girişimlerin olduğunu ifade edenlerin genel, içsel ve dışsal doyum düzeylerinin daha yüksek, kişisel başarısızlık düzeylerinin daha düşük olduğu ($p<0.05$)
- Hemşirelik girişimlerinde kendini yeterli bulma algısına göre iş doyum düzeylerinin değişmediği ($p>0.05$), kendini kısmen yeterli bulanların duygusal

tükenmişlik düzeyinin yeterli ve oldukça yeterli bulanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$)

- İşini sevenlerin genel doyum ve içsel doyum düzeylerinin daha yüksek ($p<0.05$) olduğu, işini kısmen/biraz sevenlerin duyarsızlaşma düzeyinin işini sevmeyen ve işini sevenlere göre daha yüksek olduğu ($p<0.05$) , işini sevmeyenlerin duygusal tükenme düzeyinin işini kısmen/biraz ve işini sevenlere göre daha yüksek olduğu ($p<0.05$) ve kişisel başarısızlık düzeylerinin daha düşük olduğu
- Stres düzeyi arttıkça genel, içsel ve dışsal doyumun azaldığı ($p<0.05$) , stres arttıkça duyarsızlaşma ve duygusal tükenmenin arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

ÖNERİLER

Araştırma bulguları doğrultusunda;

- Gelecekte nüfusun yaşlanması ve kronik hastalıkların artması ile birlikte daha da önemli hale gelecek olan evde bakım hizmetlerinin etkin olabilmesi için bu alanda çalışanların desteklenmeleri, nitelik ve niceliklerinin artırılması
- Evde bakım hemşirelerinin tükenmişlik düzeylerini azaltıcı, iş doyumlarını artırıcı yönde hem yasal hem de kurumsal düzeyde yapılacak düzenlemelerin başlatılması
- Gelecek dönemlerde yapılacak çalışmalarda evde bakım hemşirelerinin iş doyumunu artıracak ve tükenmişliği azaltacak girişimlerin etkinliği ölçen girişimsel araştırmaların yapılması önerilebilir.

ÖZET

İzmir’de Çalışan Evde Bakım Hemşirelerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi

Bu araştırma İzmir ili sınırları içinde kamu, belediye ve özel kuruluşların evde bakım merkezi/birimlerinde evde bakım hemşiresi olarak çalışan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişkisel olarak yapılmıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden çalışanların tamamı alınmıştır (N:71). Veri toplamada Bilgi Formu, Minnesota Doyum Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılmıştır. Evde bakım hemşiresi olarak çalışanların hemşire (%64.8), ebe (%22.5) ve sağlık memuru (%12.7) olduğu, %46.5’inin devlet, %36.6’sının belediye ve %16.9’unun özel sektörde çalıştığı görülmüştür. Erkeklerin dışsal doyum (p= .04), sağlık memurlarının genel ve dışsal doyum (p=. 033), özel kurumlarda çalışanların genel (p=.017) ve dışsal doyum (p=.003), sağlığını iyi algılayanların (p=. 01) ve yazılı görev tanımı olanların (p=.04) içsel doyum, her konuda iş birliği olduğunu düşünenlerin genel ve dışsal doyum (p=.000) ve içsel doyum (p=.001) işini sevenlerin genel doyum (p=.018) ve içsel doyum (p=.02) düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlığını kötü algılayanların (p=.02), bağımsız karar vermekte kararsız olanların (p=.024), hemşirelik girişimlerinde kendini kısmen yeterli bulanların (p=.028), mesleki konularda karar verme sürecine katılmayanların (p=.002) ve işini sevmeyenlerin (p=.000) duygusal tükenme düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Mesleki konularda karar verme sürecine katılmayanların (p=.000) ve işini kısmen/biraz sevenlerin (p=.01) duyarsızlaşma düzeylerinin daha yüksek, motivasyonu artırıcı girişimler olduğunu belirtenlerin (p=.04), karar verme sürecine katılanların (p=.000) ve işini sevenlerin (p=.01) kişisel başarı düzeyi daha yüksektir. Araştırma sonuçları doğrultusunda gelecekte daha da önemli hale gelecek olan evde bakım hizmetlerinin etkin olabilmesi için bu alanda çalışanların desteklenmesinin, nitelik ve niceliklerinin artırılmasının önemi ortaya çıkmaktadır.

Anahtar sözcükler: Evde bakım hemşireliği, iş doyumu, tükenmişlik

ABSTRACT

An Examination of Work Satisfaction and Burnout in Home Care Nurses Working in Izmir

This descriptive and relational study examined work satisfaction and burnout levels of those working as home care nurses in İzmir. All voluntary participants were accepted (N:71) with no sampling process. Data collection was by an information form, the Minnesota Satisfaction Questionnaire, and the Maslach Burnout Inventory. 64.8% were nurses, 22.5% midwives and 12.7% medical assistants. 46.5% worked for government, 36.6% for municipalities, and 16.9% for the private sector. Higher levels were found of external satisfaction in males ($p=0.04$), general and external satisfaction in medical assistants ($p=0.033$) and private sector workers ($p=0.017$ and $p=0.003$), internal satisfaction in those who perceived their health as good ($p=0.01$) and those with a written job description ($p=0.04$), general and external ($p=0.000$) and internal satisfaction ($p=0.001$) in those who thought there was complete cooperation among colleagues, and general ($p=0.018$) and internal satisfaction ($p=0.02$) in those who liked their jobs. Emotional burnout was higher in those who perceived their health as bad ($p=0.02$), those who were indecisive about independent decision-making ($p=0.024$), those who thought themselves partially adequate in nursing interventions ($p=0.028$), those not taking part in decision-making on professional topics ($p=0.002$), and those who did not like their jobs ($p=0.000$). Desensitization was higher in those not taking part in the decision-making process on professional topics ($p=0.000$) and those who liked their work partially or little ($p=0.01$). Personal success was higher in those who thought motivation could be increased ($p=0.04$), those taking part in the decision-making process ($p=0.000$) and those who liked their jobs ($p=0.01$). Home care services will become more important with aging populations and accompanying increases in chronic illness. This study shows the importance of supporting workers in this field and increasing their quantity and quality.

Keywords: Home care nursing, job satisfaction, burnout

KAYNAKÇA

1. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12133/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-u-.html>. (19.11.2014)
2. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Sağlam M, Doğanyılmaz D, Erdem S, Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı, İstanbul Tıp Derg - İstanbul Med J 2010;11(3):125-132
3. Duxbury ML, Armstrong GD, Drew DJ, Henly SJ. Head Nursele a Dership Style With Staff Nurse Burnout and Job Satisfactionin Neonatal İntensive Care Unit. Nurs Res 1984; 33: 97101.
4. Pınar R, Arıkan S. Hemşirelerde iş doyumunu: Etkileyen faktörler, İş doyumunu ile benlik saygısı ve asersivite ilişkisi. Uluslararası Katılımlı 6. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı. Damla matbaacılık Ltd. Şti., Ankara, 1998,159-170.
5. Cıgırcı Y. Afyon Bölgesinde Çeşitli Sağlık Kuruluşlarda Çalışmakta Olan Cerrahi Hemşirelerinin iş Doyumu Düzeylerinin ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon 2004
6. Lu H, While AE, Barriball KL. Job Satisfaction Among Nurses: A Literature Review. Int J Nurs Stud 2005; 42: 211227.
7. Ellenbecker CH, Neal-Boylan L, Samia L. What Home Healthcare Nurses are Saying About Their Jobs. Home Healthcare Nurse, 2006; 24(5), 315-324
8. Banaszak-Holl J, Hines MA. Factors Associated With Nursing Home Staff Turnover 1. The Gerontologist 1996; 36 (4), 512–517.
9. Parsons SK, Simmons WP, Penn K, Furlough M. Determinants of Satisfaction and Turnover Among Nursing Assistants. The Results of a Statewide Survey. Journal of Gerontological Nursing 2003; 29, 51–58.
10. Tzeng HM. The influence of nurses' working motivation and job satisfaction on intention to quit: an empirical investigation in Taiwan. International Journal of Nursing Studies, 2002; 39: 867-878.

