

**T.C.**  
**YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ - KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**(HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ)**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Feyza KAYHAN**

**YOZGAT ŞEHİR HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN YAŞAM  
KALİTESİNİN BELİRLENMESİ**

**TEZ YÖNETİCİSİ**  
**Doç. Dr. Sevil ALBAYRAK**

**YOZGAT- 2019**



YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ  
YÖNERGE UYGUNLUK SAYFASI

T.C.  
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

“Yozgat Şehir Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi”  
adlı Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı yüksek lisans tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi  
Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi 'ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan  
Feyza KAYHAN

İmza

Danışman

Doç. Dr. Sevil ALBAYRAK

İmza

Prof. Dr. Sevinç POLAT  
Ana Bilim Dalı Başkanı

İmza



**T.C.**  
**YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

**İmza**

**Feyza KAYHAN**



	<b>YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ</b> <b>TEZ ONAY FORMU</b>
-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

T.C.  
**YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

Enstitümüzün Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 90110116019 numaralı öğrencisi Feyza KAYHAN'nın hazırladığı "Yozgat Şehir Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi" başlıklı tezi ile ilgili tez savunma sınavı, Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri gereğince 06/12/2019 Cuma günü saat 11:00'de yapılmış, tezin onayına oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.

**Başkan** : Prof. Dr. Naile BİLGİLİ

**Jüri Üyesi (Danışman)** : Doç. Dr. Sevil ALBAYRAK

**Jüri Üyesi** : Dr. Öğr. Üyesi Tuğba UZUNÇAKMAK

**ONAY:**

Bu tezin kabulü, Enstitü Yönetim Kurulu'nun ..... tarih ve ..... sayılı Enstitü Yönetim Kurulu Kararı ile onaylanmıştır.



.....

**Prof. Dr. Yalçın ARAL**  
**Enstitü Müdürü**

## ÖZET

### Yüksek Lisans Tezi

## YOZGAT ŞEHİR HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ

**Feyza KAYHAN**

Bu araştırma, Yozgat Şehir Hastanesinde çalışan hemşirelerin yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırma Yozgat Şehir Hastanesinde çalışan 414 hemşirenin 290'ı ile (%70) yürütüldü. Araştırma yapılması için gerekli etik onay ve kurum izinleri alındı. Araştırmanın verileri tanımlayıcı anket formu ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOOQL-Bref) Türkçe versiyonu kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde sayı, yüzdeler, median, minimum ve maximum değerler, ortalama, standart sapma kullanıldı. Hemşirelerin, %73,1'i kadın, %52,4'ü bekâr ve %41'i lisans mezunudur. Hemşirelerin %53'ü 19-29 yaş arasında, %56,6 'sının çalışma yılı 1-9 yıl arasında ve %66,8'i 1-5 yıl arasında aynı kurumda çalışmaktadır. Hemşirelerin WHOQOL kısa formu bedensel alan alt boyut puan ortalaması  $13,09 \pm 2,36$ , ruhsal alan alt boyut puan ortalaması  $13,39 \pm 2,32$ , sosyal alan alt boyut puan ortalaması  $13,35 \pm 2,73$  ve çevresel alan alt boyut puan ortalaması ise  $12,32 \pm 2,13$ 'dir. Hemşirelerin çalıştıkları kurumda hemşire sayısının yeterli olduğunu düşünenlerin çevresel alan alt boyut puanının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p < 0,05$ ). Hemşirelerden, çalışılan birimden memnun olanlar yaşam kalitesi ölçeği sosyal alan alt boyut puanı daha yaygınken, çevresel alan alt boyut puanının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p < 0,05$ ). Hemşirelerden yeterli dinlenme süresine sahip olmayan hemşirelerin yaşam kalitesi ölçeği bedensel, ruhsal ve çevresel alan puanlarının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p < 0,05$ ). Hemşirelerin çalışma saatinden memnun olanların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından bedensel, ruhsal ve çevresel alan alt boyut puanının yüksel olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p < 0,05$ ). Maaşından memnun olan hemşirelerin yaşam kalitesi ölçeği sosyal alan puanının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p < 0,05$ ). Bu bulgular sonucunda hemşirelerin yaşam kalitesi seviyesinin orta düzeyde olduğu,

hemşirelerin çalışma saatleri ile ilgili düzenlemeler yapılması ve kurum içi oryantasyon eğitimleri düzenlenmesi önerilebilir.

**Anahtar kelimeler:** Şehir Hastaneleri, Kamu Özel İşbirliği, Hemşirelik, Yaşam Kalitesi



**ABSTRACT****Master's Thesis****DETERMINATION OF THE QUALITY OF LIFE OF NURSES WORKING IN  
YOZGAT CITY HOSPITAL****Feyza KAYHAN**

The aim of this study was to determine the quality of life of nurses working in Yozgat City Hospital. The research was conducted with 290 of 414 nurses (%70) working in Yozgat City Hospital. Ethical approval and institutional permissions were obtained for conducting the study. Research datas were collected by using descriptive questionnaire form and Turkish version of World Health Organization Quality of Life Short Form (WHOOQL-Bref). Number, percentage, minimum-maximum values, mean and standard deviation were used in the analysis of the data. 73.1% of the nurses are women, 52.4% are single and 41% are bachelors. 53% of the nurses are between 19-29 years old. 56.6% of them have been working for 1-9 years and 66.8% of them have been working for 1-5 years in the same institution. The mean score of the WHOQOL short form somatic subscale of the nurses was  $13.09 \pm 2.36$ , the mean score of the sub-dimension of the mental area was  $13.39 \pm 2.32$ , the mean score of social domain sub-dimension was  $13.35 \pm 2.73$ , the mean score of the sub-dimension of the environmental area is  $12,32 \pm 2,13$ . It was found that the environmental area subdimension score of the nurses who think that the number of nurses is sufficient in the institution they work is higher and this difference is statistically significant ( $p<0,05$ ). While the social area sub-dimension score of the nurses and those who were satisfied with the unit studied were more common, the environmental area sub-dimension score was higher and this difference was statistically significant ( $p<0.05$ ). It was seen that the quality of life scores of the nurses who did not have sufficient resting time from the nurses had higher physical, mental and environmental area scores and this difference was statistically significant ( $p<0.05$ ). It was found that the physical, psychological and environmental sub-dimension scores of the nurses who were satisfied with the working hours were higher and this difference was statistically significant ( $p<0.05$ ). It was found that the quality of life scale of the nurses who were satisfied with the salary had higher social area score and this difference was statistically significant ( $p<0.05$ ). As a result of these

findings, it can be suggested that the quality of life level of the nurses is at a moderate level, arrangements regarding the working hours of the nurses and in-house orientation trainings can be organized.

**Keywords:** City Hospitals, Public Private Partnership, Nursing, Quality of Life



## İÇİNDEKİLER DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
YÖNERGEYE UYGUNLUK BELGESİ .....	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BELGESİ .....	ii
TEZ ONAY FORMU .....	iii
ÖZET .....	iv
ABSTRACT .....	vi
İÇİNDEKİLER DİZİNİ .....	viii
TABLOLAR DİZİNİ .....	.xi
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ.....	xii
TEŞEKKÜR.....	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
1.1. Araştırmanın Önemi .....	1
1.2. Alt Problemler.....	4
1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	4
2. GENEL BİLGİLER .....	5
2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Şehir Hastaneleri.....	5
2.1.1. Sağlıkta dönüşüm programı (SDP) .....	5
2.1.2. Şehir hastaneleri .....	7
2.2. Değişim Süreci ve Hemşireliğe Etkisi .....	10
2.3. Yaşam Kalitesi .....	12
2.3.1. Yaşam kalitesinin boyutları.....	13
2.3.2. Hemşirelik mesleği ve yaşam kalitesi.....	14
3. GEREÇ ve YÖNTEM .....	17
3.1. Araştırmanın Tipi.....	17
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem .....	17
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	17
3.5. Veri Toplama Araçları.....	17
3.5.1. Tanımlayıcı anket formu .....	18

<b>3.5.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu-Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR) .....</b>	<b>18</b>
<b>3.5.3. Ön uygulama .....</b>	<b>19</b>
<b>3.5.4. Formların uygulanması.....</b>	<b>19</b>
<b>3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri .....</b>	<b>19</b>
<b>3.7. Araştırma Verilerinin Analizi ve Değerlendirilmesi .....</b>	<b>20</b>
<b>3.8. Araştırmanın Süresi .....</b>	<b>20</b>
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>21</b>
<b>4.1. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri.....</b>	<b>21</b>
<b>4.2. Hemşirelerin Yaşam Kalitesi .....</b>	<b>24</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>35</b>
<b>5.1. Hemşirelerin Sosyo-demografik Verilerine İlişkin Bulguların Tartışılması ...</b>	<b>35</b>
<b>5.2. Hemşirelerin Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması.....</b>	<b>36</b>
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER .....</b>	<b>41</b>
<b>6.1. Sonuç.....</b>	<b>41</b>
<b>6.2. Öneriler .....</b>	<b>43</b>
<b>7. KAYNAKÇA.....</b>	<b>44</b>
<b>8. EKLER .....</b>	<b>51</b>
<b>Ek 1. Anket Formu .....</b>	<b>51</b>
<b>EK 2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-Bref-Tr).....</b>	<b>53</b>
<b>EK 3. Kurum İzni Belgesi .....</b>	<b>57</b>
<b>EK 4. Etik Kurul İzni .....</b>	<b>58</b>
<b>EK 5. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-Bref-Tr) Türkçe Uyarlaması Kullanımına İlişkin İzin Belgesi .....</b>	<b>59</b>
<b>EK 6. Gönüllü Onam Formu .....</b>	<b>60</b>
<b>9. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>61</b>

**TABLolar DİZİNİ**

<b>Tablo No</b>	<b><u>Sayfa No</u></b>
<b>Tablo 1.</b> Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler .....	20
<b>Tablo 2.</b> Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı .....	21
<b>Tablo 3.</b> Hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin bilgi ve düşüncelerinin dağılımı .....	22
<b>Tablo 4.</b> Hemşirelerin şehir hastanesinde çalışmaya ilişkin düşüncelerinin dağılımı ...	23
<b>Tablo 5.</b> Hemşirelerin yaşam kalitesi ve genel sağlık durum algılarının dağılımı .....	24
<b>Tablo 6.</b> WHOQOL-bref-TR alt boyutlarından alınan puan ortalamalarının dağılımı .	25
<b>Tablo 7.</b> Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile WHOQOL-bref-TR alt boyut puanlarının karşılaştırılması .....	26
<b>Tablo 8.</b> Hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin bilgi ve düşünceleri ile WHOQOL-bref-TR alt boyut puanlarının karşılaştırılması .....	29
<b>Tablo 9.</b> Hemşirelerin şehir hastanesinde çalışmaya ilişkin düşünceleri ile WHOQOL-bref-TR alt boyut puanlarının karşılaştırılması .....	32

**KISALTMALAR DİZİNİ**

<b>DSÖ /WHO</b>	: Dünya Sağlık Örgütü / World Health Organization
<b>WHOQOL-BREF-TR</b>	:World Health Organization Quality of Life (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa Formu-Türkçe Versiyonu)
<b>SDP</b>	:Sağlıkta Dönüşüm Programı
<b>KÖİ</b>	:Kamu Özel İşbirliği
<b>KÖO</b>	:Kamu-Özel Ortaklığı
<b>TBMM</b>	:Türkiye Büyük Millet Meclisi
<b>SB</b>	:Sağlık Bakanlığı
<b>TTB</b>	:Türk Tabipler Birliği
<b>ESK</b>	:Entegre Sağlık Kampüsü
<b>DB</b>	:Dünya Bankası
<b>IMF</b>	:International Monetary Fund (Uluslararası Para Fonu)
<b>SSK</b>	:Sosyal Sigortalar Kurumu
<b>GSS</b>	:Genel Sağlık Sigortası

## TEŐEKKÖR

Bu çalıőmanın yűrűtűlmesinde, bilgilerini benimle paylaőan, bana deęerli vaktini ayırıp sabırla ve űzenle yararlı olabilmek için elinden gelenin fazlasını sunan kıymetli hocam Doç. Dr. Sevil ALBAYRAK'a, çalıőmam boyunca benden yardımlarını esirgemeyen Rukiye DİK MEN'e, koroner yoęun bakımda çalıőan arkadaőlarıma ve çalıőma sűresince olduęu gibi ve hayatımın her anında bana destek olan kıymetli eőim Mehmet Fatih KAYHAN'a sonsuz teőekkűrlerimi sunarım.

Feyza KAYHAN

YOZGAT, 2019

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

### 1.1. Araştırmanın Önemi

Bir toplumun sağlık sistemi, herkes için gereken sağlık hizmetinin güçlü ve en yüksek kalitede verilmesini sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır. Türkiye tarihinde de sağlık hizmetleri sunumunun planlanıp geliştirilmesi amacıyla farklı zamanlarda çeşitli uygulamalar gerçekleştirilmiştir. Sağlıkta dönüşüm programı (SDP) ilk olarak 2003 yılında gündeme gelmiş ve uygulamaya konmuştur. Sağlık Bakanlığının (SB) planlama ve denetlemeden sorumlu bir kurum haline gelmesi, Türkiye’de Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve BAĞ-KUR sisteminde bulunan tüm bireyleri tek bir çatı altında birleştiren genel sağlık sigortasının (GSS) aktif hale geçirilmesi, sunulan sağlık hizmetlerinin genişletilmesi, sağlık personelinin çeşitli eğitim programları ile bilgi ve becerisini artırarak motivasyonunun yükseltilmesi, sistemi desteklemek üzere bilimsel kurumların kuruluşu, sağlık bilgi modelinin oluşturulması SDP’nin temel amaçlarını kapsamaktadır (Akdağ, 2007; Kıvanç, 2015; Resmi Gazete, 2006).

SDP kapsamında ilk olarak 2004 yılında sağlık ocakları kapatılarak aile hekimliği modeline geçilmiş (Resmi Gazete, 2004) ve 2006 yılında çıkarılan bir kanun ile GSS sistemi aktif hale getirilmiştir (Resmi Gazete, 2006). SDP kapsamında yapılan bir diğer uygulama ise 2011 de yayınlanan 663 sayılı KHK ve 2017 yılında yayınlanan 694 sayılı KHK ile sağlık teşkilatında yapılmıştır. Bu kapsamda Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Kamu Hastaneleri Kurumu 2011’de oluşturulmuştur ardından 2017’de SB’na bağlı genel müdürlük haline getirilmiştir ve İl Sağlık Müdürlüğüne çevrilmiştir (Resmi Gazete, 2011; Resmi Gazete, 2017). SDP’nda gelinen son aşamada ise kamu özel ortaklığı ile yapılan şehir hastaneleri gündeme gelmiştir. 2013 yılında çıkarılan 6428 sayılı kanunla, sağlıkta kamu özel ortaklığı (KÖO) başlamıştır (Karasu, 2011).

KÖO modeli ile bir idari bina ve 31 il pilot olmuştur. Bunlardan 10 ildeki şehir hastanelerinin yapımı tamamlanıp hizmete başlamıştır (Şehir Hastaneleri, 2019). KÖO temelinde bir yap-işlet-devret modeli uygulamasıdır. SB hizmet alımı ve bina kullanım bedeli adı altında kira ödemeleri şehir hastanelerinin döner sermayeleri tarafından ya da merkezi bütçeden karşılanacaktır. Devlet ayrıca hastanede %70 doluluğunu taahhüt etmektedir. Sürecin başından beri, şehir hastanelerinin şehir merkezlerinin dışında

yapılması planlanmıştır. Buna ek olarak şehir merkezlerindeki devlete ait hastaneler kapatılacaktır ve hastane düzeyinde sağlık hizmetinde ağırlık şehir hastanelerine verilecektir. Böylece şehirden uzakta ve çok büyük alanlarda şehir hastaneleri kurulmuştur (TTB, 2018).

Şehir hastanelerinin konumu ve işletim yöntemi ile ilgili bazı problemlerin varlığı tartışılmaya başlamıştır. Bu problemler; sağlık çalışanlarının gereksinimlerini bilemeyen, sağlık alanının da bilgisi olmayan şirket çalışanlarının yetersiz çalışmaları, şehir hastanelerinde yatak başına kapalı alanın çok fazla olması nedeniyle sağlık çalışanlarının hizmet sunumunda çok fazla efor harcaması, bölümler arası mesafenin uzak olması sebebiyle özellikle acil müdahalenin gecikmesi, kapalı alanların artış gösterirken hekim ve hemşire başta olmak üzere sağlık çalışanlarının sayısının fazlaştırılmaması sebebiyle hizmet verirken problemlerin yaşanması, sağlık çalışanlarının yükünün üstesinden gelinemeyecek oranda artmasıyla, mutsuzluğun artması, artan ve yoğunlaşan nöbet sayıları ve gelirlerdeki azalma, şehir hastanelerinde çalışanlarda rahatsızlıkların ve iş stresine bağlı depresyonların geliştiğine yönelik bildirimlerin belirtilmesidir (TTB, 2019; Ş. Şantaş ve F. Şantaş, 2019). Şehir hastaneleri ile ilgili hem çalışanların hem de hastaların memnuniyeti ile ilgili çalışmalar yapılmış ve çoğunlukla hastanelerin büyüklüğü, hasta yoğunluğu ve ulaşım ile ilgili problemlerden bahsedilmiştir. Çalışanlar ve hastalar temizlik ve düzen konusunda memnun olduklarını ifade etmişlerdir (Cerrahoğlu, 2016: 81-82; Gökkaya, İzgüden ve Erdem, 2018: 146; Uğurluoğlu, Gökkaya ve Erdem, 2019).