11. Karsh B, Booske BC, Sainfort F. Job and organizational determinants of nursing home employee commitment, job satisfaction and intent to turnover. *Ergonomics*, 2005; 48 (10): 1260-1281
12. Wagner CM. Organizational commitment as a predictor variable in nursing turnover research: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 2007; 60 (3): 235-247.
13. Bakker AB, Schaufeli WB, Demerouti E and et.al. Using Equity Theory to Examine The Difference Between Burnout and Depression, Anxiety Stress and Coping 2000; 13:247-268.
14. Ergin C. Sağlık Personelinin İş Anlayışları Ve Tutumları Araştırması TC Sağlık Bakanlığı Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 1995
15. Maslach C, Jackson SE, The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 1981, 2, 99-113.
16. Canbaz S, Sünter T, Dabak Ş, Öz H, Peşken Y. Hemşirelerde Tükenmişlik Sendromu, İş Doyumu ve İşe Bağlı Gerginlik. *Hemşirelik Forumu* 2005; 4:30-34.
17. Arıkan F, Gökçe Ç, Özer ZC, Köksal CD. Tükenmişlik ve Hemşirelik. *Hemşirelik Forumu*; 2006; 2: 14-17.
18. Şen S, Yorulmaz H, Batmaz M. Acil Servis Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu 5. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Kongre Kitabı: 2007; Nisan 20-21, Şanlıurfa,
19. Yörükoğlu S. Özel Bir Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin Rol Çatışması, Rol Belirsizliği ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul 2008:93
20. Aksungur A. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin İş Doyumu ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Programı Ankara, 2009:143
21. Çınar G. Cerrahi Hemşirelerinde Örgütsel Bağlılığın İş Doyumlarına Etkisinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2010:105

22. Leslie Neal-Boylan An Analysis of the Differences Between Hospital and Home Healthcare Nurse, 2006 Home Healthcare Nurse; vol.24.no.8 September 2006
23. Partlak Günüşen N, Üstün B. Türkiye’de İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşire ve Hekimlerde Tükenmişlik: Literatür İncelemesi. DEUHYO ED 2010, 3 (1), 40-51
24. Samia L.W., Ellenbecker C.H. Friedman DH, Dick C, Home Health Care Services Quarterly, 31:243-265, 2012
25. Çoban S. Evde Bakım Hemşirelerinin Çalışma Alanında Karşılaştıkları Güçlüklerin ve Bakım Vermede Duyulan Gereksinim Alanlarının Belirlenmesi, yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2013
26. Kar G. Evde Bakım Hizmeti Veren Hemşirelerin Hizmetlerde Yaşadıkları Güçlükler ve İş Doyumu Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2003:
27. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmî Gazete
28. Stanhope M, Lancaster J.: Community Health Nursing. Mosby Year Book, St. Louis. Fourth Edition, 1996.
29. Ülkemiz İçin Evde Bakım Modeli Oluşturma Çalıştayı Evde Bakım Derneği, 8- 9 Nisan 2010, Ankara Çalıştay Sonuç Raporu (04.06.2015)
30. Aksayan S, Bahar Z, Bayık A ve ark: Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı . Vehbi koç vakfı yayınları, no:14 istanbul, 1998
31. Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlük Matbaası, İzmir, 2001
32. Karabağ, H. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları için Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007; Ankara:145
33. Karadağ M. Türk Silahlı Kuvvetlerinde Görevli Hekim Öğretim Üyelerinin Evde Bakım Hizmetleri Konusundaki Görüşleri, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara, 2006:105

34. Yılmaz M, Çifçi ES. Sivas Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesinde Bir Model: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri, Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg 2010;18(3):183-189
35. Ertem G., Kalkım A, Bulut S, Sevil Ü. Radyoterapi Alan Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kaliteleri Maltepe Üniv Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:2 sayı:2 2009
36. Scott A. Werger GC. Gender and social support networks in later life. In: S.Arber, J.Ginin (Eds.) Connecting gender and ageing: a sociological approach. Buckingham: Open University Pres, 1997.
37. Akçay D, Gözüm S. Kemoterapi Alan Meme Kanserli Hastalarda, Kemoterapinin Yan Etkilerine İlişkin Verilen Eğitim ve Evde İzlemin Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi Meme Sağlığı Dergisi 2012 (8) Sayı: 4
38. Akkaş A. Mastektomi Sonrası Hastaların Evde İzlemelerinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara 2002.
39. Büyükkayacı N. Sezaryen Sonrası Erken Taburcu Olan Kadınlara Verilen Evde Bakım Hizmetinin Anne Sağlığına ve Öz Bakım Gücüne Etkisi, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Mart 2010, Kayseri
40. Oğlak S. Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası. Turkish Journal of Geriatrics 2007;10:100-8.
41. Akdemir, N. "Sağlık Hizmetlerinde Süreklilik: Evde Bakım Hizmeti", Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı 2001; 39:926-934, Mayıs-Haziran.
42. Çoban M. "Evde Bakım Hizmetleri Konusunda Görüş Belirleme: Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Eğitim Hastanesi Doktorları ve Hemşireleri Üzerinde Bir Uygulama", Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2003:
43. Karamercan, E. "Evde Bakım; Sağlık Hizmetlerinde Yeni Bir Olgusu". Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı, 2001; 39:935-944, Mayıs-Haziran.
44. Öztop H, Şener A, Güven S. Evde Bakımın Yaşlı Ve Aile Açısından Olumlu ve Olumsuz Yönleri. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2008;(1):39-49.

45. Koç G. Doğum Sonu Erken Dönemde Taburcu Edilen Anneler İçin Geliştirilen Evde Bakım Hizmet Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2005
46. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Canlı Özer Z. Yatağa Bağımlı Hastaların Evde Yaşadıkları Sağlık Sorunlarına Yönelik Evde Bakım Hizmet Gereksinimleri, Dicle Tıp Dergisi 2011; 38 (1): 57-65
47. Limnili G, Özçakar N. Evde Sağlık Hizmetlerine Başvuru Özellikleri ve Beklentiler Türk Aile Hek Dergisi 2013;17(1):13-17
48. Söylemezo M N. Denizli Honaz İlçesinde Yaşayan Toplumun Evde Bakım Gereksinimi, Karşılama Düzeyi ve Etkileyen Faktörler Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi ,Haziran 2011
49. WHO (2008), Home Care in Europe, Edited by Rosanna Tarricone and Agis D. Souros, Italy. Web http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf. (03.06.2015)
50. Danış, M. Z. (2004). Yaşlıların Evde Bakım Gereksinimleri ve Evde Bakıma İlişkin Düşünceleri: Başarılı Yaşlanma ve Yaşlı Bakım Modelleri, Ankara: Güç-Vak Yayınları, Sosyal Hizmet Dizisi I.
51. Öztekin Z. "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri", Yeni Türkiye, Mayıs Haziran 2001 Yıl 7, Sayı 39: 60-64.
52. Brodsky J, Habib J, Mizrahi I. Long-term Care Laws in five Developed Countries, A Review. JDC Brookdale Institute Of Gerontology and Human Development, Jerusalem, World Health Organization, 2000.
53. Bahar A, Parlar S. Yaşlılık ve Evde Bakım, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007;2 (4):35
54. Boyoğlu R. Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri ve Sunumu, Yüksek Lisans Tezi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İstanbul, 1998
55. Carr P: Rules of Home Care Nursing . Home Health Care Nurse. V:20, N:6, P:358, June,2002

56. Malloy C, Heartshorn J: acute care nursing In the Home a Holistic Approach.1989
57. Kırk R, Kranz D: Developinghome Care Standarts You Can Count On...and cost on Jona. V:22 N:10 October, 1992
58. CHU C.H. wodchıs W.P. &Mcgilton K.S. (2014) Journal of Nursing Management 22, 553-562
59. Hasson H., Arnetz JE , J Clin Nurs. 2008 Feb;17(4):468-81. Epub 2007 Feb
60. Flynn, L. Agency Characteristics Most Valued By Home Care Nurses: Findings of a nationwide study. Home Healthcare Nurse, 2003, 21, 812–817.
61. İşbaşı S, Tütüncüoğlu G: Evde Bakım Sürecine Genel Bakış. 1. Ulusal Evde Bakım Hemşireliği Kongresi Kitabı. İstanbul, 1998
62. TDK, erişim tarihi: (05.12.2014)
63. Aytekin A, Yılmaz Kurt F, Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniği'nde Çalışan Hemşirelerde İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler, İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi 2014; 4(1):51-58 doi:10.5222/buchd.2014.
64. TDK,
http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5595d7c6814572.06207447 (05.12.2014)
65. Aydemir M, Özkaya H, “Bilecik Özel Tıp Kapalı Cezaevi Çalışanları İş Tatmini Araştırması”, Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi 11. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Kitabı, Afyon, 2003; 714-715
66. Ataklı A, Dikmetaş E, Altınışik S. Üniversite Hastanelerinde Çalışan Yönetici ve Klinik Sekreterlerinin İş Doyumu, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2003; 6(2), 101-105.
67. Tozkoparan G. İş Yaşamında Stresin Çalışan Doyumu ve Performansına Etkileri, Altın Nokta Yayınevi, İzmir 2013
68. Koçel T. İşletme Yöneticiliği. 11. Baskı, Arıkan Basım, İstanbul, 2007 s:485-500.
69. Güner A.R. Sağlık Hizmetlerinde Örgütsel Bağlılık, İşe Bağlılık ve İş Tatmini Arasındaki İlişkilerin Modellenmesi. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya, 2007

70. Bayrak G. Hemşirelerde İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2004
71. Karaca, S. Orta Kademe Yöneticilerin Liderlik Özellikleri, İstanbul, 2008
72. Yüksel C. Hemşirelerde Uyku Kalitesi İş Doyumu ve Tükenmişlik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, Eskişehir 2013:100
73. Kahraman G, Engin E, Dülgerler Ş ve Öztürk E. Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş Doyumları ve Etkileyen Faktörler, DEUHYO ED 2011,4(1),12-18 Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi <http://www.deuhyoedergi.org>, (02.05.2015)
74. Topal E. Hekim ve Hemşirelerin İG Doyum Düzeyleri (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
75. İnci KAVLU, Dr. Rukiye PINAR, Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumlarının Yaşam Kalitesine Etkisi Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009;29(6):1543-55
76. Derin N. Devlet Hastanelerinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Osman Gazi Üniversitesi, Eskişehir, 2007
77. Dağdeviren, Gözen, E. İş Tatmini Ve Örgütsel Bağlılık Sigorta Şirketleri Üzerine Bir Uygulama, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007
78. Çalışkan, Z. İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılığın İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2005: Cilt:20, Sayı:1
79. Toprak E. Mesleki Tükenmişlik Düzeyi ile İş Tatmini Arasındaki İlişki: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı, Niğde, 2013:156
80. Kaya N, Bolol N, Turan N, Kaya H, İşçi Ç. Kulak Burun Boğaz Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Karar Verme Stratejileri ve Mesleki Doyumları. Fırat Tıp Dergisi 2011;16(1): 25-31

81. Büyükbayram A. Hemşirelerin İş Doyumunda Duygusal Zekâ Rolü, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Hemşirelik Programı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, , İzmir. Ege Üniv HYO Derg 2009;25(3):83-94.
82. Çalışkan A. Yeni Mezun Hemşirelerde İş Doyumu Tükenmişlik Ve Gerçeklik Şokunun İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı ,Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010
83. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GT.S.5589f967c035e0.85214671 (24.03.2015)
84. Başaran, İ. Ethem ; Örgütsel Davranış-BRC basım, Ankara, 2008
85. Engin E. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Uyku Düzen Özellikleri ile İş Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1999
86. Özkalp E, Kırel Ç. Örgütsel Davranış. Anadolu Üniversitesi Eğitim Sağlık ve Bilimsel Araştırma Çalışmaları Vakfı Yayın No:149, Eskişehir, 2001 s:128-136.
87. Köroğlu Ö. İş Doyumu ve Motivasyon Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Performansla ilişkisi: Turist Rehberleri Üzerine Bir Araştırma, Balıkesir Üniv. Sos. Bil. Enst. Turizm işletmeciliği ve Otelcilik A.B.D. Doktora Tezi, Balıkesir, 2011
88. Başaran, İbrahim Ethem . Örgütsel Davranış: İnsanın Üretim Gücü, 2. Bası, Gül Yayınevi, Ankara. 1991, s.207
89. Murrels T, Robinson S, Griffiths P. Is Satisfaction a Direct Predictor of Nursing Turnover? Modelling The Relationship Between Satisfaction, Expressed İntention and Behavior in a Longitudinal Cohort Study. Human Resources for Health, 2008; 6 (22): doi: 10.1186/1478-4491-6-22.
90. Chan M.F, Luk A.L, Leong S.M.,Yeung SM., Van L (2008) Factors İnfluencing Macao Nurses' İntention To Leave Current Employment. The Authors. Journal Compilation Blackwell Publishing Ltd, Journal Of Clinical Nursing, 18, 893–901.
91. Lum L, Kervin J, Clark K, Reid F, Sirola W. Explaining nursing turnover intent: job satisfaction, pay satisfaction or organizational commitment. Journal of Organizational Behavior, 1998; 19: 305-320.