Bütün bunlar yaşanırken şehir hastanelerinin yapımının tamamlanması ve hizmete girmesiyle önemli bir değişim meydana gelmektedir. Değişime karşı meydana gelebilecek doğal direnci idare etmek ve bu direnci yeniyeneye sahiplenmeye dönüştürmek, planlanması gereken bir süreç istemektedir. Değişimi oluşturmak ise değişim için vizyon geliştirmekle başlar. Aksi halde değişim, kişilerde gelecek endişesi, bilinmezlik korkusu, rekabet, kişisel mücadele, güven duygusunda zedelenme ve duygusal doyumsuzluk, sosyal izolasyon, yabancılaşma gibi birçok sosyal ve duygusal sorunları meydana getirebilir. Kurumların değişime adapte olma uğraşları, aynı anda, çalışanların işini kaybetme korkusu, iş yükünde meydana gelen artış, teknik bilgi ve beceri yoksunluğu ve bilinmezlik korkusu gibi birden fazla duygusal olayın etkisiyle

kişileri tedirgin etmekte ve yaşam kalitesini negatif yönde değiştirmektedir (Akoğlan Kozak, 2014).

Toplumların bugün ulaşmaya çalıştığı evrensel amaçların en önemlisi yaşam kalitesini arttırmaktır. Yaşam kalitesinin birden çok tanımı olmakla birlikte Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “bir kültürde bireylerin kendi koyduğu hedeflerine, çıkarlarına ve oluşturduğu standartlarına göre yaşamını algılama şekli” olarak tanımlamıştır. Yaşam kalitesi tanımlamalarında genel olarak “bireyin hayatı ile ilgili öznel algısı” şeklinde yorumlansa da, nesnel/objektif ve öznel/sübjektif olmak üzere iki farklı yönden incelenmektedir. Yaşam kalitesini etkileyen durumlara bakıldığında yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyal destek, yaşadığı bina özellikleri, sağlık durumu, eğitim düzeyi, maddi imkânları, iş hayatı, hobileri veya boş zaman aktiviteleri olarak sıralanabilir. Bunlardan nesnel/ objektif göstergeler; maddi imkânlar, eğitim düzeyi, iş hayatı veya mesleği, sağlık durumu, yaşanan bina özellikleri vb. olarak sıralanabilirken; bireyin sahip olduğu bu imkânlardan duyduğu tatmin olma durumu ise yaşam kalitesinin öznel/sübjektif göstergeleridir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). Yapılan araştırmalara göre, kadın cinsiyet, ileri yaş, dul veya ayrılmış olmak, eğitim düzeyindeki düşüklük, sosyal destek yetersizliği, yaşanan binanın yetersizliği, kronik bir rahatsızlığa sahip olmak, iş yerinde tatmin olamamak ve boş zamanı değerlendirme faaliyetlerinin yetersiz olması gibi etkenler düşük yaşam kalitesine neden olmaktadır (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016; Doğaner ve ark, 2014; Özerdoğan ve ark, 2018).

Sağlık hizmet sektörünün önemli bir kısmını meydana getiren hemşirelerin vaktinin 1/3'ini hastanede geçirmesi, birtakım sosyal faaliyetlerini ve fiziksel, ruhsal ihtiyaçlarını çalıştıkları ortamda karşılanmasını beklemesine neden olmaktadır. Birimdeki sosyal ortam, yönetim şekli, örgütün verimliliği, çalışan kişilerin memnun olduğu durumlar ve memnuniyetsizlikleri, çalışma şartları, iş ve iş dışı hayatın birbiriyle olan ilişkisi, yani kısaca iş hayatının pozitif ve negatif yönleri yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Hemşireler bu etkilenmeler sonrasında hastalanabilmektedir (Akbolat, Turgut ve Över, 2015; Öztürk ve Akbulut, 2011; Yıldırımçakar, 2015).

Hemşirelerin beklenen kaliteli ve verimli hemşirelik bakımını ortaya koyup sürdürebilmelerinde yaşam kalitesi önemli yer tutmaktadır. Bu nedenle çalışanların hayatını etkileyen etkenlere ilişkin çalışanlardan düşüncelerini öğrenmek, iş yaşantısının



kaliteli olması ve hasta bakımının etkin olması için gerekli görülmektedir (Alan ve Yıldırım, 2015).

Ülkemizde sağlık hizmet sunumunda SDP ile yeni bir döneme girilmiş ve şehir hastaneleri ortaya çıkmıştır. Şehir hastanelerinde iş koşulları, çalışan görüşleri ve çalışanların yaşam kalite düzeyleri bilinmemektedir. İlk açılan şehir hastanesi Yozgat ilinde yer almaktadır. Hemşirelerin yaşam kaliteleri üzerine araştırmalar bulunmakla birlikte, hemşirelerin şehir hastanelerindeki çalışma ortamlarına ait görüşlerinin belirlendiği ve yaşam kalitelerinin incelendiği araştırmaların olmadığı görülmektedir.

## **1.2. Alt Problemler**

Bu çalışma Yozgat Şehir Hastanesinde çalışan hemşirelerin yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Bu çalışmada, aşağıdaki sorular cevaplandırılmaya çalışılmıştır.

- Hemşirelerin yaşam kalitesi ne düzeydedir?
- Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile yaşam kalite düzeyi arasında ilişki var mıdır?
- Çalışma ortamının özelliklerinin hemşirelerin yaşam kalitesi ile ilişkisi var mıdır?

## **1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Çalışma, Yozgat Şehir Hastanesinde çalışan araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerle sınırlıdır. WHOQOL-bref-TR 27. soru ölçek alt gruplarına dâhil edilmediğinden anketten çıkartılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Şehir Hastaneleri

Küreselleşme kavramının etkisi ile birlikte uluslararası birer örgüt olan Uluslararası Para Fonu (IMF), Dünya Bankası (DB) ve DSÖ desteğiyle ülkemizin de içinde yer aldığı birçok ülkede önemli değişiklikler yaşanmıştır (Çakıroğlu ve Seren, 2016). Bu bağlamda Türkiye'nin sağlık sisteminde de kamu sağlık giderleri ve kalitede değişiklik yapılması gerekçesiyle büyük ölçekli bir değişim olan SDP 2003 yılında kabul edilmiştir (<https://docplayer.biz.tr/3890419-T-c-58-hukumet-acil-eylem-planii-aep.html>). Bu program ile ilk olarak 2004 yılında sağlık ocaklarından aile hekimliğine geçiş için ilk adım atılmıştır. 2006 yılında BAĞ-KUR, SSK ve Emekli Sandığı, GSS olarak tek sigorta kurumu çatısı altında toplanmıştır. 2011 yılında Kamu Hastaneleri Birliği kurulmuş ve 2017 yılında Kamu Hastaneleri Sağlık Müdürlüklerine devredilmiştir. 2013 yılında bazı devlet hastaneleri yerine şehir hastaneleri yapılar kararı alınmış ve 2017 yılında ilk olarak Yozgat Şehir Hastanesi ile şehir hastaneleri hizmete başlamıştır (Resmi Gazete; 2006; Resmi Gazete, 2013; Resmi Gazete, 2017; Soysal, 2016).

#### 2.1.1. Sağlıkta dönüşüm programı (SDP)

İlk olarak 2002 yılında Acil Eylem Planı açıklanmış, bu planda yer alan "Herkesin Sağlık" temasıyla temel hedefleri belirtilen ve bir plana bağlanan reformlar, 2003 yılında SDP yürürlüğe girmeye başlamıştır (Yılmaztürk, 2013). Bu program ile yapılan proje ve yenilik çalışmaları değerlendirilerek gelecekteki sağlık modeli tasarlanarak bu modele geçiş aşamasında gerekli değişimler göz önünde bulundurularak uygulanması planlanmıştır (Çavmak Ş.ve Çavmak D, 2017).

SDP'nin temel gerekçeleri, kamu sağlık giderlerinin karşılanamayacak düzeye ulaşması ve düşük kaliteli yetersiz sağlık hizmetlerinin varlığıdır. Bu da 1970'li yıllarda yaşanan ekonomik krize tepki olarak ortaya çıkan neo-liberal politikalarla uyumluluk göstermektedir. Neoliberalizm krizden çıkış çözümü olarak piyasa dinamiklerine dayalı ekonomik, toplumsal ve siyasal yönden yapılanmanın yeniden düzenlenmesini öngörür. Kamu tarafından üretilen mal ve hizmetlerin hantal ve verimsiz olduğunu, serbest piyasa mekanizmasının daha etkin olduğu savunur (Adaş, 2009; Yılmaztürk, 2013).

2004 yılında çıkarılan kanun ile birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocakları yerine “Aile Hekimliği Sistemi” ne geçilmiştir (Resmi Gazete, 2004). Sistemin ana birimini “Aile Sağlığı Merkezi” oluşturmaktadır. Bu birim bir aile hekimi ile bir aile sağlığı çalışanından (hemşire/ebe) meydana gelmektedir; ülkedeki her vatandaş, bir aile hekimini seçecektir; ailedeki her fert de farklı bir hekimi seçebilecektir. Bireylerin hekim seçmesi gibi hekimlerin de birey (hasta) seçebilmeleri söz konusu olacaktır. Aile hekimleri birinci basamak sağlık hizmetlerini sunacak ve bu hizmetlerden sorumlu olacaktır. Aile sağlığı birimlerinden hekimlerin sevk etmediği hastalar da ikinci basamağa şahsen başvurabileceklerdir. Aile hekimi olarak görev yapan bir pratisyen hekim ile herhangi bir dalda uzmanlığını almış hekimin buna aile hekimliği uzmanlığı da dahil tıbbi yetkileri farklı olacaktır (Resmi Gazete, 2004; Yılmaztürk, 2013). Birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimliği sistemi kişi başına ödeme kuralını benimsemiş olup; sağlık ocaklarının kaldırılması ile muayenehane modelini temel alan bir sistemden oluşmaktadır (Kasapoğlu, 2016). Bunun yanında aile hekimliği modelinde mevcut olan pozisyonlardan biri de “Aile Sağlığı Çalışanı” pozisyonudur. Bu pozisyona ebeler, hemşireler ve sağlık memurları sözleşmeli olarak görevlendirilmekte ve hekimin bir alt çalışanı konumunda görev yapmaktadırlar (Aloğlu ve Taşlıyan, 2016; Hamzaoğlu ve Yavuz, 2006; Kasapoğlu, 2016).

SB’na bağlı hastanelerde 2004’te uygulamaya geçirilen performansa dayalı döner sermaye sistemi, 2006 da SB’na bağlı tüm kurum ve kuruluşlarda uygulanmaya başlanmış, 2011’de de üniversite hastaneleri bu uygulamaya dâhil edilmiştir. Döner sermaye sistemi ve performansa dayalı ücret ödeme sistemi ile rekabetçi ücret politikası benimsenmiştir. Bu sistemdeki hedef; hizmet üretim kalitesinin yükseltilmesi ve işletmenin (hastane/sağlık kurumunun) gelirinin arttırılmasıdır (Erol ve Özdemir, 2018).

GSS sistemi ilk olarak 1946 yılında gündeme gelmiş ancak gerçekleştirilememiştir. 2006 yılında çıkarılan bir kanun ile topluma farklı standartlarda verilen sağlık hizmetleri ortak bir standarda toplanmış ve tüm toplumu kapsayan zorunlu GSS oluşturulmuştur (Atasever, 2014; Başol, 2015; Resmi Gazete, 2006). 1992 yılında kullanılmaya başlayan Yeşil Kart Sistemi ise kişi başı geliri ortalama asgari ücretin 1/3’ünden az olan, hiçbir şekilde sosyal güvenlik güvencesinin bulunmayan ve herhangi bir mal varlığı olmayan kişiler tarafından hala kullanımdadır (Kasapoğlu, 2016; Resmi Gazete, 1992).

SDP kapsamında bir diğere çalışma ise sağlık teşkilatında gerçekteştirilmiştir. Ülkemizdeki SB teşkilat yapılanması, merkezi teşkilat ve taşra teşkilatı olarak iki bölümden oluştuğu söylenebilir. SB merkez ve taşra teşkilatı ülkenin her yerine sağlık hizmetini ulaştırmak zorundadır (Balcı, 2005:83). 2 Kasım 2011 yılında 693 sayılı KHK yayınlanarak ‘Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’ ve ‘Kamu Hastaneleri Kurumu’ oluşturulmuştur. Ayrıca SB’nın sağlık sunumunu, yönetimini ve politika belirleme ile ilgili görevlerini yapmak üzere “Sağlık Politikaları Kurulu” kurulmuştur (Resmi Gazete, 2011). 2011 yılında Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun taşradaki yönetim görevi halk sağlığı müdürlüklerince, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun taşradaki yönetim görevi kamu hastane birliklerince kurumlarına bağlı olarak yerine getirilmiştir (663 sayılı KHK, md.35). Türkiye’de merkeziyetçi yönetim yapısında olması, yönetsel, finansal ve teknik yönden eksikliklerin yaşanması, teşkilat yapısında çok başlılığın meydana getirilmesi, yetki yönünden çatışmaların yaşanması ve hizmet sunumunda yaşanan yavaşlama gibi nedenlerden dolayı 663 sayılı KHK’den dönüş yapılmıştır. 25 Ağustos 2017 yılında ise 694 sayılı KHK ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Kamu Hastaneleri Kurumu Kapatılarak SB’na bağlı genel müdürlük haline getirilmiştir ve İl Sağlık Müdürlüğüne geçilmiştir (Resmi Gazete, 2017).

SDP’ı kapsamında son olarak şehir Hastaneleri gündeme gelmektedir. ‘Sağlıkta KÖÖ’ konusu ilk olarak 2005 yılında hukuki boyut kazanmış ve sağlık hizmeti sistemine girmiştir. KÖÖ sürecinin başlamasından 8 yıl sonra 2013’te 6428 sayılı kanun ile düzenleme yapılmıştır (Resmi Gazete, 2013). Bu kanun sağlıkta KÖÖ’nu başlatan ve bu 8 yıllık dönemde yaşanan olumsuzlukları düzeltmeyi amaç edinen ve birçok detayı da kapsayacak biçimde, yeniden düzenlenmiştir (Karasu, 2011). Bu kanun, ihale ile özel hukuk hükümlerine göre; SB ve bağlı kuruluşlarınca yapılmasına gereksinim hissedilen kuruluşların devlete ait taşınmazlar üzerinde sözleşmede öngörülen sabit yatırım dönemi hariç otuz yılı aşmamak şartıyla yaptırılması, mevcut kuruluşların yenilenmesinin sağlanması ile şikin usul ve esasları kapsamaktadır (Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği, 2013).

### **2.1.2. şehir hastaneleri**

KÖİ ya da KÖÖ olarak adlandırılan uygulamanın literatürde birden fazla betimlemesi mevcuttur. DB, “KÖİ, kamunun yapması gereken bazı hizmetlerin

tamamının veya bir kısmının özel sektör tarafından yerine getirildiği, genellikle orta ve uzun sürede kamu ve özel sektör arasında planlanıp uygulanan, altyapı ve/veya kamu hizmetlerinin yerine getirilmesi için tarafların ortak hedefler doğrultusunda uzlaşma sağladığı anlaşma” olarak ifade edilmektedir. Diğer bir tanıma göre; kamu sektörü tarafından üretilen mal veya hizmetlerin özel sektör tarafından üretiminde ve planlanma sürecinde tüm riskleri birlikte paylaştığı, kamu ile özel sektör arasında süregelen anlaşmalardır (Uğur ve Miynat, 2014:21). Dünyada bu yöntemle yapılan ilk uygulamalara 1600’lü ve 1700’lü yıllarda, yoğunluklu olarak kanal yapımı ve köprü inşasında yer verilmiştir. 1800’lü yıllarda ise Avrupa’da bazı altyapı hizmetleri özel sektör aracılığıyla işletilmiş; özellikle II. Dünya Savaşı sonrası dönemde bazı ülkelerde (Fransa, İtalya, Japonya ve ABD) en çok karayolu ağlarının yapımında KÖİ yöntemi yaygınlaşmaya başlamıştır (Sözer, 2013: 216). Türkiye’de ise bu sisteme dayalı ilk uygulamaya 1984 yılında elektrik üretim sahasında geçilmiştir (Şahin ve Uysal, 2012: 103).