92. Ingersoll GL, Olsan T, Drew-Cates J, DeVinney BC, Davies J. Nurses' job satisfaction, organizational commitment, and career intent. *JONA*, 2002; 32 (5): 250-263.
93. Lu KY, Lin PL, Wu CM, Hsieh YL, Chang YY. The relationship among turnover intentions, professional commitment, and job satisfaction of hospital nurses. *Journal of Professional Nursing*, 2002; 18 (4): 214-219.
94. Tzeng H.M., Ketefian S, Redman R.W. (2002) Relationship Of Nurses
95. Larrabee JH, Janney MA, Ostrow CL, Withrow ML, Hobbs GR, Burant C. Predicting registered nurse job satisfaction and intent to leave. *JONA*, 2003; 33 (5); 271-283.
96. Ellenbecker CH, Samia L, Cushman MJ, Porell FW. Employer retention strategies and their effect on nurses' job satisfaction and intent to stay. *Home Health Care Services Quarterly*, 2007; 26 (1): 43-58.
97. Flynn L, Deatrick J A. Home Care Nurses' Descriptions of Important Agency Attributes. *Journal of Nursing Scholarship*, 2003; 35(4), 385-390
98. Shields MA. & Ward M. Improving nurse retention in the national health service in England: the impact of job satisfaction on intentions to quit. *Journal of Health Economics*, 2001; 20: 677-701.
99. Ellenbecker, C, H. , Byleckie JJ (2005) agencies make a difference in home healthcare nurses job satisfaction . *Home Healthcare Nurse*, 23, 777-784
100. Ruzafa M., Torres M., Nicolas A., Iborra L. (2008) Work Satisfaction Among Spanish Nurses Working In English Hospitals. *Gac Sanit. Sep-Oct*; 22(5): 434-42.
101. Doef M., Mbazzi F.B, Verhoeven C. (2012) Job Conditions, Job Satisfaction, Somatic Complaints And Burnout Among East African Nurses. Blackwell Publishing Ltd *Journal Of Clinical Nursing*, 21, 1763–1775.
102. Jayasuriya R., Whittaker M., Halim G., Matineau T. (2012) Rural Health Workers And Their Work Environment The Role At Inter Personel Factors On Job Satisfaction Of Nurses In Rural Paua New Guinea. *Biomedcentral Health Services Research* 2012 (12):156.

103. Cortese C. (2012) Predictors Of Critical Care Nurses' İntention To Leave The Unit, The Hospital, and The Nursing Profession. *Open Journal of Nursing*, 2, 311-326.
104. Kristensen TS., Borritz M., Villadsen E., Christensen KB. (2005) The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assesment of burnout. *Work Stress*, 19(3): 192-207.
105. Işıkhhan V. (2004) Çalışma Hayatında Stres ve Başa Çıkma Yolları. Ankara: Sandal Yayınları.
106. Budak G, Sürgevil O. Tükenmişlik ve Tükenmişliği Etkileyen Örgütsel Faktörlerin Analizine İlişkin Akademik Personel Üzerinde Bir Uygulama, *D.E.Ü.İİ.B.F. Dergisi*, 2005; 20(2),95-108.
107. Edelwich, Brodsky. *Burn-Out: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. London: Human Sciences Press, 1980
108. Kaçmaz N. Hemşirelerde İş Stresi ve Tükenmişlik. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.*, 2005. 13(54), 65-75
109. Balcıoğlu İ, Memetali S, Rozant R. Tükenmişlik Sendromu, *Dirim Tıp Gazetesi* 2008; Sayı:83,99-104.
110. Maslach, C, Schaufeli, W.B. , Leiter, M.P.. *Job Burnout*. *Annual Review of Psychology*, 2001; 52, 397-422.
111. Çimen M . Türk Silahlı kuvvetleri Sağlık Personelinin Tükenmişlik, İş Doyumu, Kuruma Bağlılık ve İşten Ayrılma Niyetlerine İlişkin Bir Alan Araştırması. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora tezi, Ankara, 2000
112. Öztürk S, Özgen R, Şişman H, Baysal D, Sariakçalı N, Aslaner E, Kum P, Gürel D, Gezer D, Akıl Y, Yıldızdaş RD. Bir Üniversite Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi ve Sosyal Desteğin Etkisi *Cukurova Medical Journal* 2014;39(4):752-764
113. Sönmez, DZ, Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi, *GÜ, SBE, YYLT*, Ankara, 2006 s:14-15
114. Koç H, Topaloğlu, M; *Yönetim Bilimi*, 1. Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık. 2010, s 238-239

115. Ersoy F, Yıldırım RC, Edirne T. Tükenmişlik (Staff Burnout) Sendromu. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 10 (2) 2001, <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0201/1.html> (Erişim tarihi:17.06.2015)
116. Koç H. Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinde Stres Etkenleri ve Tükenmişlik Sendromu, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul. 1999:52
117. Barutçu E, Serinkan C. Günümüzün Önemli Sorunlarından Biri Olarak Tükenmişlik Sendromu Denizli’de Yapılan Bir Araştırma, Ege Akademik Bakış Dergisi, 2008.8(2),541-561. 66.
118. Basım, HN, Şeşen H. EFQM Mükemmellik Modeli Uygulamalarının Çalışanların Tükenmişlikleri Üzerine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2007;.21(1), 201-214.
119. Altay B, Gönener D, Demirkan C. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Aile Desteğinin Etkisi, Fırat Tıp Dergisi, 2010; 15(1),10-16.
120. Aras Z. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşire ve Ebelerin Tükenmişlik Durumları, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006
121. Kaya, N, Kaya, H, Ayık, S, Uygur, E. (2010). Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 7:1. <http://www.insanbilimleri.com>
122. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2011; 2(2),61-68.
123. Oğuzberk, M., Aydın, A., Ruh Sağlığı Çalışanlarında Tükenmişlik, Klinik Psikiyatri 11:167-179, 2008
124. Altuntaş, E., Stres Yönetimi, İstanbul, 2003, s: 10
125. Demir A., “Hemşirelikte Tükenmişliğe Bir Bakış”, Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, C.7, S.1, Erzurum, 2004, ss. 2-3 ;
126. Süral Özer P, Tozkoparan G. Tükenmişlik, Örgütsel Adalet Algıları ve Öz Benlik Değerlendirmeleri İlişkisi Finans Politik & Ekonomik Yorumlar 2013 Cilt: 50 Sayı: 583

127. Akyolcu N, Öztekin D, Çelik S. Acil birimlerde “Triyaj” kimler tarafından ve nasıl uygulanıyor?. İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi 2006;57(1).
128. Erol A, Sarıççek A, Gülseren Ş. Asistan Hekimlerde Tükenmişlik: İş Doyumu ve Depresyonla İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8:241-7.
129. Avşaroğlu S, Deniz ME, Kahraman A. Teknik Öğretmenlerde Yaşam Doyumu İş Doyumu Ve Mesleki Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2005;14:115-30.
130. Kavlu İ. Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumlarının Yaşam Kalitesine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, 2008
131. Uzunkaya S. Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyum Düzeylerinin İş Yaşam Kaliteleriyle İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010
132. Kelleci M., Gölbaşı Z., Doğan S., Ata E.E., Koçak E.(2011) Hastanede Çalışan Hemşirelerde İş Doyumu Ve Tükenmenin Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. Cumhuriyet Tıp Dergisi; 33: 144-152
133. Çam O, Tükenmişlik Envanterinin Geçerlilik ve Güvenirliğinin Araştırılması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Kitabı, Bayraktar R, Dağ I (eds); Türk Psikologlar Derneği Yayını . Ankara, s: 155-160 Ankara, 1992.
134. Anthony A, Milone-Nuzzo P. Factors Attracting and Keeping Nurses in Home Care. Home Healthcare Nurse 2005; 23(6), 372-377.
135. Navaie-Waliser M, Lincoln P, Karturi M, Reisch K. Increasing Job Satisfaction, Quality Care, and Coordination in Home Health. Journal of Nursing Administration, 2004; 34(2), 88-92.
136. Narin Y. İstanbul İlinde Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Rol Çatışması, İş Doyumu ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, 2010:118
137. Baycan FA. Farklı Gruplarda Çalışan Kişilerde İş Doyumunun Bazı Yönlerinin Analizi. Boğaziçi Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 1985
138. Weiss DJ, Dawis RV, England GW, Lofquist LH. Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire, Minneapolis, University of Minnesota, 1967.

139. Ergin, C. Doktor Ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Kitabı, s.143–154. Ankara, 22–25 Eylül 1992.
140. Gür E. Kamu, Özel ve Üniversite Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerde Örgütsel Adalet Algısı ve Tükenmişlik Durumları, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Ankara 2014:98
141. Küçükyürük Ş. Ameliyathanede Çalışan Hemşirelerin Fazla Mesailerinin Tükenmişlik Düzeyleri Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi İstanbul- 2013
142. Malak B, Üstün B. Hemşirelerin Sosyotropi-Otonomi Kişilik Özellikleri ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi (2011) 1–16
143. Kaya N, Aştı T, Acaroğlu R, Kaya H, Şendir M. Hemşire Öğrencilerin Sosyotropik-Otonomik Kişilik Özellikleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;10(3):1-11.
144. Çam O, Engin E. Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerde Farkındalık Eğitiminin Bireysel Performans Standartlarına Etkisi, Anatolian Journal of Psychiatry 2006;7:82-91.
145. Kangallı P. Sivas ili hastanelerinde çalışan hemşirelerin otonomi düzeyleri ve otonomiye etkileyen mesleki ve kuramsal faktörlerin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2005.
146. Sürer P. Hastanede Çalışan Hemşirelerde İşgücü Devir Hızı Ve Ayrılma Nedenlerinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, İzmir.
147. Çam O, Akgün E, Gümüş AB, Bilge A, Keskin GÜ. Bir Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Klinik Ortamlarını Değerlendirmeleri ile İş Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005;6:213-220.
148. Konukoğlu F. Özel Bir Hastanede Görev Yapan Hemşirelerin İş Doyumu Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2014:72

149. Yürümezoğlu H. Kanıta Dayalı Hemşirelik Yönetimi Uygulamalarının Hemşire İş Doyumu Örgütsel Bağlılık ve İşten Ayrılma Niyeti Üzerine Etkisi, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim, İzmir 2012:171
150. Lu KY, Chang LC, Wu HL. Relationship between professional commitment, job satisfaction, and work stress in public health nurses in Taiwan. *Journal of Professional Nursing*, 2007; 23 (2): 110-116.
151. Özgenel İnce F. Edirne Merkez İlçedeki Kamu ve Özel Hastanelerde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı , Edirne,2014:122
152. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyo-demografik Özelliklerle İlişkisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 7(2):100–108, 2006.
153. Kebapçı A, Akyolcu N. Acil Birimlerde Çalışan Hemşirelerde Çalışma Ortamının Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi, *Türkiye Acil Tıp Dergisi - Tr J Emerg Med* 2011;11(2):59-67 doi: 10.5505/1304.7361.2011.43827
154. Aktekin AYDIN F İş Sağlığı ve Güvenliğinin Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri Üzerine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Programı Yüksek Lisans Tezi İzmir,2010
155. TDK,(05.12.2014)
156. Kocabacak, S, Yavuz, A, Ceyhan, Z, Sarı, M. Devlet Hastanelerinde Üst Düzey Yöneticilerde İş Doyumunun Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Çalışması. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiriler Kitabı. Esatoğlu, A.E, Ak, B. (Ed.). (s. 369-372). Antalya. 2008
157. Durmuş S, Günay, O. Hemşirelerde İş Doyumu ve Anksiyete Düzeyini Etkileyen Faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi*, 2007; 29 (2), 139-146.
158. Yıldız, N., Kanan, N. (2005). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerde İş Doyumunu Etkileyen Faktörler. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 9, 1-2, 8-13
159. Gölbaşı, Z., Kelleci, M., Dogan, S. (2008). Relationships between coping strategies, individual characteristics and job satisfaction in a sample of hospital

nurses: cross- sectional questionnaire survey. *International Journal Of Nursing Studies*, 45, 1800- 1806

160. Piyal B., Çelen Ü., Şahin N., Piyal B. (2000) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışanların İş Doyumu. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 53(4):241-250.

161.Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: Prevalence of Burnout, Job Stress and Job Satisfaction. *CMAJ* 2000; 163:166-169.

162.Eğinli Temel A. (2009) Çalışanlarda iş doyumunu: Kamu ve özel sektör çalışanlarının iş doyumuna yönelik bir araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari BilimlerDergisi*, 23(3): 35-53.

163. Kavla, İ. Hemşirelerde Tükenmişlik ve İş Doyumu. D.E.U Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1998

164. Üstün B. Hemşirelerin Atılgnlık ve Tükenmişlik Düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 1995

165. Ulusoy Çetinkaya E. Alpar Ecevit Ş. Hemşirelerde Meslektaş Dayanışması ve İş Doyumu ile İlişkisi F.N. *Hem. Derg* (2013) Cilt 21 - Sayı 3: 154-163 ISSN 2147-4923 Araştırma Yazısı

166. Ersoy F, Yıldırım RC, Edirne T. Tükenmişlik (Staff Burnout) Sendromu.Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 10 (2) 2001, <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0201/1.html> (Erişim tarihi:18.06.2006)

167. Zurmehltly J. (2008) The Relationship Of Educational Preparation, Autonomy And Cricital Thinking To Nursing Job Satisfaction. *J Contin Educ Nurs.*:39 (10):453

168. Uzun Ö. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyum Düzeyleri ve İş Doyumları İle İlgili Bazı Değişkenlerin İncelenmesi, Araştırma Yazısı, İ.Ü.F.N. *Hem. Derg* (2010) Cilt 18 - Sayı 1: 1-9 ISSN 1304-4869

169. Karakışla Y. Kamu ve Özel Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu ve Örgüt Kültürü Algıları, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2012:326

170.Smith-Stoner, M. (2004). Home care nurses' perceptions of agency and supervisory characteristics:Working in the rain. *Home Healthcare Nurse*, 22, 536–546.

- 171.Malik, J, Jordan P. (2005); Organizational Climate and Hospital Nurses Job Satisfaction, Burnout And Intent To Leave, University of Pennsylvania.
- 172.Demir S. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Çalışanlarının Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı Ankara, 2010:93
- 173.Brewer, E.W, Shapard, L Employee burnout: A metaanalysis of the relationship between age or years of experience. Human Resource Development Review, 3:(2), 102-123. . (2004).
- 174.Ertuğrul E. Üniversite Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyenlerinin Tükenmişlik ve Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Zonguldak 2010:98
175. Özbayır T, Demir F, Candan Y, Dramalı A. Ameliyathane Hemşirelerinin Tükenmişliğinin İncelenmesi. Hemşirelik Forumu Dergisi 2(2):18–25, 2006.
176. Doğan K. Ankara’da İki Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Sağlık Personelinin Tükenmişlik Durumu ve İlişkili Etmenler, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Anabilim Dalı Ankara, 2005.
177. Cerit K. Hemşirelerin İş Doyumlarını Belirleyen Faktörler: Örgüt İklimi, Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2009:95
178. Beydağ K.D. Arslan H. Kadın Doğum Kliniklerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Profesyonelliklerini Etkileyen Faktörler, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:3, Sayı:7 2008
179. Sürgevil O. Tükenmişlik ve Tükenmişliği Etkileyen Örgütsel Faktörler: Akademik Personel Üzerinde Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim Ve Organizasyon, İzmir, 2005