Sağlık sektörünün yapısında köklü değişikliklerin ele alındığı 663 sayılı KHK’nin kabul edilmesinden sonra 2013 yılında Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü ve buna bağlı olarak KÖİ Daire Başkanlığı oluşturulmuştur. Böylelikle sağlık sektöründe KÖİ projelerinin uygulanması, kurumsallaştırılmış ve entegre sağlık kampüsü (ESK) projelerine ilk olarak Yozgat’ta 20.08.2013 tarihinde uygulanmaya başlanmıştır (Songur ve Top, 2018).

SB, KÖİ Modeli ile bir idari bina (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ile Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Kampüsü) ve 44409 yataklı 31 adet şehir hastanesi uygulaması planlamaktadır (SB, 2018:146-147). 2019 yılına kadar Yozgat, Isparta, Mersin, Adana, Kayseri, Elazığ, Eskişehir, Ankara Bilkent, Bursa ve Manisa’daki şehir hastanelerinin yapımı tamamlanmış ve halka hizmete sunulmuştur (Şehir Hastaneleri, 2019).

Yozgat Şehir Hastanesi Türkiye’nin ilk şehir hastanesi olup, Ocak 2017 tarihinde faaliyete geçmiştir. Toplamda 117.000 m<sup>2</sup> arsa ve 141.000 m<sup>2</sup> inşaat alanına kurulmuş olan hastane 487 yatak kapasitesine sahiptir. 264 hasta oda sayısı; 153 poliklinik; 18 ameliyathane, 83 yoğun bakım yatak sayısına sahiptir. Yozgat Şehir Hastanesi’nde toplam 1.612 çalışan vardır (<https://yozgatsehir.saglik.gov.tr/>). Aynı zamanda hastaneler için önemli olan HIMSS’in (Healthcare Information and Management Systems Society)

en üst seviyesi olarak kabul gören ‘Seviye 7 Tam Dijital Hastane’ sertifikasyonu almıştır. Bu sertifika ile bu konuda 2018 yılında tescillenen Avrupa’nın ve Türkiye’nin ilk hastanesi olma unvanına sahiptir (<https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR,50596/yozyat-sehir-hastanesi-seviye-7-odulu-almaya-hak-kazandi.html>).

Şehir hastanelerinin topluma hizmet sunumunda sağladığı birçok yararının yanında, bazı konularda eleştirildiği de görülmüştür. Örneğin; şehir hastanelerini ortaya çıkaran finansal şeklin doğası gereği kar amacı gütmemesi, kurumun başarılı sayılabilmesi için hastaneye başvuran hasta sayısının çok olması, yapılan tıbbi girişim sayısının yüksek olması gibi. Ayrıca hastaların daha çok bu hastaneleri tercih edip hastanenin kar etmesi için ısıltılı ve cazip hale getirilmesi de gerekir. İşletme için verilen bu hizmetin kar etmesi önemlidir. Öte yandan sağlık sistemlerinde birinci basamağın başarılı sayılabilmesi için bu hastanelere başvuran hasta sayısının artırılması değil az olması hedeflenmeli ve bu durumda başarılı olarak nitelendirilmelidir. Şehir hastanelerine yapılan yatırım maliyetlerinin hizmet karşılığında karşılanıp, bununla birlikte kar elde etmeleri için belirli bir doluluk oranına gereksinim vardır. Hatta belirli oranlarda doluluk yüzdelerinin sözleşmelerde garanti gösterildiği belirtilmektedir. Bir taraftan birinci basamağın amacı olan daha az sayıda hastanın hastanelere başvurması hedeflenirken, diğer taraftan da büyük sağlık kampüslerinin yatırım maliyetlerinin karşılanabilmesi için daha fazla hastaya ihtiyaç duyulması hedefi bir çelişki oluşturmaktadır (Cerrahoğlu, 2016).

Özel sektörle ortaklık kurulması durumunda ucuz bileşenlerin kullanımı, sürekli ortaya çıkan bakım maliyetleri, kötü drenaj ve sıhhi tesisat, kötü havalandırma ve hava filtrasyonu gibi kalite sorunlarıyla karşılaşılma riski bulunmaktadır. Ayrıca, bu ortaklıklar yıllara yayıldığı ve yüksek maliyet ürettiği için sağlık kuruluşlarının değişen çevre şartlarına esnek bir şekilde adapte olabilmesi de daha zor olabilmektedir (Şantaş, 2019). Bir şehir hastanesinde gerçekleştirilen memnuniyet araştırmasında, hastaların şehir hastanesinde memnun olmadıkları konular şu şekildedir: Şehir hastanesine ulaşımında karşılaşılan sorunlar, sıra bekleme, işlemlerin yavaş olması, asansörün ve tekerlekli sandalyelerin azlığı, hastane içinde yaşanan ulaşım ve otopark sorunları (Gökkaya ve diğerleri, 2018: 146). Ayrıca SB’na sunulan bir raporda şehir hastanelerindeki yaşanan bazı eksikliklerden bahsedilmiştir. Bunlar; sağlık alanında

yetersiz bilgiye sahip şirket çalışanları, sağlık çalışanlarının sayısının artırılmaması ve bu nedenle hizmet sunumunda sorunların yaşanması, artan nöbet sayıları ve gelirlerdeki düşüş yer almaktadır. Şehir hastanelerinde yatak başına düşen kapalı alan normalden çok yüksektir ve bu da sağlık çalışanın daha fazla efor sarf etmesine neden olmaktadır (TTB, 2019). Örneğin Ankara Bilkent Şehir Hastanesinde yatak başına kapalı alan 313 m<sup>2</sup>, Bursa Şehir Hastanesinde 351 m<sup>2</sup> iken gelişmiş ülkelerde (Örn: ABD’de 198 m<sup>2</sup>) yeni yapılan hastanelerde 150-200 m<sup>2</sup> dolaylarında olduğu bilinmektedir. Alan artışı hizmet sunum maliyetini yükseltir. Ek olarak gereksiz enerji harcanmasına yol açar (Erkan, 2019).

## 2.2. Değişim Süreci ve Hemşireliğe Etkisi

Neo-liberal politikalar, gelişen teknoloji, vatandaşın beklentilerinin artması gibi durumlar sonucu SDP çerçevesinde şehir hastanelerinin yapımının tamamlanması ve hizmete girmesi ile yeni bir değişim süreci başlamıştır. Genel anlamıyla değişim; birey ya da maddelerin buldukları konumdan başka bir konuma geçmesi veya bireysel donanımlarının bilgi düzeyi, yetenek ve beceri yönünden mevcut olan durumdan farklı bir boyuta getirilmesini de içerir (Taşlıyan ve Karayılan 2011: 254). Bir başka deyişle değişim; planlı ya da plansız bir biçimde bir sistemin, bir sürecin ya da ortamın belirli bir durumdan başka bir duruma geçirilmesidir (Sabuncuoğlu, 2008: 63).

Daha iyiyi hedef alan değişim uygulamaları, bazı problemlerinde ortaya çıkmasına sebep olabilir. Dolayısıyla hasta bakımı gibi öncelikli bir saha da hizmet sunan birimlerde yeni geçilecek uygulamaların, dikkatle planmış ve geliştirilme aşamasında en ince ayrıntısı düşünülüp özenle karar verilmiş olması gerekir (Seren ve Baykal, 2007; Yeşil, 2018). Sağlık hizmetlerinde meydana getirilmek istenen değişim uygulamaları önceden standart bir şekilde uygulanan rutin işlemlerde mevcut durumu bozarak aksaklık yaşanmasına neden olmamalıdır. Planlanan değişimler diğer tüm birimlerde olduğu üzere sağlık hizmeti sunan bu birimler içinde karmaşık bir yapıya sahiptir hem de belirsizlikler ile doludur. Bu karmaşa ve bilinmezlik sebebiyle çalışanlar kaygı bozukluğu yaşar ve gerçekleştirilmek istenen değişime istemsiz bir şekilde direnç geliştirir. Oluşabilecek dirence karşı hazırlıklı olmak ve durumu iyi yönetmek değişimin başarı şansını yüksek oranda artırır. Hizmet veren sektörlerde ve

özellikle sağlık hizmeti sunan birimlerde değişim yönetimi, çok hassas dengeler üzerine kurulmuştur (Altındış, 2012; Seren ve Baykal, 2007).

Hastanelerde görev yapan hemşireler sağlık hizmetlerinin devam ettirilmesinde önemli bir role sahiptir. Hemşirelerin bakım ve organizasyon becerileri, hastanede hastalara sunulan bakımın kalitesini ve maliyetini doğrudan etkilemektedir. Hastanede çalışan personelin çoğunluğunu oluşturan hemşireler, değişim sürecinin büyük bir parçası olup, bazı zamanlar değişimin yönünü etkilemekte, bazı zamanlarda da değişimden kendileri etkilenmektedir. Hemşireler, çalışmalarını organize etme yollarını araştırarak, evde bireylere yardım ederek, herhangi bir konuda eğitim vererek, kalite ile ilgili çalışmaları sürdürerek, çalıştıkları her yerde ve hemen hemen yaptıkları her alanda aktif bir şekilde değişimin meydana gelmesine katkı sağlamaktadırlar (Seren ve Baykal, 2007; Yeşil, 2018).

Çağımızda sağlık kurumları, artmış rekabetin ve hızlı değişimin olduğu ortamlarda hizmet yürütmektedir. Sağlık kurumları bu ortamlardan başarılı olmak ve varlığını devam ettirebilmek için değişimi kabullenmek, ayak uydurmak, yapıcı olmak, esnek olmak, hasta ve çalışan beklentilerine karşılık vermek durumundadırlar. Bunun sonucunda da ekip çalışması ve iş birliği kavramları önemli hale gelmektedir. Ekip çalışmasının verimli olduğu ve ekip ruhunun olduğu örgütlerde kişisel mevcut bilgi ve becerilerini performanslarına ve işlerine de yansıtabilmektedirler. Ekip çalışması içerisinde birlikte çalışan en kalabalık grubu hemşirelerin oluşturduğu düşünüldüğünde, hemşirelerin kaliteli ve başarılı hasta bakımı vermeleri çalıştığı kurumların da başarısını doğrudan etkilemektedir (Çakıroğlu ve Harmancı Seren, 2005; Tiryaki, 2007; Çelik ve Karaca, 2017).

Değişim sürecinin bir parçası olan hemşireler bazen değişimi etkilemekte, bazen de değişimden etkilenmektedir. Fakat hemşirelik geçmişinde değişime yön verme ve kontrol altında tutma örneğine az rastlanmaktadır (Çakıroğlu ve Harmancı Seren, 2005).

Yaşanılan değişimlerin hemşireler ve diğer çalışanlar yönünden kabullenilememesi durumunda ise direnç baş gösterir. Direnç ekonomik, sosyal ve psikolojik gibi pek çok yönden yaşam kalitesini etkilemektedir. Toplumların son zamanlarda hedeflediği en önemli evrensel amaçlardan birisi de yaşam kalitesidir. Sağlık çalışanları için yaşam kalitesi, çalışma ortamının hem pozitif hem de negatif



yönlerini içerir ve bunlar kaliteli ve güvenli bakımı etkileyen temeli oluşturur (Başkale ve ark., 2016).

### 2.3. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavram olarak bireyin hayatında birçok çeşitli açıdan iyilik durumunun nasıl belirlendiğini tanımlamaktadır. Bu belirlemeler, bireyin yaşam olgularına karşı verdiği duygusal tepkiler, yaşam standartlarının doyumu, davranış ve memnuniyet duygusu ile iş ilişkileri ve kişisel ilişkilerden duyduğu memnun olma durumunu kapsar (Theofilou, 2013).

DSÖ tarafından yaşam kalitesi; amaçları, standartları, beklentileri, ilgileri ile alakalı biçimde, bireylerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarıyla birlikte durumlarını algılaması şeklinde ifade edilmiştir. Bu tanımlamaya göre yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyal ve kültürel çevre içinde kendi sağlığını bireysel bir şekilde algılaması diye ifade edilmiştir. Yaşam kalitesi, bu tanımlara göre laboratuvar ortamında ölçülemeyen, öznel bir nitelik olarak değerlendirilmektedir. Burada hedef, kişilerin kendi fiziksel, sosyal ve psikolojik yönlerinden memnun olup olmama durumlarını ve bu özelliklerinin yeterli olup olmaması halinde kendilerini rahatsız hissedip hissetmediklerini belirleyebilmektir (Şeker, 2011).

Yapılan çeşitli araştırmalara göre işi yapan ve iş ortamının kalitesinin yaşam kalitesini doğrudan veya dolaylı olarak etkilediği yönündedir. Yaşam kalitesinde ön plana çıkan konular iş yaşamındaki gelişmelerdir (Güney, 2014; Straw and Heckscher, 1984).

Sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasını meydana getiren hemşirelik mesleğinin her bir üyesi çalışma imkânlarındaki ayrılıklar nedeni ile daha yoğun zorluklar yaşayabilmekte ve bu durum yaşam kalitelerini negatif yönde etkilemektedir (Yılmaz 2018). İş hayatında kalitenin artması hasta bakımını doğrudan etkilemektedir. Bu sebepten, hemşirelerin yaşam kalitesinin yükselmesi hizmeti alan hastalarında hayat kalitesini arttıracaktır (Kabasakal ve Karadağ, 2011).

### 2.3.1. Yaşam kalitesinin boyutları

Yaşam kalitesi, birden çok boyutu kapsayan bir tanım olması, bireyden bireye değişebilmesi, devamlı gelişim göstermesi, kişinin hayatındaki öncelikleri, hayatını nasıl sürdürmek istediğini ifade etmesi, ekonomik, psikolojik, sosyal ve kültürel etkenlerden etkilenmesi sebebiyle tanımlanması oldukça zor bir tanımdır. Yaşam kalitesi tanımı birçok etkeni içinde barındıran bir tanımdır (Müezzinoğlu, 2005). Yaşam kalitesi kavramının genel olarak içerdiği boyutlar;

**Psikolojik/emosyonel durum:** Kişinin hayatından haz duyması, bulunduğu mevkide yardıma gereksinimi olan insanlara fayda sağlaması, fiziksel görünümünü insanların nasıl değerlendiği, yaşadığı sorunlar karşısında otokontrol mekanizmalarının nasıl işlediği, yaşamın kişi için ne anlama geldiği, hüznün ya da mutluluk gibi duygu durumlarını içine alır.

**Fiziksel durum (günlük yaşam aktivitelerinde yeterlilik):** Kişinin hayatının sürdürdüğü süre boyunca yemek yemeğe, su içmek gibi şeylere ihtiyacı vardır. Sağlıklı beslenme, düzenli uyku ile kişi kendini daha sağlıklı ve dinamik hissedip yorgunluğunun azalması sağlanmış olur.

**Sosyal ve bireysel durum:** Sosyal aktiviteler, başkalarından destek görme, bireylerin kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlayacaktır. Kişilerin birbirleriyle paylaşımları artıkça kendilerini daha iyi açıklamaları da artacaktır.

**Finansal ve maddi durum:** Var olan halden geleceğe dair güven duygusu, barınma, ev değiştirebilme, sağlık sigortası edinme, iş güvencesi vb. durumlar bireylerin hayat kalitelerini olumlu ya da olumsuz durum oluşturmaktadır.

**İletişim:** Bireyler yapısı gereği diğer insanlarla sürekli iletişim kurma çabasıdadır. Sosyal aktivitelere katılımın yükselmesi ile bireylerin kendilerini daha iyi hissettikleri gözlemlenmiştir. Sağlık hizmetinde görevli personelin hizmet verdikleri kişilerin hallerini izlediklerinde kendi sağlıklarını muhafaza etmeye yönelik önlemler almaya çalıştıkları belirlenmiştir (Demirkıran, 2012: 52; Eser ve ark, 1999).

### 2.3.2. Hemşirelik mesleği ve yaşam kalitesi

Yaşam kalitesinin belli başlı belirteçleri; kişinin ya da ailenin ihtiyaçlarını giderme, etrafında denetim oluşturma, kendini geliştirebilme ve anlamlı hayat sürdürebilme şeklinde açıklanabilir. Bunları birleştiren toplumsal ve çevresel etmenler de içine alındığında çalışma şartları, yaşanılan çevre şartları, hizmetlerden faydalanma ve toplumsal ilişkiler çokça değer kazanmaktadır (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016; Demirkıran, 2012).

Yaşam kalitesi yüksek olan hemşirelerin hasta bakımında da pozitif yönde anlamlı etkisi olduğu bilinmekle birlikte; düşük yaşam kalitesinin hasta bakımına yansması sonucu insani ilişkilerde zayıflama, çalışma ortamlarına yönelik negatif davranışlar, işe yönelik olumsuz tutumlar veya işle ilgili görevlerin aksamasına neden olduğu ifade edilmektedir. Bunun yanında hasta memnuniyeti çalışmalarında, memnun olunan grubu yaşam kalitesi yüksek hemşireler ve sağlık çalışanlarının oluşturduğu belirtilmiştir (Başkale ve ark, 2016).