Sosyo-demografik özellikler

- 1- Yaşınız:
- 2- Cinsiyetiniz: Kadın Erkek
- 3- Eğitim Durumunuz: Lise Ön lisans Lisans ve üstü
- 4- Medeni Durumunuz: Bekar/ Dul Evli
- 5- Evli iseniz eşinizin iş durumu: Çalışıyor Çalışmıyor
- 6- Çocuğunuz var mı? Yok Bir İki Üç ve üzeri
- 7- Sigara içiyor musunuz?
 Şimdi halen içiyorumadet/ günyıldır Sigaraya başlama yaşıınız:.....
 Eskiden içiyordum:..... adet/ gün Toplam:yıl Sigarayı bırakma yaşıınız:.....
 Hiç kullanmadım
- 8- Size göre gelir durumunuz nedir?
 Gelirim giderimden fazla Gelirim ve giderime eşit Gelirim giderimden az
- 9- Kronik bir hastalığınız var mı?
 Hayır Evet : (yazınız):
- 10- Genel olarak son 6 aydır sağlığınıza nasıl algılıyorsunuz?
 Çok kötü Kötü Orta İyi Çok iyi

Çalışma durumuna/koşullarına ilişkin özellikler

- 11- Meslek : Ebe Hemşire Sağlık memuru
- 12- Meslekte kaçınıcı yılınızı çalışmaktasınız?.....
- 13- Çalıştığınız kurum:
 Güney Genel Sekreterliğine bağlı hastane Güney Genel Sekreterliğine bağlı ADSM
 Kuzey Genel Sekreterliğine bağlı hastane Kuzey Genel Sekreterliğine bağlı ADSM
 Belediye Özel kurum ise belirtiniz.....
- 14- Bu kurumda (evde bakım alanında) çalışma süreniz? Ay:.....Yıl:.....
- 15- Çalışma şekliniz: Sürekli Gündüz Sürekli Gece Nöbet Vardiya
- 16- Haftalık çalışma süreniz :saat
- 17- Çalıştığınız kurumda “Evde Bakım” konusunda bir eğitim aldınız mı?
 Hayır Evet ise hangi konularda

18- Kurumunuz tarafından görev tanımınız yazılı olarak belirlenmiş mi?

Hayır Evet

19- Sizce işinizin yoğunluk derecesi nedir?

Yoğun değil Yoğun Çok Yoğun

20- Ayda ortalama kaç ev ziyareti yapıyorsunuz?.....

21- Ziyaretlerinizde hemşirelik girişimlerini kim/kimler planlıyor?

Hemşire olarak ben Doktor Diğer :.....(yazınız)

22- Mesleki uygulamalarınızda ya da hemşirelik girişimlerinin uygulanmasında bağımsız karar verebiliyor musunuz?

a)Evet b) Kararsızım c) Hayır

23- Mesleki uygulamalarınızda bağımsız karar vermenizi olumsuz yönde etkileyebileceğini/etkilediğini düşündüğünüz faktörlerin en önemlisi sizce nedir?

a) Eğitim durumu b) Pozisyonum c) Sağlık ekibinin diğer üyelerinin (doktor, amir gibi) baskısı
d) Kişilik özelliklerim e) Diğer.....(belirtiniz)

24- Verdiğiniz bakım veya hizmet denetleniyor mu?

Hayır denetlenmiyor
 Evet denetleniyor; kim/kimler denetliyor?.....

25- Evde bakım veya hemşirelikle ilgili kongrelere katılıyor musunuz?

Hayır hiç katılmadım Evetkez katıldım.

26- “Evde Bakım” alanında hizmet içi eğitime ihtiyaç duyuyor musunuz?

Hayır Evet Kısmen

27- Eğitime ihtiyaç duyuyorsanız; hangi konularda eğitim almak istersiniz?

Evde bakım hemşireliğinin görev tanımı, rol ve sorumlulukları
 Hemşirelik tanıları ve girişimleri
 Evde bakım gerektiren durum / hastalıkların yönetimi
 İletişim (ekip içi, hasta ve yakınlarıyla iletişim)
 Organizasyon kültür/ kurum kültürü
 Evde kullanılması gereken tıbbi cihaz ve malzeme
 Evde bakımda kullanılan bilgisayar teknolojisi ve programlar
 Hasta ve çalışan hakları
 Diğer

İşte yaşanan güçlüklerle ilişkin özellikler

28- Çalışma alanınızda yaşadığınız güçlükleri size göre önem derecesini 1 den başlayarak numaralandırınız.

Çalıştığınız kurumdan kaynaklanan güçlükler (özlük hakları, ücret, ekipman ve personel yetersizliği gibi)	
Birlikte çalıştığınız ekipten kaynaklanan güçlükler (iletişim sorunları, sözel order verilmesi gibi)	
Malzeme temini konusundaki yetersizlikten kaynaklanan güçlükler	
Kendi mesleki bilgi, tecrübe ve deneyimlerimden kaynaklanan güçlükler (kullanılan cihazları tanımama, evde bakım uygulamaları ile ilgili bir eğitim almamış olmak gibi)	
Hastadan kaynaklanan güçlükler (taciz, şiddet ve ya önerilere uyulmaması gibi)	
Hasta yakınlarından kaynaklanan güçlükler (görev tanımınızın dışında (ev işi gibi) hizmet istenmesi gibi)	
Fiziksel ortamdan kaynaklanan güçlükler (ziyaret edilen ev ortamı, güvenlik gibi)	
Diğer.....	

29- Sizce çalıştığınız kurumda diğer meslektaşlarınızla aranızda işbirliği var mı?

- a) Evet her konuda iş birliği var b) Sadece profesyonel iş birliği var c) Hayır iş birliği yok

30- Çalıştığınız kurum eğitsel ve bilimsel aktivitelere katılımınızı destekliyor mu?

- () Hayır () Evet Evet ise hangi konularda destek veriyor işaretleyiniz.

	Evet	Hayır
Tüm eğitsel ve bilimsel aktivitelere katılımımı destekliyor		
Sadece kurum içi eğitsel ve bilimsel aktivitelere katılımımı destekliyor		
Yurt dışı eğitsel ve bilimsel aktivitelere katılımımı destekliyor		
Yukarıda belirtilen destek sadece izin desteğidir		
Yukarıda belirtilen destek izin ve maddi destektir		

31- İş ortamında **karar verme sürecine katılımınızı** nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Katılımım b) Ara sıra katılımım c) Katılmam

32- İş yerinde kararların alınmasında **katkıda bulunma** durumunuz ne düzeydedir?

- a) Katkıda bulunurum b) Ara sıra katkıda bulunurum c) hiç katkıda bulunmam

33- Evde bakım hizmeti sunarken kendinizi ne kadar yeterli hissediyorsunuz?

- () Oldukça yeterli () Yeterli () Kısmen yeterli () Yetersiz () Oldukça yetersiz

34- Yaptığınız işi seviyor musunuz?

- Hayır Evet Kısmen/biraz

35- Yaptığınız işten aldığınız **ücret** sizi tatmin ediyor mu?