Sosyal hayatta çalışma ve iş hayatının önemi her geçen gün giderek önemli hale gelmektedir. Artan ve farklılaşan iş yükü sebebiyle sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarında çalışan kişilerin iş yükü de her geçen zamanda artmakta ve zorlaşmaktadır. Hemşireler ve diğer sağlık personelinin artan iş yükü sebebiyle sosyal hayatta ailesi arkadaş çevresi ve kendileri ile olan ilişkilerinde ve iletişimlerinde bozulmalar meydana gelmekte ve mutsuzluklar yaşanmaktadır. Bu duruma sebep olan etkenlerin başında bedensel yorgunluk, yetersiz maaş alımı, çalışma saatlerinin uzunluğu, haftalık çalışma saatlerinden fazla çalışma durumu, yönetsel çatışmalar, uzmanı olunmayan ya da yeterince eğitimi verilmemiş alanlarda zoraki çalışma durumları sıralanabilir (Erat ve ark., 2011).

Yoğun ve yorucu çalışma sürelerinin, karmaşık işlerin aynı süreç içinde yapılması, birçok hastanın ya da sağlıklı bireyin hemşireden aynı anda hizmet beklemesi ile yaşanılan stres seviyesindeki artış hemşirelerin hatalı işlem yapma olasılığını da yükseltmektedir. Hemşirelerin nöbet sistemi ile çalışmaları; uykusuz kalmalarına ya da uyku düzeninde bozukluklara sebebiyet vermekte, sosyal hayatında yeterince zaman ayıramamalarına ve insani ilişkilerinin bozulmasına neden olmaktadır. Çalışma sürelerinin yoğun olmasına bağlı olarak yemek yeme saatlerine uyulamaması

da beslenme düzeninde değişikliğe sebep olabilmektedir (İlter, 2014). Öztürk ve Akbulut'un aktardığı bir çalışmaya göre Hollanda'daki tüm üniversite hastanelerini oluşturan cerrahi biriminde çalışan hemşirelerin etkinliğini yükseltmeye yönelik çalışma saatlerinde düzenlemeye gidilmiş haftalık çalışma süreleri %20 oranında düşürülen hemşirelerin yaşam kalitelerinin pozitif yönde arttığı ifade edilmiştir (Öztürk ve Akbulut, 2011). Bir başka araştırma sonucuna göre ise hemşirelerin, çalışma ortamlarından ve iş şartlarından kaynaklı aniden ortaya çıkan veya kronik hale gelen birçok hastalığa sahip oldukları, mesleki hastalıklara maruz kaldığı ve dolayısıyla yaşadığı bu rahatsızlıkların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. (Yıldırımçakar, 2015).

Hemşireler sağlık hizmeti sunan birimlerin başlıca yapı taşları arasında görev yapmaktadır. Ayrıca hastaların sağlık kurumlarını tercih etmesinde belirleyici bir etken oluşturur. Hizmeti organize edenlerin ve hizmet uygulayanların en başında gelen hemşireler hastanın tedaviye uyumu ve sağlık hizmetlerinin aktarılması konusunda etkin rol oynarlar. Sağlık hizmetinin sunum kalitesini yükseltilmesinde hasta beklentilerinin karşılanması verilen hizmetten hastanın memnun kalması gerekir. Hastanın ve hasta yakınlarının verilen hizmetten memnun olması öncelikli olarak doktor daha sonra da hemşire tarafından oluşturulmaktadır. Verimli ve performansı yüksek, kaliteli bir hizmet sunulması için iş alanındaki yaşam kalitesi ve motivasyon ayrıca kişisel moral büyük önem arz eder. Motivasyonun sağlanabilmesi için yaşam kalitesinin de artırılmış olması gerekir. İş yaşam kalitesinin düşüklüğü veya eksikliği motivasyon ve çalışma performansı üzerinde olumsuz durumlar meydana getirmektedir (Başkale ve ark., 2016; Erat ve ark., 2011).

Son dönemlerde hemşirelerin ve sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi üzerine dikkat çekilmeye çalışılmış ve bu konudaki çalışmalar artmaya başlamıştır. Acil serviste çalışan hemşireler ile yapılan çalışmada hemşirelerin yarısından fazlasının yaşam kalitesi düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (Kavlu ve Pınar, 2009). Başka bir çalışma da ise özellikli birimlerde (acil yada yoğun bakım gibi) çalışan hemşirelerin çalışma süresi arttıkça genel sağlık algılarının bozulduğu ve yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır (Şahin ve ark., 2014).

Toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesinde hemşirelerin rol ve görevleri kayda değer oranda yüksektir. Hemşirelik hizmetlerinin başarılı bir Şekilde sunulması; eğitimi meslek yeleri ile olanaklıdır. Buda sağlık sisteminde yaşanılan değerişimlere ve gelişmelere karşı geniş vizyon sahibi, bilimsel araştırma yapan bilimsel gelişmeleri takip eden hemirelerle mümkündür (Çınar ve Toker, 2018).

Hemşirelik mesleği ortaya çıktığından bu yana hızlı ve çarpıcı değerişim göstermiştir. Bu değerişim ile doktor odaklı meslek grubundan, bağımsız bir mesleğe; sadece hastanelerde çalışılan bir meslekten, farklı birçok saha da çalışılan bir mesleğe; kısıtlı görevleri yerine getirebilen bir meslek grubundan, önemli toplumsal görevleri olan bir mesleğe, hastalığı iyileştirmeyi hedeflenmiş bir meslekten, sağlığı korumayı hedeflenmiş bir meslek grubuna dönüşüm sağlamıştır. Hemşirelik mesleğinde yaşanan bu değerişimler hemşire ile hasta ilişkisi yönünden de göz ardı edilmeyecek gelişmeleri beraberinde getirmiştir. Bu değerişim sayesinde, hastanın tedavisine yönelik kararları tek başına alan bir meslek grubu olmak yerine hasta ile iş birliği içinde ve hastanın kararlarını dikkate alan, hastaya yalnızca fiziksel yönden değil biyo-psikososyal yönden bütüncül olarak yaklaşan, mesleğini yalnızca iş olarak gören bir meslek grubundan, hasta veya sağlıklı birey merkezli çalışan bir meslek grubuna dönüşmüştür. (Çelebi Çakıroğlu ve Harmancı Seren, 2019; Taylan ve ark., 2012). Bu özelliklerini yerine getirebilmesi için hemşirelerin kendi sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi önemlidir.

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma Yozgat Şehir Hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Yozgat Şehir Hastanesi, SB ve özel sektör (Rönesans Sağlık Yatırım) tarafından KÖİ modeli ile Türkiye'nin ilk şehir hastanesi olarak Ocak 2017'de sağlık hizmetine başlamıştır. Hastanede 487 hasta yatağı, 264 hasta odası, 153 poliklinik, 18 ameliyathane ve 83 yoğun bakım yatağı vardır. Yozgat Şehir Hastanesi bünyesinde hemşire, doktor ve diğer sağlık çalışanlarının sayısı toplamda 1612'dir. Bu araştırma 06/10/2017 ve 09/12/2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem**

Araştırmanın Yozgat Şehir Hastanesinde çalışan 414 hemşire ile yürütülmesi planlanmıştır. Ancak araştırmanın yürütüldüğü süreçte 29 hemşire yıllık izinde olduğu için araştırmaya dâhil edilmemiştir. Ayrıca 95 hemşire yoğun çalıştıkları gerekçesiyle araştırmaya katılmak istememiştir. Araştırma 290 (%70) hemşireden toplanan verilerle tamamlanmıştır.

#### **3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; araştırmaya katılan hemşirelerin yaş, medeni durum, cinsiyet, eğitim seviyesi, çalışma yılı vs. gibi sosyo-demografik özellikleri oluşturmuştur. Bağımlı değişkenleri ise araştırmaya katılan bireylerin WHOQOL-bref -TR puan ortalamaları oluşturmuştur.

#### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan tanımlayıcı anket formu (EK 1) ve WHOQOL-bref-TR (EK 2) kullanılarak toplanmıştır.

### 3.5.1. Tanımlayıcı anket formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formunda hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve şehir hastanelerinde çalışma durumları ile ilgili 18 soru yer almaktadır. Tanımlayıcı anket formu ilgili literatür taranarak hazırlanmıştır (Ekici, 2013; Yaşar, 2017).

### 3.5.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu-Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR)

Eser ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan ve DSÖ tarafından geliştirilen yaşam kalitesi ölçeğinin uzun (WHOQOL-100) ve kısa (WHOQOL-bref 27) olmak üzere iki formu mevcuttur. Bu çalışmada WHOQOL-bref-TR kullanılmıştır. Ölçek ruhsal, bedensel, sosyal ve çevresel iyilik durumlarını ölçen 27 sorudan meydana gelmektedir. Ölçeğin 3., 4. ve 26. soruları olumsuz ifadeli sorulardır ve bu sorulardan alınan puanlar ters kodlandıktan sonra hesaplanması gerekmektedir. Ölçek hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarına da uygulanmıştır (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011). Alanlar, birbirinden bağımsız bir şekilde kendi alanındaki puan ortalaması ile yaşam kalitesi düzeyini ifade eder, ölçeğin toplam puanı yoktur. Alt boyut puanları ise, ilgili alt boyuttaki maddelerin ortalamasının 4 ile çarpılmasıyla elde edilir ve bu şekilde hesaplanan alt boyut puanları 4,00-20,00 arasında bir değer alır. Alt boyut puanları arttıkça bulunduğu alt boyuttaki yaşam kalitesi seviyesi artmakta, puan azaldıkça alt boyuttaki yaşam kalitesi seviyesi azalmaktadır. Ölçekteki 1 ve 2. sorular genel sağlık algısı ve yaşam kalitesi algısı üzerine ait sorulardır. Diğer soruların alt bölümlere göre dağılımı şu şekildedir;

- Bedensel alt boyutu: 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18
- Ruhsal alt boyutu: 5, 6, 7, 11, 19, 26
- Sosyal alt boyutu: 20, 21, 22
- Çevresel alt boyutu: 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25 nolu soruları kapsamaktadır.

Ölçeğin iç tutarlılığı gösteren cronbach alfa değerleri bedensel 0,83, ruhsal 0,66, sosyal 0,53, çevresel 0,73'tür. Test tekrar test güvenirliğini belirlemeye yönelik her bir soru için bulunan Pearson Korelasyon Katsayıları 0,57 ve 0,81 aralığında farklılık

göstermektedir (Eser ve ark. 1999). Bu araştırmada açımlyıcı faktör analizi yapılmış ve 3. soru çıkartıldığında bedensel alanın iç tutarlılığının arttığı görülmüştür. Diğer soruların çıkartılması ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılığında değişiklik oluşturmamıştır. 3. soru çıkartıldıktan sonra ölçeğin cronbach alfa değerleri; bedensel alt boyutu için: 0,70, ruhsal alt boyutu için: 0,72, sosyal alt boyutu için: 0,52 ve çevresel alt boyutu için: 0,72 olarak belirlenmiştir.

### **3.5.3. Ön uygulama**

Hazırlanan anket formu işlerliğini tespit etmek amacıyla evren dışında çalışan 20 hemşireye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası anket formunda gerekli düzenleme yapılmıştır.

### **3.5.4. Formların uygulanması**

Veri toplanmaya başlamadan önce hastanede görev yapan servis sorumluları ile görüşülerek gerekli açıklamalar yapılmış. Veri toplamak için, kuruma ortalama haftanın dört günü gidilmiş, hemşirelere çalışma saatlerini aksatmayacak şekilde formlar araştırmacı tarafından dağıtılmış, kendilerinden okuyup cevaplamaları istenmiştir. Veri toplama araçları 15-20 dakikalık süre içerisinde doldurulmuş ve serviste bulunmayan hemşireler için birimlere ayrıca gidilmiştir.

### **3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırmaya başlamadan önce Yozgat Şehir Hastanesinden kurum izni (EK 3) ve Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul'undan 07.08.2019 tarihli 2019.07.04. onay nolu (EK 4) izinler alınmıştır. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe uyarlaması için Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Erhan Eser'den elektronik posta yoluyla (EK 5) izin alınmıştır. Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce araştırma kapsamındaki hemşirelere, araştırmanın yapılma amacı açıklanarak hemşirelerin sözlü onamı alınmış (EK 6), veri toplama araçlarını doldurmak istemeyenler araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.



### 3.7. Araştırma Verilerinin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırma verileri analiz edilirken SPSS for Windows 21 paket programı kullanılmıştır. Bu program ile analiz aşamasında sayılar, yüzdelikler, minimum ve maximum değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanında aşağıda belirtilen istatistiksel analizler kullanılarak hesaplama yapılmış ve verilerin analizi sağlanmıştır.

**Tablo 1.** Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler

<b>Verilerin normallik dağılımı</b>	-Skewness ve Kurtosis kat sayıları
<b>İç tutarlılık</b>	-Açımlayıcı faktör analizi -Cronbach $\alpha$ katsayısı
<b>Çapraz tablolar</b>	-Değişkenlerin normal dağılmaması nedeniyle bağımsız iki grup ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, - Değişkenlerin normal dağılmaması nedeniyle ikiden daha fazla bağımsız grup ortalamalarının karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis H

### 3.8. Araştırmanın Süresi



## 4. BULGULAR

Bu bölümde Yozgat Şehir Hastanesinde çalışan hemşirelerin yaşam kalitelerini belirlemek için elde edilen verilerin analizi sonucunda ulaşılan bulgular iki bölümde sunulmuştur.

### 4.1. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri

**Tablo 2.** Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (N:290)

Özellikler	N	%	
Yaş	19-29 yaş	154	53,1
	30-39 yaş	99	34,1
	40-49 yaş	37	12,8
Cinsiyet	Kadın	212	73,1
	Erkek	78	26,9
Medeni durum	Evli	138	47,6
	Bekar	152	52,4
Eğitim düzeyi	Lise	38	13,1
	Lisans	243	83,8
	Yüksek lisans	9	3,1
Çalışma yılı	1-9 yıl	183	56,6
	10-19 yıl	83	23,1
	20-29 yıl	24	20,3
Kurumda çalışma süresi*	1-5 yıl	193	66,8
	6- 10 yıl	76	26,3
	11 ve üzeri	20	6,9

\*Bazı seçenekler boş bırakıldığı için N değişmiştir.

Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 2’de sunulmuştur. Hemşirelerin %53,1’i 19-29 yaş aralığında, %34,1’i 30-39 yaş aralığında ve %12,8’i 40-49 yaş aralığındadır. Hemşirelerin %73,1’i kadınlardan oluşmaktadır ve %52,4’ü bekarıdır. Hemşirelerin eğitim düzeyine bakıldığında %83,3’ü lisans, %13,1’i lise ve %3,1’i yüksek lisans mezunudur. Hemşirelerin çalışma yılları incelendiğinde %56,6’sı

1-9 yıl, %23,1'i 10-19 yıl, %20,3'ü 20-29 yıldır hemşirelik yapmaktadır. Hemşirelerin aynı kurumda çalışma sürelerine bakıldığında ise %66,8'i 1-5 yıl, %26,3'ü 6-10 yıl ve %6,9'u 11 yıldan fazla süredir aynı kurumda çalışmaktadır.

**Tablo 3.** Hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin bilgi ve düşüncelerinin dağılımı (N:290)

Bilgi ve Düşünceler		N	%
<b>Şehir hastaneleri kanunu hakkında bilgisi</b>	Olan	78	26,9
	Olmayan	90	31,0
	Biraz olan	122	42,1
<b>Hastanedeki hemşire sayısı*</b>	Yeterli	55	19,0
	Yeterli değil	222	80,1
<b>Çalışma saati</b>	Haftada 40 saatten fazla	221	76,2
	Haftada 40 saat	69	23,8
<b>Çalışılan birimi değiştirme durumu*</b>	Değiştiren	139	48,4
	Değiştirmeyen	148	51,6
<b>Birim değişikliğinin kendi isteği doğrultusunda olma durumu*</b>	Olan	71	47,0
	Olmayan	80	53,0

\*Bazı seçenekler boş bırakıldığı için N değişmiştir.

Hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin bilgi ve düşüncelerinin dağılımı Tablo 3'de sunulmuştur. Görüldüğü gibi hemşirelerin %31,0'ı şehir hastaneleri kanunu hakkında hiç bilgisi olmadığını, %42,1'i şehir hastaneleri kanunu hakkında biraz bilgi sahibi olduklarını belirtirken, %26,9'u ise bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin %80,1'i çalışılan hastanede hemşire sayısının yeterli olmadığını düşünmektedir. Hemşirelerin çalışma saatleri incelendiğinde %76,2'si haftalık saatinden fazla, %23,8'i haftalık çalışma saati kadar çalışmaktadır. Hemşirelerin %48,4'ü çalıştığı birimi değiştirirken, %53,0'ünde ise bu değişim hemşirenin kendi isteği doğrultusunda olmamıştır.

**Tablo 4.** Hemşirelerin şehir hastanesinde çalışmaya ilişkin düşüncelerinin dağılımı (N: 290)

Düşünceler		N	%
<b>Çalışılan birimden *</b>	Memnun	208	73,8
	Memnun değil	74	26,2
<b>Çalışma saatinden*</b>	Memnun	104	36,3
	Memnun değil	147	51,2
	Kararsız	36	12,5
<b>Yeterli dinlenme süresine sahip olma*</b>	Olan	63	21,8
	Olmayan	226	78,2
<b>Maaş memnuniyeti*</b>	Memnun	35	12,1
	Memnun değil	109	37,6
	Kararsız	146	50,3
<b>Hemşirelerin mesleki gelişimlerine yönelik planları*</b>	Lisans tamamlama	67	25,0
	Yüksek lisans yapma	49	18,3
	Doktora yapma	4	1,5
	Sertifika programlarına katılım	38	14,2
<b>Başka bir hastaneye tayin olma isteği*</b>	Hiçbiri	110	41,0
	Var	144	49,8
	Yok	109	37,7
	Biraz var	36	12,5

\*Bazı seçenekler boş bırakıldığı için N değişmiştir.

Hemşirelerin şehir hastanelerinde çalışmaya ilişkin düşüncelerinin dağılımı Tablo 4'te sunulmuştur. Hemşirelerin %73,8'i çalışılan birimden memnun olduğunu, %26,2'si ise memnun olmadığını belirtmiştir. Hemşirelerin %36,2'si çalışma saatinden

memnunken, %51,2'si memnun değildir ve %12,5'i ise kararsızdır. Hemşirelerin %78,2'si çalışma saatleri dışında yeterli dinlenme sürelerine sahip olmadığını, %21,8'i yeterli dinlenme süresine sahip olduğunu düşünmektedir. Hemşirelerin maaş memnuniyeti incelendiğinde, hemşirelerin %50,3'ü kararsız olduğunu, %37,6'sı maaşlarından memnun olmadığını ve %12,1'i memnun olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin mesleki gelişimlerine yönelik planları incelendiğinde %25,0'ı lisans eğitimlerini tamamlamak istediğini, %18,3'ü yüksek lisans yapmak istediğini, %14,2'si sertifika programlarına katılmak istediklerini ancak %41'i herhangi bir şeye motive olmadıklarını belirtmiştir. Hemşirelerin %49,8'i şehir hastanelerine geçtikten sonra başka bir hastaneye tayin olmak istediğini, %12,5'i biraz istediğini %37,7'si istemediğini ifade etmiştir.

#### 4.2. Hemşirelerin Yaşam Kalitesi

**Tablo 5.** Hemşirelerin yaşam kalitesi ve genel sağlık durum algılarının dağılımı (N:290)

Algıları	N	%	
<b>Yaşam kalitesi algısı</b>	Çok kötü	14	4,8
	Biraz kötü	46	15,9
	Ne iyi ne kötü	160	55,2
	Oldukça iyi	68	23,4
	Çok iyi	2	0,7
<b>Sağlık durumu algısı</b>	Hiç hoşnut değilim	11	3,8
	Çok az hoşnut	59	20,3
	Ne hoşnut ne değilim	91	31,4
	Epeyce hoşnut	98	33,8
	Çok hoşnut	31	10,7

Hemşirelerin yaşam kalitesi ve genel sağlık durum algılarının dağılımı Tablo 5'de sunulmuştur. Görüldüğü gibi hemşirelerin %4,8'i yaşam kalitelerini çok kötü, %15,9'u biraz kötü, %55,2'si ne iyi ne de kötü, %23,4'ü oldukça iyi, %0,7'si ise çok iyi

olarak algılamaktadır. Hemşirelerin sağlık durumu algısı incelendiğinde, %3,8'i hiç hoşnut olmadığını, %20,3'ü çok az hoşnut olduğunu, %31,4'ü ne hoşnut ne olmadığını, %33,8'i epeyce hoşnut olduğunu ve %10,7'si çok hoşnut olduğunu ifade etmektedir.

**Tablo 6.** WHOQOL-bref-TR alt boyutlarından alınan puan ortalamalarının dağılımı (N:290)

	<b>Alınabilecek puan aralığı</b>	<b>Alınan puan aralığı</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS.</b>
<b>Bedensel alan</b>		5,32-19,32	13,09	2,36
<b>Ruhsal alan</b>	4,00-20,00	4,00-18,67	13,39	2,32
<b>Sosyal alan</b>		4,00-20,00	13,35	2,73
<b>Çevresel alan</b>		4,00-18,52	12,32	2,13

WHOQOL-bref-TR alt boyutlarından alınan puan ortalamalarının dağılımı Tablo 6'da sunulmaktadır. Hemşirelerin yaşam kalitesi bedensel alan alt boyut puan ortalaması  $13,09 \pm 2,36$ , ruhsal alan alt boyut puan ortalaması  $13,39 \pm 2,32$ , sosyal alan alt boyut puan ortalaması  $13,35 \pm 2,73$  ve çevresel alan alt boyut puan ortalaması ise  $12,32 \pm 2,13$ 'tür.

**Tablo 7.** Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile WHOQOL-bref-TR alt boyut puanlarının karşılaştırılması (N:290)

Özellikler		N	Bedensel alan			Ruhsal alan			Sosyal alan			Çevresel alan		
			median	min	max	median	min	max	median	min	max	median	min	max
Yaş	19-29 yaş	154	13,33	5,33	19,33	13,33	4,00	18,67	13,33	4,00	20,00	12,00	4,00	18,50
	30-39 yaş	99	12,66	7,33	18,67	14,00	8,67	18,67	13,33	8,00	18,67	12,00	8,50	17,00
	40-49 yaş	37	13,33	8,00	16,67	14,00	7,33	18,67	14,66	6,67	18,67	12,50	7,50	17,50
	<b>İstatistiksel Değerler</b>		KW: 3,781; p:0,151			KW:3,168; p:0,205			KW:2,792; p:0,248			KW:1,410; p:0,494		
Cinsiyet	Kadın	212	12,66	5,33	19,33	13,33	4,00	18,67	13,33	4,00	20,00	12,00	4,00	17,50
	Erkek	78	13,66	8,00	18,67	13,33	10,00	18,67	13,33	8,00	20,00	12,50	7,50	18,50
	<b>İstatistiksel Değerler</b>		U:7111,00; p:0,067			U:7732,50; p:0,396			U:7666,00; p:0,336			U:7527,50; p:0,241		
Medeni durum	Evli	138	12,66	6,67	18,67	14,00	7,33	18,67	14,66	6,67	20,00	12,50	7,50	17,50
	Bekâr	152	13,33	5,33	19,33	13,33	4,00	18,00	13,33	4,00	20,00	12,00	4,00	18,50
	<b>İstatistiksel Değerler</b>		U:9391,00; p:0,123			U:9362,50; p:0,113			U:9399,50; p:0,123			U:10181,00; p:0,666		

**Tablo 8.** Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile WHOQOL-bref-TR alt boyut puanlarının karşılaştırılması (N:290) devamı...

Özellikler	N	Bedensel alan			Ruhsal alan			Sosyal alan			Çevresel alan			
		median	min	max	median	min	max	median	min	max	median	min	max	
<b>Eğitim düzeyi</b>	Lise	38	14,00	10,00	16,67	13,33	10,00	18,00	14,66	8,00	18,67	12,50	7,50	18,50
	Lisans	243	13,33	5,33	19,33	13,33	4,00	18,67	13,33	4,00	20,00	12,00	4,00	17,50
	Yüksek Lisans	9	12,66	10,67	15,33	14,00	12,00	18,67	14,66	10,67	18,67	12,50	7,00	16,50
	<b>İstatistiksel Değerler</b>		KW:1,02; p:0,601			KW:1,10; p:0,577			KW:3,82; p:0,148			KW:0,51; p:0,777		
<b>Çalışma yılı</b>	0-9 yıl	135	13,33	5,33	19,33	13,33	4,00	18,67	13,33	4,00	20,00	12,00	4,00	18,50
	10-19 yıl	67	13,33	8,67	17,33	14,00	4,67	18,67	13,33	8,00	18,67	12,50	8,50	17,00
	20-29 yıl	88	12,66	7,33	18,67	14,00	7,33	18,67	14,00	6,67	18,67	12,50	7,50	17,50
	<b>İstatistiksel Değerler</b>		KW:2,29; p:0,318			KW:1,30; p:0,523			KW:1,20; p:0,539			KW:3,31; p:0,191		
<b>Aynı kurumda çalışma yılı</b>	0-5 yıl	193	13,33	5,33	19,33	13,33	4,00	18,67	13,33	4,00	20,00	12,00	4,00	18,50
	6-10 yıl	76	12,66	8,67	18,67	13,33	8,67	18,67	12,00	8,00	18,67	12,00	8,50	17,00
	11 ve üzeri yıl	20	14,33	10,67	16,67	14,33	10,00	18,00	14,66	9,33	18,67	12,50	9,50	17,00
	<b>İstatistiksel Değerler</b>		KW:2,14; p:0,342			KW:2,26; p:0,323			<b>KW:6,79; p:0,034</b>			KW:1,21; p:0,547		



Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile WHOQOL-bref-TR alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 7’de sunulmuştur. Görüldüğü gibi hemşirelerin yaş aralıklarına göre yaşam kalitesi ölçeği bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan alt boyut puanlarının arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (sırasıyla, KW:3,78, KW:3,17, KW:2,79, KW:1,41;  $p>0,05$ ). Hemşirelerin cinsiyetine göre yaşam kalitesi ölçeği bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (sırasıyla, U:7111,00, U:7732,50, U:7666,00, U:7527,50;  $p>0,05$ ). Hemşirelerin medeni durumlarına göre yaşam kalitesi ölçeği bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla, U:9391,00, U:9362,50, U:9399,50, U:10181,00;  $p>0,05$ ). Hemşirelerin eğitim düzeyine göre yaşam kalitesi ölçeği bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (sırasıyla, KW:1,09, KW:1,10, KW:3,82, KW:0,51;  $p>0,05$ ). Hemşirelerin çalışma yıllarına göre yaşam kalitesi ölçeği bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan alt boyut puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (sırasıyla KW:2,29, KW:1,30, KW:1,234, KW:3,31;  $p>0,05$ ). Hemşirelerin aynı kurumda çalışma yıllarına göre yaşam kalitesi ölçeği bedensel, ruhsal ve çevresel alan alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değilken (sırasıyla; KW:2,14, KW:2,26, KW:1,21;  $p>0,05$ ); aynı kurumda çalışma yılı ile yaşam kalitesi ölçeği sosyal alan arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (KW:6,79;  $p<0,05$ ). Farkın kaynağı incelendiğinde çalışma yılı 11 yıl ve üzeri olanların yaşam kalitesi ölçeği sosyal alan alt boyut puanının daha yüksek olduğu görülmüştür.

**Tablo 9.** Hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin bilgi ve düşünceleri ile WHOQOL-bref-TR alt boyut puanlarının karşılaştırılması (N:290)

Bilgi ve Düşünceler		N	Bedensel alan			Ruhsal alan			Sosyal alan			Çevresel alan		
			median	min	max	median	min	max	median	min	max	median	min	max
Şehir hastaneleri hakkında bilgisi	Olan	78	13,33	8,00	19,33	13,66	7,33	18,67	13,33	8,00	20,00	12,25	7,50	17,50
	Biraz olan	122	13,33	6,67	17,33	13,33	4,00	18,67	13,33	8,00	18,67	12,25	8,00	18,50
	Olmayan	90	12,66	5,33	17,33	14,00	9,33	18,00	13,33	4,00	20,00	12,00	4,00	17,00
	<b>İstatistiksel Değerler</b>		KW:2,12; p:0,346			KW:5,56; p=0,062			KW:1,46; p:0,492			KW:1,68; p:0,431		
Hastanede ki hemşire sayısı*	Yeterli	55	13,33	8,00	19,33	14,00	8,67	18,67	13,33	8,00	18,67	13,50	7,50	17,00
	Yeterli değil	222	13,33	5,33	18,67	13,33	4,00	18,67	13,33	4,00	20,00	12,00	4,00	18,50
	<b>İstatistiksel Değerler</b>		U:5696,50; p:0,441			U:5282,50; p:0,120			U:5581,00; p:0,318			<b>U:4950,50; p:0,029</b>		
Çalışma saati	Haftada 40 saatten fazla	221	13,33	5,33	19,33	13,33	4,00	18,67	13,33	4,00	20,00	12,50	4,00	18,50
	Haftada 40 saat çalışan	69	13,33	7,33	18,67	14,00	7,33	18,67	13,33	9,33	20,00	11,50	8,00	17,50
	<b>İstatistiksel Değerler</b>		U:7624,50; p:0,996			U:6910,00; p:0,238			U:7328,50; p:0,622			U:7122; p:0,407		
Çalışılan birimi değiştirme durumu*	Var	139	13,33	2,47	19,33	13,33	5,33	18,67	13,33	8,00	20,00	12,00	7,00	17,50
	Yok	148	12,66	5,33	17,33	13,33	4,00	18,67	13,33	4,00	20,00	12,00	4,00	18,50
	<b>İstatistiksel Değerler</b>		U:9329,00; 0,172			U:9426,00; p:0,219			U:9831,00; p:0,512			U:10191,00; p:0,892		

**Tablo 10.** Hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin bilgi ve düşünceleri ile WHOQOL-bref-TR alt boyut puanlarının karşılaştırılması devamı (N:290)

Bilgi ve Düşünceler		N	Bedensel alan			Ruhsal alan			Sosyal alan			Çevresel alan		
			median	min	max	median	min	max	median	min	max	median	min	max
<b>Birim</b>	Olan	71	14,00	7,33	18,67	14,00	9,33	18,67	14,66	8,00	20,00	12,50	7,00	17,50
	Olmayan	80	13,33	6,67	19,33	13,33	5,33	18,00	13,33	8,00	18,67	12,00	7,50	17,50
<b>kendi isteği doğrultusunda olma durumu*</b>		<b>İstatistiksel Değerler</b>	U:2421,00; p:0,117			U:2563,50; p:0,300			U:2407,50; p:0,102			U:2405,50; p:0,104		

Hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin bilgi ve düşünceleri ile WHOQOL-bref-TR alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 8’de sunulmuştur. Hemşirelerin şehir hastaneleri kanunu hakkında bilgi durumu ile yaşam kalitesi alt boyutlarından bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (sırasıyla, KW:2,12, KW:5,56, KW:1,46, KW:1,68;  $p>0,05$ ). Hemşirelerin çalıştıkları kurumda hemşire sayısının yeterli olduğunu düşünme durumu ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından bedensel, ruhsal ve sosyal alan puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla, U:5696,50, U:5282,50, U:5581,00;  $p>0,05$ ). Ancak hemşire sayısının yeterli olduğunu düşünme durumu ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından çevresel alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (U:4950,50;  $p<0,05$ ). Farkın kaynağı incelendiğinde hemşire sayısının yeterli olduğunu düşünenlerin çevresel alan alt boyut puanının daha yüksek olduğu görülmüştür. Hemşirelerin çalışma saatiiyle yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (sırasıyla, U:7624,50,U:6910,00, U:7328,50, U:7122;  $p>0,05$ ). Hemşirelerin şehir hastanelerine geçtikten sonra çalışılan birimi değiştirme durumu ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla, U:9329, U:9426,00, U:9831,00, U:10191,00;  $p>0,05$ ). Hemşirelerden birim değişikliği yapanların kendi isteği doğrultusunda olma durumu ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla, U:2421,00, U:2563,50, U:2407,50, U:2405,50;  $p>0,05$ ).

**Tablo 11.** Hemşirelerin şehir hastanesinde çalışmaya ilişkin düşünceleri ile WHOQOL-bref-TR alt boyut puanlarının karşılaştırılması (N:290)

Düşünceler	N	Bedensel alan			Ruhsal alan			Sosyal alan			Çevresel alan			
		median	min	max	median	min	max	median	min	max	median	min	max	
Çalışılan birimden memnuniye t*	Memnun	208	13,33	5,33	18,67	14,00	4,00	18,67	13,33	4,00	20,00	12,50	4,00	18,50
	Memnun değil	74	13,00	8,00	19,33	13,33	5,33	18,00	13,33	6,67	18,67	12,00	7,50	15,00
<b>İstatistiksel Değerler</b>		U:6969,50; p:0,226			U:6741,00; p:0,111			<b>U:6327,00; p=0,021</b>			<b>U:6346,00; p=0,025</b>			
Çalışma saati*	Memnun	104	13,66	8,67	17,33	14,00	7,33	18,67	14,66	8,00	20,00	13,00	7,50	17,50
	Biraz memnun	36	13,33	7,33	16,67	13,33	10,00	17,33	13,33	8,00	20,00	12,50	9,00	17,00
	Memnun değil	147	12,66	5,33	19,33	13,33	4,00	18,00	13,33	4,00	18,67	11,50	4,00	18,50
	<b>İstatistiksel Değerler</b>		<b>KW:8,38; p=0,015</b>			<b>KW:14,23; p=0,001</b>			KW:5,66; p=0,059			<b>KW:25,08; p=0,000</b>		
Yeterli dinlenme süresine sahip olma durumu	Biraz yeterli	57	14,00	10,00	18,67	14,50	10,00	18,00	13,33	8,00	20,00	13,00	9,00	17,00
	Yeterli	63	13,33	8,00	17,33	14,00	7,33	18,67	13,33	9,33	20,00	12,50	7,50	17,50
	Yeterli değil	169	12,66	5,33	19,33	13,33	4,00	18,67	13,33	4,00	18,67	12,00	4,00	18,50
	<b>İstatistiksel Değerler</b>		<b>KW:6,86; p=0,032</b>			<b>KW:10,96; p=0,004</b>			KW:1,33; p=0,514			<b>KW:12,28; p=0,002</b>		

\* Bazı seçenekler boş bırakıldığı için N değişmiştir.