- Hayır etmiyor Kısmen ediyor Evet, tatmin ediyor

36- Çalıştığınız kurumda motivasyonunuzu arttıracak girişimler var mı?

- Yok
 Var ise; hangisi/hangileri olduğunu işaretleyiniz (birden fazla işaretleyebilirsiniz)
 Performans uygulaması
 Terfi ve ilerleme olanakları
 Çalışma şartlarının iyileştirilmesi
 Yapılan işlerin hakkıyla takdir edilmesi
 Şahsi problemlerinde kişilere yardımcı olunması
 Olan bitenlere dahil edilme hissi
 Diğer.....

37- Yaptığınız bu işte yükselme olanağınız olduğunu düşünüyor musunuz?

- Hayır düşünmüyorum Evet, düşünüyorum

38- Hiç bu işten ayrılmayı düşündünüz mü?

- Hayır Bazen Evet : Nedenini açıklayınız.....

39- Yaptığınız işin rutinleştiğini /sıradanlaştığını düşündüğünüz oluyor mu?

- Hayır Bazen Evet : Nedenini açıklayınız.....

40- Sizce kişilik tipiniz nedir?

- a) A tipi (hızlı konuşma, hızlı yeme, hızlı yürüme, sabırsız, aynı anda birçok şeyi yapma, rekabetçi vb)
b) B tipi (rahat ve sabırlı, aşırı hırslı olmayan, kolay kolay sinirlenmeyen ve tedirgin olmayan, sakin, zaman saplantısı olmayan vb)

41- İş ortamında algılanan stres düzeyinizi nasıl yorumlarsınız? Stres düzeyinizi aşağıdaki çizgi üzerinde işaretleyiniz.

0 hiç stresli olmadığınızı 10 ise stres düzeyinizin çok yüksek olduğunu ifade etmektedir.



Ek:2**MINNESOTA DOYUM ÖLÇEĞİ
(Minnesota Satisfaction Questionnaire- MSQ)**

Aşağıda işinizin çeşitli yönleri ile ilgili cümleler bulunmaktadır. Her cümleyi dikkatle okuyarak o cümlede belirtilen yönden işinizden ne derecede memnun olduğunuzu işaretleyiniz. Cevap verirken “bu yönden işimden ne derece memnunuz” diye kendinize sorunuz.	Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Kararsızım	Memnunuz	Çok Memnunuz
1. Şimdiki işimden “beni her zaman memnun etmesi” bakımından					
2. Şimdiki işimden “tek başıma çalışma olanağı olması” bakımından					
3. Şimdiki işimden “ara sıra değişik şeyler yapabilme şansını” bakımından					
4. Şimdiki işimden “toplumda saygın bir kişi olma şansını vermesi” bakımından					
5. Şimdiki işimden “yöneticimin ekibindeki kişileri idare tarzı” bakımından					
6. Şimdiki işimden “yöneticimin karar vermedeki yeteneği” bakımından					
7. Şimdiki işimden “vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilme şansım olması” bakımından					
8. Şimdiki işimden “bana sabit bir iş sağlaması” bakımından					
9. Şimdiki işimden “başkaları için bir şeyler yapabilme olanağı bana vermesi” bakımından					
10. Şimdiki işimden “kişilere ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olma” bakımından					
11. Şimdiki işimden “kendi yeteneklerimi kullanarak bir şeyler yapabilme şansını olması” bakımından					
12. Şimdiki işimden “iş ile ilgili kararların uygulanmaya konması” bakımından					
13. Şimdiki işimden “yaptığım iş ve karşılığında aldığım ücret” bakımından					
14. Şimdiki işimden “iş içinde terfi olanağının olması” bakımından					
15. Şimdiki işimden “kendi kararlarımı uygulama serbestliğini bana vermesi” bakımından					
16. Şimdiki işimden “işimi yaparken kendi yöntemlerimi kullanabilme şansını bana vermesi” bakımından					
17. Şimdiki işimden “çalışma şartları” bakımından					
18. Şimdiki işimden “çalışma arkadaşlarımla birbirleri ile anlaşmaları” bakımından					
19. Şimdiki işimden “yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilme” bakımından					
20. Şimdiki işimden “yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissi” bakımından					

Ek:3**MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ
(Maslach Burnout Inventory Manual)**

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak hangi sıklıkta hissettiğinizi size uyan seçeneğe işaret koyarak belirtiniz.	Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. "Kendini işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum."					
2. "İşgününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum."					
3. "Sabah kalkıp yeni bir işgünü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum."					
4. "Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabilirim."					
5. "Bazı hastalarım onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığını hissediyorum."					
6. "Bütün gün insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir."					
7. "Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim."					
8. "İşimin beni tükettiğini hissediyorum."					
9. "İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum."					
10. "Bu mesleğe başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum."					
11. "Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum."					
12. "Kendimi çok enerjik hissediyorum."					
13. "İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum."					
14. "İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum."					
15. "Bazı hastaların başına gelenler gerçekten umurumda değil."					
16. "Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla strese neden oluyor."					
17. "Hastalarımın rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim."					
18. "Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum."					
19. "Bu meslekte pek çok değerli işler başardım."					
20. "Kendimi çok çaresiz hissediyorum."					
21. "İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim."					
22. "Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum."					



İZMİR KÂTİP ÇELEBİ
ÜNİVERSİTESİ

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU
(İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35360 Karabağlar / İZMİR
Tel:0 232 245 04 38 --- 0 232 244 44 44 / 1234 Fax: 0 232 245 04 38 E-posta ikcetik2@gmail.com)

Yrd. Doç. Dr. Medine YILMAZ
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Karar No: 13
Tarih : 05.02.2015

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nden **Yrd. Doç. Dr. Medine YILMAZ** sorumluluğunda yapılması planlanan "**İzmir'de Çalışan Evde Bakım Hemşirelerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi**" adlı araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca **bulunmadığına** toplantıya katılan Etik Kurul üyelerinin **oy birliği** ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Recep SÜTÇÜ
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı



İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 13	Tarih: 05.02.2015
	İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nden Yrd. Doç. Dr. Medine YILMAZ sorumluluğunda yapılması planlanan "İzmir'de Çalışan Evde Bakım Hemşirelerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi" adlı araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Çalışma Esasları Yönergesi 2013
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof Dr Recep SÜTÇÜ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof Dr Recep SÜTÇÜ / Başkan	Tıbbi Biyokimya	İKÇÜ Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç Dr Yusuf Cem KAPLAN / Başkan Yardımcısı	Tıbbi Farmakoloji	İKÇÜ Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uzm Dr D. Barış KILIÇÇIOĞLU / Raportör	Adli Tıp	Sağlık Bakanlığı	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof Dr Tülay KURT İNCESU / Üye	Nöroloji	İKÇÜ Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç Dr Yasemin TOKEM / Üye	İç Hastalıkları Hemşireliği	İKÇÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Orhan GÖKALP / Üye	Kalp Damar Cerrahisi	İKÇÜ Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd Doç Dr Ebru KÜÇÜKYILMAZ / Üye	Çocuk Diş Hekimliği	İKÇÜ Diş Hekimliği Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd Doç Dr Özge KARAEĞE / Üye	Ticaret Hukuku	İKÇÜ İktisadi İdari Bilimler Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma



İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35360 Karabağlar / İZMİR
	TELEFON	0 232 245 04 38 --- 0 232 244 44 44 / 1234
	FAKS	0 232 245 04 38
	E-POSTA	ikcetik2@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLER	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İzmir'de Çalışan Evde Bakım Hemşirelerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi			
	VARSA ARAŞTIRMA PROTOKOL/PLAN KODU				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Medine YILMAZ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ				
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLEN DİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	29.12.2014	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	29.12.2014	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİ RİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama		



(İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35360 Karabağlar / İZMİR / TÜRKİYE
Tel:0 232 245 04 38 - 0 232 244 44 44 / 1234 Fax: 0 232 245 04 38 E-posta ikcetik2@gmail.com)

**İZMİR KÂTİP ÇELEBİ UNIVERSITY
NON-INTERVENTIONAL CLINICAL STUDIES
INSTITUTIONEL REVIEW BOARD**

To _____ : Medine YILMAZ, PhD

From _____ : Prof. Recep SÜTÇÜ, MD, Chair

Date _____ : 05.02.2015

IRB # _____ : 13

Study Title: INVESTIGATION of JOB SATISFACTION and BURNOUT LEVELS of HOME CARE NURSES WHO WORKING in İZMİR

At its board meeting on **05.02.2015** your submission for the above referenced research study has received review and approval from İzmir Kâtip Celebi Non-Interventional Clinical Studies Institutional Review Board.

Prof. Recep SÜTÇÜ, MD,
Chair



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İZMİR İLİ GÜNEY BÖLGESİ KAMU HASTANE
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - İZMİR İLİ
GÜNEY BÖLGESİ KHBGS EĞİTİM
KOORDİNATÖRLÜĞÜ BİRDİM
19-03-2015 16:26 - 23592379 / 044 / 709



Sayı : 23592379/044
Konu : Nilgün YURTSEVER'in Araştırma
İzni

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Nilgün YURTSEVER'in "İzmir'de Çalışan Evde Bakım Hemşirelerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi" konulu araştırmasıyla ilgili evrakları incelenmiş olup, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla, İzmir Güney Genel Sekreterliğine Bağlı kurumlarda yürütülmesi Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Murat TÜRKYILMAZ
Genel Sekreter a.
Tıbbi Hizmetler Başkanı



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İZMİR İLİ KUZEY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - İZMİR İLİ
KUZEY BÖLGESİ KHBGS EĞİTİM HİZMETLERİ
BİRİMİ

19/02/2015 21:37 - 67938315 / 799 / 4113



Sayı : 67938315/799
Konu : Nilgün YURTSEVER' in Tez
Çalışması

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümü Yüksek Lisans programı öğrencisi Nilgün YURTSEVER' in Doç. Dr. Medine YILMAZ sorumluluğunda “ İzmir'de Çalışan Evde Bakım Hemşirelerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi ” konulu tez çalışmasını, 15.02. 2015 ile 15.06.2015 tarihleri arasında Genel Sekreterliğimize bağlı tüm kurumlarda uygulaması hakkındaki Genel Sekreterlik makamından alınan onay ektedir.

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

Dr. Namık Kemal KUBAT
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

Ek : Makam Onayı (1 Syf)

Dağıtım : İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Rektörlüğü
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

sümer mh. 452 sk. no:2 35260 konak - izmir
A★ tılı bilgi için: derya.dokumaci@saglik.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5c525aa6-91b0-4542-b9f2-91fccd04bd1f kodu ile erişebilirsiniz.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 67938315/799
Konu : Nilgün YURTSEVER' in Tez
Çalışması

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümü Yüksek Lisans programı öğrencisi Nilgün YURTSEVER' in Doç. Dr. Medine YILMAZ sorumluluğunda “ İzmir'de Çalışan Evde Bakım Hemşirelerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi ” konulu tez çalışmasını, 15.02. 2015 ile 15.06.2015 tarihleri arasında Genel Sekreterliğimize bağlı tüm kurumlarda uygulama yapabilmesi hususunda;

Gereğini tensiplerinize arz ederim

Dr. Namık Kemal KUBAT
İdari Hizmetler Başkanı

OLUR

.../.../2015

Doç.Dr.Ahmet Emin ERBAYCU
Genel Sekreter

ÖZGEÇMİŞ

NİLGÜN (TÜRKOĞLU) YURTSEVER

GSM:0 505 357 37 26

nilgunyurtsever@hotmail.com

177.Sok. No:19 Güzelbahçe- İZMİR

KİŞİSEL BİLGİLER

Uyruğu : T.C.

Doğum Yeri & Tarihi : İskenderun / 18.09.1971

Medeni Durumu : Evli

Çocuk : İki

EĞİTİM DURUMU

2008	ANADOLU ÜNİV. AÖF İŞLETME FAK. (Lisans)
2002	EGE ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM FAK. “Pedagojik Formasyon”
1995	EGE ÜNİVERSİTESİ HYO BÖLÜMÜ (Lisans)
1989	KAYSERİ SAĞLIK MESLEK LİSESİ

BELGE VE SERTİFİKALAR

- ✓ Sağlık Bakanlığı “İlkyardım Eğiticiliği” Kursu
- ✓ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fak. “Eğitici Eğitimi Kursu” Katılım Belgesi
- ✓ İzmir İl Sağlık Md. “CPR Eğitici Eğitim Programı”

- ✓ (TSE) Kalite Yönetim Sistemi Eğitim Sertifikaları;
“Temel Eğitim,
İç Tetkik Eğitimi,
Dokümantasyon Eğitimi,
Süreç Yönetimi,
Problem Çözme Teknikleri,
İstatistiksel Proses Kontrol,
Çevre Yönetim Sistemi Temel Eğitimi,
Çevre Yönetim Sistemi İç Tetkik Eğitimi”
- ✓ Dokuz Eylül Üniversitesi “Leylekten Günümüze” Projesi Üreme Sağlığı
Eğitici Eğitimi
- ✓ “Hemşireler İçin AIDS Eğitimci Kursu”
- ✓ Sağlık Bakanlığı “Neonatal Resüsitasyon Programı” Uygulayıcısı Sertifikası
- ✓ DEÜBİMER “Yönetim Eğitimi”
- ✓ “İleri Düzey Hızlı Okuma Programı”
- ✓ “İletişim Teknikleri”
- ✓ NLP

BİLGİSAYAR BİLGİSİ

- ✓ Windows Ofis Programları (Word, Excel, Powerpoint...)

ÜYELİKLER

- ✓ Türk Hemşireler Derneği

ÇALIŞTIĞI KLİNİK/BİRİMLER

2013-2014	Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Güney Bölgesi Genel Sekreterliği- Tıbbi Hizmetler Başkanlığı Hastane Hizmetleri Bölümü
2003-2013	İAEH Eğitim Organizasyon Birimi
2003-2013	İAEH Kalite İç Tetkik ve Değerlendirme Ekibi (Eş zamanlı görevlendirme)
2010-2011	İAEH Çalışan Güvenliği Birimi (Eş zamanlı görevlendirme)
2005-2005	İAEH Alsancak Semt Polikliniği Koordinatörlüğü
2003–2007	İAEH Kalite Geliştirme Birimi Eğitici Ekip (Eş zamanlı görevlendirme)
1998–2003	İAEH Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği (Klinik, ameliyathane ve poliklinik hemşireliği)
1989–1998	İAEH Anestezi ve Reanimasyon Kliniği Yoğun Bakım Birimi