**Tablo 12.** Hemşirelerin şehir hastanesinde çalışmaya ilişkin düşünceleri ile WHOQOL-bref-TR alt boyut puanlarının karşılaştırılması devamı (N:290)

Düşünceler	N	Bedensel alan			Ruhsal alan			Sosyal alan			Çevresel alan			
		media	min	max	median	min	max	media	min	max	media	min	max	
		n						n			n			
Maaş memnuniyeti	Memnun	35	13,33	9,33	16,67	14,00	10,00	18,67	14,66	8,00	18,67	12,50	8,50	17,50
	Memnun değil	109	13,33	8,00	19,33	14,00	5,33	18,67	14,00	7,00	18,67	12,50	7,50	17,50
	Kararsız	146	12,66	5,33	18,67	13,33	4,00	18,67	13,33	4,00	20,00	12,00	4,00	18,50
<b>İstatistiksel Değerler</b>			KW:1,49; p:0,475			KW:2,44; p:0,295			<b>KW:6,23; p:0,044</b>			KW:5,38; p:0,068		
Başka bir hastaneye tayin olma isteği*	Var	144	13,33	5,33	19,33	13,33	4,00	18,00	13,33	4,00	20,00	12,00	4,00	17,00
	Yok	109	12,66	7,33	18,67	14,00	4,67	18,67	13,33	8,00	20,00	12,00	7,50	18,50
	Biraz var	36	13,33	7,33	1,67	14,00	9,33	18,67	14,66	8,00	18,67	12,50	8,50	17,00
<b>İstatistiksel Değerler</b>			KW:0,87; p:0,646			KW:1,65; p:0,439			KW:5,04; p:0,439			KW:2,70; p:0,259		

\*Bazı seçenekler boş bırakıldığı için N değişmiştir.

Hemşirelerin şehir hastanesinde çalışmaya ilişkin düşünceleri ile WHOQOL-bref-TR alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 9'da sunulmuştur. Hemşirelerin çalışılan birimden memnuniyet durumu ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından bedensel ve ruhsal alan alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla, U:6969,50, U:6741,00;  $p>0,05$ ). Ancak çalışılan birimden memnuniyet durumu ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından sosyal ve çevresel alan alt boyut puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (sırasıyla, U:6327,00, U:6346,00;  $p<0,05$ ). Farkın kaynağı incelendiğinde çalışılan birimden memnun olanlarda yaşam kalitesi ölçeği sosyal alan alt boyut puanı daha yaygınken, çevresel alan alt boyut puanı daha yüksektir. Hemşirelerin çalışma saati ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından sosyal alan alt boyut puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken (KW:5,66;  $p>0,05$ ); çalışma saati ile bedensel, ruhsal ve çevresel alan alt boyut puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (sırasıyla, KW:8,378, KW:14,23, KW:25,08;  $p<0,05$ ). Farkın kaynağı incelendiğinde çalışma saatinden memnun olanların biraz memnun ve memnun olmayanlara göre bedensel, ruhsal ve çevresel alan alt boyut puanının yüksek olduğu görülmüştür. Hemşirelerden yeterli dinlenme süresine sahip olma durumu ile sosyal alan puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken (KW:1,33;  $p>0,05$ ), bedensel, ruhsal ve çevresel alan alt boyut puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (sırasıyla, KW:6,86, KW:10,96, KW:12,28;  $p<0,05$ ). Farkın kaynağı incelendiğinde biraz yeterli dinlenme süresine sahip olan hemşirelerin bedensel, ruhsal ve çevresel alan puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Hemşirelerin maaş memnuniyeti ile bedensel, ruhsal ve çevresel alan puanları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken (sırasıyla KW:1,49, KW:2,434, KW:5,38;  $p>0,05$ ); hemşirelerin maaş memnuniyeti ile sosyal alan arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (KW:6,231;  $p<0,05$ ). Farkın kaynağı incelendiğinde maaşından memnun olan hemşirelerin yaşam kalitesi ölçeği sosyal alan puanının daha yüksek olduğu görülmüştür. Hemşirelerin başka bir hastaneye tayin olma isteği ile yaşam kalitesi alt boyutlarından bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (sırasıyla KW:0,87, KW:1,65, KW:5,034, KW:2,70;  $p>0,05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Bu araştırma Yozgat Şehir Hastanesinde çalışan hemşirelerin yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Bu bölümde hemşirelerin yaşam kalitesi düzeyi ve yaşam kalitesi ile sosyo-demografik özellikleri arasındaki ilişki tartışılmıştır.

Araştırma çoğunluğu kadın hemşirelerden (%73,1) oluşan 290 hemşire ile yürütülmüştür (evrenin %70'ine ulaşılmıştır). Hemşirelerin yarısından fazlası 19-29 yaş aralığındadır ve yarısından fazlası bekâr ve yarıya yakını lisans mezunudur. Hemşirelerin çalışma süresine bakıldığında yarından fazlası 1-9 yıl aralığında çalışırken, 3/4'üne yakını 1-5 yıl aralığında aynı kurumda çalışmaktadır (Tablo 2).

### 5.1. Hemşirelerin Sosyo-demografik Verilerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırma da hemşirelerin 1/3'üne yakını şehir hastaneleri kanunu hakkında hiç bilgisi olmadığını belirtirken yarısına yakını ise biraz bilgi sahibi olduklarını belirtmiştir (Tablo 3). Kanun ve yönetmelik gibi kişinin bireysel haklarının belirlendiği belgeler içindeki bilgilere sahip olmak kişinin hak ve sorumluluklarını bilmesini ve aksi bir durum olduğunda hakkını aramasını sağlar (Demirkol, 2017). Oysaki hemşirelerin önemli bir bölümü bağlı oldukları kurumun kanunu hakkındaki bilgiye yeterince sahip değildir. Bu durum hemşirelerin haklarını aramasını engelleyebilir. Hemşirelerin şehir hastaneleri kanunu hakkında bilgi sahibi olmayanların yaşadığı rol belirsizliği, örgüt ve bireyin değerleri arasındaki uyumsuzluk, çalışma koşulları gibi birçok konuda stres yaşayabileceği (Aydın, 2008) ve bu stresin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceği söylenebilir.

Bu araştırma da hemşirelerin 3/4'ünden fazlası çalışılan hastanede hemşire sayısının yeterli olmadığını dolayısıyla 3/4'ünden fazlası haftalık çalışma saatinden fazla çalıştığını belirtmiştir (Tablo3). İş yükünün fazlalığı ve rol belirsizliği bir örgütte stres artışına neden olabilir (Aydın, 2008). Stres artışı hemşirelerin yaşamlarındaki birçok alanı olumsuz etkileyebilir. Ayrıca hemşirelerin maaş memnuniyetleri incelendiğinde yarısı kararsız olduğunu ifade ederken yaklaşık 1/3'ü memnun olmadığını belirtmiştir (Tablo 4). Uygulama alanlarında maaşından kararsız olduğunu ifade eden hemşirelerin haftalık çalışma saatinden fazla çalıştığı için maaşının arttığını aslında ana maaşının



düşük olduğunu ifade ettiği ve kararsızlığının bu nedenden kaynaklandığı gözlemlenmiştir. Maaş memnuniyetsizliğinin nedeninin fazla mesai çalışması sonucu kısmen maaş artışı olduğu düşünülebilir. Aynı şekilde yapılan bir araştırmada da (Uğurluoğlu ve ark. 2019) belirtildiği gibi döner sermaye verilmediği için maaşta görece azalma olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin yarısından fazlası çalışma saatleri dışında yeterli dinlenme sürelerine sahip olmadıklarını, yarısından fazlası çalışma saatlerinden memnun olmadığını ifade etmektedir (Tablo 4). Özzeybek Taş'ın (2018) yapmış olduğu halkın ve sağlık çalışanlarının yeni kurulan şehir hastaneleri ile ilgili düşüncelerinin incelendiği çalışmada, sağlık çalışanlarının şehir hastaneleri uygulaması ile iş yükünün ve sağlık çalışanlarında tükenmişlik, uykusuzluk ve depresyon gibi psikolojik sorunların artacağı belirlenmiştir. Bu araştırma sonuçları, yapılan çalışma ile benzerlik göstermektedir. Bu araştırmada hemşirelerin yarısından çoğu lisans tamamlamak, yüksek lisans yapmak ve sertifika programlarına katılmak gibi eğitim artırıcı faaliyetlere dahil olmak istediklerini ancak %41'i herhangi bir şeye motive olmadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4). Eğitim programlarının ve sertifika programlarına katılımın yaşam kalitesini artırdığını belirten (Ayaz ve Beydağ, 2014) ve yaşam kalitesi ve memnuniyet arasında ilişki olduğunu gösteren araştırmalar vardır (Öztürk, Güleç, Güneri, Sevil ve Gürmen, 2013). Hemşirelerin eğitimlerini artırma isteğinin yaşam kalitesini artırma isteğinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Bu araştırma da hemşirelerin yarısına yakını şehir hastanelerine geçtikten sonra başka bir hastaneye tayin olmak istemiş (Tablo 4) ve yine yarısından fazlası çalıştığı birimi değiştirmiştir. Birim değişikliği yapan hemşirelerin yarısından fazlasında bu değişim kendi isteği doğrultusunda olmamıştır (Tablo 3). Uygulama alanlarında hemşirelerin isteği olmadan çalışılan birimlerin sıklıkla değiştirildiğine rastlanılmaktadır. Bu durumda hemşirelerin iş yaşamını olumsuz etkileyebileceği düşünülebilir.

## **5.2. Hemşirelerin Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu araştırmada yaşam kalitesini belirlemek için bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel olmak üzere 4 alt boyutu olan WHOQOL-bref)-TR kullanıldı. Ölçeğin ilk iki sorusu yaşam kalitesi algılarını ve sağlığından hoşnut olma durumunu belirlemeye

yönelikti. Hemşirelerin %55,2'si yaşam kalitelerini ne iyi ne de kötü olarak algılamakta ve hemşirelerin %33,8'i sağlığından epeyce hoşnut olduğunu ifade etmektedir (Tablo 5). Ekelik Gülgün'ün (2014) hemşire ve ebelerin yaşam kalitesini belirlediği çalışmada katılımcılardan %57,6'sı yaşam kalitelerini ne iyi ne kötü olarak değerlendirmektedir. Bu çalışma sonucu, yapılan araştırma ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından bedensel alan alt boyut puan ortalaması  $13,09 \pm 2,36$ , ruhsal alan alt boyut puan ortalaması  $13,39 \pm 2,32$ , sosyal alan alt boyut puan ortalaması  $13,35 \pm 2,73$  ve çevresel alan alt boyut puan ortalaması ise  $12,32 \pm 2,13$ 'dir (Tablo 6). Yapılan çeşitli çalışmalarda hemşirelerin yaşam kalitesi ortalama puanları bedensel alan için 13,31-15,19 puan arasında, ruhsal alan için 13,27-15,19 puan arasında, sosyal alan için çıkmış 13,19-14,69 puan arasında ve çevresel alan için 11,66-18,00 puan arasında bu araştırma ile benzer bulunmuştur (Elmas, 2018; Jathanna ve D'Silva, 2014; Kavlu ve Pınar, 2009; Kıvanç, 2016; Santos ve Beresin, 2009).

Bu araştırma da hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyine ve çalışma süresine göre bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ) (Tablo 7). Hemşirelerin yaşam kalitesinin ve etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmada çalışmaya katılan hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve haftalık çalışma süresi ile yaşam kalitesi arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Başkale ve ark, 2016; Erkıral, 2014). Bu araştırma sonuçları ile yapılan çalışmaların sonuçları benzerlik göstermektedir. Ancak Yıldırım ve Hacıhasanoğlu'na (2011) göre eğitim düzeyinin yaşam kalitesinde önemli bir belirleyici olduğunu ve eğitim düzeyi yükseldikçe kişinin dış etkenlerden daha az etkileneceğini ve bunun sonucunda yaşam kalitesinin artacağını söylemiştir. Soric ve arkadaşlarının hemşirelerin vardiyalı çalışması ve yaşam kalitesi üzerine yaptığı çalışma sonucuna göre ise eğitimin, hemşirelerin çalışma yetenekleri ve yaşam kalitesi ile pozitif bir ilişki içinde olduğu belirlenmiştir. Bu konuda fikir birliği olmadığı görülmektedir.

Hemşirelerin aynı kurumda çalışma yıllarına göre yaşam kalitesi ölçeği bedensel, ruhsal ve çevresel alan alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değilken ( $p > 0,05$ ); aynı kurumda çalışma yılı ile yaşam kalitesi ölçeği sosyal

alan arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Farkın kaynağı incelendiğinde çalışma yılı 11 yıl ve üzeri olanların yaşam kalitesi ölçeği sosyal alan alt boyut puanının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 7).

Bu araştırma da hemşirelerin çalıştıkları kurumda hemşire sayısının yeterli olduğunu düşünme durumu ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından bedensel, ruhsal ve sosyal alan puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ). Ancak hemşire sayısının yeterli olduğunu düşünenlerin çevresel alan alt boyut puanının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ) (Tablo 8). Yetersiz hemşire sayısı çalışan hemşirelerin iş yüklerini ve çalışma saatlerini artırmaktadır. Bu durumda hemşireler fiziksel ve psikolojik sorunlar yaşamakta, hasta bakım kalitesi azalmakta ve tıbbi hatalar yapma oranı yükselmektedir (Kanbay ve Üstün, 2009; Yüksek ve ark, 2019). Bu araştırmaya katılan hemşirelerin %80,1'i hemşire sayısının yetersiz olduğunu düşünmekte ve %76,2'si haftalık çalışma saatinden fazla çalışmaktadır (Tablo3). Araştırmaya katılan hemşirelerin de benzer sorunları yaşadığını ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini söyleyebiliriz.

Bu araştırma hemşirelerin çalışma saati ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ) (Tablo 8). Yapılan bir çalışma sonucuna göre çalışma saatleri %20 oranında aşamalı olarak azaltılan hemşirelerin kliniklerdeki uygulamalarında verimin arttığı ve bakım kalitesinde pozitif bir etki yarattığını söylenmektedir (Öztürk ve Akbulut, 2011).

Bu araştırma da hemşirelerin şehir hastanelerine geçtikten sonra çalışılan birimi değiştirme durumu ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Hemşirelerden birim değişikliği yapanların kendi isteği doğrultusunda olma durumu ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 8). Yapılan bir araştırma sonucuna göre çalıştığı birimi kendi isteğiyle seçme değişkenine göre yaşam kalitesi ölçek puanlarının yüksek ancak anlamlı olmadığı belirlenirken (Elmas, 2018); onkoloji hemşireleri üzerine yapılan başka bir araştırma sonucuna göre ise çalıştığı bölümü isteyerek seçenlerde ruhsal ve çevresel alan

puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Ergün ve ark., 2005). Bu durum literatürde bazı araştırmalar ile benzerlik gösterirken, bazıları ile benzerlik göstermemektedir. Bunun sebebi olarak onkoloji gibi belirli bir alanda çalışan hemşirelere yapılması ve örneklem sayısındaki farklılıktan kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Bu araştırma da hemşirelerin çalışılan birimden memnuniyet durumu ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından bedensel ve ruhsal alan alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Ancak çalışılan birimden memnun olanlarda yaşam kalitesi ölçeği sosyal alan alt boyut puanı daha yaygınken, çevresel alan alt boyut puanı daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ) (Tablo 9). Sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini belirlediği çalışmalar sonucunda çalıştığı birimi kendi isteğiyle seçenlerin yaşam kalitelerinin yüksek olduğunu belirlenmiştir (Elmas, 2018; Ergün ve ark., 2005; Kıvanç, 2016). Bu çalışma sonucu yapılan araştırma ile benzerlik göstermektedir. Tercih edilen ve istenilen birimde görev yapmanın, hemşirelerin yaşam kalitesini olumlu etkilediği söylenebilir.

Bu araştırma da hemşirelerden yeterli dinlenme süresine sahip olma durumu ile sosyal alan puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p>0,05$ ), biraz yeterli dinlenme süresine sahip olan hemşirelerin bedensel, ruhsal ve çevresel alan puanlarının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ). Ayrıca hemşirelerin çalışma saatinden memnun olanların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından sosyal alan alt boyut puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p>0,05$ ); bedensel, ruhsal ve çevresel alan alt boyut puanının yüksel olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ) (Tablo 9). Aylık çalışma saatinden fazla çalışan ve yeterli dinleme süresine sahip olmayan hemşirelerin yaşam kalitesinin negatif yönde etkilendiği, buna bağlı olarak iş yaşam kalitesinin ve hasta bakım kalitesinin de azalabileceği söylenebilir.

Bu araştırma da hemşirelerin maaş memnuniyeti ile bedensel, ruhsal ve çevresel alan puanları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $>0,05$ ); hemşirelerin maaş memnuniyeti ile sosyal alan arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Farkın kaynağı incelendiğinde maaşından memnun olan

hemşirelerin yaşam kalitesi ölçeği sosyal alan puanının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Bu araştırma da hemşirelerin başka bir hastaneye tayin olma isteği ile yaşam kalitesi alt boyutlarından bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ) (Tablo 9).



## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

### 6.1. Sonuç

Bu bölümde Yozgat Şehir Hastanesinde çalışan hemşirelerin yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın sonucu yer almaktadır.

Araştırma çoğunluğu kadın hemşirelerden (%73,1) oluşan 290 hemşire ile yürütülmüştür (evrenin %70'ine ulaşılmıştır). Hemşirelerin yarısından fazlası 19-29 yaş aralığındadır ve yarısından fazlası bekâr ve yarıya yakını lisans mezunudur. Hemşirelerin çalışma süresine bakıldığında yarından fazlası 1-9 yıl aralığında çalışırken, 3/4'üne yakını 1-5 yıl aralığında aynı kurumda çalışmaktadır.

Hemşirelerin %55,2'si yaşam kalitelerini ne iyi ne de kötü olarak algılamakta ve hemşirelerin %33,8'i sağlığından epeyce hoşnut olduğunu ifade etmektedir.

Hemşirelerin yaşam kalitesi bedensel alan alt boyut puan ortalaması  $13,09 \pm 2,36$ , ruhsal alan alt boyut puan ortalaması  $13,39 \pm 2,32$ , sosyal alan alt boyut puan ortalaması  $13,35 \pm 2,73$  ve çevresel alan alt boyut puan ortalaması ise  $12,32 \pm 2,13$ 'dir.

Hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyine ve çalışma süresine göre bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ).

Hemşirelerin aynı kurumda çalışma yıllarına göre yaşam kalitesi ölçeği bedensel, ruhsal ve çevresel alan alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değilken ( $p > 0,05$ ); aynı kurumda çalışma yılı ile yaşam kalitesi ölçeği sosyal alan arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Farkın kaynağı incelendiğinde çalışma yılı 11 yıl ve üzeri olanların yaşam kalitesi ölçeği sosyal alan alt boyut puanının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin şehir hastaneleri kanunu hakkında bilgi durumu ile yaşam kalitesi alt boyutlarından bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ).

Hemşirelerin çalıştıkları kurumda hemşire sayısının yeterli olduğunu düşünme durumu ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından bedensel, ruhsal ve sosyal alan puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ). Ancak hemşire

sayısının yeterli olduğunu düşünenlerin çevresel alan alt boyut puanının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ).

Hemşirelerin çalışma saati ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerin şehir hastanelerine geçtikten sonra çalışılan birimi değiştirme durumu ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Hemşirelerden birim değişikliği yapanların kendi isteği doğrultusunda olma durumu ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerin çalışılan birimden memnuniyet durumu ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından bedensel ve ruhsal alan alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Ancak çalışılan birimden memnun olanlarda yaşam kalitesi ölçeği sosyal alan alt boyut puanı daha yaygınken, çevresel alan alt boyut puanı daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ).

Hemşirelerden yeterli dinlenme süresine sahip olma durumu ile sosyal alan puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p>0,05$ ), biraz yeterli dinlenme süresine sahip olan hemşirelerin bedensel, ruhsal ve çevresel alan puanlarının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ). Ayrıca hemşirelerin çalışma saatinden memnun olanların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından sosyal alan alt boyut puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p>0,05$ ); bedensel, ruhsal ve çevresel alan alt boyut puanının yüksel olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ).

Hemşirelerin maaş memnuniyeti ile bedensel, ruhsal ve çevresel alan puanları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $>0,05$ ); hemşirelerin maaş memnuniyeti ile sosyal alan arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Farkın kaynağı incelendiğinde maaşından memnun olan hemşirelerin yaşam kalitesi ölçeği sosyal alan puanının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin başka bir hastaneye tayin olma isteği ile yaşam kalitesi alt boyutlarından bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

## 6.2. Öneriler

Bu araştırma Yozgat Şehir Hastanesinde çalışan hemşirelerin yaşam kalitesinin belirlenmesi nedeniyle önemli olduğu düşünülmektedir. Bu araştırmadan çıkarılan sonuçlar doğrultusunda;

-Hemşirelerin yaşam kalitelerinin düşük olduğu, kurumlarında çalışma saatleri ile ilgili düzenlemeler yapılması,

-Birimlerdeki çalışan hemşire sayılarında düzenlemeler yapılması,

-Hemşirelerin şehir hastanelerinde yaşadığı dönüşüm sürecine eğitimlerle desteklenerek aktif katılımının sağlanması,

-Hemşirelerin çalıştıkları kurumda yönetimsel ve organizasyonel işleyiş biçimi ile ilgili oryantasyon programlarının yapılması,

-Bu araştırma sonuçları yönetici/politikacılar tarafından hemşirelerin yaşam kalitesini artırabilecek iyileştirmeler yapmalarına yardımcı olmak için kullanılabilir.



## 7. KAYNAKÇA

Akdağ, R. (2007). Nereden nereye Türkiye sağlıkta dönüşüm programı Kasım 2002-Haziran 2007. TC Sağlık Bakanlığı Yayın. (713).

Akbolat, M., Turgut, M., Över, G. (2015). Hemşirelerin yaşam kalitesi algılarının motivasyonlarına etkisi: bir kamu hastanesi örneği. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 4(2), 65-82.

Akoğlan Kozak, M. (2014). Değişim sürecinde ortaya çıkan direnci önlemede duyguların yönetiminin önemi: hizmet işletmeleri açısından bakış. *Optimum Ekonomi ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 81-92.

Altındiş, M., Altındiş, S., Saylı, H. (2012). Sağlık profesyonellerinin değişim sürecindeki tutumlarını belirlemeye yönelik bir araştırma. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 7(14), 75-93.

Aloğlu, N., Taşlıyan, M. (2016). Aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelinin geçmiş sistem (sağlık ocakları) ile bugünkü sistemi (aile hekimliği) değerlendirmeleri: Kahramanmaraş il merkezinde bir alan çalışması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 2(3), 1-14.

Alan, H., Yıldırım, A. (2015). Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, (3), Sayı 2

Atasever, M. (2014). *Türkiye sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamalarının analizi 2002-2013 dönemi*. Mehmet ATASEVER.

Ayaz, S., Beydağ, K. D. (2014). Hemşirelerin iş yaşamı kalitesini etkileyen etmenler: Balıkesir örneği. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(2), 60-69.

Boylu, A. A., Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 8(15), 137-150.

Aydın, İ. (2008). *İş yaşamında stres*. Ankara: Pegem A Yayınları. 27-35

Başol, E., Işık, A. (2015). Türkiye’de sağlık politikalarında güncel gelişmeler: sağlıkta dönüşüm programından günümüze bazı değerlendirme ve öneriler. *International Anatolia Academic Online Journal/Social Science Journal*, 2(2), 1-26.

Başkale, H., Günüşen, N. P., Serçekuş, P. (2016). Bir devlet hastanesinde görev yapan hemşirelerin çalışan yaşam kalitesi düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, (2), 125-133.

Celebi Cakiroglu, O., Harmanci Seren, A. K. (2019). Hemşirelerin değişime yönelik tutumları ve beş faktör kişilik özellikleri arasındaki ilişki. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(3), 211-217.

Cerrahoğlu, A. (2016). Şehir hastaneleri ve birinci basamak, *The Journal of Turkish Family Physician*, 7(3), S.81-84.

Çavmak, Ş., Çavmak, D. (2017). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1 (1), 48-57.

Çakıroğlu, O. Ç., Seren, A. K. H. (2016). Sağlıkta dönüşüm programının sağlık sistemi ve sağlık çalışanları üzerindeki etkileri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(1), 37-43.

Çelik, A., Karaca, A. (2017). Hemşirelerde ekip çalışması ve motivasyon arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 14(4), 254-263.

Çetinkaya, F., Baykan, Z., Naçar, M. (2013). Yetişkinlerin aile hekimliği uygulaması ile ilgili düşünceleri ve aile hekimlerine başvuru durumu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(1).

Çınar, F., Toker, K. (2018). Ameliyathane hemşirelerinin değişime açıklığa ilişkin değerlendirmeleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 5(1), 19-26.

Demirkıran, S. (2012). *Yaşam kalitesi ve sağlık çalışanları*. (yüksek lisans tezi). Beykent Üniversitesi. İstanbul.

Demirkol, M. (2017). Kişi hak ve hürriyetlerinin korunması karşısında anayasa madde.13, bu hükme aykırı yasal düzenleme ve faaliyetlerin anayasa madde 11 açısından değerlendirilmesi. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, (ICOME 2017 ÖZEL SAYISI), 17-27.

Durmuş, A., Durmuş, M. N. (2019). Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 5(2), 216-229.

Doğaner, Y. ., Aydoğan, ., Sarı, O. (2014). Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Turkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 5(3), 70-75.

Dos Santos, R. M. A., Beresin, R. (2009). Quality of life of nurses in the operating room. *Einstein*, 7(2), 152-158.

Elmas, İ. (2018). *Hemşirelerin yaşam kalitesi: Mardin ili rneği* (yüksek lisans tezi). Bahçeşehir Üniversitesi. İstanbul.

Erat, ř., Korkmaz, M., imen, V., Yahyaoğlu, G. (2011). Hemşirelerin iş yaşam kalitesinin motivasyona etkisi. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*, 1(1), 68-97.

Erkiral, C. (2014). *Hemşirelerin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi* (doktora tezi). Haliç Üniversitesi. İstanbul.

Eser, E., Fidaner, H., Fidaner, C., Eser, S. Y., Elbi, H., Göker, E. (1999). WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in Psikometrik zellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 7(Suppl 2), 23-40.

Erol, H., zdemir, A. (2019). Türkiye'de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Dönüşüm Ve Sağlık Harcamalarına Etkileri. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 119-146.

Erkan, F. (2019). şehir hastaneleri. *alışma Ortamı Dergisi*. Sayı: 159:22

Gökkaya, D., İzgüden, D., Erdem, R. (2018). şehir hastanesinde hasta memnuniyeti araştırması: Isparta ili rneği. *Visionary E-Journal/Vizyoner Dergisi*, 9(20).

Güney, Z. (2014). *Sağlık yöneticilerinin yaşam kalitesinin belirlenmesi: Ankara ili rneği*, (yüksek lisans tezi). Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.

Gülgün, F. (2014). *Hemşire ve ebelerde yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi algısı* (yüksek lisans tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.

Hamzaoğlu, O., Yavuz, C. (2006). Sağlıkta AKP'li dönemin bilançosu zerine. *Mülkiye Dergisi*, 252:275-296

Jathanna, P. N., D'Silva, J. (2014). Quality of life among nurses working in different health care setting in the state of karnataka, India. *Chrismed journal of health and research*, 1(4), 241.

Karasu, K. (2011). Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde kamu özel ortaklığı. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 217-262.

Karadağ, M., Kabasakal, E., (2011), Hemşirelerin çalışma ortamlarında karşılaştıkları risklerin ve maruziyet sıklıklarının belirlenmesi. *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 4. Ulusal Kongresi*, Ankara. S:58

Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 131-174.

Karahanoğulları, Y. (2012) Kamu özel ortaklığı modelinin mali değerlendirilmesi, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, s.67(2), 95-125.

Kavlu, İ., & PINAR, R. (2009). Acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumlarının yaşam kalitesine etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 29(6), 1543-1555.

Kıvanç, M. (2015). Evrensel sağlık bildirgeleri ve Türkiye’de sağlık reformları, *Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi Derleme*, Sayı:3

Olağanüstü hal kapsamında bazı düzenlemeler yapılması hakkında kanun hükmünde kararname. (2017). *Resmi Gazete*, 694, 25 Ağustos 2017

Özerdoğan, Ö., Yüksel, B., Çelik, M., Oymak, S., Bakar, C. (2018). Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Türk J Public Health*, 16(2)

Ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderlerinin devlet tarafından karşılanması ve yeşil kart uygulaması hakkında yönetmelik. (1992). *Resmi Gazete*, 21314. 13 Ağustos 1992

Öztürk, N. Ş., Y, Akbulut., (2011). Hemşirelerin iş gücü verimliliğini etkileyen örgütsel faktörler konusundaki tutumlarının belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*. 10.S. 21

Öztürk, R., Güleç, D., Güneri, S. E., Sevil, Ü., Gürmen, N. (2013). Hemşirelerin iş yaşamı kaliteleri ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 167-174.

Sabuncuoğlu, Z., & Tüz, M. (1998). Örgütsel psikoloji. (3. Baskı). *Bursa: Alfa Aktüel Yayınları*.

Sağlık Bakanlığınca kamu özel iş birliği modeli ile tesis yaptırılması, yenilenmesi ve hizmet alınması ile bazı kanun ve kanun hükmünde kararnamelerde değişiklik yapılması hakkında kanun. (2013). *Resmi Gazete*, 28582, 9 Mart 2013

Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli personele döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılmasına dair yönetmelik. (2013). *Resmi Gazete*, 28559,14 Mart 2013

Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat ve görevleri hakkında kanun hükmünde kararname. (2011). *Resmi Gazete*, 663,2 Kasım 2011

Seren, Ş., Baykal, Ü. (2007). Kalite belgesi alan hastanelerde örgüt kültürü ve değişime karşı tutumun incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 1-11.

Soric, M., Golubic, R., Milosevic, M., Juras, K., Mustajbegovic, J. (2013). Shift work, quality of life and work ability among croatian hospital nurses. *Collegium Antropologicum*, 37(2), 379-384.

Soysal, A., Kırac R., Alu A. (2016). Türkiye’de aile hekimliği sistemi ve Diyarbakır halkının aile hekimliği sistemine olan memnuniyet ölçüleri, *Dicle Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Sayı:10 76-88

Sözer, A. N., (2013). Sağlıkta yeniden yapılanmanın (özelleştirmenin) devamı olarak şehir hastaneleri, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, C: 15, S: özel, ss. 215-253.

Şantaş, Ş., Şantaş, F. (2019). Şehir hastanelerine ilişkin haberlerin gazetelerde yansımaları. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimleri Melek Yüksek Okulu Dergisi*, 22(1).

Şahin, D. S., Özgür, Ö. N. A. L., Kılınç, A. S., Sütlü, S. P., Mutluay, D. (2014). Acil servis ve yoğun bakım hemşirelerinin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 81-92.

Şahin, M., Uysal, Ö. (2012). Kamu maliyesine etkileri açısından kamu özel sektör ortaklıkları üzerine bir değerlendirme. *Maliye Dergisi*, 162, 155-174.

Şeker, M. (2011). İstanbul'da yaşam kalitesi araştırması. *İstanbul Ticaret Odası Yayınları*, Yayın No: 2010-103.

Taşlıyan, M., Karayılan, D. (2011). Organizasyonlarda değişim ve yönetimi. *Çağdaş Yönetim Yaklaşımları İlkeler, Kavramlar ve Yaklaşımlar (Ed: İsmail Bakan)*, Beta Basım Yayın Dağıtım A. Ş, 2, 253-270.

Türk Tabipler Birliği. (2016). Sağlıkta dönüşümün ikinci fazı: şehir hastaneleri ve halkın sağlık hakkı. tıp dünyası,

Türk Tabipler Birliği. (2019). 14 Mart'a giderken ttb'den şehir hastaneleri değerlendirmesi, *Türk Tabipler Birliği Şehir Hastaneleri İzleme Kurulu*.

Theofilou, P. (2013). Quality of life: definition and measurement. *Europe's Journal of Psychology*. 9(1): 150–162.

Uğur, A. Miynat, M. (2014). Kamu özel sektör ortaklıklarının ekonomi politiği, *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 21(2):19- 40.

Uğur, E. (2005). *Hemşirelerin iş yaşamının kalitesi ve etkileyen faktörlere ilişkin görüşleri* (yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

Uğurluoğlu, Ö., Çelik, Y. (2005). Sağlık sistemleri performans ölçümü, önemi ve dünya sağlık örgütü yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1), 3-29.

Uğurluoğlu, D., Gökçaya, D., Erdem, R. (2019). Şehir hastanesinde çalışan memnuniyeti araştırması. *İktisadi İdari ve Siyasal Araştırmalar Dergisi*, 4(9):101-118.

Yeşil, A. (2018). Örgütlerde değişimin önemi ve değişim yönetimi üzerine kavramsal bir değerlendirme. *Uluslararası Akademik Yönetim Bilimleri Dergisi*, 4(5), 307-323.

Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, R. (2011). Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 61-68.

Yıldırımçakar, Ş., (2015). *Sağlık çalışanları ve yaşam kalitesi*. (yüksek lisans tezi). Beykent Üniversitesi SBE. İstanbul

Yılmaztürk, A. (2013). Türkiye’de sağlık reformlarının tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programının küresel niteliğinin değerlendirilmesi. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 8(1), 176-188.

Yüksel, A., Yıldırım, T. A., Yılmaz, E. B. (2019). Hemşirelerde stresle baş etme ve tıbbi hataya eğilim düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(4), 288-294.

İnternet kaynakları:

Şehir Hastaneleri [http://www.ttb.org.tr/userfiles/files/prof\\_dr\\_rasit-tukel-sehir-hastaneleri-samsun-sunum.pdf](http://www.ttb.org.tr/userfiles/files/prof_dr_rasit-tukel-sehir-hastaneleri-samsun-sunum.pdf) (Erişim Tarihi: 20.11.2019).

Sağlıkta Dönüşümün İkinci Fazı: Şehir Hastaneleri ve Halkın Sağlık Hakkı <http://www.tipdunyasi.dr.tr/2016/12/saglikta-donusumun-ikinci-fazi-sehir-hastaneleri-ve-halkin-saglik-hakki/> (Erişim Tarihi:06.10.2019)

Şehir Hastaneleri 2019 [http://www.ttb.org.tr/haber\\_goster.php?guid=e6725064-0fd5-11e8-bafd-0c9ef2e49d68](http://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?guid=e6725064-0fd5-11e8-bafd-0c9ef2e49d68) (Erişim Tarihi:11.11.2019).

SB Şehir Hastaneleri <https://sygm.saglik.gov.tr/tr,33960/sehir-hastaneleri.html> (Erişim Tarihi: 10.10.2019)

Şehir Hastaneleri Raporu [http://www.ttb.org.tr/kollar/\\_sehirhastaneleri/haber\\_goster.php?guid=e84df7a0-1e4b-11e9-b03d-7ed4b0f3b2a2](http://www.ttb.org.tr/kollar/_sehirhastaneleri/haber_goster.php?guid=e84df7a0-1e4b-11e9-b03d-7ed4b0f3b2a2). (Erişim tarihi 6.10.19)

58. Hükümet acil eylem planı <https://docplayer.biz.tr/3890419-T-c-58-hukümet-acil-eylem-planı-aep.html> (Erişim Tarihi: 10.10.2019).

## 8. EKLER

### Ek 1. Anket Formu

Bu araştırma, şehir hastanelerinde çalışan hemşirelerin değişime direnç durumları ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Verdiğiniz cevaplar gizli tutulacaktır. Aşağıda yer alan 2 formu eksiksiz doldurmanızı rica eder, katılımınız için teşekkür ederim.

1.Yaşınız? .....

2.Cinsiyetiniz?

a) Kadın b) Erkek

3. Medeni durumunuz?

a) Evli b)Bekar

4.Eğitim durumunuz?

a)Lise b)Önlisans c)Önlisans+Lisans d)Lisans e)Yüksek lisans

5.Çalışma Yılıınız? .....

6.Aynı Kurumda Çalışma Yılıınız? .....

Şehir Hastanelerine Geçiş İle İlgili Sorular

7.Şehir hastaneleri kanunu hakkında bilginiz var mı?	Evet	Hayır	Biraz
8.Şehir hastanesine geçtikten sonra başka bir hastaneye tayin olmak istediniz mi?	Evet	Hayır	
9.Şehir hastanesine geçtikten sonra çalıştığınız birimi değiştirdiniz mi?	Evet	Hayır	
10.Birim değişikliği oldu ise bu değişim sizin isteğiniz doğrultusunda mı oldu?	Evet	Hayır	



11.Çalıştığınız birimden memnun musunuz?	Evet	Hayır	
12.Şehir hastanesinde ki maaşınızdan memnun musunuz?	Memnun	Memnun değil	Kararsız
14.Çalıştığınız hastanede hemşire sayısının yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	Hayır	Biraz
15.Haftalık çalışma saatinden (haftada 40 sa) fazla çalışıyor musunuz?	Evet	Hayır	
16.Çalışma saatinizden memnun musunuz?	Evet	Hayır	Biraz
17.Çalışma saatleriniz dışında yeterli dinlenme süresine sahip misiniz?	Evet	Hayır	Biraz
18.Şehir hastanesine geçiş sizin eğitim durumunuzu değiştirme yönündeki düşüncelerinizi etkiledi mi?	Evet	Hayır	Biraz
19. Şehir hastanelerinde çalışmaya başladıktan sonra aşağıdaki seçeneklerden hangisini yapma yönünde motive oldunuz?			
a)Lisans tamamlama b)Yüksek lisans yapma c)Doktora yapma d) Sertifika programlarına katılım e) Hiçbiri			

## EK 2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-Bref-Tr)

Yönerge Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşantınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygun cevap olacaktır. Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir. Örnek Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız aşağıdaki gibi “4” rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor.

Örnek ;

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız aşağıdaki gibi “4” rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor.

İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1.Hiç	2. Çok az	3.Orta derece	4.Çokça	5.Aşırı derece
------------------------------------------------------------	-------	-----------	---------------	---------	----------------

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

1.Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1.Çok kötü	2.Biraz kötü	3.Ne iyi ne kötü	4.Oldukça iyi	5.Çok iyi
2.Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1.Hiç hoşnut değilim	2.Çok az hoşnut	3.Ne hoşnut, ne değilim	4.Epeyce hoşnut	5.Çok hoşnut
Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır					

3.Ağrınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	1. Hiç	2. Çok az	3. Orta derece	4. Çokça	5.Aşırı derecede
4.Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1. Hiç	2. Çok az	3. Orta derece	4. Çokça	5.Aşırı derecede
5.Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1. Hiç	2. Çok az	3. Orta derece	4. Çokça	5.Aşırı derecede
6.Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1. Hiç	2. Çok az	3. Orta derece	4. Çokça	5.Aşırı derecede
7.Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1. Hiç	2. Çok az	3. Orta derece	4. Çokça	5.Aşırı derecede
8.Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1. Hiç	2. Çok az	3. Orta derece	4. Çokça	5.Aşırı derecede
9.Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1. Hiç	2. Çok az	3. Orta derece	4. Çokça	5.Aşırı derecede
Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.					
10.Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1. Hiç	2. Çok az	3. Orta derece	4. Çokça	5.Aşırı derecede
11.Bedensel görüntünüzle barışık mısınız?	1. Hiç	2. Çok az	3. Orta derece	4. Çokça	5.Aşırı derecede
12.İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1. Hiç	2. Çok az	3. Orta derece	4. Çokça	5.Aşırı derecede

13.Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	1. Hiç	2. Çok az	3. Orta derece	4. Çokça	5.Aşırı derecede
14.Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1. Hiç	2. Çok az	3. Orta derece	4. Çokça	5.Aşırı derecede
Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.					
15.Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1.Çok kötü	2.Biraz kötü	3.Ne iyi ne kötü	4.Oldukça iyi	5.Çok iyi
16.Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1.Hiç hoşnut değilim	2.Çok az hoşnut	3.Ne hoşnut, ne değilim	4.Epeyce hoşnut	5.Çok hoşnut
17.Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1.Hiç hoşnut değilim	2.Çok az hoşnut	3.Ne hoşnut, ne değilim	4.Epeyce hoşnut	5.Çok hoşnut
18.İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1.Hiç hoşnut değilim	2.Çok az hoşnut	3.Ne hoşnut, ne değilim	4.Epeyce hoşnut	5.Çok hoşnut
19.Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1.Hiç hoşnut değilim	2.Çok az hoşnut	3.Ne hoşnut, ne değilim	4.Epeyce hoşnut	5.Çok hoşnut
20.Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1.Hiç hoşnut değilim	2.Çok az hoşnut	3.Ne hoşnut, ne değilim	4.Epeyce hoşnut	5.Çok hoşnut
21.Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1.Hiç hoşnut değilim	2.Çok az hoşnut	3.Ne hoşnut, ne değilim	4.Epeyce hoşnut	5.Çok hoşnut

22. Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1. Hiç hoşnut değilim	2. Çok az hoşnut	3. Ne hoşnut, ne değilim	4. Epeyce hoşnut	5. Çok hoşnut
23. Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1. Hiç hoşnut değilim	2. Çok az hoşnut	3. Ne hoşnut, ne değilim	4. Epeyce hoşnut	5. Çok hoşnut
24. Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1. Hiç hoşnut değilim	2. Çok az hoşnut	3. Ne hoşnut, ne değilim	4. Epeyce hoşnut	5. Çok hoşnut

25. Ulaşım olanaklarından ne kadar hoşnutsunuz	1. Hiç hoşnut değilim	2. Çok az hoşnut	3. Ne hoşnut, ne değilim	4. Epeyce hoşnut	5. Çok hoşnut
------------------------------------------------	-----------------------	------------------	--------------------------	------------------	---------------

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

26. Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız	1. Hiçbir zaman	2. Nadiren	3. Ara sıra	4. Çoğunlukla	5. Her zaman
27. Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrol ile ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1. Hiç	2. Çok az	3. Orta derece	4. Çokça	5. Aşırı derece

## EK 3. Kurum İzni Belgesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI YOZGAT ŞEHİR HASTANESİ	
BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ DEĞERLENDİRME FORMU	
Dok. No: K.K.Y. FR. 642	Yayın Tarihi: 8.01.2019
Revizyon No: 00	Revizyon Tarihi: 00
Sayfa No: 1 / 1	
<b>Not: Bu doküman elektronik ortamda tutulur.</b>	
<b>ARAŞTIRMA SAHİBİNİN</b>	
Adı Soyadı	Feyza KAYHAN
Kurumu / Üniversitesi	Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Araştırma Yapılacak İller	Yozgat
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Yozgat Şehir Hastanesi
Araştırmanın Konusu	Şehir hastanelerinde çalışan hemşirelerin değişime direnç durumları ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi
Araştırmanın Statüsü	Anket çalışması
Ön İzin Formu	(*)Var / ( ) Yok
Başvuru Belgeleri	Başvuru Formu (*) Var / ( ) Yok Üniversite / Kurum Talebi (*)Var / ( ) Yok Araştırma Yöntemi Örneği (*) Var / ( ) Araştırma Detay Formu (*) Var / ( ) Yok Kurumsal Kimlik Belgesi (*) Var / ( ) Yok Etik Kurul Raporu ( ) Var / ( ) Yok / (*) Karar Aşamasında
Veri Toplama Araçları	Anket Değişime Karşı Tutum Ölçeği Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	15/07/2019-30/08/2019
Görüş İstenilecek Birimler	-
<b>KOMİSYON GÖRÜŞÜ</b>	
Başvuru yapılacak Hastaneden alınacak ön izin formu ve araştırma çalışmaları başvuru formu, araştırma detay formu, danışman tarafından imzalı anket örneği ve kurumsal kimlik belgesi örneği belgelerinin teslimi halinde, Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü tarafından anket çalışmasının yapılmasına müsaade edilmiştir.	
Komisyon Kararı	Oybirliği / Oyçokluğu ile alınmıştır.
Muhafif Üyenin Adı ve Soyadı:	Gerekçesi
16/07/2019	
<b>KOMİSYON</b>	
Üye Filiz KAYAYEL	Üye Sencer KUTLUK
Üye Başkan Yardımcısı Hatice İPEK	Üye Başkan Uzm. Dr. Mustafa KOZAN
Komisyon Başkanı Hastane Başhekimliği	

## EK 4. Etik Kurul İzni

### KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

**Toplantı Tarihi:** 07.08.2019

**Toplantı Sayısı:** 2019/12

**Karar No:** 2019.07.04

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu 07.08.2019 Çarşamba günü saat 11:00'de Prof. Dr. Berkant ÖZPOLAT başkanlığında toplanarak Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Doç. Dr. Sevil ALBAYRAK'ın "Şehir Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Değişime Direnç Durumları ve Yaşam kalitelerinin Belirlenmesi" isimli başvurusunu görüştü.

#### KARAR:

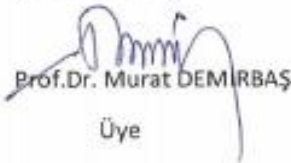
Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Doç. Dr. Sevil ALBAYRAK'ın "Şehir Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Değişime Direnç Durumları ve Yaşam kalitelerinin Belirlenmesi" isimli başvurusu Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Yönergesinde belirtilmiş olan Etik İkelere uygun bulunmuştur.



Prof. Dr. Berkant ÖZPOLAT  
Başkan

Prof. Dr. Ali Ahmet DOĞAN

(Katılmadı) Başkan Vekili

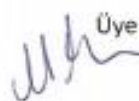


Prof. Dr. Murat DEMİRBAŞ  
Üye

Prof. Dr. Teoman Zafer APAN

(Katılmadı) Üye

Doç. Dr. Meral SERTEL



Üye

Dr. Öğr. Üyesi Funda ERDUGAN

(Katılmadı) Üye

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Zahir ADIŞEN



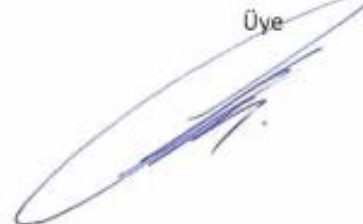
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Oktay AYDIN



Üye

Dr. Öğr. Üyesi Birhan OKTAŞ



Üye

## EK 5. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-Bref-Tr) Türkçe Uyarlaması Kullanımına İlişkin İzin Belgesi

: WHOQOL ölçek kullanım izni ile ilgili... feyza kayhan



Erhan Eser <erhanese@gmail.com>

7.08.2019 Çar 02:17

Siz



Sayın Albayrak,  
Sözleşmeniz merkezimize ulaşmış, ve uygun bulunmuştur.  
Çalışmanızda başarılar dileriz.  
WHOQOL Türkiye

On Mon, Aug 5, 2019 at 6:22 PM Feyza KAYHAN <yetisir90@hotmail.com> wrote:

Gönderen: Feyza yetişir <yetisir90@hotmail.com>

Gönderildi: 25 Temmuz 2019 Perşembe 05:12

Kime: Erhan Eser <erhanese@gmail.com>

Konu: Ynt: WHOQOL ölçek kullanım izni ile ilgili... feyza kayhan

Yanıtla Sil Arşivle Taşı Kategorilere Ayır



(Konu yok)



Feyza yetişir

13.02.2019 Çar 22:08

elmaliferhan@yahoo.com; elmaliferhan@yahoo.com



Hocam merhaba.. Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilimdalın da yüksek lisans yapmaktayım. Şehir hastanelerinde çalışan hemşirelerin değişime direnç durumları ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi üzerine bir araştırma yapacağım. Araştırmamı Yozgat şehir hastanesinde değişime direnç ve yaşam kalitesi olmak üzere iki adet ölçek kullanarak yapacağım . Hocalarım size yönlendirdi. Power güç analizi ile kaç adet anket yapmam gerekli ? Yardımcı olur musunuz lütfen. Teşekkürler

[iOS için Outlook](#) uygulamasını edinin



## EK 6. Gönüllü Onam Formu

Hemşireleri Bilgilendirme ve Gönüllülük Formu

Sayın .....

Bu anket Yozgat Şehir Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Yaşam Kalitelerini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Verdiğiniz bilgiler hemşirelerde değişime direnç durumlarının yaşam kalitelerini nasıl etkileyeceğini anlamamızda ve sizlere daha kaliteli bir yaklaşım sunmamızda bizlere yol gösterici olacaktır.

Bu çalışmaya katılmama, anketi cevaplamama ve istediğiniz zaman anketi bırakma hakkınız bulunmaktadır. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bilimsel amaçla kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Araştırmaya yaptığınız katkılardan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılar sunarız.

Araştırmanın Sorumluları:

Hemşire Feyza KAYHAN

Doç. Dr. Sevil ALBAYRAK

Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri  
Fakültesi

Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri

Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi

Halk Sağlığı Hemşireliği AD

Tel: 05067221405

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce bana verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm sorunları araştırmacıya sordum. Yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılıp katılmamam için bana yeterli zaman tanındı. Söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bilgilendirmeyi yapan;

Katılımcı;

Adı- soyadı:

Adı- soyadı:

Tarih:

Tarih:

## 9. ÖZGEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

**Adı Soyadı** : Feyza KAYHAN  
**Uyruğu** : Türkiye (T.C)  
**Doğum Tarihi ve Yeri** : 11/01/1990 Karapınar  
**Medeni Durumu** : Evli  
**Tel** : 05067221405  
**e-mail** : [yetisir90@hotmail.com](mailto:yetisir90@hotmail.com)

### EĞİTİM

DERECE	KURUM	MEZUNİYET TARİHİ
Lisans	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2009-2014
Lise	Konya Ereğli Atatürk Lisesi	2005-2009

### İŞ DENEYİMLERİ

YIL	KURUM	GÖREV
15.08.2015-15.11.2015	Bozok Üniv. Araştırma Hastanesi	Hemşire
15.11.2015 -	Yozgat Şehir Hastanesi	Hemşire

### ÖZGEÇMİŞ SAHİBİNİN İMZASI

Adı Soyadı: Feyza KAYHAN

Tarih(gün/ay/yıl):

İmza: